

DAVID COOPER
PSIQUIATRIA Y
ANTIPSIQUIATRIA

PAIDOS & PSIQUIATRIA,
PSICOPATOLOGIA Y PSICOSOMATICA



**PSIQUIATRIA
Y ANTIPSIQUIATRIA**

BIBLIOTECA DE PSIQUIATRIA, PSICOPATOLOGIA Y PSICOSOMATICA

Algunos títulos publicados:

SERIE MAYOR

- F. Alexander y otro, *Psiquiatría dinámica*
W. Mayer-Gross y otros, *Psiquiatría clínica. I*
W. Mayer-Gross y otros, *Psiquiatría clínica. II*
E. E. Krapf, *Angustia, tensión, relajación*
E. E. Krapf, *Psiquiatría*
A. Adler, *Estudios sobre la inferioridad de los órganos*
O. Diethelm, *Tratamiento en psiquiatría*
G. Roheim, *Magia y esquizofrenia*
E. Minkowski, *La esquizofrenia*
A. Rascovsky, *El psiquismo fetal*
G. Bermann, *Nuestra psiquiatría*
A. M. Weitzenhoffer, *Técnicas generales de hipnotismo*
D. Anzieu, *El psicodrama analítico en el niño*
L. Grinberg y otros, *Psicoterapia del grupo*
A. Aberastury, *Teoría y técnica del psicoanálisis de niños*
F. Tustin, *Autismo y psicosis infantiles*
D. Stafford-Clark, *Manual de psiquiatría clínica*
S. H. Foulkes y otro, *Psicoterapia psicoanalítica de grupo*
J. Ruesch, *Comunicación terapéutica*
E. Harms, *Psicología del niño anormal*
C. R. Rogers, *Psicoterapia centrada en el cliente*
G. Bermann, *Las psicoterapias y el psicoterapeuta*
G. Bateson y J. Ruesch, *Comunicación. La matriz social de la psiquiatría*
S. Ferenczi, *Problemas y métodos del psicoanálisis*
S. Ferenczi, *Teoría y técnica del psicoanálisis*
G. Bermann, *Problemas psiquiátricos*
E. Rodríguez y otro, *El contexto del proceso analítico*
G. Hamilton, *Psicoterapia y orientación infantil*
L. Wolberg, *Hipnoanálisis*
A. Rascovsky y D. Liberman, *Psicoanálisis de la manía y la psicopatía*
G. Caplan, *Principios de psiquiatría preventiva*
L. L'Abate, *Principios de psicología clínica*
R. Fernández Labriola, J. A. Yaryura Tobías, E. M. Rodríguez Casanova y E. Fischer (comps.), *Esquizofrenia, depresión, toxicomanía*
CIMP, *Un estudio del hombre que padece*
L. E. Abt y otro (comps.), *Teoría y clínica de la actuación*
R. H. Dana, *Teoría y práctica de la psicología clínica*
E. Thayer Gaston y otros, *Tratado de musicoterapia*
D. M. Bustos, *Psicoterapia psicodramática*
C. R. Rogers, *El proceso de convertirse en persona*
M. Turner, *Bases de electroencefalografía clínica*
R. S. Wallerstein, *Las nuevas direcciones de la psicoterapia*
R. Kertesz y otros, *Introducción al análisis transaccional*
J. H. Masserman (comp.), *Técnicas terapéuticas*
E. Fischer, B. Heller, R. Fernández Labriola y E. Rodríguez Casanova, *Introducción a la psiquiatría biológica*
G. Egan, *El laboratorio de relaciones interpersonales. Teoría y práctica del «sensitivity training»*
R. W. Heine, *Técnicas psicoterapéuticas contemporáneas*
A. Gralnick (comp.), *El hospital psiquiátrico como instrumento terapéutico*
G. Teruel T., *Diagnóstico y tratamiento de parejas en conflicto. Psicopatología del proceso matrimonial*
A. Garma, *Genésis psicósomática y tratamiento de las úlceras gástricas y duodenales*
D. Cooper, *Psiquiatría y antipsiquiatría*
S. R. Slavson, *Tratado de psicoterapia grupal analítica*
L. P. Bradford y otros, *El laboratorio psicoterapéutico*
J. R. Gibb y otros, *Teoría y práctica del grupo*
T

DAVID COOPER

**PSIOUIATRIA
Y ANTIPSIQUIATRIA**



**ediciones
PAIDOS**

Barcelona
Buenos Aires
México

Título original: *Psichiatry and Anti-Psichiatry*
Publicado en inglés por Tavistock Publications, Londres

Traducción de Jorge Piatigorsky

Cubierta de Victor Viano

1.ª reimpresión en España, 1985

- © de todas las ediciones en castellano,
Editorial Paidós, SAICF;
Defensa, 599; Buenos Aires.
- © de esta edición,
Ediciones Paidós Ibérica, S. A.;
Mariano Cubi, 92; 08021 Barcelona.

ISBN: 84-7509-356-6
Depósito legal: B-31.304/1985

Impreso en Huopesa;
Recaredo, 2; Barcelona.

Impreso en España - Printed in Spain

INDICE

PREFACIO	7
INTRODUCCIÓN	13
I. Violencia y psiquiatría	27
II. Familias y esquizofrenia	48
III. Estudio de una familia	60
IV. El paciente, su familia y el pabellón de internación	84
V. Villa 21: un experimento en antipsiquiatría	94
VI. Además	118
APÉNDICE: La cuestión de los resultados	126
BIBLIOGRAFÍA	141

PREFACIO

Para todos los que trabajan en el campo de la psiquiatría y se niegan a permitir que su conciencia crítica de lo que los rodea sea entumecida o absorbida por los procesos institucionalizantes del entrenamiento formal y del adoctrinamiento cotidiano en el hospital de práctica o en el hospital psiquiátrico, surge un cierto número de interrogantes perturbadores. En este campo en particular, en medio de personas que están en situaciones extremas, uno experimenta la "sensación de duda" del zen: por qué estoy aquí, quién me ha traído o por qué he venido yo mismo (y cuál es la diferencia entre estas dos preguntas), quién me paga para qué, qué debo hacer, por qué hacer algo, por qué no hacer nada, qué es algo y qué es nada, qué son la vida y la muerte, la salud y la locura.

A quien sobrevive a la institucionalización, ninguna de las más o menos volubles respuestas acostumbradas a estos interrogantes le parece adecuada. El cuestionamiento abarca por igual las bases teóricas del propio trabajo como tales y las precisas operaciones cotidianas: gestos, actos, afirmaciones referentes a otras personas reales. Un cuestionamiento más profundo nos ha llevado a algunos de nosotros a proponer concepciones y procedimientos que parecen la antítesis total de los convencionales,

y que en efecto pueden considerarse como una antipsiquiatría en germen.

Me parece que el modo más eficaz de examinar las posibilidades de una disciplina antitética semejante consiste en investigar en la principal área-problema de la disciplina cuestionada. En el caso de la psiquiatría, esta área-problema es lo que se define como esquizofrenia.

En este libro he intentado examinar cuidadosamente a la persona que ha sido rotulada de esquizofrénica, considerándola en su contexto humano real, e indagar asimismo cómo llega a asignársele ese rótulo, quién realiza la asignación, y qué significa ésta para el rotulador y para el rotulado.

Este es un estudio sobre un modo de invalidación social, pero toma este término en un sentido doble. En primer lugar, se hace que una persona se ajuste progresivamente a la identidad pasiva, inerte, de inválido o paciente, aunque parte de esta identidad implica una ilusión de actividad: por ejemplo, en departamentos ocupacionales de la institución hospitalaria, en el campo de deportes, y en otras situaciones similares. Anterior, simultánea y dialécticamente vinculado con la invalidación en este sentido, está, en segundo término, el proceso por el cual casi todo acto, afirmación y experiencia de la persona rotulada es sistemáticamente considerado inválido de acuerdo con ciertas reglas de juego establecidas por su familia, y posteriormente por otras personas, en sus esfuerzos por producir el vitalmente necesitado paciente-inválido. Más adelante examinaremos esas "necesidades vitales".

La psiquiatría del último siglo, según la opinión de un creciente número de psiquiatras contemporáneos, está excesivamente al servicio de las necesidades alienadas de la sociedad. Al hacerlo, está continuamente en peligro de cometer un acto bien intencionado de traición a aquellos miembros de la sociedad que han sido arrojados a la situación psiquiátrica como pacientes. Muchas personas concurren en la actualidad espontáneamente al consultorio médico en busca de asistencia psiquiátrica. En la mayoría de los casos, tales personas desean obtener en términos muy prácticos un conjunto de técnicas que les permitan la mejor y más ajustada satisfacción de las expectativas sociales masificadas. Por lo general se los ayuda a lograr esta

meta. Unos pocos extraviados concurren al consultorio psiquiátrico en busca de algo que llegue a constituir una guía espiritual. A estos por lo general se los desilusiona muy rápidamente.

No obstante, la mayor parte de las personas acerca de las cuales escribiré en este libro fueron precipitadas a la situación psiquiátrica por terceros, casi siempre por su familia. El hecho de que la mayoría de ellas tenga en la actualidad un status legal de pacientes informales y no internados sólo constituye una nota incidental irónica. En general son jóvenes, han padecido una o dos internaciones en el hospital psiquiátrico, y se les ha asignado el rótulo muy específico de "esquizofrénico". Son personas rotuladas de esta manera las que ocupan las dos terceras partes de las camas en la mayoría de los hospitales psiquiátricos ingleses, y debemos recordar que casi la mitad del total de camas de todos los hospitales del Reino Unido pertenecen a instituciones para el tratamiento de perturbaciones mentales. Cerca del 1 por ciento de la población en algún momento de su vida fue hospitalizada con lo que se denomina "postración esquizofrénica" y el célebre psiquiatra suizo E. Bleuler afirmó en una oportunidad que por cada esquizofrénico hospitalizado hay diez en la comunidad. Pero si consideramos las cifras estadísticas de este modo, estamos ya prejuzgando que la esquizofrenia constituye algún tipo de entidad real que algunas personas "tienen". Y con esto comenzariamos a equivocarnos.

En nuestra sociedad hay muchas técnicas que permiten primero señalar a ciertas minorías y luego tratarlas mediante un conjunto de operaciones de gravedad creciente, que van desde la insinuación de menosprecio, la exclusión de clubes, escuelas o tareas, y otras medidas similares, hasta la invalidación total como personas, el asesinato y el exterminio en masa. No obstante, la conciencia pública exige que se emplee alguna excusa para tales acciones, y esta excusa es proporcionada por la aplicación previa de técnicas de invalidación que apuntan a preparar una cantidad de víctimas para los procedimientos eliminativos en sí.

Ninguna técnica de invalidación puede parecer más respetable, e incluso más sacrosanta, que la que tiene la bendición de la ciencia médica. Si bien la medicina siempre fue algo estrecha y estuvo dominada por sentimientos de superioridad, es tradicionalmente liberal y humanitaria. Tiene altos ideales y el

juramento hipocrático. La psiquiatría, aunque algunos de los profesionales que la practican han comenzado a reflexionar sobre el hecho, forma parte de la medicina. No obstante, en estas páginas tendremos ocasión de cuestionar la corrección de los enfoques y modos de actuar médicos y seudomédicos en el campo de la conducta humana que concierne a la psiquiatría. En efecto, consideraremos el punto de vista según el cual la psiquiatría, en un área principal de su campo de acción total, coopera en la invalidación sistemática de una vasta categoría de personas.

En primer lugar, propongo una orientación con respecto al problema de la esquizofrenia que difiere significativamente del enfoque clínico convencional, pero está relacionada con algunos de los estudios sobre la familia realizados en Estados Unidos de América (que resumo en el capítulo II), y más específicamente con los estudios fenomenológicos sobre el mismo tema, llevados a cabo por R. D. Laing y A. Esterson en el Reino Unido.

El capítulo III intenta hacer paradigmáticamente inteligible la historia clínica de un joven al que se le diagnosticó esquizofrenia; procuro llegar a esa comprensión en términos de la naturaleza de su mundo familiar y de los acontecimientos claves que le ocurrieron en él. Según mi experiencia, la inteligibilidad que puede mostrarse en este caso se encuentra en la mayor parte de los otros y, por lo menos, no puede suponerse siempre que uno trata con un conjunto de datos clínicos incomprensibles, esto es, con datos biológicamente explicables (por lo menos desde un punto de vista teórico) pero socialmente ininteligibles.

En los capítulos IV y V bosquejo los principios y la práctica de una unidad terapéutica experimental para pacientes esquizofrénicos jóvenes, dentro de un gran hospital psiquiátrico; en estos capítulos me refiero al problema de la irracionalidad institucional (distinta de la irracionalidad de los pacientes) y a las dificultades que ella crea para el tipo de experimentación psiquiátrica social que considero necesaria y que trato de justificar. Creo que sólo en unidades de esta clase podemos examinar la posibilidad de llegar a una estrategia no explotadora y no invalidadora para tratar a personas internadas porque se dice que están locas. Aunque esta unidad compartió muchas de las ideas sobre la "comunidad terapéutica" propuestas por Maxwell Jo-

nes, Wilmer, Artiss y otros, creo que fue única en la medida en que trató pacientes esquizofrénicos según una ideología terapéutica "orientada hacia la familia".

Por sobre todo, me ha preocupado el problema de la violencia en psiquiatría, y he llegado a la conclusión de que quizá la más notable forma de violencia en este campo sea nada menos que la violencia *de* la psiquiatría, en la medida en que esta disciplina opta por contactar, condensar y dirigir hacia sus pacientes identificados la violencia sutil de la sociedad; con mucha frecuencia, la psiquiatría no hace más que representar a la sociedad contra estos pacientes. He imaginado una unidad experimental futura en la cual pueda promoverse el trabajo basado en esta comprensión.

Algunas partes del texto, en especial la Introducción, son necesariamente complejas y "técnicas". Espero que valga la pena para el lector vencer tales dificultades. Quizás hubiera sido posible expresarnos más legiblemente, pero cierto grado de complejidad es inevitable, porque refleja la real complejidad de los acontecimientos humanos reales.¹

Agradezco profundamente sobre todo a los doctores R. D. Laing y A. Esterson por su ayuda en todas las etapas de la redacción de este libro, pero ellos no tienen ninguna responsabilidad con respecto a mis afirmaciones. Deseo agradecer a la Comisión Médica Asesora y a la Comisión de Administración y en particular al consultor responsable, doctor S. T. Hayward, por las facilidades que me brindaron para llevar a cabo mi trabajo en la unidad a la que me he referido. La Subcomisión de Investigación de la Regional Hospital Board generosamente proporcionó fondos para financiar el trabajo de oficina que exigió mi investigación sobre la familia. El doctor J. D. Sutherland leyó la mayor parte del original y me formuló críticas útiles. También agradezco a los doctores J. Humphrey y J. Macintyre y a Paul Senft por la ayuda práctica que prestaron a mi proyecto o por haber leído partes del manuscrito. Desearía subrayar nuevamente, sin embargo, que ninguna de estas personas u organizaciones es responsable de los conceptos que he vertido; en

¹ Una introducción más detallada a algunos de los conceptos claves utilizados en este libro puede encontrarse en la obra de F. D. Laing y D. G. Cooper, *Reason and Violence* (1964). [Hay versión castellana: *Razón y violencia*, B. Aires, Paidós, 1969.]

efecto, algunas de ellas manifestaron considerables diferencias de opinión.

Por sobre todo estoy obligado para con la gente que vivió y trabajó en la unidad de la Villa 21.

Reconocimientos

Agradezco a Heinemann and Company su autorización para citar un pasaje de *The Prophet*, de Kahlil Gibran (edición de 1926, reimpresa en 1965), y al editor del *British Medical Journal* por su autorización para incluir en el Apéndice el artículo titulado "Resultados de la terapia orientada hacia la familia en el tratamiento de esquizofrénicos hospitalizados" (*British Medical Journal*, 18 de diciembre de 1965, 2, 1462-5).

INTRODUCCION

On est toujours libre de ne rien comprendre à rien.

Gabriel Marcel

En el período más reciente de la historia de la psiquiatría, digamos los diez o quince últimos años, encontramos que los enfoques de lo que se llama esquizofrenia caen en dos categorías generales. Por una parte están los convencionales, que declaran o, más frecuentemente, presuponen sin sentir la necesidad de declararlo, que existe una entidad nosológica (es decir un tipo de enfermedad) llamada esquizofrenia que es preciso explicar causalmente. Según el otro enfoque, esa entidad no está en modo alguno claramente definida, y el modelo "enfermedad" no es el más adecuado en el campo de la esquizofrenia,¹ o incluso se trata de un modelo totalmente opuesto a la naturaleza misma de este campo.

El enfoque nosológico cuasimédico postula que, puesto que se trata de una enfermedad, hay síntomas y signos observables en una persona objetivable que implícita o explícitamente puede ser

¹ Así he denominado al campo social en el que algunos de sus miembros rotulan a otros de "esquizofrénicos".

abstraída de su ambiente humano con la finalidad de realizar tales observaciones. Se acepta, además, que los síntomas y signos indican un diagnóstico, el cual, a su vez, determina un pronóstico y un tratamiento. Esta supuesta entidad diagnóstica debe por definición tener una causa; en este punto las opiniones se dividen, aunque con una notablemente pequeña base empírica, en favor de hipótesis que postulan una anormalidad bioquímica, una infección virósica, un defecto estructural del cerebro, el origen genético-constitucional (que puede estar relacionado con otras causas) o causas psicológicas.

El otro enfoque, al que todavía no es fácil endosarle un rótulo, considera la esquizofrenia como un ataque de lo que Wittgenstein llamó "el encantamiento de nuestra inteligencia por el lenguaje". El psiquiatra norteamericano T. S. Szasz aplica a la esquizofrenia el término *pancbreston*. Un *pancbreston* es algo que lo explica todo, así como las drogas "psicotrópicas de amplio espectro" pretenden "curarlo todo". En rigor —se sugiere— la palabra esquizofrenia casi no ha servido más que para oscurecer el problema real, y no hay ni una pizca de prueba inequívoca que justifique la inclusión de la esquizofrenia como una enfermedad más en el campo de la nosología médica.

Pero, para los estudiosos de esta última orientación, el término esquizofrenia no carece totalmente de sentido. Yo formularía la siguiente definición tentativa para guiar nuestra investigación: *la esquizofrenia es una situación de crisis microsocial² en la cual los actos y la experiencia de cierta persona son invalidados por otros, en virtud de razones culturales y microculturales (por lo general familiares) inteligibles, hasta el punto de que aquélla es elegida e identificada de algún modo como "enfermo mental", y su identidad de "paciente esquizofrénico" es luego confirmada (por un proceso de rotulación estipulado pero altamente arbitrario) por agentes médicos o cuasimédicos.* Debe observarse que este enunciado se refiere a las perturbaciones extremas (crisis) de un grupo, y no afirma nada sobre los desórdenes de la persona "esquizofrénica". No obstante, la persona elegida, antes de la crisis, por lo general ha llegado a experimentar el mundo de una manera condicionada por una falta global o parcial de va-

² El término "microsocial" se refiere a un número limitado de personas que están en interacción cara a cara y se prestan atención recíprocamente.

lidación consensual de la percepción que tiene de sí mismo y de los otros. El estado experiencial y conductual resultante es a veces denominado "esquizoide" por los psiquiatras. Nuevamente, no postulo ningún defecto primario en el futuro paciente; postulo en cambio un fracaso demostrable en un campo micro-social de personas en relación.

Con esta definición como punto de partida, el problema principal, según yo lo veo, reside en considerar el cuadro conductual, la totalidad de la conducta comunicativa verbal y no verbal del sujeto cuyo diagnóstico es "esquizofrenia aguda" hacia la época de su internación, y luego en descubrir en qué medida esta conducta es inteligible en términos de lo que ha ocurrido y está ocurriendo entre el paciente y otras personas con las cuales está en relación. Al perseguir esta inteligibilidad, enfocaré particularmente a la familia del paciente, puesto que en el caso de jóvenes internados por primera vez, la familia constituye por lo general el conjunto más activamente significativo de personas con el cual el paciente está implicado.

Las experiencias recogidas en conversaciones con pacientes esquizofrénicos, con sus familias y con unos y otras reunidos, sugieren que este modo de enunciar el problema posee valor heurístico. El último tipo de entrevista (con paciente y familia reunidos), para la cual señaló el camino un conjunto creciente de estudios sobre la familia realizados en Estados Unidos, produce un tipo muy específico de situaciones de interacción grupal, y las formulaciones hipotéticas presentadas en este trabajo se desarrollaron partiendo principalmente de la experiencia de esas situaciones.

En efecto, decidí que juntamente con las observaciones sobre la interacción en el grupo de internados, los pacientes debían ser vistos por separado con sus familias. Luego debían compararse esas dos interacciones grupales, a fin de asegurar el esclarecimiento del fenómeno de la interacción en el ambiente hospitalario mediante la comprensión adquirida sobre el funcionamiento del grupo familiar.

Cuando se propone una investigación de esta naturaleza, surgen objeciones inmediatas: ¿Cuáles son sus controles? ¿Cómo cuantificará su material? ¿Cómo puede pretender que sus enunciados tengan alguna validez general, si se basan sólo en un pequeño número de casos? Lo que debemos reconocer en estas

objeciones es que existen ciertos principios de las ciencias naturales que han sido trasladados indebidamente por algunos estudiosos al campo de las ciencias de las personas (o ciencias antropológicas) y luego proclamados *desiderata*, si no precondiciones esenciales de todo trabajo científico. Esta tendencia ha conducido a una interminable confusión metodológica y a repetidos intentos de obtener un tipo de "pruebas" que en este campo constituyen una imposibilidad *a priori*.

Aquí me apartaré del estricto problema de la esquizofrenia para considerar, un tanto esquemáticamente, las etapas a través de las cuales proceden las ciencias experimentales de la naturaleza, y luego continuaré examinando la aplicabilidad o pertinencia de cada una de estas etapas en una "ciencia de las personas". Tal vez sólo en los términos de esta última estructura científica podremos encontrar el sentido de lo que parece ser la locura.

Las ciencias experimentales de la naturaleza se basan en la observación cuidadosa. Cada investigación debe partir de hechos observados. En física y biología estos hechos son por lo general *inertes* —es decir que son aprehendidos en el mundo exterior por un observador que no es perturbado por ellos y que no los perturba con sus procedimientos de observación—. Incluso en microfísica, donde según el principio de indeterminación o incertidumbre los procedimientos de observación perturban el campo de lo observado, existen técnicas matemáticas que mantienen al observador en algún tipo de relación de exterioridad con lo observado y por cierto con las técnicas de observación mismas. En una ciencia de interacción personal, en cambio, la perturbación mutua entre observador y observado no sólo es inevitable en todos los casos, *sino que además esa perturbación mutua suscita los hechos primarios sobre los cuales se basa la teoría*, que no corresponde a las entidades personales del perturbador y el perturbado por separado.

Los hechos que constituyen los datos observacionales de las ciencias antropológicas no difieren de aquellos de los cuales parten las ciencias de la naturaleza en el mismo sentido en que los datos de la biología son distintos de los de la física: difieren de los hechos de las ciencias de la naturaleza *por su status ontológico*. En otras palabras, la relación observador-observado en una cien-

cia de las personas es ontológicamente continua (sujeto-objeto *vis-à-vis* sujeto-objeto) mientras que en las ciencias de la naturaleza es discontinua (sujeto *vis-à-vis* objeto), lo cual permite en este último caso una descripción puramente exterior del campo de lo observado.

Después de enunciar los hechos observados, el científico de la naturaleza establece enunciados conjeturales que asumen la forma condicional: "si se satisfacen tales y cuales condiciones, podemos esperar que ocurra esto y aquello en el campo observacional." Si estas predicciones expresadas en la hipótesis se verifican experimentalmente, estamos en condiciones de dar forma a una teoría. Pero en la esfera de la acción de las personas, los enunciados condicionales se complican: si existen estas condiciones especificables podemos esperar, sobre la base de lo que sabemos acerca de la persona y su pasado, que se comporte de cierto modo peculiar; no obstante, la acción personal implica en su esencia la posibilidad de "desbordar"³ todas las determinaciones y proceder quizás en la dirección opuesta a la esperada, salvo que exista la opción forzada de satisfacer tales expectativas, la opción de no optar. El campo de las acciones humanas puede describirse fácilmente en términos probabilísticos, pero no podemos dejar de considerar la posibilidad de que el sujeto comprenda esta estructuración probabilística del campo en que está situado y, a través de tal comprensión, desestructure ese campo y actúe "improbablemente". Esta posibilidad que siempre tiene el sujeto de conducirse de un modo diferente del esperado mediante la conciencia reflexiva de los factores que lo condicionan en un momento determinado, constituye realmente una diferencia esencial.

En resumen, si bien son lícitas ciertas expectativas acerca de la conducta de una persona (y en todo contexto práctico debemos tenerlas, sin dejar de saber que pueden frustrarse), la *predicción* propia de las ciencias de la naturaleza no debe ser considerada posible ni imposible en las ciencias de las personas, sino simplemente inadecuada en ese campo.

En las ciencias de la naturaleza la determinación del carácter

³ El término "desbordar" corresponde al *dépasser* utilizado por Sartre en su *Critique de la raison dialectique* (1960). Su sentido es el del *Aufheben* hegeliano: un movimiento que va más allá del estado de cosas existente, hacia un estado ulterior o síntesis, conservando el estado anterior modificado en una nueva totalización.

verdadero o falso de una hipótesis depende de la *repetibilidad* de las situaciones. Pero en las ciencias de las personas observamos que la repetición de una situación o de la historia vital de un individuo o grupo es en principio imposible. Pueden darse por cierto todas las apariencias de repetición, pero siempre descubrimos que esa "repetición" es el producto de un proyecto ilusorio de autodeshistorización. Una persona se deshistoriza cuando (aunque sin saberlo) opta por negar que como resultado de una serie de opciones previas, en su vida pasa de una situación a otra distinta: esta negación (acto que es a su vez negado por otro ulterior y del tal modo el sujeto "no lo conoce") permite una ilusión de fijeza y sustancialidad históricas. Esta es la principal manera como una persona se libera de la angustia que surge del reconocimiento de la propia responsabilidad para consigo mismo. Es notable que la teoría científica pueda a veces caer en la misma evasión.

Si la repetición de situaciones de la historia de vida es imposible, los criterios de las ciencias de la naturaleza acerca de la verificabilidad de las hipótesis resultan inadecuados, y debemos encontrar otros que nos permitan reconocer "la verdad". Para hacerlo, es preciso diferenciar dos tipos de racionalidad, cada uno de ellos adecuado en un campo de discurso, diferente del otro pero interrelacionado con él. A estos tipos los llamamos racionalidad analítica y racionalidad dialéctica.

Por racionalidad analítica entiendo una lógica de exterioridad de acuerdo con la cual la verdad reside, según cierto criterio, en proposiciones establecidas fuera de la realidad a la cual se refieren. El modelo epistemológico se caracteriza en este caso por una pasividad doble: el sistema observado es pasivo con respecto al observador (sean cuales fueren las acciones y reacciones que tengan lugar dentro del primero), y el observador es pasivo con respecto al sistema: la actividad que parece manifestar está limitada a reordenamientos conceptuales de los hechos (que él registra en el exterior) y a las inferencias que realiza partiendo de esos hechos.

Este tipo de racionalidad tiene un campo válido de aplicación, por ejemplo, en la física clásica, donde los objetos de la ciencia son totalidades inertes; pero el traslado de esta racionalidad al campo de la psicología, la sociología y la historia es otra cues-

tión, pues en estos últimos casos su validez queda severamente restringida. La realidad humana es el sector de la realidad en el que la *totalización* es el verdadero modo del ser. Una totalidad es algo completado, que por lo tanto puede aprehenderse como un todo; pero una totalización es un movimiento continuo a través de toda la vida de un sujeto —un movimiento de autodefinición sintética progresiva, que en principio no puede ser aprehendido por un método que lo detendría—. La racionalidad analítica implica el presupuesto de una perspectiva de completa exterioridad en el sentido siguiente: yo lo sumo a usted, es decir, lo aprehendo conceptualmente como totalidad. Eso es lo único que existe para tal racionalidad. Pero si, simultáneamente con mi suma de usted, usted me suma a mí, yo debo incluir su suma de mí en mi suma de usted. Es decir que la situación se hace más compleja de un modo específico. En la relación recíproca del trato entre dos personas ocurre lo siguiente: yo lo totalizo a usted, pero usted, en su recíproca totalización de mí, incluye mi totalización de usted, de modo que mi totalización de usted implica una totalización de su totalización de mí, y así indefinidamente. En el intercambio, cada uno de nosotros es una unidad sintética en movimiento de totalización-destotalización. Con cada acto yo me objetivo, me imprimo en el mundo, y esta objetivación de mí mismo surge de la totalización-en-proceso que soy yo. Pero esta objetivación de mí mismo escapa de mi esfera de control y entra en la suya, de modo que usted puede interpretar que mis acciones tienen un significado muy distinto del que yo pretendo asignarles. Yo produzco libremente una impresión de mí mismo en el mundo, pero este acto libre produce una objetivación por la cual usted, mediante su libertad, limita la mía. De modo análogo yo, a través de mi libertad, limito la suya.

El ejemplo siguiente permite aclarar esta concepción de las relaciones humanas:⁴ observo subrepticamente una escena íntima en la habitación contigua a través del ojo de la cerradura. De pronto siento que hay alguien detrás de mí. Me vuelvo y descubro a una persona que me ha estado observando. En ese momento ocurre una "hemorragia". La pura subjetividad que

⁴ Sigo en lo esencial los lineamientos del ejemplo que da Sartre en *L'être et le néant* (Parte III, cap. IV).

yo era como observador de la escena de la habitación contigua es drenada desde mi mundo hacia el mundo del otro, en el cual me convierto en nada más que un objeto vergonzoso observado por él (por lo menos hasta que encuentre un modo de reducir mi existencia, de retornar al centro de *mi* mundo y reducir al otro a su vez a la condición de objeto para mí). Esta es la dialéctica entre aceptar la periferia y tomar posesión del centro.

Lo que he descripto aquí como una relación recíproca es una relación de interioridad, pero además las dos personas son realidades orgánicas ligadas entre sí por una relación de exterioridad. Las descripciones anatómicas y fisiológicas del cuerpo de una persona la tratan como un "objeto puro", en relación con el cual el biólogo adopta un enfoque puramente exterior. Si bien esta perspectiva exterior concuerda con ciertas ideas convencionales sobre la objetividad científica, sus límites son muy estrechos. Estos límites, cuando los descubrimos, revelan la medida en que, por ejemplo, las teorías bioquímicas de la esquizofrenia, por más desarrollada que esté la técnica bioquímica, son *necesariamente* insuficientes para alcanzar su meta manifiesta de la explicación causal.

Para la racionalidad implícita de tales teorías causales, a la que denominamos racionalidad analítica, es imposible por definición la comprensión de relaciones de interioridad entre personas (a veces llamada intersubjetividad), pero son precisamente tales relaciones las que median en la serie de actos que denominamos "conducta esquizofrénica", es decir, el modo como la persona rotulada "esquizofrénica" se objetiva en el mundo. Para comprender esta mediación, para descubrir la inteligibilidad de la conducta esquizofrénica o de cualquier otro tipo de conducta, necesitamos no sólo alguna técnica descriptiva especial sino un tipo de racionalidad radicalmente distinta de la racionalidad analítica de las ciencias de la naturaleza. Este otro tipo de racionalidad es la racionalidad dialéctica.

La racionalidad dialéctica es concreta en el sentido de que no consiste en nada más que en su funcionamiento real en el mundo de entidades reales. Es un método de conocimiento en el cual por conocimiento entendemos la aprehensión de estructuras inteligibles *en su inteligibilidad*. En estos términos consideramos que

la racionalidad dialéctica es comprensiva; no sólo debe conocer objetos sino que también, en el mismo acto, constituye sus propios criterios para determinar la verdad (dialéctica) de sus aserciones sobre esos objetos. El conocimiento dialéctico de los objetos está inextricablemente unido al conocimiento del conocimiento dialéctico, y ambos son momentos necesarios de un proceso sintético que llamamos la dialéctica. Pero la dialéctica no es sólo un principio epistemológico, un principio del conocimiento sobre el conocimiento, sino también un principio ontológico, un principio del conocimiento sobre el ser. Existe cierto sector de la realidad, todo un grupo de entidades reales que conocemos y en las cuales hay un movimiento que es dialéctico. La dialéctica es, pues, tanto un método de conocimiento como un movimiento en el objeto conocido. Este movimiento no es el *proceso* inerte estudiado por las ciencias de la naturaleza, sino *praxis*, es decir, una actividad totalizadora que no está constituida simplemente por un campo de acontecimientos reales, sino que se constituye a sí misma como una cierta modalidad del ser y constituye cierto campo de otras entidades que están en una cierta relación con ella. Ese sector de la realidad es la *realidad humana*, y su estudio científico es la antropología, entendida como ciencia de las personas. La antropología así concebida es la metateoría de un cierto número de disciplinas —la psicología, la microsociología, la sociología, la antropología social—, cada una de las cuales absorbe de diversos modos a la historiografía, en tanto que esta última es algo más que mero registro cronológico. De modo que la historiografía es distinta de la historia —que consiste en la actividad real de las personas a las que se aplica el estudio historiográfico—. La historia es lo que han hecho y hacen los hombres, todos los hombres.⁵

La dialéctica es una actividad totalizadora en la cual se relacionan dos tipos de unificación: la unificación unificante (el acto de conocer) y la unificación unificada (el objeto conocido). La acción e interacción humanas y sus productos sociales resultan *inteligibles* si podemos rastrear en ellos una pauta de síntesis de una multiplicidad en un todo. Si podemos dar un paso más y vincular la *praxis* (los actos de un grupo o individuo) con

⁵ Cf. Marx: "La historia no es más que la actividad de los hombres que persiguen sus fines." (Marx-Engels: *Gesamtausgabe*, vol. 1, Sección 3, pág. 265.)

una intención individual o grupal, habremos descubierto la comprensibilidad de la praxis. Pero si, a través de la alienación, el acto se ha divorciado de la intención, sigue siendo posible descubrir la inteligibilidad del acto aunque sea incomprensible. El efecto de este divorcio del acto y la intención está ampliamente ejemplificado en la vida política, cuyas figuras protagónicas llevan a cabo pseudoactos, toman seudodecisiones y producen pseudoacontecimientos según las intenciones de grupos de presión y consejeros especializados más o menos anónimos. En las grandes instituciones, como los hospitales psiquiátricos, una praxis oscura circula entre los diversos niveles jerárquicos y luego, sin que medie un agente claramente identificable, obstruye o promueve cierto cambio institucional.

En las familias de los esquizofrénicos, las intenciones vinculadas con los "actos psicóticos" del paciente son negadas, o incluso se afirman sus antítesis, de modo que las acciones del sujeto perturbado tienen el aspecto de un proceso puro sin ninguna relación con la praxis, e incluso el paciente puede experimentarlas como tales.

Cuando las cosas llegan a ese estado, el paciente identificado, para obtener alguna coherencia en su concepción del mundo, alguna "salud", debe inventar imaginativamente una representación de esas misteriosas influencias que actúan sobre él. Este es el sentido real de los delirios acerca de padecer la influencia de seres del espacio exterior o de otro planeta, o incluso de instituciones próximas como la Iglesia Católica, el Partido Comunista o la masonería.

El paciente trata de hacer más inteligible lo que realmente ocurre entre él y los otros, pero el único modo en que puede hacerlo ha sido previamente calificado de "delirante" por el resto de la sociedad. Resulta irónico que por buscar la inteligibilidad con empeño corramos el riesgo de ser considerados locos o de algún otro modo descartados o invalidados.

Los análisis reductivos, enmarcados en términos de psicología, teoría del aprendizaje o teoría psicoanalítica, pueden describir muy eficazmente y en detalle el fondo extra e intraorgánico contra el cual se destaca la persona, pero en todos los casos, y por la misma razón, la realidad personal en sí queda omitida. Los enfoques reductivos a que nos referimos concluyen sin ex-

cepción en un agregado específicamente interrelacionado de totalidades inertes —mecanismos neurofisiológicos o bioquímicos, unidades instintivas de conducta, impulsos agresivos y libidinales—. El punto de intersección pasivo de una serie de líneas teóricas abstractas es propuesto como la realidad más o menos irreductible de la persona. Ahora bien, cuando inquirimos acerca de una realidad personal no sólo no se trata de nada de esto, sino que hablamos de algo totalmente distinto. Los análisis reductivos constan de enunciados sobre los modos como se constituye una entidad personal por medio de factores exteriores a ella (incluso cuando estos factores son fuerzas del interior del cuerpo de la persona, son exteriores en el sentido de que ese cuerpo es considerado como un objeto para otro, y no como el cuerpo en el cual ella existe).⁶ Pero la vida personal no está solamente constituida por lo exterior, sino que sobre la base de esa constitución exterior *se constituye a sí misma*. En otras palabras: la persona se elige a sí misma sobre la base de (en contraste con, enfrentando o sometiéndose a) la totalidad de factores que la condicionan.

Estas consideraciones nos dan la clave de un esquema más adecuado que proporcionaría la base metateórica metametodológica para las teorías sobre las vidas de personas e hipótesis referentes a las relaciones interpersonales, desde el nivel del pequeño grupo hasta el histórico. Tal esquema debe ser progresivo tanto como regresivo, y tan sintético como analítico, pues, si bien el movimiento histórico de la vida de una persona consiste en una serie de “momentos” analizables y de relaciones entre ellos, en su verdadera esencia es una síntesis en progreso, una unidad en movimiento, una totalización que perpetuamente se retotaliza, sobre la base de la interiorización de su destotalización por otros.

En primer lugar, están los actos por los cuales una persona se nos presenta; en tales actos rastreamos una intención o intenciones que se relacionan con una elección de sí mismo previa y fundamental: esta presentación de sí mismo, que es un puro flujo que excede perpetuamente su perpetua objetivación en el

⁶ Véase la bien conocida descripción del cuerpo que realiza Sartre en *L'être et le néant* (Parte. III, cap. II).

mundo, es la *dialéctica constituida*.⁷ De una descripción fenomenológica de este momento constituido pasamos, mediante un *movimiento regresivo*, a una *dialéctica constitutiva*: con esta última expresión designamos todos los factores condicionantes socioambientales (intrafamiliares, extrafamiliares, de clase social e históricosociales) en su plenitud interpenetrante. Pero no podemos concluir con esto. Mediante un *movimiento progresivo*, debemos lograr la síntesis personal, la totalización total: la totalización singular que realiza la persona con la totalización condicionante, sobre la base de su totalización de sí misma. Habremos entonces obtenido la "verdad" de la vida de la persona, o de algún sector específico de esa vida.

En otras palabras, debemos rastrear qué hace la persona con lo que se le hace a ella, qué hace con aquello de lo cual está hecha. Cada una de estas expresiones —"lo que hace", "lo que se le hace a ella", "aquello de lo cual está hecha"— puede ser por separado objeto de una investigación analítica. Pero no son más que "momentos". Es decir que son términos opuestos a otros en un contexto dialéctico, que solamente pueden ser aislados al precio de una distorsión del resto del cuadro total.

Si al tratar sobre personas que actúan en relación recíproca estamos considerando unidades sintéticas, y si planteamos el esencial "problema de la esquizofrenia" en términos de personas que actúan en interrelación, resulta entonces evidente que operamos en un nivel superior al de la reducción a un formalismo cuantitativo. Reconocemos entonces cuán ilusorio es el criterio de que los enunciados generales —por lo menos en su forma ideal— deben poseer el carácter de expresiones matemáticas cuantitativas. Esto de ningún modo excluye la expresión de enunciados generales sobre la interacción personal en lenguaje formal. Por lo contrario, creo que la elaboración de un formalismo relacional no métrico constituye una posibilidad indudable, y que debemos procurarlo.⁸

⁷ Tomamos estos pares de términos —constitutivo-constituido y progresivo-regresivo— de la *Critique de la raison dialectique*, de Sartre. Véase el examen realizado en R. D. Laing y D. G. Cooper: *Razón y violencia*, págs. 95 y 49 y sigs., respectivamente [págs. 80 y 51 y sigs. de la versión castellana. Buenos Aires, Paidós, 1969].

⁸ Véase el artículo de C. Lévi-Strauss "Sobre la estructura social", 1953, págs. 524-533. Lévi-Strauss señala que no existe una relación necesaria entre la estructura social y la medida, aunque se podrían asignar valores numéricos a ciertos invariantes

Por último, sobre el problema de la generalización a partir de series pequeñas, cuando se objeta que el número limitado de casos puede constituir una muestra especial y no representativa, no podemos hacer nada mejor que recordar las palabras de Kurt Goldstein (1951, pág. 25):

“Esta objeción yerra por completo acerca de la situación real... una acumulación de hechos, aunque sean muchos, no constituye ninguna ayuda si estos hechos están establecidos de modo imperfecto; no conduce al conocimiento de las cosas tal como ellas realmente ocurren... Debemos elegir solamente aquellos casos que permiten formular juicios definitivos. Entonces, lo que es válido para un caso lo será para cualquier otro.”

En otras palabras, la que se interpreta erróneamente como tendenciosa puede ser en realidad una selección atinada. El criterio que permite reconocer una selección atinada en este campo debe ser tema de un estudio ulterior, pero por el momento establezcamos este principio, digirámoslo, asimilémoslo, comprendámoslo en la totalidad de sus consecuencias y emprendamos a continuación el trabajo que debemos realizar.

Este trabajo se relaciona con la locura. Tiene que ver con esa zona más representativa de la locura a la cual médicos e incluso investigadores han acordado denominar “esquizofrenia”. Que exista o no esa enfermedad es algo que hemos de examinar y discutir, pero más allá de esta zona de incertidumbre hay una certeza. Estoy totalmente seguro, y daré algunas de las razones de mi certidumbre, de que el proceso por el cual algunas personas son calificadas de “esquizofrénicas” envuelve una violencia sutil, psicológica, mítica, mística y espiritual. Esta violencia es tan sinuosa que hace por lo menos un siglo que elude su inexorable apresamiento. Pero ahora finalmente podemos decir en qué consiste.

Esta investigación debe conducirnos a la consideración de estructuras básicas; estas estructuras nos llevarán a un examen de

—por ejemplo en los estudios de Kroeber sobre la moda femenina—. Puede haber, no obstante, un riguroso enfoque matemático no métrico, que emplearía quizá las técnicas existentes de la lógica matemática, la teoría de los conjuntos, la teoría de los grupos y la topología. Pero le recordaría al lector que el trabajo de Kurt Lewin con construcciones topológicas no constituye un tal formalismo relacional, en cuanto él despliega vectores métricos en su campo topológico.

la familia y, en particular, de los modos como la familia mediatiza para todos sus miembros, pero más esencial y destructivamente para los jóvenes, una alienación y extrañamiento sociales generales.

Espero haber demostrado la falacia del seudocientificismo prevaleciente; podemos ahora esgrimir nuestra varita mágica y, para decirlo con un excusable floreo retórico, penetrar con ella en las entrañas de la violencia que los individuos se infligen recíprocamente.

CAPÍTULO I

VIOLENCIA Y PSIQUIATRÍA

La violencia está en el centro de nuestro problema. No obstante, el tipo de violencia que consideraré aquí tiene poco que ver con gente que se da mutuamente martillazos en la cabeza, y no versará mucho sobre lo que se supone que son los pacientes locos. Al hablar de la violencia en psiquiatría, la violencia que nos enfrenta descaradamente dando gritos, proclamándose violencia en alta voz (como lo hace muy pocas veces) es la violencia sutil y sinuosa que las personas "sanas" perpetran contra los rotulados "locos". En cuanto la psiquiatría representa los intereses o pretendidos intereses de los sanos, descubrimos que, en realidad, la violencia en la psiquiatría es la violencia *de* la psiquiatría.

Pero, ¿quiénes son estas personas sanas? ¿Cómo se definen? Las definiciones de la salud mental propuestas por los expertos por lo general arriban a la noción de conformismo, a un conjunto de normas sociales más o menos establecidas o, en caso contrario, tan convenientemente generales —por ejemplo, "la capacidad para tolerar el conflicto y desarrollarse a través de él"— que carecen de significación operativa. Uno se formula la penosa

reflexión de que tal vez los sanos sean los que no logran ser admitidos en la sala de observación mental. Es decir que se definen por una cierta ausencia de experiencia. Pero los nazis gasearon a decenas de millares de pacientes mentales, y otras decenas de millares tienen en el Reino Unido sus cerebros quirúrgicamente mutilados o molidos por aplicaciones de electroshocks y, sobre todo, sus personalidades sistemáticamente deformadas por la institucionalización psiquiátrica. ¿Cómo pueden esos hechos tan concretos basarse en una ausencia, en una negación: la no locura compulsiva de los sanos?

En realidad, todo el campo de definición de la salud y la locura es tan confuso, y quienes se aventuran en él son tan uniformemente aterrorizados (posean o no "calificación profesional") por los indicios de lo que podrían encontrar, no solamente en "los otros", sino también en sí mismos, que uno debe considerar seriamente la posibilidad de abandonar el proyecto. Creo que resulta imposible avanzar a menos que se desafíe la clasificación básica de la psiquiatría clínica en "psicóticos", "neuróticos" y "normales". Pero entonces, aunque la historia de la psiquiatría haya consistido en gran medida en la elaboración de un inmenso servicio público que toma la forma de grandes hospitales psiquiátricos, clínicas externas, unidades psiquiátricas en hospitales generales y a veces, lamentablemente, del diván del psicoanalista, no deberíamos dejar que ello nos disuadiera de intentar lo que podría verse como una reevaluación radical y posiblemente peligrosa del problema de la locura.

La esencia de esta necesaria reevaluación de la locura, según yo la veo, está quizás expresada del modo más adecuado y económico en el diagrama de la figura 1. En esta representación esquemática, que para servir nuestros propósitos se limita a una terminología muy convencional, descubrimos en primer término el punto de inserción de la persona individual en α . A partir de ese punto la persona se desarrolla en el sentido de ir progresivamente admitiendo, registrando y luego actuando sobre las cosas que sus padres pensaron, sintieron y posteriormente le enseñaron como "correctas". Junto con esto, se aprende el rol social "instrumental masculino" o "expresivo femenino". Si todo se desarrolla bien en la familia y en la escuela, el individuo llega al punto de la "crisis de identidad" de la adolescencia, en el que,

en efecto, hace el balance de todo lo que lo ha condicionado hasta ese momento, de todas sus identificaciones previas, de todas las cosas de las que "fue hecho", de todo aquello con que ha sido atiborrado. (Esto constituye la normalidad, concepto estadístico sobre el cual la mayoría de nosotros basamos nuestras vidas como si fuera la regla de oro.) Después, con mayor o menor éxito, se proyecta en un futuro independiente, pero que de modo necesario, a menos que haya habido algún error afortunado, lo reduce a lo convencionalmente aceptado. A partir de allí vive cuarenta o cincuenta años en lo que prácticamente es el mismo estado, aunque por un proceso de acrecentamiento se convierte en más "experimentado", "prudente", desarrolla una mayor capacidad para adaptarse a circunstancias cambiantes, sabe lo que es "mejor"

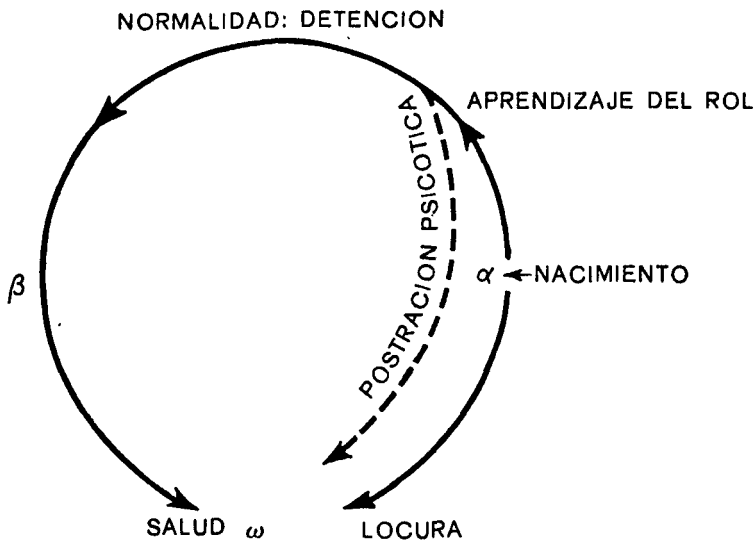


Figura 1

A partir del nacimiento la mayor parte de las personas progresa a través de las situaciones de aprendizaje de la familia y la escuela hasta que logra la normalidad social; también la mayoría se detiene en ese estado de normalidad. Otras se derrumban durante ese progreso y retroceden a lo que en el diagrama llamamos "locura". Otras, muy pocas, logran deslizarse a través del estado de inercia o detención representado por la normalidad estadística alienada y avanzan hasta cierto punto por el camino β hacia la salud, con conciencia de los criterios de la normalidad social, de modo tal que pueden evitar la invalidación (éste es siempre un juego riesgoso). Debe observarse que la normalidad está lejos, en el polo opuesto no sólo de la locura sino también de la salud. La salud está cerca de la locura, pero entre ambas subsiste siempre una brecha, una diferencia decisiva. Este es el punto ω .

para él y probablemente para la mayor parte de las personas. Vive de este modo y luego muere. Es conocido, recordado y después olvidado. Estos últimos períodos pueden variar en el aspecto cronológico, pero en la escala cósmica estas variaciones no gravitan en absoluto. Estos son seguramente la carrera y el destino de la mayoría de nosotros, en particular si somos "mentalmente sanos".

Pero quizás esto no deba ser necesariamente así. Quizás exista alguna manera de escapar o liberarnos en un futuro más real, menos estereotipado. Yo lo creo, pero quienes son de esta opinión corren el riesgo de ser considerados "locos" y sometidos a un tratamiento psiquiátrico. Al tratamiento psiquiátrico se lo ridiculiza con frecuencia por su fracaso, lo cual es sumamente injusto. Para hablar con propiedad del fracaso del tratamiento psiquiátrico, debemos estar dispuestos a admitir que el fracaso reside precisamente en su éxito. Este tratamiento, sea en su estilo oficial o no oficial (condicionamiento terapéutico no médico) por lo general logra producir un conformismo forzado tanto en el nivel del pabellón de crónicos anticuado como en el nivel (más alto o bajo) del capitán de industria que todo lo dirige. Hay muchas especies y géneros de vegetales, pero todos ellos, según nuestros principios de clasificación, están en la tierra. Allí crecen y allí son recogidos. Papas, tomates, achicorias y nabos. Los no humanos y los humanos. Si modificamos la analogía, podemos decir que desde el nacimiento hasta la muerte vivimos existencias encasilladas.¹ Desde la matriz pasamos al nacer al casillero de la familia, desde la cual avanzamos hacia el casillero de la escuela. Cuando dejamos la escuela estamos tan condicionados y habituados al encasillamiento que en adelante nosotros mismos erigimos nuestro casillero o prisión, hasta que, finalmente consolados, nos introducen en el ataúd o en el horno crematorio. Volveremos en este libro al tema de la perspectiva de liberación, pero antes debemos realizar otras tareas. Señalemos simplemente la posible relación entre la salud prescrita socialmente, el tratamiento psiquiátrico y el encasillamiento.

Debemos considerar al *sano* un poco más atentamente. Desesperamos de las connotaciones; denotativamente, vemos que el

¹ Compárese con la conocida canción de Pete Seeger, *Little Boxes, on the Hillside*, que expresa muy bien la condición de "encasillamiento".

concepto incluye a las familias de los pacientes, los empleadores, los clínicos generales, los funcionarios públicos vinculados con el problema, la policía, los magistrados, los trabajadores sociales, los psiquiatras, los enfermeros especializados y muchas otras personas. Todas ellas (y algunas pueden ser sumamente sinceras y dedicadas al paciente) están comprometidas más o menos profundamente, de modo inexorable aunque sea a pesar de sí mismas, en una violencia sutil contra los objetos de su cuidado. No tengo la intención de denigrar a ciertos psiquiatras y otros especialistas en salud mental que luchan de modo totalmente auténtico, y con frecuencia contra formidables obstáculos institucionales, para proporcionar una verdadera ayuda a sus pacientes. Pero, por supuesto, debemos también recordar que las buenas intenciones y todos los arreos de la respetabilidad profesional con mucha frecuencia encubren una realidad humana verdaderamente cruel. Recordamos por ejemplo que Boger, de Auschwitz, tenía acerca del tratamiento conveniente para los delincuentes juveniles ideas semejantes a las expresadas por muchos miembros respetados y prominentes de *nuestra* sociedad, y se ha observado desde la guerra la consideración y amabilidad peculiares del doctor Capesius para con los animales y los niños.

Empleamos el término "violencia" en el sentido de acción corrosiva de la libertad de una persona sobre la libertad de otra. No se trata de agresividad física directa, aunque ese puede ser el resultado. La acción libre (o la *praxis*) de una persona puede destruir la libertad de otra, o por lo menos paralizarla mediante la mistificación. Los grupos humanos se constituyen en relación con una amenaza real o ilusoria proveniente de fuera del grupo, pero a medida que esa amenaza externa se hace más remota, el grupo, que literal o metafóricamente se ha convertido en un grupo juramentado, enfrenta la necesidad de inventar el miedo para asegurar su propia permanencia.² Este miedo secundario, que es un subproducto de la determinación del grupo de im-

² El grupo juramentado despliega un tipo de reciprocidad que Sartre ha llamado *serment* (juramento). Una multiplicidad de libertades producen una práctica común que apunta a asegurar alguna base para la permanencia del grupo. La forma resultante de reciprocidad es el juramento. Sólo ocasionalmente esta reciprocidad se expresa en palabras o actos rituales.

La explicación original del fenómeno se encuentra en Sartre, *Critique de la raison dialectique* (1960). Véase también R. D. Laing y D. G. Cooper: *Razón y violencia*, págs. 120 y sigs. [págs. 113 y sigs. de la versión castellana].

pedir su disolución, es el *terror* provocado por la violencia de la libertad común. La violencia en este sentido, en el campo psiquiátrico, comienza en la familia del futuro paciente. Pero no termina allí.

En el hospital psiquiátrico hay personas con problemas ampliamente diferentes. En algunos casos la conducta que es socialmente considerada perturbada se puede explicar en términos de procesos biológicos tales como enfermedades del cerebro, envejecimiento cerebral patológico, epilepsia y otros similares. En otros casos —la mayoría— esta conducta es de naturaleza diferente; no puede ser explicada en los términos de ningún proceso biológico conocido, pero es inteligible en los términos de lo que otras personas concretas —que están en relación con el paciente— le hacen a este último en interacción con lo que él les hace a ellas. Para evitar la confusión total debemos distinguir la conducta que se presenta en términos que son más apropiadamente vistos como procesos *explicables*, por un lado, y la conducta que es *inteligible* en términos de lo que las personas se hacen recíprocamente en la realidad, por el otro. Estos problemas diferentemente presentados implican una diferencia paralela en el método de enfoque. El hecho de que estos tipos de problemas totalmente distintos sean tratados dentro de la misma institución es una de las razones de la perpetuación del mito de la esquizofrenia como entidad nosológica, con toda su violencia implícita. “Esquizofrénicos”, “neuróticos” y “psicópatas” son internados junto a personas que padecen una real enfermedad del cerebro. A esa dudosa enfermedad llamada esquizofrenia están destinadas la mayor parte de las camas de los hospitales psiquiátricos del Reino Unido, país en el que las camas de tales hospitales representan aproximadamente la mitad del total de camas de todos los hospitales.

Para la mentalidad popular, el esquizofrénico es el loco típico, el autor de actos extravagantes totalmente gratuitos que siempre tienen matices de violencia ejercida contra otros. Es alguien que se burla de los cuerdos (“amaneramiento”, “gesticulación”, “bufonería”, formas sutiles de retirada) pero al mismo tiempo les proporciona las bases para que ellos lo invaliden. Es el hombre ilógico, el hombre cuya lógica está enferma. Esto es lo que dicen los sanos. Pero quizá se pueda descubrir un sentido esen-

cial en el centro de ese aparente sinsentido. ¿De dónde viene este lunático? ¿Cómo llegó a estar entre nosotros? ¿Existe la posibilidad de una salud secreta oculta en esta locura?

En primer término, nació en una familia, y este —dirían algunos— es el máximo factor común en su relación con el resto de nosotros. Pero examinemos a esa familia, postulando por un momento que ella es significativamente diferente de la mayoría de las otras.

En la familia de la persona destinada a ser considerada esquizofrénica descubrimos un tipo particular de extremismo. Incluso los problemas aparentemente más triviales se hacen pivotar en torno de las polaridades salud-locura, vida-muerte. Las leyes del grupo familiar que regulan no sólo la conducta sino también la experiencia permitidas son por igual confusas e inflexibles. En tales familias, el niño debe aprender un modo de relacionarse, por ejemplo, con su madre, del cual, según se le enseña, depende la integridad mental y física de ella. Se le inculca que si viola las reglas —y el acto autónomo aparentemente más inocuo puede constituir una violación— provocará la disolución del grupo familiar y la desintegración personal de su madre y posiblemente de otras personas. De esta manera, según lo han señalado muy claramente R. D. Laing y A. Esterson (Laing, 1961; Laing y Esterson, 1964), se lo lleva progresivamente a una situación insostenible. En el punto crítico final debe optar entre la total sumisión, el total abandono de su libertad, por una parte, y, por la otra, su desviación, que envuelve la angustia de presenciar la devastación profetizada de los otros y la lucha con la culpa que se ha sembrado en él con un cuidado tan afectuoso. La mayoría de los futuros esquizofrénicos encuentran para este dilema una respuesta sintética que con frecuencia coincide, en el presente estado de cosas, con la solución a la que llegan sus familias: que abandonen el grupo familiar, pero para ingresar en un hospital.

En el hospital psiquiátrico, con habilidad infalible, la sociedad produjo una estructura social que en muchos aspectos reproduce las peculiaridades enloquecedoras de la familia del paciente. Este encuentra psiquiatras, administradores, enfermeros, que son como sus padres, hermanos y hermanas, y se desempeñan en un juego interpersonal que demasiado frecuentemente se asemeja, con sus

intrincadas reglas, al juego en el cual el paciente fracasó en el hogar. Una vez más tiene libertad para optar. Puede elegir vegetar en un pabellón anticuado para enfermos crónicos u oscilar entre el infierno de su familia y el infierno análogo del pabellón de internación psiquiátrico convencional (esto último responde a la idea que se tiene en el presente del progreso psiquiátrico). Es decir que los pacientes esquizofrénicos pueden abandonar el hospital en menos de tres meses, pero la mitad de ellos son reinternados antes del año. Todavía está por descubrirse el curso intermedio entre ambas alternativas (véase el Apéndice, pág. 126).

Pero, ¿cómo puede una persona caer en una posición tan infortunada, en la cual se ejerce tal violencia sobre ella? Básicamente ocurre algo así: madre e hijo constituyen una unidad biológica original que persiste hasta algún tiempo después del hecho físico del nacimiento del niño. Luego, paso a paso, las acciones de la madre, si son correctas en cierto sentido definible, engendran un campo de praxis con la posibilidad de reciprocidad. En él hay dos personas, cada una de las cuales puede hacer cosas con la otra y a la otra. El niño inicia la acción que afecta a la madre como el otro para el cual él es otro. Este principio de la acción que afecta a otro, o comienzo personal, es el segundo nacimiento o nacimiento existencial que dialécticamente trasciende el nivel reflejo organísmico original y por medio de un nuevo nivel de organización sintética inicia una dialéctica entre personas. Pero la madre, por diversas razones, puede no lograr generar este campo de acción recíproca y en este sentido algunas personas —en realidad, muchas personas— nunca han nacido o, más frecuentemente, su nacimiento ha sido sólo una sombra y sus vidas representan sólo una forma marginal de existencia. Finalmente, incluso su muerte puede serles enajenada y convertirse meramente en un hecho “para los otros”; es decir que falta a la persona la conciencia de la dirección de su vida hacia su muerte personal: nunca morirá su muerte, puesto que la muerte para ella es sólo una inevitabilidad estadística en un futuro anónimo. La tarea de una madre no consiste sólo en engendrar un niño, sino en producir un campo de posibilidades en el cual el niño pueda convertirse en una persona distinta de ella misma.

De modo que el proceso de convertirse en persona puede dis-

torsionarse, y ello en los primeros meses de la vida. Si la madre no logra generar el campo de la acción recíproca de manera tal que el infante aprenda cómo afectarla como otro, a ese niño le faltará la condición previa para la realización de su autonomía personal. No dejará de ser una cosa, un apéndice, algo no totalmente humano, un muñeco perfectamente animado. Esto nunca ocurre de modo absoluto, pero es común en un grado ampliamente variable; en realidad, algún grado de fracaso es un fenómeno universal.

Pero el comienzo del desarrollo personal no es nunca pura pasividad. Los actos de la madre son su precondition, nunca su causa. Desde el primer momento de la interacción madre-hijo, si cada uno es otro para el otro, el niño está en la situación de tener que iniciar su proyecto para convertirse en quien ha de ser, y esta es, en principio, una elección libre, una creación libre de su naturaleza esencial.

No obstante, para algunas personas no hay solamente una falla en la base precondicional de su existencia humana separada, sino que en cuanto encuentran un espacio precario para que haga pie su autonomía, son confundidas por otros miembros de la familia con respecto a la verdadera naturaleza de cada intención que ellas abrigan y a cada acto que realizan. Si tal confusión es suficientemente intensiva y extensiva, la situación del sujeto en la familia puede llegar a ser insostenible, y cuando este es el caso, la violencia se revela con absoluta desnudez.

A veces una persona es fijada en la posición en la que el único movimiento posible que queda a su alcance en el juego interpersonal probablemente será denominado "violento" por los *otros*. Eso ocurre, por ejemplo, con el joven que nunca ha podido realizarse como persona separada de su madre. Todas las estrategias empleadas en favor del amor fracasan, porque el amor exige reciprocidad y no puede haberla en este caso, puesto que desde el punto de vista de la madre —y este punto de vista regula totalmente el campo— no hay ningún campo de acción recíproca, ningún amante y ningún amado. Hay una simbiosis perfecta en la que la pareja simbiótica pierde toda visión de la diferencia "parásito-huésped" y se convierte en *una sola persona*, casi en los hechos y por cierto en la fantasía. Consideremos el ejemplo del hombre de 50 años internado en un pabellón de

crónicos del hospital psiquiátrico, paciente que su madre puntualmente retira y lleva al hogar todos los fines de semana. Ella lo cuida muy bien, desde luego. Como el enfermero del hospital, lo desnuda, lo baña, inspecciona su cuerpo en busca de signos de daño o enfermedad, y luego escribe al médico expresándole su preocupación por la hinchazón del dedo gordo del pie izquierdo, que necesita la atención de un especialista. Y por lo general, *ella* la consigue. En tal caso el único movimiento que puede hacer el niño parece ser el de una autoafirmación aparentemente arbitraria, súbita, gratuita, agresiva. El niño, que puede tener 20, 30, 40 ó 50 años, es agresivo hacia su madre porque este es un medio —el único que le queda— de separarse de ella. La rigurosa lógica de esta situación es la siguiente: “Si te golpeo no soy tú . . . Soy yo, puesto que *te* golpeo *a ti* . . . Tu eres tú puesto que, por golpearte, yo soy otra persona . . . Tú eras otra persona . . . tú; yo soy . . . yo.” Q. E. D.³ Pero en el informe clínico se registra que en la oportunidad el comportamiento del paciente fue extravagante, irracional e intencionadamente violento.

Sólo en los últimos diez años, aproximadamente, algunos psiquiatras han comenzado a tomar en cuenta el otro lado del cuento de la violencia. Se observó que el paciente rotulado “esquizofrénico” afronta repetidamente exigencias contradictorias en su familia y a veces también en el pabellón psiquiátrico. Algunos investigadores norteamericanos han llamado a esto “doble vínculo” (*double bind*). Consideraremos esta noción en su contexto teórico en el capítulo siguiente, pero aquí podemos ejemplificarla con el caso simple de la madre que contradice algo que afirma con sus gestos. Le dice a su hijo: “Vete, busca tus propios amigos y no seas tan dependiente de mí.” Pero, al mismo tiempo, indica de modo no verbal que ella quedará sumamente trastornada si él la abandona, incluso en esta medida limitada. O, mientras da señales de experimentar angustia ante cualquier intimidad física, dice: “¡Ven y besa a tu madre, querido!” A menos que el niño pueda encontrar una crueldad, una contraviolencia en sí mismo que le permita demoler todo el intercambio absurdo, su respuesta sólo puede ser la perplejidad, el atonta-

³ Esto, innecesario es decirlo, se aplica también a ciertos asesinatos subrogados, como el de Raskolnikov en *Crimen y castigo*.

miento y en última instancia lo que se llama confusión psicótica, desorden de pensamiento, catatonía, etcétera.

Algo análogo ocurre en ciertos *koans* (paradojas utilizadas como temas de meditación) del budismo zen, en los cuales uno queda *fijado* en la situación de tener que dar una respuesta, pero todas las respuestas alternativas enunciadas son predefinidas como erróneas. Esto no puede elaborarse analítica o racionalmente: la respuesta ha de ser un acto que lleve desde la situación existencial falsa en la que uno ha sido colocado —situación en la cual es imposible existir—, a otra situación verdaderamente centrada en uno mismo y no centrada en los otros. Pero cuando alguien intenta separarse del sistema de racionalidad falsa de la familia —en particular si ese sistema es reforzado por la colusión familiar con agentes de la sociedad global— corre el riesgo de ser llamado irracional. Incluso puede hablarse de una “enfermedad” que lo haya llevado a esa locura. El hecho de que esta irracionalidad sea en realidad una antilógica necesaria y no una lógica enferma, y de que la violencia del paciente sea una contraviolencia también necesaria, no puede sino ser fácilmente pasado por alto. En una medida sumamente notable, la ilogicidad del esquizofrénico tiene su origen en la enfermedad de la lógica de otras personas.

De modo que la familia, para preservar su modo de vida inauténtico, inventa una enfermedad. La ciencia médica, sensible a necesidades sociales tan ampliamente difundidas, ha aportado una disciplina especial, la psiquiatría, para conceptualizar, formalizar, clasificar y proporcionar tratamiento a esa enfermedad.⁴ La noción de entidad nosológica implica síntomas, y la familia prepara una lista formidable de los mismos. Los síntomas esquizofrénicos son prácticamente todo lo que provoca en la familia

⁴ El cuerpo médico tiende a considerar la psiquiatría con una despectiva condescendencia, lo cual no está totalmente injustificado. La justificación reside en el hecho de que muchos psiquiatras se han perdido por completo en el mundo intrincado de la medicina somática, siguen cursos de medicina de nivel superior, aprenden a examinar el fondo de ojo y a determinar con exactitud la proporción correcta de las diversas sustancias de nuestras excreciones. Gradual y concienzudamente adquieren una forzosa ignorancia acerca de la persona (el paciente) que enfrentan o que, con más frecuencia, se niegan a enfrentar. En realidad, muchos psiquiatras son médicos de segundo orden, que no pudieron desempeñarse en medicina general, pero este hecho no limita sus pretensiones de estar capacitados para el campo psiquiátrico. Las pretensiones se derrumban en algunos casos —cuando el psiquiatra intenta realmente comprender al paciente sobre la base de sus esfuerzos por comprenderse a sí mismo—

una ansiedad insoportable acerca de la conducta tentativamente independiente de los hijos. Estos signos conductuales por lo general envuelven problemas tales como agresión, sexualidad y con frecuencia alguna forma de autoafirmación autónoma. Pueden constituir la expresión acostumbrada de las necesidades del adolescente, pero en ciertas familias incluso esas necesidades adolescentes son totalmente inaceptables y deben ser invalidadas, si es necesario empleando medios desesperados. La más respetable y asequible forma de invalidación consiste en llamar "enferma" a tal conducta. El paciente es apartado de la familia, con la cooperación de diversos agentes médicos y sociales, y a la familia le resta movilizar todos sus recursos para compadecerse por la tragedia que ha sufrido. La causa de esa tragedia es, desde luego, la mano de Dios, que se mueve de modo inexplicable y sin relación con las necesidades reales de las otras personas del grupo familiar.

En este punto me referiré a un caso real de este tipo de fenómeno. Un paciente fue internado en virtud de una "orden de retención" (*Detention Order*: forma de certificación utilizada en Inglaterra, que se rige por la Ley de Salud Mental de 1959; esa orden retira al paciente el derecho a abandonar el hospital por propia decisión, y si lo hace está prevista su reinternación forzada, efectuada por la policía o el personal del hospital). Este joven, entre otras cosas que quedaron sin especificar, se había comportado con agresividad y violencia hacia sus padres y, según constaba en la orden, debía ser recluido, para la protección de terceros, en una institución en la que se observara su estado mental. Los padres habían puesto el problema en las manos del clínico general, el que, con la asistencia del funcionario correspondiente, extendió la orden de retención. No obstante, al examinar en profundidad las circunstancias de la crisis familiar se descubría que la conducta violenta y agresiva había consistido en: a) romper una taza de té; b) cerrar de golpe y con estré-

quizás a través del prolongado y costoso entrenamiento psicoanalítico. Tal vez este sea un estado de cosas vacilante e imperfecto, pero el cuerpo médico y sus comisiones de selección para las tareas psiquiátricas (comisiones cuidadosamente elegidas) muestran pocos signos de comprenderlo. Por esta razón se confían posiciones de poder socio-médico —por ejemplo cargos de consultores, superintendentes e incluso a veces profesores de psiquiatría— a personas que carecen de las condiciones humanas, técnicas y profesionales necesarias.

pito la puerta de calle; c) haber dado un tacazo, sólo uno pero bien enfático, en el sendero del jardín, en el que dejó una huella impresa. En el curso de la evaluación de la situación familiar, que incluyó una reconstrucción de la "crisis", se descubrió que la madre del paciente había luchado durante muchos años con una grave depresión. En cierto momento de la historia de la familia, cuando el padre, que era también una persona deprimida, totalmente replegada en sí misma, quedó inválido como consecuencia de un ataque repentino, resultó necesario para la madre librarse de sus intensos sentimientos de culpa para enfrentar con éxito su nuevo y difícil rol de enfermera, y la única persona que podía utilizar como receptáculo de estos sentimientos era su hijo de veinticinco años. Con bastante eficacia, el hijo fue condicionado para actuar en esa función. La situación, en un punto de crisis, se desarrolló en un período de tres a cuatro años. El hijo, a los veintiún años, había experimentado la habitual sensibilidad extrema acerca de sí mismo. Había proyectado sobre otros sus propios impulsos sexuales y agresivos inaceptables y había experimentado el retorno de esos aspectos como ridículo e incluso como persecutorio. Esto lo llevó a una primera internación. En el hospital proclamó la idea delirante de que era Jesucristo. En ese momento, como en el ulterior que estamos considerando, sobrellevaba vicariamente la totalidad de la culpa de su madre, y en el mundo familiar microsociaI estaba muriendo para que otros —especialmente su madre— pudieran salvarse. Todos morimos repetidamente muertes parciales a fin de que puedan vivir otras personas, para las que somos ofrendas sacrificiales. El Cristo arquetípico, en cuanto tiene realidad, está en todos nosotros. En este sentido, la proclamación delirante del paciente respondía a la verdad, pero esta era una verdad que nadie podía permitirle que él reconociera. Si interpretamos los hechos de este modo, apreciamos el valor del aforismo del psiquiatra norteamericano que definió el delirio como una idea verdadera del paciente, que de manera delirante el psiquiatra toma en sentido literal. Pero lo opuesto a lo literal no es necesariamente lo metafórico. La realidad existencial de una persona trasciende esta oposición.

Cuando este joven ingresó en el pabellón de observación mental encontramos que estos hechos obvios habían sido ignorados o distorsionados de un modo peculiarmente uniforme; para en-

tender la realidad de la violencia psiquiátrica debemos hacernos, precisamente, alguna idea sobre lo que es la distorsión.

El paciente mental, una vez rotulado como tal, es obligado a asumir un rol de enfermo. A este rol le es esencial cierta pasividad. Se supone que existe una enfermedad que, proviniendo de algún modo del exterior de la persona, es un proceso que la altera. El paciente es afectado, alterado de tal manera que en su propia situación de alteración y cambio él se convierte en algo relativamente inesencial. Es reificado y se convierte en el objeto sobre el cual labora el proceso de la enfermedad. El proceso es sufrido, padecido. Se supone que nadie ha hecho nada en absoluto hasta la *mise en scène* montada por el psiquiatra, el cual (a veces, y por lo general desastrosamente) cura las partes putrefactas. La enfermedad es algo que le ocurre a la persona, la cual, en cuanto se trata de algo que meramente ocurre, se convierte en nadie de un modo totalmente literal. Como portador de los síntomas que resultan de un proceso, el paciente es prescindible como persona, y por lo tanto se prescinde de él. Quedamos en compañía del médico que encara un campo no humano de síntomas (que siempre deben ser superados o suprimidos) y el proceso de la enfermedad (que, si es posible, debe ser eliminado). Esta preestructuración de la situación que surge cuando alguien ingresa en el hospital para enfermos mentales implica de modo inmediato que lo que ha sucedido entre el paciente y otras personas posee un significado sólo secundario (si es que tiene alguno) con respecto a la presunta enfermedad. Decir esto de ningún modo implica atribuir al médico alguna malevolencia o falta de "calor humano".

El reconocimiento de esta violencia encuentra su más exacto paralelo en el pensamiento psiquiátrico corriente en el concepto de "institucionalización" en el hospital psiquiátrico. Pero resulta irónico que esta crítica de la institucionalización haya asimismo caído en la trampa del pensamiento institucionalizado, en particular al producir ideas como la de "neurosis institucional". La invención de esta curiosa enfermedad (otra enfermedad) ha llevado a uno de sus protagonistas a enumerar factores causales, síntomas, diagnósticos, pronósticos y tratamiento. Si no se puede encontrar un virus real, se inventa un virus social.

Sobre la base de que no refleja la realidad humana, debemos

cuestionar todo este modo de pensar centrado en la noción de pasividad, de ser alterado por un proceso enfermizo, biológico y/o psicológico y/o social.

Este modo de pensar en términos de enfermedad o enfermo posee no obstante raíces firmes en la tradición médica, en la cual, por ciertas razones históricas, ha llegado a quedar atrapado el trabajo de los psiquiatras. Pero mientras que la idea de enfermedad funciona razonablemente y con utilidad en medicina general y en las áreas médicas especializadas, su trasplante en gran escala a un campo en el que los problemas se presentan en términos de relaciones entre personas ha producido una confusión y contradicciones formidables en todos los niveles de la teoría y la metateoría, aunque a estos últimos pocas veces llega la literatura psiquiátrica clínica, y pocas veces persiste cuando los alcanza, por la razón misma de que no se puede realizar un estudio teórico dentro de un marco de referencia continuo, sobre una teoría que es contradictoria en sus elementos básicos. La más avanzada y radical crítica del modelo conceptual falso de la teoría psiquiátrica debe proponer un análisis de los orígenes históricos de la psiquiatría y el psicoanálisis.⁵

En concreto, hay muy poco conocimiento explícito sobre lo que ocurre realmente cuando alguien es internado en un hospital psiquiátrico. En el pabellón no sólo lo aguarda una cama física, sino también el lecho de Procusto de los preconceptos del personal, a los cuales debe ajustarse sea cual fuere el precio en términos de mutilación de su realidad personal. En el pabellón psiquiátrico convencional se prolonga la violencia que comienza en su familia. Los progresos psiquiátricos más manifiestos, expresados en las frases efectistas "puertas abiertas", "permisividad", "informalidad", "relaciones amistosas entre el personal y el paciente", sirven para ocultar esa zona mucho más esencial en la cual el hospital psiquiátrico tradicional no ha avanzado un centímetro desde la época de Kraepelin en el siglo pasado. Constituye un truismo afirmar que la relación del paciente con su

⁵ Véase Szasz, T. S. (1962). Este autor trata como paradigma y de modo casi exclusivo sobre la histeria. Demuestra que se hace violencia a la existencia de la persona histérica cuando se erigen los principales aspectos de su conducta como síntomas de un misterioso proceso patológico; el examen de esta enfermedad sustenta ampliamente su tesis, pero creo que un análisis análogamente orientado de todo el campo de la locura psiquiátrica lo haría incluso con más fuerza.

familia, su médico y otras personas significativas debe ser tomada en consideración cuando debemos decidir cuál es la mejor manera de actuar para lograr resultados "terapéuticos". Por supuesto, esto se realiza, con la única excepción de las instituciones psiquiátricas más retrógradas. Pero todavía resulta casi revolucionario sugerir que el problema no radica en la llamada "persona enferma" sino en una red interactuante de personas, particularmente su familia, red de la cual el paciente internado es abstraído mediante un truco conceptual previo. Es decir que la locura no está "en" una persona, sino en un sistema de relaciones del cual forma parte el rotulado "paciente": la esquizofrenia, si significa algo, es un modo más o menos característico de conducta grupal perturbada. No hay esquizofrénicos individuales. La abstracción corriente del "enfermo" del sistema de relaciones en el que está aferrado distorsiona inmediatamente el problema y abre el camino a la invención de pseudoproblemas que a continuación son clasificados y analizados causalmente con toda seriedad, mientras que todos los problemas auténticos han hecho mutis sigilosamente por la puerta del hospital, junto con los parientes que se alejan.

La atribución de excentricidad, rareza, extravagancia, locura, incongruencia o ausencia de sentimientos, actos sin propósito, impulsividad o agresión injustificada, no constituyen juicios incuestionables absolutos ni siquiera (según la experiencia clínica corriente) razonablemente objetivos acerca del futuro paciente, cuando los enuncian otros miembros de su familia. Estas atribuciones son altamente funcionales y actúan en relación con un sistema de necesidades de la familia en cierto punto de su historia. Las atribuciones de locura realizadas por agentes de la sociedad extrafamiliar, en particular por clínicos generales y por los funcionarios pertinentes, o a veces por la policía, no son necesariamente más objetivas que las de la familia. Con demasiada frecuencia caen en algo que es sólo una colusión sutil, hábil aunque inconscientemente preparada, con las actitudes de la familia.

La colusión entre la familia y los agentes de la sociedad es la base de la violencia real en psiquiatría —opuesta a la violencia mítica—. Ella no ha sido siempre ni seguirá siendo eternamente una característica del sistema social. En el Medioevo no existían los límites actuales entre la familia y la comunidad extrafamiliar.

Por un lado, la familia estaba más "afuera", más en la comunidad; por el otro, especialmente en el caso de las clases superiores, incluía a muchas personas que no eran miembros en sentido estricto: sirvientes, niñeras, huéspedes. En cuanto el niño emergía de la dependencia de la primera infancia, se convertía para los adultos —según lo demuestra la iconografía del período— en un "adulto en miniatura". En los siglos XVI, XVII y particularmente en el XVIII, la situación comenzó a cambiar. Los *rites de passage* que desde la época neolítica constituían la iniciación de los niños en su identidad adulta (con frecuencia a través de la muerte simbólica o de la muerte parcial representada por la castración simbólica y la inversión de la identidad sexual, y también mediante la atribución de un nuevo nombre) habían desaparecido de la Europa medieval. Lo mismo ocurrió con la *paideia* helenística. Pero en el siglo XVIII reapareció la preocupación por la naturaleza de la infancia y la transición a la vida adulta.⁶

En adelante se reconoció que el niño era un tipo especial de persona y una presencia singular, más bien perturbadora; en consecuencia, debía tener una preparación y educación especiales para su rol adulto en la vida. El niño fue entonces separado de la vida de la comunidad adulta por la familia y la escuela, con frecuencia de una manera rudamente monástica en las enclaustradoras escuelas de internos. Pero las brutalidades concomitantes no reflejaban una indiferencia medieval hacia el niño como tal, sino un amor familiar obsesivo, encarcelante. Aquí encontramos por cierto el amor como violencia.

La ampliamente proclamada evidencia del debilitamiento contemporáneo de los lazos familiares (se aduce por ejemplo el porcentaje de divorcios y la pérdida de vigor de la autoridad paterna) no hace más que enmascarar precariamente un tipo peculiar de intensificación de la cohesión familiar en nuestra sociedad (y podríamos descubrir la inteligibilidad histórica de esa cohesión). El concepto de "familia", que difiere significativamente de la institución demográfica, implica una línea límite familia-comunidad y constituye un fenómeno de la historia moderna; antes de los siglos XVI a XVIII, las divisiones de clases, aunque siempre objetivamente definibles, quedaban con frecuencia

⁶ Esta tesis es expuesta y ampliamente documentada por Philippe Ariès (1960) en "Centuries of childhood".

diluidas en el proceso real del intercambio social, y los innumerales miembros de las diversas familias en gran medida se integraban en la misma comunidad total. Después del siglo XVIII, los primeros desarrollos de las contradicciones básicas de la sociedad capitalista limitaron aquella dilución de las distinciones de clase; esa dilución resultaba ya menos tolerable para las clases superiores, y éstas comenzaron a replegarse socialmente, geográficamente (a distritos especiales) y en lo referente a la crianza de los niños. En adelante reinaron los valores de la privacidad y el amurallamiento de la familia, que en alguna medida se extendieron por imitación a la vida de la clase trabajadora, en cuanto ésta era condicionada por los valores que imponían las clases media y superior gobernantes.

Podemos pensar este fenómeno en los términos de las categorías sugeridas por Claude Lévi-Strauss en *Tristes Tropiques* (1955). Hay sociedades que tragan a las personas —sociedades antropofágicas— y sociedades que las vomitan —sociedades antropeómicas—. Observamos entonces una transición desde, en un extremo, la absorción medieval de la persona del niño por la comunidad (un modo de aceptación asimilativa relacionado con el canibalismo ritual de las sociedades primitivas, en las cuales el ritual permite a las personas aceptar lo inaceptable, particularmente la muerte) hasta, en el otro extremo, la sociedad antropeómica moderna que expelle todo lo que no se somete a sus artificiosas reglas de juego. Sobre esta base excluye hechos, teorías, actitudes y personas —personas de la clase social “impropia”, la raza “impropia”, la escuela “impropia”, la familia “impropia”, la sexualidad “impropia”, la mentalidad “impropia”—. En el hospital psiquiátrico tradicional de la actualidad, a pesar de las protestas de progreso, la sociedad se supera en la consumación de ambos procesos: la persona “vomitada”, expelida de la familia y la sociedad, es “tragada”, absorbida por el hospital y luego digerida y metabolizada hasta que desaparece como persona identificable. Creo que esto debe considerarse violencia.

Por supuesto, los implicados niegan que se trate de desembarazarse de alguien, por lo general mediante alguna forma de afirmación o enunciado de la maldad y locura peculiarmente propias de ciertos individuos. Esta negación, que actúa tanto en la familia como en la sociedad global, es la más estéril, tortuosa

y no obstante ubicua pieza de ilógica social: la negación de la negación. Los pasos del proceso son los siguientes: en primer lugar, hay un acto negativo, la invalidación de una persona por otras; esto puede implicar la rotulación diagnóstica, un dictamen judicial, la segregación física de esa persona de su contexto social. En segundo término (este paso es por lo general simultáneo con el anterior) el acto negativo se niega de diversas maneras; se sostiene que la persona se invalidó a sí misma, o que fue invalidada por su debilidad intrínseca o por el proceso de la enfermedad, sin que otras personas hayan tenido nada que ver al respecto. Por medio de esta doble negación, el grupo social se oculta su propia praxis. Las personas “buenas” y “sanas” —que se definen a sí mismas como tales mediante la definición de algunos semejantes como “malos” y “locos” y su posterior expulsión del grupo— mantienen una homeostasis segura y cómoda gracias a esta mentira acerca de una mentira. La víctima propiciatoria con frecuencia es cómplice en este proceso; muchas veces encuentra que la única manera de sentirse necesitado por los otros o confirmado en una identidad suficientemente definida consiste en asumir un rol social de malo o loco. El “delirio” de ser Cristo, de sacrificarse por el bien de la humanidad, según lo hemos visto en nuestro ejemplo, encuentra su inteligibilidad en los términos de esta praxis social inauténtica.

Cuando la sociedad es un poco más franca acerca de lo que es capaz de hacer, se pueden descubrir prácticas análogas expresadas de manera mucho más obvia y concreta. Para ilustrar la tesis de que todo mal social es una proyección, Sartre, en su libro sobre Jean Genet (1952, pág. 29)* describe una industria que en una época floreció en Bohemia. Los adultos “normales” se apoderaban de niños pequeños, les hendían los labios, les comprimían el cráneo, los encerraban día y noche en una caja para impedir que crecieran. Con este tratamiento obtenían “monstruos” que podían ser exhibidos públicamente y de este modo conseguían ganancias. En la actualidad, en el caso de los rotulados como “lunáticos”, la sociedad está desarrollando una rudimentaria conciencia de culpa referente a la producción y mantenimiento de una subcomunidad segregada de locos. Esta culpa se

* Página 32 de la versión castellana; véase la Bibliografía al final del libro. [T.]

manifiesta en los esfuerzos contradictorios por mejorar el status de los pacientes mentales promoviéndolos al rango de enfermos comunes, y en una mayor permisividad en las instituciones psiquiátricas, mientras que, por otra parte, se los mantiene en su rol de locos mediante todo el sistema seudomédico de identificación y confirmación de la enfermedad mental y en virtud de una multitud de dificultades de origen oscuro que entorpecen el proceso de rehabilitación. En el marco de esta mística cuasimédica, el estallido periódico de frenética actividad terapéutica dirigida por algunos psiquiatras contra sus pacientes esquizofrénicos no hace más que perpetuar la irracionalidad del sistema.

Antonin Artaud, el eminente autor y teórico del "teatro de la crueldad", ha escrito algunas cosas muy pertinentes acerca del tema. Entre Artaud y sus psiquiatras hubo diálogos muy prolongados en los cuales el escritor defendió su creencia de que era víctima de hechizos de vudú y sostuvo su derecho a separarse de otras personas. Frente a ello, el psiquiatra le delectaba concienzudamente la necesidad de que se adaptara a la sociedad. Pero en el crítico momento final del diálogo siempre se le formulaba la advertencia siguiente: "Si vuelve a hablar de hechizos, señor Artaud, tendremos que hacerle sesenta y cinco electroshocks." En cierto sentido, el "enunciado delirante" de Artaud representaba una realidad profunda de su vida, realidad que, diecisiete años después de su muerte, apenas estamos comenzando a apreciar. El ha dicho cosas más pertinentes acerca de la locura que todos los textos de psiquiatría, pero el problema era que Artaud vio demasiado la verdad y habló demasiado acerca de ella. Posteriormente iba a curarse. Quizá no sea excesivamente absurdo afirmar que con mucha frecuencia la gente ingresa en el hospital cuando empieza a convertirse en "sana".

Para superar la situación actual de la psiquiatría, en la cual prevalece ampliamente la violencia de que estamos hablando, tendremos que reconocer la complejidad dialéctica de la realidad humana y negarnos a tratar reductivamente toda acción y experiencia humanas como términos de un proceso. Debemos percibir el momento vital de la praxis, el centro intencional de cada existencia humana, el proyecto por el cual cada persona se define en el mundo. Esto siempre ha resultado difícil en la gran institución psiquiátrica tradicional. En términos prácticos, nuestra

experiencia sugiere que lo conveniente es una comunidad pequeña de aproximadamente treinta a cuarenta personas, que debe funcionar sin los preconceptos o prejuicios clínicos corrientes, sin una jerarquía personal-paciente rígida e impuesta desde el exterior, y con una total y activa implicación de las familias de los miembros de la comunidad. En una comunidad "experimental" de ese tipo el sujeto no tendrá que luchar con los deseos alienados de otros que tratan de moldearlo a medida, de curarlo de sus intentos de convertirse en la persona que realmente es. Finalmente, tendrá la posibilidad de descubrir y explorar modos auténticos de relacionarse con los otros. Esta comunidad no existe todavía, pero es posible crearla.

Mientras tanto, si uno tiene que enloquecer, la táctica que debe aprender en nuestra sociedad es una táctica de discreción.

CAPÍTULO II

FAMILIAS Y ESQUIZOFRENIA

*Los estrategas tienen una sentencia:
no osaré representar el papel de anfitrión sino el de huésped,
no osaré avanzar un centímetro, sino que retrocederé un metro.
Esto es conocido como marcha hacia adelante cuando no hay camino,
arrollarse las mangas cuando uno no tiene brazos,
arrastrar al adversario por la fuerza cuando no hay adversario
y tomar las armas cuando no hay armas.*

Lao Tzu, *Tao Te Ching*, Libro II, LXIX

A una pregunta de Mang Wu acerca de la piedad filial, el Maestro respondió: "Los padres no tienen la obligación de sobrellevar más que una sola molestia: la de su propia enfermedad."

The Confucian Analects, Libro II, 6

Desde los primeros días de la psiquiatría institucional, los enfermeros y a veces los psiquiatras tuvieron intuiciones sagaces acerca de que el paciente esquizofrénico internado, por perturbado que pareciera, no estaba solo en su perturbación. Con suma frecuencia el personal experimentado adivina que algo extraño, o incluso insensato, ha estado ocurriendo en la familia del paciente; esta

intuición suele expresarse en observaciones como la siguiente: "Quizá no tengamos aquí al que realmente tendría que estar."

El procedimiento habitual en el hospital psiquiátrico en lo que respecta a la familia del paciente consiste en que ésta sea entrevistada por un psiquiatra, quizás en una sola oportunidad y sin la presencia del presunto esquizofrénico. Algunos hospitales envían a los allegados más próximos formularios de rutina con preguntas acerca de la vida pasada del paciente y de su "enfermedad actual". A veces un trabajador social psiquiátrico, en alguna etapa de la carrera del paciente como paciente, tiene la oportunidad de verlo junto a su familia en el hogar, pero esta no es en modo alguno la regla, y en la mayoría de los casos este especialista se limita al tipo tradicional del trabajo de casos, que no incluye las comprensiones más recientes sobre el funcionamiento de la familia; esas comprensiones serán consideradas en este capítulo. Tales nuevas comprensiones desafían muy profundamente la idea tradicional de que los factores ambientales familiares sólo influyen en aspectos superficiales de la "enfermedad" del paciente, o de que la familia es sólo secundariamente afectada por la "patología" de aquél.

En primer lugar debemos tratar de determinar qué es y qué hace una familia. Muchos sociólogos, siguiendo a Talcott Parsons, han realizado el examen funcional de la familia en términos de, primero, la socialización primaria del niño y, segundo, los procesos de estabilización de la personalidad adolescente y adulta. Para que la familia y sus niños no sean considerados "desviados", este adoctrinamiento bifásico en la microcultura familiar debe lograr inculcar los valores y las normas de conducta de la macrocultura (el mundo extrafamiliar). En una sociedad en la cual la autoalienación es la regla, estos valores serán valores alienados. Al niño varón se le enseña a considerarse a sí mismo y a las habilidades que adquiere como objetos en el mercado; se le proporciona un marco de referencia en el cual se identificará positiva y negativamente con su padre (en proporciones adecuadas); el deber del padre es *representar* en el círculo familiar un rol social satisfactoriamente estimado por él mismo y por otros. Es característico de la sociedad conformista que la representación por parte de los padres de un rol social aceptable tenga prioridad con respecto a la *presentación* de sí mismos ante el niño.

Los progenitores se externalizan en el mundo, vacían su realidad subjetiva en una forma objetiva de ser-en-el-mundo, y después reinternalizan esta objetivación. Pero esta presencia que reinternalizan es algo que ya perdieron; es, en efecto, una *ausencia* lo que representan en la familia. La estructura existencial del rol social representado consiste en que ese rol es, en primer lugar, un ser-para-los-otros, y secundariamente un ser-para-sí. Por fortuna no todas las familias logran escapar por completo al estigma de la desviación.

Debemos tratar de aprehender realmente la noción de la *autonomía* de cada miembro de la familia en la familia. Autonomía significa, en primer lugar, establecer la ley para uno mismo, el autogobierno, y esto implica un acto de ruptura por medio del cual la persona quiebra y se desprende de un sistema que la aprisiona y en el cual su rol, como el de cada uno de los otros miembros, consiste solamente en corporizar las proyecciones de otros y luego vivir vicariamente hasta el fin esas vagas esperanzas, ambiciones, internalizaciones gratificantes o punitivas de los progenitores, etcétera. Lo que debe hacer para desprenderse es, del modo más simple y no obstante muy complejamente, aceptar esa masa insensata de relaciones familiares primitivas, llevar esa internalización perturbada hasta los límites de su intrusión y luego superarla, pasando a su propio campo de posibilidades. Al hacerlo debe mantenerse autocentrado, debe conservar su yo existente orientado desde el centro subjetivo de su ser hacia afuera, hacia el mundo. Si pierde esa aprehensión en el centro de sí mismo, se pierde para los otros y esto significa perderse para sí mismo, o más bien perderse a sí mismo.

La alienación, entonces, se refiere a la acción y al acto de negar la acción en un grupo, y a los resultados de esta acción. Por extrañamiento entendemos la experiencia de este resultado de la acción alienada. El extrañamiento es el sentimiento de estar apresado en un proceso que es ajeno a las propias intenciones y actos y a las intenciones y actos de cada uno de los otros miembros del grupo. Es el subproducto de una ilusión universal.

La familia mediatiza la realidad social para sus niños. Si la realidad social de que se trata abunda en formas sociales alienadas, esa alienación será mediatizada para el niño individual y experimentada como extrañamiento en las relaciones familiares.

En algunas de las familias más “unidas” y de los matrimonios más “felices” las relaciones familiares están más extrañadas. Ante este extrañamiento puede haber evasión o negación. Es posible el extrañamiento ante el propio extrañamiento. Pero si, por razones que podemos hacer inteligibles, esa negación llega a ser imposible, la persona puede intentar reducir su penosa confusión erigiendo una construcción “psicótica” —por ejemplo, puede afirmar que su mente es controlada por una máquina eléctrica o por hombres del espacio exterior—. Pero tales construcciones son en gran medida corporizaciones del proceso familiar, que posee una ilusión de sustancialidad, pero que no es otra cosa que la forma alienada de la acción o praxis de los miembros de la familia que dominan literalmente la mente del miembro psicótico. Esos hombres metafóricos del espacio exterior son la madre, el padre y los hermanos reales que comparten la mesa del desayuno con el llamado paciente psicótico. En las conversaciones cotidianas habitualmente confundimos lo literal con lo metafórico. ¿Quién puede decir que en el caso de que hablamos el paciente está loco por ser metafórico?

Lo que hemos estado diciendo sobre las relaciones familiares alienadas es muy bien presentado por Ionesco en la obra que en la versión inglesa se llama *The bald prima donna* (1950).* Un hombre y una mujer se encuentran aparentemente como extraños. Gradualmente descubren que viajaron juntos en el compartimiento de un tren, que compartieron una casa, una cama, un niño. Llegan a la pasmosa conclusión de que forman una y la misma familia. La relación es definida por un rastro de relaciones topológicas no humanas: tren, pisos, cama. Pero, ¿cuántos cónyuges *se han encontrado* realmente, incluso a distancia?

Las familias de los pacientes psiquiátricos llamados esquizofrénicos presentan este tipo de alienación y extrañamiento en una forma particularmente intensa. En un sentido muy real, el problema de la esquizofrenia y el problema de la alienación y el extrañamiento en las familias son idénticos. Podría objetarse que debemos esperar los resultados de la investigación comparada controlada de familias que tienen un miembro psicótico o neu-

* Hay versión castellana: *La cantante calva*. Buenos Aires, Losada, en *Teatro*, tomo I, 1961. [T.]

rótico identificado y de familias en las cuales ningún miembro sobrelleva el diagnóstico de enfermo en sentido psiquiátrico. Pero mi trabajo con familias me ha llevado a sospechar que tanto las familias "neuróticas" y "psicóticas" como las "normales" se caracterizan en nuestra comunidad por un alto grado de alienación con respecto a la realidad personal de cada uno de sus miembros. Uno se siente incluso tentado a considerar la hipótesis osada de que en las familias "psicóticas" el paciente esquizofrénico identificado por su episodio psicótico está tratando de liberarse de un sistema alienado, y es por lo tanto en cierto sentido menos "enfermo" o, por lo menos, no tan alienado que los vástagos "normales" de las familias "normales". Pero en cuanto ingresa en un hospital para enfermos mentales, su intento desesperado de liberarse parecería haber fracasado en la elección de la táctica y estrategia sociales necesarias.

Ya hemos introducido el término "alienación", pero para ampliar nuestra comprensión de la violencia debemos ahora examinar más detenidamente el significado de la palabra. Como término filosófico, "alienación" fue utilizado por primera vez a comienzos del siglo XIX por Fichte y Hegel. En la década de 1840 lo empleó Marx en el análisis de la sociedad. Pero en general la noción de alienación que aparece en los primeros trabajos de Marx fue eclipsada por ciertos aspectos de la teoría marxista posterior, y recién resucitó en este siglo.

La noción original de "alienación" en Hegel (*Entfremdung*) se basaba en el análisis de la conciencia. En la obra de algunos hegelianos tomó el sentido de una condición en la cual los poderes humanos aparecen de manera externalizada como entidades autónomas no humanas que dominan la vida humana "desde el exterior". En el análisis que realizó Feuerbach de la religión, por ejemplo, los dioses y demonios fueron explicados como proyecciones de aspectos de la naturaleza humana. A partir de allí, Marx amplió la idea de alienación, incluyendo en ella muchas otras formas de vida social. Marx veía al Estado no como un poder autónomo exterior que domina a los hombres, sino como una forma alienada de la acción humana, como la praxis concertada mediante la cual una clase de hombres domina a otra. El Estado en este sentido es lo que es establecido, asentado, instalado por quienes son sus súbditos.

Sartre (1960) ha percibido la base ontológica de la alienación. Considera que la explotación y sus productos sociales —que explican la alienación desde el punto de vista marxista— constituyen en realidad una alienación secundaria. La alienación primaria, que es una forma necesaria de toda acción y experiencia humanas, consta de las categorías de “alteración” —por la cual “mis actos para mí” se convierten en “mis actos para los otros”— y de “objetivación” —por la cual mis actos quedan real y registrablemente impresos en la realidad social o física del mundo—. Sartre desarrolla su idea anterior (1943) de “hemorragia existencial”: cuando soy observado por otra persona hay un movimiento hacia el exterior, un derrame, desde mi estado interior de ser-para-mí hasta el estado exterior de ser-para-otro como un objeto del mundo. Esto envuelve un interjuego entre dos tipos de espacio. El tipo de espacio que “yo” ocupó en ser-para-mí es muy diferente del que ocupa el “mí” como objeto para el otro. Los ojos del otro cuando me mira pueden estar, por ejemplo, a dos metros de distancia, pero su *mirada* está directamente dentro de mí, penetra el espacio de mi subjetividad y me convertiría por completo en un objeto para él. No hay implícita ninguna distancia mensurable. Por lo general este derrame de mí mismo es controlado por mi objetivación recíproca del otro, de modo que su existencia, que queda a su turno bajo mi mirada, se derrama para mí en el mundo de los objetos.

Algunas personas padecen la invasión continua de su espacio subjetivo por parte de otros, al punto de que su existencia parece convertirse en un objeto ubicado en los sistemas geométricos de las necesidades de otros miembros del grupo. No tienen ningún espacio propio. En realidad, exige mucha decisión continuar viviendo de ese modo, pero según todas las apariencias esa persona nunca hace nada, es por completo el efecto resultante de procesos grupales (y tal vez orgánicos); esos procesos ocultan todo lo que realmente hace (su praxis) y por lo tanto todo lo que es. Está por completo alienada, pero sigue siendo una *persona* alienada, y esa persona se aliena a través de su intencionalidad consiente que opera de modo continuo. Pero ahora debemos ver el eslabón que vincula alienación y violencia familiar.

La alienación en este sentido es la fuente de numerosas mitologías en el pensamiento sociológico y psicológico, que pre-

suponen implícita o explícitamente al grupo humano como una especie de superorganismo al cual se atribuye la capacidad de actuar e incluso experimentar algo con independencia de la acción o experiencia de sus miembros. Este superorganismo parece responder a sus propias leyes independientes. La ventaja obvia de este modo de pensar consiste en que permite eludir (ilusoriamente) la responsabilidad personal. En realidad las leyes del grupo surgen a través de la interacción de todos los miembros, y se originan en la libertad de cada uno de ellos, en su servidumbre o rechazo —libremente decididos— ante las reglas grupales preexistentes. Que la alienación es un escape para eludir la perturbación y la angustia de reconocer la responsabilidad personal lo ejemplifica la defensa de Eichmann, quien adujo ser sólo “una pieza del engranaje”.

En el otro polo tenemos la narración de Bruno Bettelheim en *The informed heart* (1961) acerca de una muchacha que, en un momento extremo de comprensión, reconoció y se desprendió de una de las más formidables piezas de alienación de la historia humana. Esta joven formaba parte de un grupo de judíos que desnudos y en fila esperaban turno para ingresar en la cámara de gas. El oficial de la SS que supervisaba la operación oyó comentar que ella había sido bailarina de ballet y le ordenó que danzara. La joven lo hizo; se fue aproximando al oficial y de pronto le arrebató la pistola de la cartuchera y disparó sobre él. El destino de la muchacha ya estaba decidido; asimismo era claro que nada de lo que ella pudiera hacer alteraría la situación que conducía al exterminio físico del grupo. Pero su acto tuvo la finalidad de investir a su muerte de un intenso sentido personal que al mismo tiempo expresaba una oportunidad histórica que se perdió trágicamente en el proceso masificado de los campos de exterminio.

Para los fines prácticos, podemos considerar que la investigación sistemática de las familias de pacientes esquizofrénicos comenzó hace quince años en los Estados Unidos. Debemos reflexionar sobre este hecho. El psiquiatra Kraepelin agrupó por primera vez en 1896 varios “cuadros clínicos” bajo la denominación primitiva de *dementia praecox* propuesta por C. Morel; posteriormente Bleuler introdujo el término “esquizofrenia”. Desde esa época en adelante se realizaron numerosas investigaciones so-

bre los hábitos intestinales, el funcionamiento de la tiroides, etc., de los pacientes esquizofrénicos. Un sabio demostró estadísticamente (o creyó haber demostrado) que la mayoría de los pacientes esquizofrénicos habían nacido en el mes de marzo, y produjo una serie de hipótesis para explicar este "hecho". Los psiquiatras han dividido y subdividido los cuadros clínicos en treinta a cuarenta tipos y subtipos diferentes, utilizando todos los recursos de la etimología griega que pudieron reunir para esta maratón rotulatoria. Al observador exterior desprejuiciado puede parecerle un tanto extraño que nadie, hasta hace quince años, considerara que valía la pena echar una mirada atenta a lo que ocurría en las familias de las que provenían los pacientes internados. Pero esto deja de extrañar cuando uno considera la curiosa colusión que los médicos y otros agentes de la sociedad han establecido tradicionalmente con los miembros de la familia del paciente, por lo general con los padres.

Los primeros estudios realizados en 1949 y a principios de la década de 1950 se centraron en la naturaleza de las relaciones entre los padres del paciente esquizofrénico, y mostraron que en una proporción muy alta de casos esa relación era extremadamente insatisfactoria según diversos criterios. Algunos de estos primeros estudios intentaron describir los rasgos predominantes de los miembros de la familia: la madre del paciente era por lo general considerada afectivamente manejadora, dominante, sobreprotectora y al mismo tiempo rechazante, mientras que el padre era visto como característicamente débil, pasivo, preocupado, enfermo o en algún otro sentido "ausente" como miembro efectivo de la familia.

En 1958 M. Bowen describió lo que llamó "divorcio afectivo" entre los padres en estas familias, y resultó claro que ese tipo de fisura podía no ser inmediatamente obvia. En el mismo año, L. C. Wynne y sus colaboradores emplearon el término "pseudomutualidad" para explicar el modo como algunas familias presentaban la apariencia de mutualidad y concordia pero sólo para encubrir una intensa hostilidad, inflexibilidad y destructividad mutua. En esta obra Wynne amplió la teoría sociológica del rol, dándole un carácter más adecuado y útil al tomar en cuenta en una medida mayor que la habitual la experiencia subjetiva de quien desempeña el rol. Este estudioso y sus colabora-

dores clasifican la complementariedad de las familias en complementariedad mutua, no mutua y pseudomutua. En el caso de la mutualidad hay una mayor diferenciación y flexibilidad en las relaciones familiares, lo cual permite su profundización (Wynne la conceptualiza en términos buberianos). En la no mutualidad hay una falta general de interés familiar en tratar sobre cualquier percepción de la carencia de que se trata. Pero en las familias de ciertos esquizofrénicos se advierte pseudomutualidad, la cual (según se propone como hipótesis) asume en tales familias una forma especialmente persistente e intensa y es reforzada por una subcultura familiar de mitos e ideología idiosincrática inusualmente penetrante, que amenaza con castigos horribles a los miembros del grupo que se atrevan a dejar de ajustarse al sistema. Wynne, aunque sólo en bosquejo, indica cómo la interiorización de este sistema familiar de relaciones condiciona el desarrollo de la experiencia personal de cada miembro.

En su estudio "Toward a theory of schizophrenia", Gregory Bateson, Don Jackson, J. Haley y J. H. Weakland, que trabajaron en Palo Alto, California, introdujeron un desarrollo decisivo para el examen cuidadoso de la interacción familiar. En este trabajo elaboraron la idea de una maniobra de "doble vínculo" que resulta característica de las familias esquizofrénicas como factor de la génesis de la esquizofrenia en el miembro elegido. Weakland (1960) resume lo que entiende por doble vínculo:

"Las características generales de esta situación (de doble vínculo) son las siguientes:

1. El individuo es envuelto en una relación intensa, es decir en una relación en la cual siente que es vitalmente importante que discrimine con precisión qué tipo de mensaje se le está comunicando, con el fin de poder responder apropiadamente.
2. El individuo es aferrado en una situación en la cual la otra persona de la relación expresa mensajes de dos órdenes distintos, y uno de tales mensajes niega al otro.
3. El individuo no puede comentar los mensajes expresados para corregir su discriminación acerca de cuál es el orden al que debe responder; es decir, no puede formular un enunciado metacomunicativo."

Tan irresoluble es la disyuntiva para el esquizofrénico o futuro esquizofrénico cuando uno o ambos progenitores lo enfrentan con esta maniobra, que la única respuesta que puede dar es convencionalmente considerada psicótica. En la realidad familiar en la que vive y en la que ha crecido, el paciente internalizó una peculiar restricción de su campo de posibilidades, en virtud de la cual estas respuestas psicóticas pueden constituir las reacciones más razonables entre las que restan como posibles, hasta que cambie el campo social, sea por una modificación en la familia —que puede ser provocada por una intervención externa— o por el traslado del paciente identificado a un grupo social en el que la conciencia metacomunicativa sea corriente. Este último grupo puede ser un grupo terapéutico de ideología psiquiátrica avanzada o cualquier otro grupo relativamente no mistificante.

Un ejemplo sumamente común de doble vínculo ocurre con frecuencia en entrevistas familiares conjuntas, en las que el paciente se reúne con sus padres, tal vez también con sus hermanos, y con el terapeuta. Uno de los padres suele ordenarle que rememore algún incidente de la historia de la familia que grava en el problema que se examina pero está inequívocamente cargado con emociones peligrosas para el resto de la familia o para alguno de sus miembros. Simultáneamente con esta orden de recordar, el progenitor emite un mandato paralingüístico o totalmente no verbal (por ejemplo, signos de gran ansiedad visibles para el paciente) en el sentido de que si osa recordar y exponer el incidente de que se trata amenazará peligrosamente o incluso destruirá a la familia, o por lo menos a uno de sus miembros. Al mismo tiempo hay órdenes contextualmente incorporadas de no comentar el mandato no verbal secundario ni de evadirse del tema. El paciente responde entonces con algún enunciado que manifiesta “desorden de pensamiento” y expresa su incapacidad para utilizar la mente de manera adecuada y recordar un hecho significativo y quizá muy reciente. Al mismo tiempo experimenta confusión y la expresa.

La importancia de la obra que consideramos reside en la circunstancia de que los autores finalmente procedieron al análisis microscópico de cada enunciado verbal e incluso de cada matiz no verbal de la interacción familiar. También indicaron cómo el paciente, al interiorizar estos sistemas de señales contradicto-

rios, puede experimentar confusión internamente y luego exteriorizarla objetivándose en el grupo familiar y en su periferia social (que incluye la situación de entrevista psiquiátrica) como “una persona embrollada” o “un esquizofrénico” en un sentido importante de este término.

Pero en su desarrollo teórico ulterior me parece que a los autores les faltó una conceptualización adecuada del proceso subyacente. Recurren a la noción de “tipos lógicos” propuesta por Bertrand Russell,¹ tal como fue originalmente formulada en *Principia mathematica* (1913). Sostienen que los dos mensajes contradictorios presentados al paciente son de diferentes tipos lógicos, pero que el paciente fue condicionado para que no perciba la diferencia, de modo que padece una confusión de los tipos lógicos y es una víctima apta para el doble vínculo. Me parece que esto constituye una conjunción *ad hoc* de conceptos, que no añade nada a la más lúcida descripción que los mismos autores realizan de la situación de doble ligadura tal como es experimentada. La cuestión, en su aspecto lógico, consiste en que quienes imponen el doble vínculo proponen implícitamente a quienes lo padecen un modelo lógico falso —en suma, una racionalidad analítica adecuada para los sistemas de acción y reacción físicos y biológicos, pero no para la interacción personal—. La interacción personal, en particular en cuanto se extraen inferencias lógicas relativas a ella, debe ser vista de modo dialéctico. El lógico antropólogo debe observar en su sistema lógico que los objetos que aquél incluye son bivalentes, en el sentido de que el “doble vinculador” simultáneamente quiere y no quiere o, mejor, necesita y no necesita, cierta respuesta del otro. La necesidad que tienen los padres de nuestro ejemplo de que su niño recuerde el hecho funesto es una necesidad real socialmente condicionada, y no una pura falsificación. Pero ella compete con otra necesidad socialmente condicionada: la de que el niño olvide. La verdad es que los “doble vinculadores” son los que están doblemente ligados por la convergencia en ellos de fuerzas sociales contradictorias: primero, las necesidades condicionadas por el campo social general de expectativas en el que

¹ En resumen, si tomamos la proposición p y luego enunciamos una proposición p^1 acerca de p , siendo p un término de p^1 , p pertenece al primer tipo lógico, y p^1 al segundo. Del mismo modo, la proposición p^2 sobre p^1 pertenece al tercer tipo.

han sido educados y, en segundo lugar, la necesidad de preservar la estructura familiar (o procreadora) tal como ella es frente a la amenaza que representa el paciente, que se atrevería a autoafirmarse de modo autónomo. Los padres, no obstante, niegan el momento contradictorio de su propia situación y creen que cuando preguntan “¿lo recuerdas?” están planteando una cuestión simple y precisa (aunque en muchos casos hay también, por cierto, alguna duplicidad consciente). Además, al invocar los derechos y obligaciones familiares convencionales, ellos insisten también en ese caso en un pedido simple, preciso. Es obvio que piden la luna.

Se ve entonces que la ilogicidad real, o enfermedad de la lógica, está en los padres, en cuanto ellos recurren a un tipo inadecuado de racionalidad (que subsume la tipología lógica de Russell) para defender su posición. Pero la verdad es que la sociedad en general yerra de este modo siempre que habla de relaciones personales íntimas o de su propio desarrollo histórico en gran escala. Esto puede observarse en el tipo de enunciados sobre las motivaciones humanas formulados en los tribunales y también en los juicios políticos masificados. La sustitución defensiva de la racionalidad dialéctica por la racionalidad analítica se lleva a cabo siempre que un individuo o grupo trata de afirmarse de modo autónomo. La amenaza omnipresente es el desprendimiento independiente en cualquiera de sus formas.

Si enunciamos de este modo el problema de la esquizofrenia, en términos de la absorción por otro de la existencia de una persona, o de esa existencia exprimida de sí por la persona misma (con el reconocimiento amoroso de la ingestión rapaz de los otros), de modo que finalmente no le queda nada de ella misma, puesto que está desnuda para el otro, debemos extraer la conclusión de que, aunque ser internado en un hospital constituye un destino especial, la esquizofrenia no es nada menos que la situación de todos nosotros.

CAPÍTULO III

ESTUDIO DE UNA FAMILIA

Y una mujer que sostenía un infante contra su seno dijo: "Háblanos de los niños."

Y él dijo:

"Vuestros niños no son vuestros niños.

Son los hijos e hijas de la Vida que se desea a sí misma.

Ellos vienen a través de vosotros pero no de vosotros.

Y aunque están con vosotros, no os pertenecen.

Podéis darles vuestro amor pero no vuestros pensamientos,

Pues ellos tienen pensamientos propios.

Podéis dar casa a sus cuerpos pero no a sus almas,

Pues sus almas moran en la casa del mañana, que vosotros no podéis visitar, ni siquiera en sueños.

Podéis esforzaros por pareceros a ellos, pero no tratéis de hacerlos parecidos a vosotros.

Pues la vida no retrocede ni se demora con el ayer.

Vosotros sois los arcos desde los cuales vuestros niños son lanzados como flechas vivientes.

El Arquero ve el blanco en la ruta del infinito, y os tensa con Su poder para que Sus flechas sean veloces y lleguen lejos.

Que vuestro tensamiento en las manos del Arquero, sea gozoso,

Pues así como El ama la flecha que vuela, ama también el arco que es estable."

Kahlil Gibran, *The Prophet*

"La esquizofrenia es causada por el hecho de que los jóvenes ya no obedecen a sus padres."

Journal of Mental Science (1904, pág. 272)

En cada caso el problema consiste en tomar la conducta del paciente esquizofrénico identificado y tratar de descubrir en qué medida esa conducta es inteligible en términos de la interacción entre la persona de que se trate y otras personas de su pasado y su presente.

En los casos que hemos estudiado,¹ la "conducta" incluye más específicamente la llamada "presentación clínica de la enfermedad" en el momento del ingreso en el hospital e inmediatamente antes —"los síntomas psicóticos que la revelan"—. Por "otras personas" entendemos para nuestros fines la familia nuclear del paciente (madre, padre y hermanos), en algunos casos el compañero marital y también el personal y los otros pacientes del pabellón de internación.

El "material" para el análisis es recogido por observadores-participantes, primero en situaciones grupales con las familias. En este procedimiento el observador participa en una interacción grupal, es consciente de su modo de participar y registra ese modo y sus efectos sobre la interacción total como parte esencial del procedimiento observacional. La participación es inevitable y al mismo tiempo una parte intrínseca de la situación. También en la mayoría de las interacciones registramos que existía la intención clara de llevar a cabo una "terapia familiar". Las intervenciones terapéuticas en este sentido no apuntan primordialmente a la interpretación de la fantasía inconsciente, sino que asumen la forma de metacomunicaciones (comunicaciones sobre comunicaciones) cuyo fin es clarificar confusiones que pueden haber sido introducidas por las comunicaciones primarias —muchas de las cuales son ya asimismo comunicaciones sobre comunicaciones—. Aunque afirmamos que la interpretación de la fantasía inconsciente no es la meta principal, con frecuencia ocurre que una comunicación metacomunicativa lleva "procesos inconscientes" a la conciencia del grupo.

En segundo lugar, las observaciones participantes se realizan en los grupos de internados de los cuales forma parte el paciente durante su estada en el hospital. Los principios "terapéuticos" organizativos de estos grupos, que contribuyen a definir la naturaleza de las observaciones, son descriptos en el capítulo IV.

¹ En mi unidad, que describo en los dos capítulos siguientes.

Las interacciones familiares seleccionadas para su estudio se graban con magnetófono y luego el registro se mecanografía. Pero las comunicaciones no verbales, a menos que se utilicen técnicas cinematográficas, deben ser anotadas a medida que ocurren por el observador del grupo. Algunos de los aspectos paralingüísticos —entonación, inflexión de la voz, etcétera— son perceptibles a través del registro magnetofónico. Por lo general, el paciente es primeramente entrevistado en el momento de su ingreso en la unidad. Este es el procedimiento que se sigue en todas las internaciones “urgentes” de pacientes provenientes de su hogar, pero en algunos casos, cuando por ejemplo el sujeto ha sido remitido desde una clínica externa, en el primer encuentro se entrevista en conjunto a toda la familia o quizás al paciente y uno de los progenitores, y se los invita a enunciar el problema preguntando: “¿Puede alguien decir en qué parece consistir la dificultad?” Después de una entrevista bipersonal con un médico, el paciente ingresaba en la unidad, pasaba a formar parte del grupo-comunidad del pabellón de internación y algo más tarde, en las primeras fases del funcionamiento de la unidad, era invitado a unirse a un grupo que se aplicaba a uno de los proyectos de trabajo. En alguna medida el paciente mismo elegía su grupo de trabajo, pero naturalmente existen límites en cuanto a los números máximo y mínimo de personas que pueden trabajar en determinado proyecto. Se esperaba asimismo que el paciente realizara su parte de tareas domésticas en el pabellón (barrer y lavar, tender la mesa). Finalmente, participaba en los diversos grupos sociales y de recreación, organizados e informales, por lo general con la presencia del personal.

La investigación familiar es una parte de la investigación total que en algunos casos puede tomar de unas tres a cuatro horas hasta cuarenta a cincuenta horas de tiempo de investigación y terapéutico. Sobre la base de una evaluación familiar inicial, sumada a la evaluación de los problemas del paciente tal como se ponen de manifiesto en las interacciones grupales del pabellón de internación, el médico terapeuta decide la cantidad de tiempo que dedicará a la familia. En realidad se decide si es conveniente o no realizar un cierto número de sesiones de terapia familiar; por terapia se puede entender un intento de modificar las pautas existentes de interacción familiar o, más bien, *la provisión de*

una situación controlada en la cual los miembros de la familia se modifican a sí mismos en sus relaciones recíprocas de modo tal que el miembro identificado como paciente descubre un sector creciente de acción autónoma para sí mismo, mientras que los otros miembros de la familia llegan a ser más "autosuficientes", por lo menos al punto de no padecer una postración considerada psicótica.

En ciertos casos (la mayoría, en parte a causa de las limitaciones de tiempo del terapeuta) puede decidirse no incluir directamente a toda la familia en la situación terapéutica. Entonces la meta del trabajo con el paciente consistirá, más sencillamente, en proporcionar el tipo de situación en la cual realice experiencias sociales, transicionales con respecto a su experiencia familiar, que lo lleven a ser capaz de vivir en comunidad sin constituirse en receptáculo de atribuciones de enfermedad mental. Si esto da resultado, aprende a vivir independientemente de su familia, y por último del pabellón de internación. Con frecuencia pasa por una etapa de status de paciente "interno" total, después abandona el pabellón para realizar tareas en un local especial, a continuación vive en hospedajes y una vez por semana o por quincena concurre a sesiones como paciente externo. En otros casos, sobre la base de la evaluación familiar inicial, puede decidirse que algún otro miembro de la familia que más o menos voluntariamente asume el rol de paciente primario, ingrese en una situación terapéutica como paciente interno o externo y que el primer sujeto internado con esquizofrenia sea prontamente dado de alta: en nuestra experiencia en la unidad, esta inversión del rol de enfermo ocurrió con la mayor frecuencia entre madres "normales" e hijos "esquizofrénicos".

El médico entrevista al paciente internado solo, durante por lo menos una hora. La familia total —por lo menos los padres y el paciente, y también los hermanos si es posible— se encuentran con el médico en un número variable de sesiones de una hora. Sesiones similares se realizan con diversas díadas y tríadas de miembros de la familia. Las principales combinaciones, además del grupo familiar básico completo, son las de los dos padres juntos, cada progenitor a su turno a solas con el niño esquizofrénico, y un hermano "no esquizofrénico" junto con el paciente. También hay sesiones bipersonales en las cuales el médico

entrevista a cada padre y por lo menos a un hermano. Estas últimas sesiones son particularmente adecuadas para sacar a luz modos de ver altamente contradictorios acerca del paciente, su "enfermedad" y la familia (Laing y Esterson, 1964).

Hay dos habitaciones para entrevistar a las familias. En una de ellas los miembros se sientan en torno de una mesa; en la otra tenemos sillones dispuestos en círculo. Antes de poner en funcionamiento el magnetófono es preciso obtener el consentimiento para la grabación (en nuestra experiencia nunca se objetó el registro ni aparecieron preocupaciones conscientes indebidas acerca de la máquina durante las sesiones). No se establece ninguna otra estructuración formal de la situación ni se da ningún repertorio de instrucciones. Al comenzar la primera sesión, el terapeuta se limita a señalar que "quizá podríamos examinar qué llevó a que X fuera internado" o, alternativamente, "quizá podríamos examinar cuál parece ser el problema".

Según nuestra experiencia, este tipo de investigación familiar, asociada con observaciones en las interacciones del grupo de internación, puede hacer inteligibles aquellos "síntomas" que en las concepciones convencionales de la esquizofrenia son considerados los más absurdos y carentes de sentido. Por estos medios podemos por lo general descubrir el método en la locura, el sentido secreto del sinsentido.

Para ilustrar esta descripción consideraremos el caso de Eric V. La investigación familiar constó de veinticinco entrevistas con Eric y sus dos padres, dos entrevistas con los padres solos, una entrevista con Eric y el padre, una con Eric y la madre, una con Eric y su hermana menor Jean, una con la hermana sola, dos con la madre sola y dos con el padre solo. Se contó también con cierta cantidad de observaciones sobre su interacción con otros en la comunidad del pabellón.

Eric V. ingresó por primera vez en nuestro hospital para enfermos mentales como paciente con "orden de retención" en 1960, cuando tenía 19 años. Según el examen clínico del "estado mental" realizado en esa época, era impulsivo, no cooperativo y presentaba "desorden de pensamiento"; no podía formular ninguna explicación coherente acerca de sí mismo, excepto negaciones vehementes de que tuviera algún problema, y exigencias de que se le permitiera retornar de inmediato a la Universidad de

Gales, que había abandonado por propia voluntad dos días antes. En pijama, intentó posteriormente arremetidas salvajes desde la sala en la que era físicamente retenido por los enfermeros y por grandes dosis de sedantes. Tenía alucinaciones auditivas e "ideas de referencia" (creía que la gente, incluso quienes no lo conocían, hablaban de él, lo despreciaban y llamaban "delicado"). Creía oír que el personal le decía que no tenía ningún derecho a estar en el hospital y que debía volver a su casa, cosa que trataba de lograr enérgicamente y contra la acción del personal.

El antecedente inmediato de su internación fue que una semana antes, cuando faltaba una quincena para la finalización de su primer período lectivo, había llamado por teléfono a su padre para anunciarle sin ninguna explicación que retornaba desde la universidad a su casa en Londres. En efecto, inició el viaje en tren, pero descendió en una estación a mitad de camino e intentó volver a la universidad recurriendo al favor de los automovilistas del camino. Se lo veía claramente angustiado y confuso, y fue recogido por la policía, que lo hizo tomar un tren a Londres.

Llegó a la casa de sus padres muy fatigado y hambriento. Según su padre estaba completamente "en uso de razón", pero no dispuesto a hablar sobre sí mismo. Su madre se acercó a saludarlo pero él pasó de largo junto a ella, apartándola bruscamente de su camino. Sin embargo, inmediatamente después contradujo su gesto de rechazo, volviéndose y abrazándola y besándola. Hacia la noche manifestó que quería volver a la universidad y se negó a ir a la cama a pesar de los intentos de persuadirlo para que lo hiciera. Sus padres sintiéndose incapaces de manejar esta situación, llamaron al médico de la familia, quien le administró un sedante. Eric se acostó, pero algo más tarde bajó llorando. "¿Qué puedo hacer?", dijo. El padre le aseguró que había hecho lo correcto al volver al hogar, donde podía encontrar ayuda para resolver sus problemas. El muchacho negó necesitar ayuda de ningún tipo. Durmió bien esa noche, pero a la mañana siguiente, aunque el médico le había aconsejado pasar el día en cama, anunció nuevamente su intención de retornar a la universidad. Sacudió a su familia diciendo que odiaba a la madre. En esa etapa el médico se comunicó con el funcionario estatal correspondiente,

quien, con una declaración formal del primero, dispuso la internación en el hospital, "sólo para un corto reposo".

Cuando el padre de Eric se entrevistó a solas con el médico, poco tiempo después de la internación del muchacho, estaba extremadamente aturdido. Manifestó que nunca había conocido realmente a su hijo, que Eric estaba siempre sediento de afecto, pero que también había sido siempre reacio para aceptarlo, especialmente cuando provenía de él. Dijo que Eric desde niño nunca quiso ser mimado y que rehuía cualquier forma de cariño que de algún modo pareciera "afeminada". Fue una impresión terrible oírlo decir que odiaba a su madre. Este hombre parecía ansioso de que se le dijera, no que Eric "mejoraría", sino que él y de algún modo más vago su esposa no tenían nada que reprocharse en relación con la "enfermedad" del muchacho. No sabía nada sobre lo que había ocurrido en la universidad, y las únicas "pruebas de enfermedad" que aportó fueron: a) Eric había estado algo extravagantemente interesado en política durante el último año; b) retornó al hogar desde la universidad sin ninguna razón aparente; c) al llegar a la casa manifestó que quería retornar a la universidad, pero no quiso discutir el tema con sus padres; d) dijo odiar a su madre. La vida hogareña de este joven, según su padre, había sido en general feliz y "superior al promedio".

En el primer encuentro grupal familiar durante la primera semana de estada de Eric en el hospital, la interacción asumió una forma claramente rígida que persistió en los dos encuentros siguientes: Eric era firmemente definido como el "enfermo". El padre adoptó una actitud inquisitorial, interrogándolo de modo legalista acerca de sus síntomas, en un estilo muy semejante al del examen psiquiátrico estatal convencional. Eric estaba enfermo; el médico y los padres iban a ayudarlo a mejorar. El debía cooperar, tener confianza en estas buenas personas, permanecer en el hospital y aceptar el tratamiento (Eric realizó en ese período repetidos esfuerzos por abandonar el pabellón y volver al hogar o a la universidad). Durante estas sesiones la madre permaneció en gran medida en segundo plano, confirmando ocasionalmente las afirmaciones del padre.

A medida que estos primeros encuentros se sucedían, el padre adoptó un tono cada vez más moralista. Dejó de ser claro en

qué medida Eric estaba siendo considerado como enfermo o como una mala persona (perezosa, no cooperativa). Señaló varias pequeñas semejanzas entre su hijo y él mismo y, en diversos contextos, dio al joven repetidos mandatos en el sentido de que se identificara con él, para manejar exitosamente las situaciones sociales como él lo había hecho —después de todo, tenían las mismas dificultades—. Resultó cada vez más evidente que en estas sesiones el padre trataba de presentar a Eric en una forma altamente condensada el tipo de tratamiento paternal que se acuerda a los niños más pequeños a través de la infancia. ¿Le había faltado a Eric esa experiencia? En las sesiones tercera a quinta esto pasó a ser cada vez más claramente afirmado por la madre, quien concluyó montando un ataque en gran escala contra el padre, acusándolo de que la familia nunca pudo contar con él como persona. Cuando Eric tenía doce años, su padre viajó a la India, donde permaneció durante dieciocho meses. Esta ausencia fue considerada por la madre como una amenaza extrema a la integridad familiar, y presentó al esposo como un individuo que nunca tomó una decisión seria acerca de la familia: ella y Eric marcharon a Asia para reunirse con el padre, y fue la decisión de la madre la que llevó a la familia completa a retornar a Inglaterra y asentarse. Eric se unió a este ataque al padre, acusándolo de eludir sus responsabilidades. El padre presentó sólo una muy débil defensa de sí mismo, pero luego contraatacó con afirmaciones en el sentido de que su esposa había sobreprotegido a Eric y no le permitió nunca un movimiento independiente.

En esta etapa los padres fueron entrevistados sin Eric. Resultó claro que en el lapso entre sesiones habían ocurrido muchas cosas entre ellos, y que sentían que su relación, y consecuentemente la familia, estaban en gran peligro. La relación, dijo la madre, nunca había sido segura, debido principalmente al “abandono” de la familia por el padre. El padre, si bien aceptaba su culpa en ese aspecto, se quejó de que la madre le atribuyera a él la responsabilidad total por la enfermedad de Eric. La fachada original de una familia unida que tenía un hijo que simplemente “había enfermado” sin ninguna razón aparente, comenzó a desmoronarse con rapidez. La madre expresó sus propios temores de padecer un trastorno mental, y dijo que estaba en efecto enferma en ese momento, “por tomar siempre sobre sí los problemas de otras

personas". Comenzó a emerger importante información adicional acerca de los antecedentes de los padres. El padre procedía de una familia de clase obrera del Norte de Inglaterra. Nunca hubo una chispa de bondad en su hogar; había vivido temiendo constantemente a su padre (que bebía con exceso) y a un hermano mayor. Con su esfuerzo llegó a obtener una posición directiva calificada y a ganar un buen salario.

La madre de Eric procedía de una familia de clase media de la Inglaterra central. El padre de la mujer no se ocupaba en absoluto de la familia; la esposa, maestra, tiranizaba a los hijos y no tenía tiempo para desempeñar las tareas domésticas y procurar el bienestar de la familia. No quería que ninguno de sus hijos se casara: quería compañeros. "Mi madre se adaptaba mejor a la vida social. . . Nosotros éramos bastante salvajes y en nuestro hogar estábamos como de visita." La señora V. sentía que la madre quedó resentida con ella cuando tuvo a Eric, y que nunca dejó de estarlo. En cuando a sí misma, pensaba que "le faltaba instinto maternal" cuando nació el niño, y era claro que en su relación con su madre no había podido erigir una actitud de autoestima o confianza en su capacidad femenina adulta. En el año anterior al nacimiento de Eric su hermana menor había tenido un hijo natural, y los V. debieron encargarse de encontrarle padres adoptivos. . . "Ella tuvo que entregar su hijo cuando yo tuve el mío." La madre de la señora V. fue muy afectada por tal situación; en cuanto a la hermana, la presencia de Eric le resultaba sumamente penosa y finalmente hizo sus valijas y se marchó del hogar. Después, Eric fue completamente ignorado por la familia de su madre. Nació en un parto normal y fue alimentado por pecho durante once semanas, después de las cuales la madre dejó de amamantarlo porque entendía que de ese modo no aumentaba de peso. Siguió indicaciones de libros de puericultura y en adelante el progreso físico del niño fue satisfactorio. Cuando nació la hermana de Eric, cuatro años más tarde, la situación familiar era mucho más feliz. La madre de la señora V se había ido a vivir con la hija menor; los V. tenían casa propia y se sentían mucho más seguros.

Eric tuvo un buen rendimiento escolar, pero nunca hizo realmente un amigo fuera de la familia. Siempre fue extremadamente tímido con las mujeres y nunca salió con una joven. Obtuvo

una beca del Estado e intentó estudiar lenguas modernas en la universidad. A sus padres les hubiera gustado que fuera a Cambridge, pero fracasó en el examen de ingreso. Su padre le había llevado diversos periódicos izquierdistas para que documentara su examen de conocimientos generales, y como consecuencia de esas lecturas comenzó la preocupación del muchacho por la política y el desarme nuclear. En realidad, este interés no sólo había sido determinado por sus padres, sino también limitado por ellos mismos: cuando el joven le dijo a un comerciante local que debería boicotear las mercaderías de origen sudafricano, sus padres le hicieron saber que consideraban que había llevado las cosas demasiado lejos. Cuando no logró ingresar en Cambridge, consideraron que la mejor de las posibilidades restantes era la Universidad de Gales, en la misma ciudad en que su madre estudió economía doméstica. Su padre estaba muy preocupado por que tuviera las posibilidades que a él le habían faltado. Esto parece concordar por completo con las normas sociales, pero muchos hechos además de los mencionados sustentan la convicción de que el futuro de Eric estaba siendo trazado precisa y rígidamente por su familia, para que se ajustara a las experiencias pasadas y a las necesidades presentes de los padres. Eric, en un grado poco corriente, debía ser el vehículo a través del cual sus padres vivieran vicariamente, hasta obtener un final gratificante, todos sus deseos insatisfechos y necesidades frustradas del pasado. Poco lugar le dejaban para que fuera algo o alguien por su cuenta. Encontró virtualmente imposible verse como un "mí mismo"; el "mí mismo" siempre tuvo para él la estructura del "tú mismo"; en un lenguaje más filosófico, su ser-para-los-otros (ser de objeto) tenía para él precedencia ontológica con respecto a su ser-para-sí (ser de sujeto). En la cúspide de su confusión acerca de "quién" era, cuando dejó la universidad para volver al hogar, escribió una carta con manifiesto "desorden de pensamiento" a las autoridades del establecimiento; en ese texto el empleo de las formas pronominales ilustra bien esta confusión de sujeto y objeto.

"Eric ha decidido partir y desea decir cuán apenado está por el modo como ha tratado a todos en la universidad. Estoy perdido. Debo actuar. Me voy. Una vez más, por favor, profesores, catedráticos, posgraduados,

no graduados, lo lamento. Muy sinceramente de ustedes, el Niño Echado a Perder, Eric.”

Un rasgo esencial de la historia de Eric era el de su “llegada” y “partida”, su inexplicable decisión de retornar al hogar desde la universidad, seguida inmediatamente por su deseo de volver a esta última. También mientras estaba en el hospital realizó repetidos intentos de abandonarlo, a veces, según decía, para ir a su casa, otras para retornar a la universidad (en dos oportunidades se fue a su casa sin permiso, pero en ambos casos él mismo quiso retornar al hospital). En una de las primeras sesiones tuvo lugar el siguiente intercambio:

Doctor B. —... Bueno, ayer, por ejemplo, el tema principal pareció ser que querías dejar el hospital.

Eric. —Sí, bueno... sentía eso realmente. Mi estada aquí no me serviría de nada. Ni a mí ni a nadie. Siento que he llegado a emprender realmente una acción positiva... acción positiva... por mí mismo, que nadie me ha preparado ni ha decidido por mí. Creo que debo volver a la universidad.

Doctor B. —Hum...

Eric. —Debo volver a la universidad inmediatamente y seguir estudiando.

Padre. —¿Crees, Eric, que tú estás... que podrías seguir estudiando... en este momento?

Eric (4 segundos). —Bueno, por alguna razón, no me siento muy fuerte de inteligencia.

Padre. —Bueno, ha habido una clara mejoría desde que estás aquí. ¿No te parece que, siguiendo los consejos del doctor B. o del doctor C., sería mejor que te avinieras a permanecer un tiempo más en el hospital, hasta que te sientas más capaz de encarar tus estudios en la universidad?

Madre. —¿Qué piensa acerca de eso, doctor?

Doctor B. —Bien... yo... Eric y yo hemos discutido bastante ese tema, y muchas veces Eric repitió que sentía que debía dar un paso positivo él mismo. Es lo que decías, ¿no es cierto?

Eric. —Sí.

Doctor B. —Que debías volver a la universidad. Creo que... que probablemente esta diferencia de puntos de vista es lo que debemos analizar y examinar. Tus padres entienden que debes permanecer aquí, y tú, que tienes que ir a la universidad y estudiar...

Eric. —Bueno... pienso... pienso que lo que siento que debo hacer es lo que realmente importa... Yo tengo... tengo que... quiero decir que debo dejar de apoyarme en otras personas. Siento que debo... debo actuar con independencia... que nadie haga las cosas por mí.

Madre. —Eso es muy cierto, Eric. Pero nosotros queremos que comprendas que... este... cuando vuelvas a la universidad debes sentir dos cosas esenciales...: que la vuelta significa para ti un progreso, y que estás prosiguiendo tus estudios con éxito. Y otra cosa: que te sientas completamente contento con, digamos, las personas que encuentras allí. No debes de ningún modo pensar que te menosprecian. Debes confiar en que logras su aprobación, y si por lo contrario no te sientes así, vas camino a otro retroceso, ¿no te parece? Piensa que debes llenar esas dos condiciones para volver a la universidad. Ten confianza en que la gente va a... te quiere y confía en ti... No debes tener ninguno de esos sentimientos desagradables acerca de que no te quieran aquí. ¿Cómo te sientes al respecto? (4 segundos). Te aseguro que aquí te quieren, sin ninguna duda.

Eric. —No creo que la gente... que piense sobre... que piense así sobre mí.

Madre. —Ten confianza en ello... Así debe ser.

Eric. —Por mi conducta, tal vez no tengan un concepto muy alto de mí. Mi... este... partida de la universidad y las otras cosas no pueden presentarme en muy buena... dejar una imagen muy buena de mí, en absoluto.

Madre. —Te aseguro, Eric, que cuando vuelvas será como dar vuelta la página y comenzar de nuevo, completamente fresco...

Padre. —Sí. Tendrás que reconocerles que comprenden que dejaste... las circunstancias en que dejaste la universidad, que estabas perturbado al punto de no poder hacer otra cosa. Y ellos lo considerarán como si fuera una enfermedad. Cuando vuelvas, ellos...

Eric. —¿Yo estaba sin dudas en un estado enfermizo cuando vine aquí?

Padre. —Sí, creo que lo estabas.

Eric. —Hum... Me sorprendería que fuera así.

Padre. —Y, Eric, yendo a nuestro tema, este deseo que tienes de... lo explicaste... de ser independiente y de actuar con independencia, es muy loable y admirable... este... sin duda alguna. Y... este... tú... todos hemos luchado mucho por lograr nuestra independencia. Pero la mayoría de nosotros... cuando conseguimos esa independencia, al mismo tiempo comprendemos cuánto dependemos también de otros. No puedes ser absoluta y completamente independiente de otras personas. Quiero decir que incluso en la medida... Consideremos lo más simple... Si uno sube a un ómnibus, depende del conductor que siga el camino correcto... La vida moderna con la existencia gregaria sería absolutamente imposible sin dependencia de otros.

Eric. —Uno no depende de ellos para irse.

Padre. —Dónde empieza y termina esa dependencia, es otra cuestión.

Eric. —Dependes de ellos para que te lleven a donde quieres ir, pero no para bajar del ómnibus.

Padre. —Es sólo un ejemplo, un ejemplo muy simple.

Eric. —Pero de ellos depende el llevarte allí.

Madre. —Bueno, tú eres completamente capaz de decidir las cosas por ti mismo, Eric, y me parece que la verdadera clave de la cuestión es si te sentirás totalmente feliz en la compañía que tengas, que no tengas ninguna idea de que la gente no te quiere allí... Si estás contento en ese aspecto, ello haría la diferencia.

Eric enunció la necesidad que tenía de llevar a cabo un acto autónomo significativo. Sus padres interponen el dato opaco de su enfermedad, en particular sus ideas de referencia; volveremos sobre esta observación. Pero la verdad es que Eric nunca había realizado un simple acto independiente en su vida. Nunca hizo más que adecuarse y ser dirigido por un sistema complejo de mandatos parentales, externos e internalizados, tácitos o explícitos. Eric no fue a la universidad: sus padres lo enviaron. Es cierto que absorbió pasivamente y reprodujo en los exámenes un cierto conjunto de conocimientos, y que lo hizo muy bien, pero siempre en el contexto de los proyectos que los padres hacían para él, nunca en la prosecución de un proyecto propio. Su misterioso retorno desde la universidad se vuelve por completo inteligible si lo vemos, no como un extraño acto no razonado, sino como una negatividad, un no-acto, o como el reverso de un acto positivo, mediante el cual asentó la etapa de su primera gran acción autónoma. Volvió desde la universidad, a la que había sido enviado, *para ir a la universidad*. En cuanto llegó a la casa quiso volver a partir, pero esa vez por decisión propia. Por vez primera, *él* iba a ir a la universidad. Para hacerlo tenía que desprenderse de la absorbente preocupación familiar que lo esperaba; apartó a su madre y no quiso hablar con sus padres ni dejarse "ayudar" por ellos. Fue esta afirmación autónoma de sí mismo lo que lo llevó a la internación. Su asunción dramática del libre albedrío personal amenazó toda la estructura de la existencia familiar: tenía que ser invalidada mediante la invención de una enfermedad. Si estaba enfermo, todo se convertía en un proceso neutral que le había ocurrido. La praxis perturbadora, la intención y el acto se evaporaban.

Pero Eric no aceptó esta mentira. Con persistencia intentó dejar el hospital y nunca admitió por completo la atribución invalidante de una enfermedad hecha por su familia e inevi-

tablemente confirmada por la situación de dependencia cuasi-médica del hospital (durante su primera internación permaneció en una sala general; sólo en la segunda vino a nuestra unidad). Pero toda la situación se hizo más compleja en tanto sus padres lo invitaban persistentemente a autoafirmarse de modo independiente de todas las maneras posibles, mientras permanecían impermeables a su propio intento de hacerlo. Si aceptaba la invitación de sus padres caía en una trampa, porque una vez más se encontraría siguiendo meramente sus indicaciones. La liberación que se le ofrecía era en realidad un caballo de Troya. El acto libre envolvía su sumisión al mandato de liberarse: la libertad y la esclavitud quedaban en última instancia equiparadas.

La atribución de una enfermedad se fundaba principalmente (aparte de su ir y venir "irracional") en las inexplicables ideas de Eric de que la gente hacía observaciones en el sentido de que era un inútil, egocéntrico, perezoso y sexualmente anormal. Los siguientes diálogos pueden hacer estas ideas menos inexplicables:

(Eric está hablando de su falta de confianza e incapacidad para concentrarse.)

Madre. —¿No trataste de explicarte todo eso?

Eric. —No... Lo atribuí a egoísmo y egocentrismo.

Madre. —¿No trataste de ver si podía ser otra cosa?

Eric. —Bueno, sólo hace poco pensé que podía ser el resultado de la masturbación.

Madre. —Hum...

Eric. —Ya ves...

Madre. —Hum...

Padre. —Me hablaste de esto por primera vez la otra semana; me parece claro que esta cuestión de la masturbación te preocupa. Este... Creo... y lo sé por propia experiencia, como ya te dije, creo que todos, todos... este... los hombres, la practican en un momento u otro. Y nuevamente yo... yo... he leído y estoy absolutamente dispuesto a admitir que, este, que... este... si se convierte en... si... si... si... pierdes tu autorrespeto al punto de caer en ella habitualmente, puede tener un efecto muy nocivo sobre tu salud general. Quiero decir que es algo... es algo realmente... es algo que es... es más irrespetuoso... se trata de ti mismo, en realidad, creo. Y por esta razón puede minar tu... tu confianza.

Madre. —¿No crees que muchos de estos excesos reflejan... tensiones... y que quizás un período que estás atravesando te haya expuesto a tensiones y la... estos excesos sean síntomas y...? Recuerdo lo que decías acerca de comprar muchos dulces. En mi vida

he pasado solamente por un período en el que estuve expuesta a una tensión extraordinaria... En realidad, era el primer trabajo que había tenido y gastaba todo mi dinero en dulces, cosa que no había hecho nunca ni volví a hacer desde entonces. Y era un síntoma, ya lo ves. Era una especie de compensación por la tensión que estaba padeciendo. Creo que la masturbación es otro de estos excesos que son síntomas de tensiones y stress. No es nunca la causa.

Eric. —En la universidad no andaba masturbándome en cualquier cama. Bueno... lo hice una o dos veces... sí... una o dos veces al principio. Luego terminé con ello, realmente terminó. Pero compraba chocolate y cañones de dulce de leche.

Padre. —Creo que esta masturbación es una fase por la que la mayor parte de las personas pasan en un momento u otro, Eric. Lo creo, no sé, quiero decir que quizá... Quizá esté completamente equivocado, pero tengo la idea de que es una fase... por la que la gente pasa. Pero, una vez más, Eric, tú...

Eric. —Yo siempre fui tímido con las chicas, ¿no es así? Quiero decir que mi relación con las chicas no ha sido sana... Nunca me mezclé con chicas a causa de mi timidez.

Madre. —¿Las admirabas a distancia, Eric?

Eric. —Las admiro como individuos... Sólo admiro lo que hacen y cosas por el estilo.

Padre. —Pero desde el punto de vista sexual, ¿las consideras cómo?... Quiero decir, ¿te parecen algo... ya sabes... muy dulce, recatado, deseable y romántico?

Eric. —No ahora.

Padre. —No ahora. Pero ha ocurrido.

Eric. —En algunas ocasiones.

Padre. —Sí, creo que este es un aspecto bastante saludable de la mujer, ¿sabes?, una manera bastante sana de ver a la mujer. Sé que yo lo hice y lo hace la mayor parte de los jóvenes (3 segundos). Pero, volviendo a nuestro tema.. Está bien, Eric... (Eric llora)... ¿Puedes decir qué es lo que te perturba en particular?

Eric. —No... (lloroso). Paso por períodos en los que, a veces, cuando estoy sentado en el salón de descanso en el... ya sabes... el pabellón, escuchando música... hay ciertos acordes, tonos, que de pronto me hacen llorar.

Padre. —Yo he experimentado incontables veces, Eric, que un pasaje musical peculiarmente emotivo hace asomar las lágrimas a mis ojos, y no creo que se trate de algo insólito en absoluto.

Madre. —La otra noche estábamos viendo una película por televisión, y no pude evitarlo: era tan hermoso... y lloré. Es muy natural, Eric. Creo que todos necesitamos esas válvulas de escape.

Padre. —¿No te parece que en este momento, Eric, hay... hay algo de autocompasión en tu llanto? ¿No te lamentas por ti mismo?

Eric. —Yo sólo siento que es emoción reprimida.

Padre. —Bueno, todos hemos padecido eso, y te diré que yo he llorado estas últimas dos semanas, cuando vine a ver al doctor B. y te internamos. No pude evitarlo y lloré y, ¿sabes?, fue mi válvula de escape emocional el hecho de que no pudiera retener las lágrimas.

Madre. —Este es uno de los caminos de la naturaleza.

En este pasaje, los padres simultáneamente afirman que la masturbación es normal y que es un síntoma de algo que *podría* ser la causa de la falta de confianza de Eric. El padre parece totalmente impermeable a la queja del joven acerca de su carencia de identificación masculina y rápidamente pasa a formular la atribución implícita de autocompasión (encuadrada como pregunta). Esta es una de las cosas que Eric “irracionalmente” cree que las “otras personas” piensan de él. Como ocurre con todas estas atribuciones peyorativas, la culpa impide por lo general que Eric identifique a sus padres como “las otras personas”.

Un movimiento frecuente en el juego de los padres consistía en desarmar la crítica invitando a ella:

Padre. —Bueno... ¿sabe?, con frecuencia me ha exasperado el... este... desinterés de Eric y lo que yo pensaba que era... una incapacidad para... lo que yo esperaba. Y... y he formulado observaciones menospreciativas acerca de su capacidad para entender cualquier cosa, y para mostrar un poco de sentido común... y cosas por el estilo. Y le dije que era estúpido y Dios sabe qué... Es obvio que él experimentaba alguna reacción, pero nunca expresó nada, nunca se volvió hacia mí. Recuerdo haberle dicho en una oportunidad: “Dios mío, Eric, sólo quisiera que pierdas tu compostura conmigo cuando... este... cuando te hablo así. Quiero que pierdas la calma y me ataques... en represalia.” Pero él... él... no lo hacía. Acostumbraba... no hacer nada. No sé si se trataba de un respeto exagerado por mí... o de qué otra cosa. Pero con frecuencia sentí que yo era muy vil en mí... ya sabe... en algunas de las cosas que le decía.

Doctor C. —¿Qué piensas sobre esto que tu padre acaba de decir, Eric?

Eric. —Sí, en ocasiones dijo cosas que me hirieron mucho. Pero... es difícil... explicarlo... esto pudo haber tenido una causa... haber empezado con algo... Esto pudo haber empezado con algo que... este... que me haya empujado a esta condición. Y ahora no puedo recordar dónde y cuándo comenzó.

Padre. —Bueno, yo me siento avergonzado por algunas de las cosas que te decía, ¿sabes?, aunque he pensado que la mayoría de las personas, todos nos hemos dicho estas cosas unos a otros, y lo que tenemos que aprender a hacer, y es un proceso muy penoso, a medida que

crecemos, es a no darles más importancia de la que tienen, y a soportar si esas cosas fueron dichas en el calor del momento, si son realmente sinceras, si, comparadas con los cumplidos expresados en otras oportunidades y con las manifestaciones de respeto y afecto, e incluso de *amor*, merecen que les reservemos un lugar en nuestra mente. Tú sabes, te lo expliqué el otro día, cuando discutimos este mismo tema, todas las cosas duras que me han dicho...

Como consecuencia de la estratagema del padre, Eric, si bien reconoce que las observaciones de este último lo herían, queda completamente alienado de sus sentimientos de cólera provocados por ellas. Mistificado, reflexiona sobre algún tipo de "condición" o proceso que se daría en él y que no vienen al caso.

A medida que el grupo progresaba, se fue haciendo más clara la relación entre las observaciones "alucinatorias" que Eric creía oír y las que formulaba realmente su padre. El padre fue aceptando una responsabilidad cada vez mayor en este aspecto y pasó a una posición más desprotegida, en la cual la madre lo enfrentó con una imagen de sí mismo totalmente opuesta a la concepción previa que él tenía al respecto.

Eric. —Así es como me sentía en la universidad. Sentía que todos me tenían inquina.

Madre. —¿Pero nunca habías sentido eso antes de ir?

Eric. —Sentí que entonces todos me tenían inquina.

Padre. —Tú me dijiste, Eric, que...

Eric. —... un modo de mirarme fijamente.

Padre. —Hum...

Eric. —Y los oía decir cosas sobre mí... "estúpido"... "todo el mundo lo desprecia en la universidad"... Estas cosas las recuerdo muy claramente.

Madre. —¿Crees ahora que las oías realmente?

Eric. —Sí, sí... creo que realmente las decían. Las recuerdo con absoluta claridad. Y... realmente me herían.

Padre. —¿Las tomabas en cuenta?

Madre. —Por supuesto que las tomaba en cuenta.

Padre. —Sí...

Eric. —Entonces traté de disculparme con una o dos personas... Creía haberlas insultado y quise arreglar las cosas del mejor modo posible.

Madre. —¿Recuerdas lo que dijiste cuando conseguiste la beca (3 segundos).

Eric. —Sí.

Madre. —¿No sabes que dijiste algo, que probaba una cosa? (2 segundos). ¿No lo recuerdas ahora?

Padre. —Vamos, díselo al doctor.

Eric. —“Esto prueba que puedo hacerlo”, o algo parecido... ¿Qué dije?

Madre. —Dijiste: “Esto le demuestra a papá que no soy un estúpido.”
Dijiste: “Quería conseguir la beca para demostrarle a papá que no soy un estúpido.”

Padre. —Yo creo, Eric, ¿sabes?, que mis acusaciones de estupidez a veces te... realmente te perturbaron, y... este... No sé cómo podría enmendarlo. Quiero decir... no es que... No siento que... ¿sabes?... Yo te acusé... Y parece que tienes algunas dudas acerca de que lo que dije pudo haber sido sincero a veces. ¿Sabes?, cuando traté de hacer comedia para ti y dije: “Honestamente, Eric, real y verdaderamente creo esto desde las profundidades de mi corazón”, tú sabes y yo sentía que no te convencía... Me maravillaría que tu problema estuviera asociado de algún modo con la... la... este... frivolidad de la que he sido culpable... o... “culpable”... no creo que deba decir “culpable”... a la que me he entregado en casa, de tiempo en tiempo. Pensé que haría reír a alguien, y en cambio hice llorar.

Madre. —Pero hemos tenido una conversación el otro día, ¿no es así?, sobre... este... cómo puedes convencer a alguien de que le tienes consideración. Con sólo decírselo no basta. No es convincente. ¿Recuerdas que tuvimos esa conversación? Y yo te dije que solamente podías convencer a la gente de que la tienes en cuenta probándole que piensas en ella, que estás ansioso por cuidar por lo menos algunos de sus intereses, y que cuando no estás con ella, piensas en ella y recuerdas algunas de las cosas en las que toma parte. Y tú admitiste que estás algo flojo en este aspecto. Por ejemplo, durante un tiempo Jean iba al club todos los miércoles por la noche, ¿no es así? Un atardecer estaba vestida y lista para salir, y tú le dijiste, sorprendido: “¿Cómo, vas a salir?” Y ella te contestó: “Sí, al club.” “Ah, sí, sí.” Ya lo ves. Bueno, si hubieras sido más amigo de ella, si te hubieras familiarizado un poco más con sus cosas, habrías sabido adónde iba. Pero creo que esto es bastante típico de ti, ¿no es cierto? A veces tuve que hacer diligencias sobre las que hablé contigo, alguna diligencia especial, y tú volvías a casa y ni lo mencionabas. Yo decía “fui a tal y cual lugar”. “Ah, sí, lo recuerdo ahora, dijiste que ibas a ir.” Estás un tanto alejado de la vida de la gente. Y si te alejas así, das la impresión de que en realidad no te interesamos. Este es el tipo de impresión que también has dejado en Eric... este... supongo que todos compartimos esa experiencia: Jean, yo, Eric... todos la compartimos. Y yo he realizado a veces esfuerzos enérgicos, ¿no es cierto?, por atraerte de nuevo al grupo familiar y por lograr que te interesaras un poco más en nosotros. Para que fuéramos cuatro, y no tres más uno. Tú me

dijiste: "Es más fácil para ti. Los chicos llegan antes a casa y te cuentan todo primero; yo solamente escucho cosas de segunda mano."

Padre. —Bueno, eso ocurría en realidad.

Madre. —Pero también abundaban para ti las oportunidades de interesarte en las cosas de la familia; sólo que hay que querer realmente aprovechar esas oportunidades, y este no es tu caso.

Padre. —Sí, soy quizás algo aislacionista... mentalmente.

Madre. —Y si eres aislacionista resulta terriblemente difícil que convanzas a la gente de que en realidad eres... de que te preocupas por ella, de que estás orgulloso de ella. Y cuando viene la embestida, dices cosas que no son lo que realmente quieres decir, y la gente no tiene defensas contra ellas. No ha levantado ninguna defensa contra ellas... y uno es extremadamente vulnerable a estos ataques cuando no ha tenido esos períodos de confianza en alguien que lo ayuden a sobrellevarlos.

Doctor C. —¿Qué piensas tú, Eric, sobre el "aislacionismo" de tu padre?

Eric. —Pienso que puedo haberlo heredado... Creo que lo he heredado.

Padre. —¿Te parece un hecho que yo soy así, más bien alejado y remoto?

Eric. —Este... sí. Sí, sí, lo eres.

Padre. —¿Piensas que siempre fui así?

Madre. —No en el círculo de la familia, sin embargo.

Padre. —Bueno, yo no sé cuál es la impresión que estamos dejando en los doctores B. y C., pero en casa mamá es la que habla y yo el que escucha, por lo general. A mamá le gusta trillar y molerlo todo, conseguir que todo sea discutido y emerja a la superficie, y yo más bien tiendo a pensar que cuando uno dice algo, una vez que ha dicho algo, la gente debe darle crédito y creer que es sincero, y una vez que lo ha dicho está dicho, y no hay necesidad de repetirlo... Pero desde luego uno puede decir cosas...

Madre. —¿No surgen continuamente nuevos problemas? Especialmente en una familia que crece. Nuevos problemas se le presentan a... tu familia... y es preciso tener alguna clase de... que haya oportunidades para... no exactamente oportunidades, sino necesidad de discutirlos. Las cosas que has dicho una vez, no vas a repetir las cien veces, ¿no es cierto? Por ejemplo, Jean a los quince años... el tipo de conversación que pudo haber entre tú y ella, entre ella y sus padres a los quince años, fue muy diferente del tipo de las que tuvo con nosotros a los doce o a los diez años. La vida cambia continuamente y surgen nuevos temas de discusión.

Padre. —En cuanto a esto, para ti era difícil, Eric, hablarme... mencionarme algún problema o hablarme sobre cualquier tema antiguo.

Eric. —Sí.

Padre. —¿Sentías que siempre que conversáramos tendría que ser... discutiendo?

Eric. —Sí.

Madre. —Estás a la defensiva desde el principio. Y piensas que el ataque es la mejor defensa. Eso es lo que haces, atacar, y desmenuzar los argumentos de tu oponente, y tratar de desgastarlos limándolos con tu propio punto de vista. Te enorgulleces de no haber perdido nunca una discusión.

Padre (ríe). —Eso es ir demasiado lejos.

Eric. —Tal vez lo hagas... honestamente, papá, quizá no puedas evitar hacerlo, pero en ocasiones dices cosas terriblemente crueles.

Madre. —Sí. Terribles.

Doctor C. —El parece estar llevando la peor parte de esta discusión.

Padre. —Lo parece, ¿no es cierto? Sabe, la virtuosa impresión que yo tengo de mí mismo es que en general soy tranquilo; no lograba plantear mis razones... a veces incluso ni siquiera expresaba mi opinión... porque yo... porque ello conduciría a una discusión, y la discusión a malos sentimientos. Me veo a mí mismo como un individuo del tipo "la paz a cualquier precio"...

Madre. —Ahora, ahora...

Padre. —Desde luego, a veces hemos discutido, y yo nunca gané una discusión en casa.

Madre. —Sí, la ganaste.

Hacia el final de esta sesión hubo un momento tenso. La madre había hablado de un incidente en el cual pudo ver a su madre como una persona voraz:

Madre. —Bueno, quiero decir que incluso si estás irritado con alguien como en este caso... y yo creo, ¿sabes?, que llega un momento en el que puedes ver a tus padres con perspectiva: sabes que fueron buenos contigo de muchas maneras cuando eras joven, y que te ayudaron (yo admito que ella me ayudó y me proporcionó un hogar donde reposar), pero llega un momento en que los ves como adultos, y los criticas como adultos, separados de ti. No los ves color de rosa como en la niñez. Y tú llegarás a vernos de ese modo, Eric, con lo bueno y lo malo que tenemos, sin el color de rosa de la niñez.

Eric. —Bueno, yo estoy...

Madre. —Tienes derecho a decirlo.

Padre. —Perfecto derecho a decirlo.

Doctor C. —¿Qué te hace entonces sentir que no puedes hablar, Eric? Tus padres te invitan a que los veas objetivamente, a que digas lo que sientes sobre ellos.

Eric. —Bueno... yo... El afecto que les tengo. Me inhibe para decir lo que realmente siento... El afecto por papá (larga pausa)... Pero muchas veces realmente lo he odiado.

Padre. —No es anormal, Eric, es una emoción humana que todos hemos experimentado, ese sentimiento de odio. Y yo se lo he señalado a mamá... Mamá cree que si amas a una persona, este es un afecto constante, que está siempre presente. Y yo le dije que esto... que, a veces, en un estado de tensión emocional, se puede realmente durante un lapso, odiar a una persona que se ama.

Eric. —No. No durante un lapso. Se puede odiar a una persona que se ama.

Padre. —No al mismo tiempo. No en el mismo momento.

Esta invitación a criticar a sus padres implicaba un “doble vínculo” en el sentido de que junto con la exhortación explícita hubo un mandato implícito que vedaba la crítica; ese mandato fue comunicado a Eric por los padres mediante señales obvias de ansiedad. No obstante, parte del vínculo fue retirado; en cuanto el padre, presionado por la madre, estuvo más o menos de acuerdo en aceptar el rol de culpable. La madre controló la situación de modo tal que Eric pudo reconocer sus sentimientos de cólera —pero sólo los dirigidos contra su padre—. Si bien el proceso evolucionó, subsistía la dificultad principal: la dependencia simbiótica casi total de Eric con respecto a su madre. Le costó otro episodio esquizofrénico comenzar a aprender a liberarse de ella.

La primera estada de Eric en el hospital se prolongó durante cuatro meses y medio. Fue dado de alta, regresó al hogar y trabajó durante algunos meses en una empresa local de la industria liviana. Luego volvió a la universidad, donde completó un período lectivo con éxito total.

Pero pocos días antes de su vuelta al hogar en las vacaciones escribió una carta a su padre acusándolo de “pereza” y de no haber asumido sus deberes en la familia. Decía que odiaba a su padre a causa de su “pereza”, pero a continuación afirmaba que escribía esa carta porque en realidad lo amaba. Los enunciados de este texto (que un psiquiatra consideró “confuso” y contradictorio) eran de estilo análogo al de las anteriores acusaciones de su madre contra el esposo en el encuentro grupal familiar. Inmediatamente después de enviar esta carta, Eric hizo sus valijas y anunció que se iba a Sudáfrica, para ayudar a los negros en su lucha contra el régimen (no tenía pasaporte y contaba sólo con una muy pequeña cantidad de dinero). Fue dominado

por sus compañeros de estudios e internado en virtud de una "orden de retención" en un pabellón de observación mental local. Se informó que manifestaba oír voces que no podía identificar, las cuales le decían que dejara de pensar en sí mismo, que se preocupara por los otros, y que fuera a Sudáfrica. Según se dijo, expresaba la creencia de que todo el mundo conocía todas sus acciones y hablaba sobre él. Presentaba "bloqueo de pensamiento" y era confuso e impulsivo (atacó al personal y a otros pacientes). Se diagnosticó un episodio esquizofrénico agudo, y fue tratado con grandes dosis de tranquilizantes. Cuando se aquietó un tanto, se realizó su transferencia a nuestro hospital —los padres fueron los principales promotores de este traslado—.

Una vez más, en este segundo acceso, Eric intentó autoafirmarse mediante un acto autónomo: la tentativa de viajar a Sudáfrica. Pero nuevamente, a causa de que se le había hecho sentir que no tenía en realidad derecho a esa acción autónoma y de que le faltaba experiencia transicional entre el mundo-fundado-en-la-inseguridad de su familia y la experiencia de la realidad social común, se sabotó a sí mismo procediendo de una manera falta de realismo desde el punto de vista de las normas corrientes, y atrayendo de este modo ulteriores atribuciones invalidantes de locura. Una vez producida esa situación, y habiendo asegurado su ingreso en una sala psiquiátrica, realizó sin restricciones el acting out de sus necesidades de ser cuidado maternalmente por "figuras parentales" que lo toleraran y hasta cierto punto controlar sus actos agresivos, sin hacerlo sentir culpable por ellos.

Las "voces" no identificadas que manifestaba haber "oído" acusándolo de egoísmo constituían una serie de internalizaciones de juicios emitidos efectivamente por su padre y registrados por nosotros en las interacciones familiares. Los sentimientos más vagos concernientes a lo que las "otras personas" experimentaban con respecto a él —que era sexualmente anormal y desagradable— habían sido suscitados por sentimientos reales de sus padres, sentimientos que, si no explícitamente enunciados, fueron implícitos pero claros en encuentros familiares anteriores y siguientes. Eric reconoció que esos sentimientos y juicios internalizados no eran propios, pero asignarlos a sus verdaderos autores resultaba muy difícil para él. La madre ya había propuesto al padre como ofrenda de sacrificio, y para Eric identificarlo como la fuente de

las observaciones denigratorias constituía un equivalente al parricidio. Así, en la carta a su padre se retractaba de la mitad de sus acusaciones. Pero en la primera reunión grupal de la familia posterior a su retorno a nuestro hospital habló de su padre en tiempo pasado: "Podías haber sido grande como Lenin, pero fuiste un fascista como Verwoerd." (La falta de experiencia social transicional le hacía difícil descubrir una realidad humana intermedia entre su familia y los personajes históricos conocidos universalmente.)

En esta etapa, no obstante, la familia estaba preparada para producir cambios ulteriores en sí misma. Se había modificado considerablemente la situación desde aquella primera sesión en la cual Eric fue claramente definido como "enfermo" y sus padres, por implicación, como los "sanos". Primero su padre, y después su madre, fueron desplazándose hacia posiciones "enfermas". Más tarde, Eric se movió hacia una posición "fuerte" en relación con su madre. Cuando ella estaba obviamente perturbada, él pudo "tratarla" con más eficacia que al padre, pero al mismo tiempo desarrolló una creciente independencia con respecto a su familia. Dejó de volver regularmente al hogar los fines de semana, y logró conservar un trabajo cuya naturaleza humilde resultaba totalmente opuesta a las ideas de los padres acerca de lo que es una carrera conveniente. Realizó intentos realistas de encontrar un trabajo mejor, pero durante algún tiempo su terapeuta de la unidad cometió el error de hacerle sentir que debía mejorar su posición laboral para agradarle (al terapeuta). Una vez más, el futuro de Eric estaba siendo determinado por alguien que no era él mismo, y sólo después del reconocimiento recíproco de este hecho en el grupo el joven pudo efectuar su elección razonablemente para mejorar su situación. Su progreso fue facilitado por el hecho de que la madre también empezó a trabajar y encontró en ello un centro de inversión afectiva fuera de la familia.

En suma, podemos decir que tratamos de seguir mediante un método dialéctico un movimiento dialéctico del grupo familiar V. A partir de la dialéctica constituida de la presentación que Eric hacía de sí mismo, nos movimos "regresivamente" a la dialéctica constitutiva (la praxis familiar) incluyendo la pauta observada de interacciones familiares en la historia presente y pasada de la familia, y rastreando una pauta histórica a través de

la interacción de las diferentes narraciones realizadas por los diversos miembros. Después, moviéndonos “progresivamente”, bosquejamos una totalización total: la verdad de la familia y la verdad del trastorno de Eric. Esta verdad reside en la tensión desesperada entre dos posiciones: primera, la posición en esencia insostenible en la cual su misma existencia había pasado a ser idéntica para él a su existencia *para los otros* (sus padres), y, segunda, la posición en la cual intentó afirmar su existencia autónoma mediante el desarrollo de *su propia* concepción de sí mismo y llevando a cabo *sus propios* actos. Esta concepción de sí mismo y estos actos fueron invalidados por razones que intentamos hacer inteligibles.

Por cierto, los diálogos en los grupos familiares son sumamente susceptibles de interpretación psicoanalítica,² y para lograr una comprensión completa de este fragmento de la evolución de la familia V. tendríamos que comprender la interrelación de los sistemas de fantasía de sus miembros. No obstante, hemos excluido este modo de estudiar las interacciones a fin de poder presentar claramente la compleja interrelación de actos e intenciones: la interrelación de sistemas de decisión. Sin este último marco de referencia de la comprensión, el trabajo psicoanalítico “puro” puede forcejear lejos del problema esencial, que es el de la progresiva elección de sí mismo por parte de Eric, frente a las elecciones que los otros hacían acerca de él.

² Existen ciertas interpretaciones analíticas obvias, como en el caso de la referencia de Eric a los “cañones de dulce de leche”, en la pág. 76. No obstante, las consecuencias de la interpretación en esta situación que incluye a todas las personas implicadas son infinitamente complejas y no deben realizarse en los términos sugeridos por la experiencia psicoanalítica bipersonal.

CAPÍTULO IV

EL PACIENTE, SU FAMILIA Y EL PABELLON DE INTERNACION

A la luz de las ideas que he expuesto en los capítulos precedentes, experimenté una clara necesidad de producir una situación psiquiátrica, o más bien antipsiquiátrica, en la cual las personas no fueran invalidadas o violadas aun más allá del punto al que se hubiera llegado en esos aspectos en el momento del ingreso en el hospital.

Pero antes de que se pudiera pensar en producir una situación relativamente no invalidante de esa naturaleza, era preciso pasar revista a todo signo de progreso en esa dirección que ya se hubiera realizado. En particular resultaba necesario examinar de un modo completamente exhaustivo, en la teoría y en la práctica, la "comunidad terapéutica". Esta expresión ha ornamentado proyectos diversos, desde los relativamente "avanzados" hasta los de pabellones perfectamente comunes en hospitales psiquiátricos totalmente corrientes. Debemos indagar los orígenes de la comunidad terapéutica, sus límites actuales y sus posibilidades futuras.

Quizás una de las primeras comunidades terapéuticas fue la de los *Therapeutae*, que existió en Egipto en la época precristiana. Los orígenes de esta comunidad, descripta por Filón en *De vita contemplativa* (25 d. de C.), se pierden en la prehistoria; no podemos, pues, precisarlos, pero tenemos algunos conocimientos sobre la comunidad misma. Debemos observar la relación que existe entre los dos significados de la palabra griega *therapeuein*, que son "curar" y "servir", puesto que, por una curiosa inversión de roles, en nuestra época quienes deben ser curados no son en realidad servidos en ningún sentido que no sea implícitamente peyorativo. Son ellos quienes sirven, o, por lo menos, padecen encierro.* En la comunidad de los *Therapeutae* los miembros vivían en grupos esparcidos de casas alejadas entre sí, lo suficientemente próximas como para permitir una defensa eficaz contra invasores, pero no tan cercanas como para que resultara perturbada la soledad esencial. Cada casa incluía una habitación de meditación; el miembro de la comunidad pasaba toda la semana en meditación solitaria, con la excepción de un día determinado, en el que toda la comunidad oraba, cantaba y comía en conjunto.

Entrar en algunos lugares llamados "comunidades terapéuticas" en el mundo psiquiátrico de la actualidad equivale a experimentar una comprensión desesperante de que uno se encuentra en medio de personas que en su mayor parte se han perdido en su propio mundo exterior y en los mundos exteriores de otros. Viven una estéril forma "vaciada" de existencia grupal. Existe una lucha constante por inventar y reinventar una especie de tecnología interpersonal para manipular a los otros de esta manera externalizada, y los protagonistas parecen estar privados incluso del leve gusto a futilidad que acompañaría a un mínimo de conciencia acerca de este proyecto colectivo. Uno anhela encontrar a alguien que realmente *haga* algo, que exprese algo real de sí mismo, de su mundo interior existencial.

La idea esencial para la evaluación de una forma de organización social que se proclama "comunidad terapéutica" define una cierta relación entre uno mismo y los otros. He llegado a la conclusión de que esta relación debe ser tal que en la estruc-

* Juego de palabras: el autor dice literalmente "o por lo menos sirven tiempo (*serve time*)". Esta expresión significa "estar preso". [T.]

tura total se mantenga inviolada la *soledad* como interioridad enriquecedora, mientras que al mismo tiempo haya comunidad en el sentido de contacto entre los mundos interiores y también entre los mundos exteriores de las personas. Por mundo interior entiendo la libertad o el núcleo intencional de una persona, la fuente de todos sus actos que finalmente emerge como conducta objetivable, es decir, como el mundo exterior de la persona. En otras palabras, el objetivo de una comunidad que verdaderamente diera salud, una comunidad de libertades, debe ser una situación en la cual las personas puedan estar juntas de modo tal que les sea realmente posible dejar a solas a cada uno de los miembros.

En nuestra época estamos totalmente condicionados para soportar la interferencia de otros, y nos faltan en medida grave las condiciones para el desarrollo completo de la capacidad de estar solos. Para la mayoría de nosotros esta descomposición que representa la interferencia comienza en la cuna y no concluye hasta la sepultura. Requiere considerables artificios escapar a este proceso, aunque sea temporariamente. No obstante, creo que sólo sobre las bases de una adecuada capacidad para estar solos podemos encontrar una verdadera manera de estar con los otros. Debemos redescubrir el significado perdido del principio taoísta del *wu wei*, el principio de la no-acción, pero una no-acción positiva que requiere un esfuerzo de autocontención, un esfuerzo por cesar de interferir, por "desprender" a las otras personas, darse una oportunidad a uno mismo y dársela a ellas.

La comunidad terapéutica psiquiátrica no surge de este tipo de protesta contra la interferencia. En algunas declaraciones de principios se subraya más bien la economía de tiempo y una matriz comunicacional implícitamente cuantificada (por ejemplo, la comunidad terapéutica como solución al problema de "las otras veintitrés horas", es decir todo el día menos la hora de sesión con el médico), la "realimentación" desde los intercambios periféricos hacia los grupos centrales a fin de limitar el desperdicio de comunicaciones significativas, etcétera. Es bien conocido el trabajo precursor de Maxwell Jones (1952), que estableció un prototipo de comunidad terapéutica; también lo son los de Wilmer (1958) y Artiss (1962), por ejemplo, que condujeron unidades de recepción para "agudos" siguiendo más o menos

estos lineamientos, en la Armada y el Ejército de Estados Unidos, respectivamente.

Pero la tarea que yo elegí consistía en desarrollar una unidad orientada específicamente hacia el problema de los jóvenes que sobrellevaban desde no mucho tiempo antes el rótulo de "esquizofrénicos". Mi enfoque debería basarse en una comprensión de la esquizofrenia, no como entidad nosológica, sino como cierto conjunto más o menos especificable de pautas de interacción personal; es decir, debía tomar la esquizofrenia no como algo que ocurre *en* una persona, sino más bien entre personas. Debíamos, en efecto, tratar de prescindir de lo que Don Jackson ha descrito como "esa maldición de la psiquiatría moderna, el paciente identificado".

Sobre la base de experiencias previas, decidí que los grupos terapéuticos no fueran grupos analíticos en los cuales se interpretaran reductivamente las palabras y acciones de los pacientes, con la perspectiva de una elaboración prolongada de los conflictos. Esto no se debió sólo al hecho de que los pacientes en general no permanecieran en la unidad más que unos pocos meses, sino también a que consideré ese enfoque como inadecuado para el tipo de problema denominado "esquizofrenia aguda hospitalizada". En lo esencial de esta situación hay una mistificación intensa acerca de prácticamente todo lo que ocurre entre el paciente identificado y las otras personas envueltas en el episodio. La demistificación de esos aspectos es una condición previa para que pueda pensarse en recomendar una psicoterapia o psicoanálisis bipersonales o grupales-analíticos.

Desde luego, en los grupos de la unidad "ocurre" la transferencia, no sólo en el sentido de que el terapeuta es tratado como una figura parental, sino también porque aparecen transferencias de familia total, en las cuales el paciente repite en el grupo terapéutico, en colusión con otros miembros, modos de relación y pautas de interacción peculiares de su familia. Por ejemplo, dos personas se unen como equipo parental y eligen a una tercera como hijo. Después ponen en práctica técnicas tendientes a confundir al "hijo", minar sus percepciones de sí mismo y de ellos, quizás al extremo de producir en él una "reacción psicótica", a menos que intervenga el terapeuta. En realidad, están reproduciendo, como medio para clarificar sus propias situacio-

nes, pautas de interacción que conocieron muy bien en sus propias familias, donde se encuentran en el extremo receptor. El único modo de manejar este tipo de situación consiste en una intervención que haga explícito todo el proceso. Tal intervención es en realidad una metacomunicación, una comunicación sobre el tipo de comunicación que fluye en el subgrupo triádico y que ningún miembro de este subgrupo puede realizar por sí mismo a fin de sustraerse mediante ella a la situación destructiva.

De modo que la transferencia y la proyección están siempre presentes, pero debemos ser cautos en lo que respecta a la interpretación. ¿Qué ocurre cuando tratamos de interpretar reductivamente un hecho irreductible? Debemos tener presente la posibilidad de que cuando un paciente dice que su madre lo está volviendo loco, puede estar en lo cierto, por lo menos en el sentido de que las atribuciones de locura que le formula la madre pueden dominar toda la situación seudomédica de su estado de paciente internado. Ciertos psicoanalistas que trabajan en una situación monádica, considerando al paciente aislado de su medio humano, parecen a veces limitarse fatalmente en este aspecto. Rosenfeld (1955, pág. 191), por ejemplo, escribe:

“En algunos artículos sobre la esquizofrenia, en particular de autores norteamericanos como Pious y Fromm-Reichmann, se ha subrayado la actitud hostil y ‘esquizofrenógena’ de la madre. En este caso la madre parece haber sido inconscientemente hostil al paciente y la enfermedad de este último aumenta los sentimientos de culpa de aquélla. Pero no debemos olvidar que en toda perturbación mental existe una interrelación estrecha entre factores externos que actúan como traumas y factores internos determinados principalmente por la herencia. En nuestro enfoque analítico sabemos que es fútil e incluso dañoso para el progreso de un análisis aceptar de modo acrítico los intentos que realiza el paciente para atribuir al ambiente externo la culpa de su enfermedad. Por lo general encontramos que existe mucha distorsión de los factores externos a través de la proyección y debemos ayudar al paciente a comprender sus fantasías y reacciones a las situaciones externas hasta que pueda diferenciar estas fantasías de la realidad externa.”

Esa “interrelación estrecha” corre el riesgo de convertirse en definitiva en confusión. Si admitimos la probabilidad obvia de que el paciente distorsione los factores externos a través de la proyección, ¿cómo lo ayudaremos luego a diferenciar sus fan-

tasías de la "realidad externa", si no tenemos la más remota idea de cuál es esta realidad externa? La respuesta podría ser que debemos mirar nosotros mismos; en este aspecto las observaciones en el grupo familiar no son sólo útiles, sino esenciales. Los encuentros grupales familiares, que incluyen al terapeuta, al paciente y a su familia nuclear o por lo menos uno o ambos padres, deben en consecuencia constituir una parte regular de todo programa terapéutico. La meta es comprender la conducta presente del paciente, la presentación "esquizofrénica" de sí mismo, en los términos de una complejidad tanto "vertical" como "horizontal". La complejidad vertical se refiere a su desarrollo en la familia, y retrocede hasta los orígenes familiares de sus padres. La complejidad horizontal concierne a sus reacciones de aquí y ahora con los pacientes y el personal de la unidad, y con sus padres cuando lo visitan y cuando él va a su casa en los fines de semana. Por estos medios podríamos determinar con precisión las formas de invalidación que la persona ha enfrentado, y cuáles son las fallas de su estrategia de vida que lo han llevado a caer presa de ellas. Adquiriríamos asimismo conciencia de la tensión particular de su necesidad de algún tipo de renovación de sí mismo. Si podemos sentir esta necesidad y luego proporcionar el contexto humano correcto para satisfacerla, el paciente podría encontrar una justificación personal para su estada en la comunidad del pabellón, y no simplemente reaccionar frente a las necesidades que tiene la sociedad masificada de disponer de él temporariamente.

A pesar de las inmensas dificultades prácticas que se enfrentan cuando se trata de llevar esto a la realidad, creo posible enunciar de modo sencillo la situación que considero necesaria. Uno necesita que se le permita fragmentarse y necesita ser ayudado a unificarse nuevamente. Digo "uno" muy deliberadamente, pues si bien la fragmentación de algunas personas es forzada por quienes las rodean, la necesidad de fragmentación está presente en todos nosotros. Necesitamos ser continuamente renovados, nacer nuevamente desde las cenizas de un estado temporario de desintegración o muerte. Desde luego, no estoy hablando del nacimiento y la muerte biológicos, ni tampoco hablo metafóricamente. Me refiero a un "venir al mundo" existencial, al mundo de las otras personas y de las cosas, y a un partir de

ese mundo en un sentido muy peculiar. Por partida entiendo una separación de mi ser considerado como ser-aquí, ubicado entre otros seres y compartiendo aparentemente la "cualidad" de ser con ellos. Esta separación es exigida por una cierta comprensión en mí, una de cuyas consecuencias es que el ser nunca puede ser, ni parecer, una cualidad o atributo en este sentido. En esta comprensión aprehendo no el ser sino la nada que soy, puesto que mi partida no carece de dirección y *mi* no ser es aquello hacia lo que me dirijo. Mi no ser es una nada particular, circunscripta. El ser, *mi* ser, está en las orillas de esta nada, pero esta nada particular se diluye en la nada general o vacío, o ser anulado.

Existe una difusión bipolar de mí mismo en la plenitud general del ser y en la nada pura, no particular. Mi existencia concreta y específica reside en el punto infinitesimal de la transición desde un polo al otro. Este es el modelo ontológico no metafórico, o relativamente no metafórico, pero hay ciertos modelos metafóricos que pueden ayudar a la comunicación.

Uno de tales modelos metafóricos es el del Igdrasil, el árbol del mundo, de la mitología nórdica. El Igdrasil es sumamente familiar para nosotros, pero la idea del árbol del mundo es universal entre las personas que tratan de aprehender su realidad espiritual. Es esencial en el chamanismo, cuya distribución geográfica en épocas recientes abarcó principalmente a Siberia, Mongolia y Manchuria, pero que alguna vez se extendió a muchas partes del mundo, y existen pruebas de que procede de épocas prehistóricas. En ciertas tribus chamánicas los cadáveres son expuestos a los elementos en féretros colocados en la parte superior de los árboles, pero más importante para nosotros es observar la ascensión ritual misma que constituye la esencia real del chamanismo. El chamán era el conductor espiritual de estas tribus. Entre los elementos de su identidad se incluían los de sacerdote, psicoterapeuta, médico-hechicero, mago, loco. A sus poderes especiales se los consideraba a veces el resultado de la transmisión hereditaria, pero por lo general había un proceso de iniciación a través del cual el futuro chamán era guiado por un tipo especial de habitante del mundo espiritual que se encarnaba al efecto. Durante esos ritos preparatorios el chamán aprendía a tener experiencias vívidas de su futuro como cadáver y a experimentar

en una agonía extrema su propio desmembramiento y disolución corporal.

Es importante observar que los sueños en los cuales se experimenta el propio desmembramiento en muchos casos preceden a una postración psicótica o a un período creador del desarrollo espiritual: a un período de derrumbamiento o de abrirse paso. La diferencia entre estas dos alternativas reside principalmente en los procesos de invalidación social que sobrevienen a continuación, pero ellos pueden ser decisivamente destructivos. Con una guía correcta, la experiencia psicótica puede conducir a un estado humano más avanzado; no obstante, con mucha frecuencia la interferencia psiquiátrica la convierte en un estado de detención y estultización de la persona.

Cuando el chamán estaba totalmente preparado para asumir su rol espiritual, la tribu se reunía en torno de él para beneficiarse vicariamente con sus repetidas experiencias de, primero, posesión por los espíritus de los antepasados muertos y otros seres ultraterrenos, y, luego, de separación de un yo astral que dejaba su cuerpo. El yo astral ascendía al mundo superior y luego retornaba para reanimar el cuerpo. Este hecho del *ek-stasis* provocaba una experiencia de éxtasis en el chamán, que se ayudaba batiendo un tambor oval y calzándose astas de ciervo y emblemas de otros animales, en particular de aves. Mediante su participación vicaria, "proyectiva", en esta experiencia, los otros miembros de la tribu se beneficiaban con una *therapeusis*. Tenían alguna experiencia refleja de la posesión, muerte existencial, disolución, *ek-stasis* y ascenso, descenso y *en-stasis* del chamán. La *therapeusis* significaba en este caso renovación de cada persona mediante la muerte y el renacimiento logrados por estos medios milagrosos dentro de la propia vida.

En la comunidad de personas oficialmente "psicóticas" que describiré en este libro, esta forma de renovación era representada repetidamente aunque por lo general en una escala formalmente menos amplia que en el rito chamánico.

Las necesidades de las diversas personas son ampliamente diferentes. Algunas personas son educadas en familias que funcionan de modo antidialéctico, en el sentido de que *sólo* educan a los hijos, pero no logran llegar a una situación en la cual estos últimos sean al mismo tiempo educados y se eduquen a sí mismos,

con el decisivo acto de separación implícito. En tales familias encontramos que uno o más de los hijos son progresivamente empujados hacia una situación final extrema. En esa situación extrema, el niño (que puede ser ya un adulto) debe someterse a un proceso por el cual es institucionalizado en el marco familiar,¹ o sufrir la hospitalización psiquiátrica periódica, que en gran medida significa lo mismo. Exceptuadas estas posibilidades, el único camino que le queda es morir y ser concebido nuevamente por completo, si las circunstancias humanas lo permiten, con una nueva identidad adecuada.

Pero a otras personas les bastan muertes parciales temporarias seguidas por fases de renovación. Estas personas pueden lograr sus fines mediante locuras momentáneas, recuperándose antes de que sobrevenga la invalidación, utilizando ácido lisérgico, dietilamida, mescalina, marihuana, emborrachándose, escuchando música, o viendo un cuadro, situaciones que destrozan su orden interior preestablecido y promueven o provocan un esfuerzo autónomo tendiente a la reunificación. Toda experiencia estética consiste en este tipo de aventura. El primer movimiento de la sonata clásica preestablece un orden con el enunciado de los temas, y luego procede, por medios altamente disciplinados, a desintegrar ese orden en el desarrollo. El desarrollo, como en el caso de todos los desarrollos humanos que trascienden el crecimiento de los músculos y el esqueleto, está donde uno lo elabora arduamente en el momento coyuntural de desintegración-reintegración. La recapitulación finalmente establece los temas primero y segundo renovados.

Debemos observar la invención de una disciplina para la desintegración. A las personas que están siendo fragmentadas, la psiquiatría debería proporcionarles una guía para la invención

¹ He conocido muchas familias en las cuales los padres funcionan como psiquiatras o enfermeros especializados gratuitos. Estos padres preparan informes diarios, semanales, mensuales y anuales sobre sus hijos. Con frecuencia utilizan la jerga acostumbrada de los psiquiatras: "Estuvo muy impulsivo y no cooperativo esta mañana; llamamos por teléfono a sus empleadores para justificarlo, pero no pudimos conseguir que saliera a trabajar. Probablemente necesita más Stelazine." O bien: "Anoche le dijo a la madre que la odiaba, que no tenía que haber nacido, que quería destriparla; estaba confuso; tuvo alucinaciones; oía voces que le decían que era malo, perverso, malo... Estoy seguro de que necesita volver al hospital." Otro padre registraba el número de píldoras de barbitúrico que su hijo adicto tomaba por día, por semana y por año, y estas cifras enigmáticas eran puntualmente comunicadas al médico por correo. Existen realmente muchos remedios para la culpa.

de una disciplina esencial de ese tipo, pero esto no es lo que realmente ocurre. En cambio, el paciente encuentra técnicas aplicadas ritualmente, o "tratamiento físico" que representan con frecuencia un esfuerzo empavorecido por borrar su intolerable realidad experimentada o, si es por excepción más afortunado, encuentra un complejo de reuniones grupales literalmente fantástico, con todas las posibles combinaciones de personal nominalmente desjerarquizado y pacientes, unidos en su desesperación por clasificarlo e introducirlo forzosamente en algún tipo de molde que no sea el suyo.

La pequeña pero importante minoría de personas que ingresan en los hospitales para enfermos mentales y están realmente locas (desintegradas) necesitan psiquiatras y enfermeras que hayan superado suficientemente sus propios miedos, que hayan sido por lo menos relativamente honestas con respecto a su propia locura, que sean capaces de preferir la salud a la normalidad. Sentí que lo que se necesitaba para iniciar un nuevo tipo de situación psiquiátrica no era técnica, ni tampoco un programa, sino las personas adecuadas para hacerlo.

CAPÍTULO V

VILLA 21: UN EXPERIMENTO EN ANTIPSIQUIATRIA

Con las precedentes consideraciones en mente, asumí la conducción de un pabellón en un gran hospital psiquiátrico (de dos mil camas), situado al noroeste de Londres, sobre lineamientos que debían diferir de los convencionales. Según mi experiencia, en el pabellón psiquiátrico convencional proliferaban la alienación, el extrañamiento y la violencia sutil. Los pacientes de tales pabellones encontraban un refuerzo masivo del proceso de invalidación que había comenzado antes de su ingreso. En el pabellón de internación se completaba por lo general el ritual iniciático de la "carrera" de paciente mental. Pero tal vez pudiera convertirse en la salida final de ese proceso.

La inauguración de la unidad en la Villa 21, en enero de 1962, respondió a un esfuerzo por satisfacer tres necesidades principales que yo había enfrentado en lo que hasta ese momento era la situación del hospital en el que estaba trabajando.

En primer lugar, había problemas prácticos de organización.

Entendí que resultaba insatisfactorio que adolescentes con perturbaciones de acting-out y también jóvenes esquizofrénicos¹ que padecían su primer episodio agudo fueran tratados en pabellones en los cuales la mayoría de los pacientes ya habían avanzado mucho en una serie de postraciones psicóticas recurrentes. Tales trastornos, a través de las reiteradas internaciones, adquieren un carácter ritual limitante. A veces los jóvenes ingresaban incluso en pabellones para tratamiento prolongado o para pacientes muy perturbados. Existía la necesidad obvia de una unidad separada con una estructuración de roles menos ritual y rígida, en la que los pacientes pudieran encontrarse a sí mismos a través de sus relaciones con los otros y manejar con más éxito sus conflictos, sin caer en la salida fácil de la autodefinición estrechamente estereotipada que se les ofrece en las salas más convencionales.

Me pareció también, con alguna inseguridad, que la ansiedad que suscitaba en el personal el acting-out adolescente, sexual y agresivo, provocaría con menos facilidad medidas represivas desastrosas y ciegas si tal acting-out quedaba más localizado geográficamente dentro de la institución total. No obstante, tenía plena conciencia de la posibilidad de que la unidad se convirtiera en alguna medida en la víctima propiciatoria de todo lo que fuera "maldad" en el hospital, con el consiguiente conflicto administrativo, en lugar de ser un mecanismo de defensa exitosa para la institución global.

En segundo lugar, había necesidades de investigación, en particular la de una situación de trabajo adecuada para el estudio de la interacción familiar y grupal en la esquizofrenia y, con más generalidad, en la adolescencia perturbada. Había comprobado que la observación de tal interacción resultaba difícil en la atmósfera turbulenta de un pabellón de internación general, con su extrema heterogeneidad de problemas personales. También existía la necesidad de obtener datos comparativos sobre la interacción en las familias y en los grupos terapéuticos especializados.

¹ En las páginas siguientes utilizaré entre comillas términos tales como "esquizofrenia", "pacientes", "tratamiento". Ya he cuestionado, y lo volveré a hacer más adelante en este libro, la validez de estos rótulos, pero por el momento me limito a reconocer que ellos se utilizan y los empleo en ese sentido. Debo también señalar que aunque con frecuencia empleo el tiempo presente, en realidad dejé la Villa 21 en abril de 1966.

En tercer término, se necesitaba establecer un prototipo viable de unidad autónoma pequeña que pudiera funcionar en una casa grande de la comunidad, fuera del contexto institucional psiquiátrico. Tenía la convicción de que tales pequeñas unidades constituirían el medio terapéutico óptimo para el tipo de paciente en el que pensábamos, pues permitirían un grado de libertad de movimientos mayor que el que consienten los roles altamente artificiales de "personal" y "pacientes" impuestos por la psiquiatría convencional. Pero primero era necesario explorar los límites del cambio posible en el gran hospital psiquiátrico, observar las contradicciones y dificultades que surgieran, y basar sobre tal evaluación los planes para el futuro.

Al ir abandonándose gradualmente el tratamiento por shock insulínico, pudimos disponer del pabellón en que se administraba, para instalar en él nuestra unidad. Ese pabellón tenía diecinueve camas en el primer piso (un dormitorio y cuatro habitaciones laterales) y, en la planta baja, una sala de estar, un comedor, oficina y vestuario para el personal y dos habitaciones pequeñas, una de las cuales se utilizaba para reuniones de grupos pequeños y la otra como habitación de reposo. En la planta baja había lavatorios, y en el primer piso lavatorios y baño (una bañera). El corredor principal separaba los lavatorios y la oficina del personal de las dependencias en las que vivían los pacientes.

Los internados eran varones cuya edad oscilaba entre los quince y los últimos años de la segunda década de vida. Aproximadamente a las dos terceras partes se les había diagnosticado esquizofrenia; el resto llevaba rótulos tales como "crisis emocional adolescente" o "trastorno de la personalidad". Primero seleccionamos pacientes encuadrados en estas categorías entre los de los otros pabellones del hospital; algunos de ellos ya habían sumado varios años de hospitalización. Gradualmente, después de unos pocos meses, estos pacientes fueron abandonando la unidad, y en su reemplazo internamos a otros que pasaban por su primera o segunda postración psicótica y que tenían una experiencia de institucionalización relativamente pequeña.

La selección del personal se realizó durante un período de un año, antes de la apertura del pabellón como "unidad de tratamiento". El proceso envolvió numerosas discusiones individuales y grupales. La selección se centró en los enfermeros y cabos más

jóvenes cuya actitud hacia el trabajo era menos probable que hubiera sido deformada por la institucionalización y que parecían más capaces de tolerar las inevitables ansiedades del trabajo terapéutico grupal. Finalmente se seleccionó un enfermero y un cabo para cada uno de los dos turnos diarios. También habría por turno un practicante de enfermería, pero este miembro del personal cambiaba de pabellón al cabo de períodos de dos a cuatro meses, para obtener experiencia en las diversas secciones del hospital como parte de su programa de entrenamiento.

A la Oficina de Enfermería se le requirió especialmente que se redujera al mínimo el cambio de enfermero nocturno, porque frecuentemente se ha observado que este tipo de cambio perturba a los pacientes psicóticos. Se eligió una especialista en terapia ocupacional que dedicaba al pabellón su jornada completa, y una de las trabajadoras sociales psiquiátricas aceptó cubrir su rol profesional en nuestra unidad junto con sus responsabilidades en las otras secciones de la institución.

Al principio trabajaron en la unidad tres médicos, cada uno en un grupo terapéutico diario de cinco a siete pacientes. En esta etapa, los encuentros de la comunidad (todos los pacientes y todo el personal) se realizaban solamente dos veces por semana. Después de algunos meses, a causa en parte de que se sintió la necesidad de encuentros de la comunidad más regulares, y en parte por la reorganización de los horarios de los médicos, se decidió que esos encuentros fueran diarios, desde las 9 y 45 hasta las 10 y 15; después se sostenían dos "reuniones grupales de médicos", desde las 10 y 30 hasta las 11 y 30. Uno de los médicos (el autor) pudo entonces dedicar la mayor parte de su tiempo a la terapia e investigación en la unidad (aunque sus otras tareas incluían la atención de ciento veinte pacientes de internación prolongada y seis a diez horas por semana de consultorio externo). Otra médica, que oficialmente debía cumplir sólo una jornada parcial, en realidad prestaba servicios que excedían ampliamente el horario al que se había comprometido: aunque pasaba la mayor parte del tiempo en la unidad, también trabajaba (junto con un colega) con aproximadamente doscientos pacientes de internación prolongada, con pacientes "refractarios" y atendía semanalmente un consultorio externo. Esta situación reflejaba el problema general de la carencia de persona-

pero con todo fue posible lograr en la unidad un mínimo aceptable de trabajo de psiquiatras.

Deliberadamente, nuestro programa inicial presentaba un alto grado de estructuración, semejante al de la comunidad terapéutica "clásica". Ello se debía, no a que me hiciera ilusiones acerca de las limitaciones de este modelo, sino a que me pareció necesario desde el punto de vista estratégico partir desde un nivel que no fuera demasiado "avanzado".

En el programa inicial los grupos se clasificaron en "programados" y "espontáneos".² Los grupos programados eran:

- a) *El encuentro diario de la comunidad*, desde las 9 y 45 hasta las 10 y 15 ó 10 y 30 (antes de las 9 y 45 los médicos y la trabajadora social concurrían a la reunión divisional de médicos en el sector masculino del hospital). Este encuentro, que incluía a la totalidad de pacientes y personal del pabellón, estaba destinado a la comunicación sobre problemas que afectaban al conjunto: por lo general el acting-out perturbador de un individuo o subgrupo, quejas de los pacientes o del personal, o disposiciones prácticas para las actividades ocupacionales o recreativas.
- b) Los dos *grupos terapéuticos* más formales, en los cuales la mitad de los pacientes se reunían desde las 10 y 30 a las 11 y 30 de la mañana con uno de los médicos y el enfermero o cabo que atendía constantemente al grupo del que se trataba. Más adelante describimos acabadamente la naturaleza de estos grupos.
- c) *Los grupos de trabajo*. Dos grupos que se reunían desde las 14 hasta las 16 y 30, todas las tardes; uno de ellos con la terapeuta ocupacional, el otro con el enfermero. Cada grupo tenía su propio proyecto; los dos proyectos más prolongados durante el primer año fueron un trabajo de decoración de interiores y otro de fabricación de juguetes.
- d) *Encuentros grupales del personal*. El personal se reunía diariamente, de modo breve e informal, antes y después del encuentro de la comunidad, y con frecuencia también hacia el atardecer; había asimismo un encuentro "irregular"

² Me siento impulsado a recordar a los lectores mis comillas y la ironía al respecto.

una vez por semana en el cual los enfermeros y cabos de ambos turnos se reunían con los médicos y la terapeuta ocupacional para examinar en particular cuestiones del funcionamiento de la unidad para las cuales resultaba esencial la continuidad entre los turnos; una vez por semana se reunía todo el personal durante una hora; a esa reunión concurrían el personal del pabellón, la trabajadora social psiquiátrica y con frecuencia un representante de la oficina administrativa de enfermería y el jefe del departamento de terapia ocupacional.

Los grupos "espontáneos" se constituían en cualquier momento del día o la noche en torno de algún problema en particular: desde la consideración crítica de un programa de televisión hasta el intento de tratar el acting-out perturbador de algún paciente. Un miembro del personal debía estar "en conocimiento" de la mayoría de tales reuniones, pero en la estructuración de la unidad se esperaba que alguien comunicaría los acontecimientos significativos de los grupos espontáneos en los encuentros de la comunidad.

Al establecer la unidad tenía una convicción esencial. Según esta convicción, fundada en repetidas experiencias infelices en los pabellones convencionales, para tener alguna posibilidad de comprender lo que ocurría en los pacientes debíamos poseer por lo menos una conciencia elemental de lo que ocurría con el personal. En consecuencia, apuntamos a explorar en nuestro trabajo cotidiano toda la gama de preconceptos, prejuicios y fantasías que cada miembro del personal tenía acerca de los otros miembros y de los pacientes.

Esta es indudablemente una tarea principal. A través de toda su historia, la institución psiquiátrica ha encontrado necesario defenderse de la locura que se supone que contiene: perturbación, desintegración, violencia, contaminación. He denominado *irracionalidad institucional* a las defensas del personal, en cuanto ellas se erigen contra peligros que son más ilusorios que reales. ¿Cuál es entonces la realidad de la locura, y cuál la ilusión, en el hospital psiquiátrico? En este capítulo trataré por lo menos de bosquejar algunos de estos límites.

Desde hace mucho tiempo se reconoce que gran parte de la

conducta violenta de los pacientes mentales es directamente reactiva a la restricción física. Si cualquier persona corriente es afeerrada por varios hombres corpulentos que le aplican un chaleco de fuerza por razones que son oscuras para ella, y sus intentos de obtener alguna explicación resultan inútiles, su reacción natural será luchar. Ya no estamos en la época de los chalecos de fuerza, y las habitaciones acolchadas también han dejado de emplearse, pero no hace mucho tiempo el autor vio a un paciente pateando y gritando con un chaleco de fuerza colocado. Varios policías lo llevaban al pabellón de observación: bastó con despedir a los policías y retirar dramáticamente el chaleco para que cesaran las reacciones violentas del paciente.

En la actualidad muchos psiquiatras recurren a la "contención química" —sedantes y tranquilizantes—, al electroshock y al reposo en cama. Pero el efecto de estos recursos aparentemente menos drásticos es en gran medida idéntico al de los más enérgicos, a menos que se proporcione acerca de ellos alguna explicación razonable, cosa que con frecuencia no se hace. Cuando a un paciente se le administra una dosis alta de tranquilizante se supone que en el sujeto existe un peligro que es preciso controlar. Algunos pacientes que son muy sensibles a tales expectativas con frecuencia las satisfacen, comportándose con violencia, por lo menos hasta que son sometidos a una gran dosis del mismo "tratamiento". Esto no significa que a un paciente perturbado nunca se le deban dar tranquilizantes, sino simplemente que tanto el médico como el paciente deben saber con claridad lo que se está haciendo. Esto ocurre pocas veces. El significado de esta situación se pierde con demasiada frecuencia en la mística cuasi médica de la "enfermedad" y el "tratamiento". Por ejemplo, habría que decirle al paciente: "Voy a darle esta sustancia llamada Largactil para calmarlo un poco, de modo que podamos proceder a otros premios sin sentir demasiada ansiedad por lo que usted prepare después."

Una de las fantasías más comunes del personal de los hospitales para enfermos mentales es que si no se coacciona física o verbalmente al paciente para que deje la cama a cierta hora de la mañana, se quedará acostado hasta pudrirse. Detrás de esto está la ansiedad asociada a la no conformidad con respecto a la regulación del tiempo y al control general en sus vidas. El pa-

ciente es ese temible aspecto de sí mismo que a veces no quiere dejar el lecho e ir a trabajar. Es obviamente cierto que si los miembros del personal sucumbieran a esta tentación, perderían sus empleos. También es cierto que los pacientes esquizofrénicos jóvenes con el tiempo dejarán el hospital y al emplearse deberán ser puntuales. Pero todo esto ignora el significado que tiene el "problema del quedarse en cama" en la historia de vida del sujeto. Es probable que en el pasado el paciente haya dependido por completo de su madre para levantarse por la mañana. Poco antes de la internación con frecuencia se ha rebelado contra esta dependencia forzada mediante lo que, por diversas razones, constituye la única manera de actuar posible para él: quedarse en cama a pesar de los esfuerzos de la madre. Este "repliegue" es con frecuencia uno de los "síntomas de presentación" de la esquizofrenia.

En el hospital podemos repetir la pauta familiar, es decir gratificar las necesidades de dependencia del paciente haciéndolo levantar, pero esto es en realidad emprender la acción *en lugar de él*. Por otra parte, podemos correr el "riesgo" de dejar que él mismo tome la decisión, con la esperanza de que un día se levante *por sí mismo*.

En realidad, después de muchas acaloradas discusiones sobre este problema sostenidas en la unidad, y después de haberse empleado procedimientos diferentes en los turnos de enfermeros, se encontró que si se abandonaban los métodos enérgicos corrientes y se permitía que los pacientes tomaran la iniciativa, invariablemente se levantaban, incluso en algunos casos en que pasarían en cama la mayor parte del día durante algunas semanas. Ninguno quedó mal acostumbrado por el procedimiento, y la ganancia en autonomía personal pareció valer la pena.

El personal primero, y luego los pacientes, formularon comentarios en los encuentros de la comunidad sobre el problema de levantarse, en términos de necesidades de dependencia, pero el tema también fue llevado al hogar de maneras más activas. En un momento determinado, todos los ocupantes de un dormitorio de seis camas se rebelaron contra los encuentros de la comunidad permaneciendo en cama hasta después de las 11. Frank, uno de los enfermeros, subió al primer piso para ver qué ocurría. Un paciente dejó la cama para ir al baño, y Frank aprovechó la

oportunidad: se quitó la chaqueta blanca³ y se echó en la cama vacía. A su retorno, el paciente advirtió la ironía de la situación, y no le quedó más opción que la de ponerse la chaqueta, asumir el "rol de personal" vacante, y hacer que los otros se levantaran.

Otra fantasía prevaleciente en el hospital psiquiátrico se refiere al trabajo de los pacientes. Se sostiene implícitamente, y a veces de modo explícito, que si los pacientes no están permanentemente ocupados en las tareas domésticas del pabellón y en los diversos proyectos de terapia ocupacional, o ayudando en los departamentos de mantenimiento, se convertirán en "replegados", "institucionalizados", "pacientes crónicos". La amarga verdad es que si realizan sumisamente todas estas tareas, se convertirán de todos modos en lo que aquellos rótulos implican. Si uno desea encontrar lo último en institucionalización crónica replegada, no tiene más que visitar una de las más "activas" y productivas "fábricas de hospital" o "departamentos de terapia ocupacional industrial". En comparación con esto, hay algo notablemente sano en el esquizofrénico crónico, preocupado por su mundo interior, que pasa todo el día junto al calefactor en un pabellón anticuado y decrepito. Si bien no tiene la solución del enigma de la vida, por lo menos posee unas cuantas ilusiones.

En la unidad hubo algunas confrontaciones desesperadas acerca de este tema. Algunos pacientes se resistieron a los proyectos convencionales de terapia ocupacional. Comenzamos a cuestionar el antiguo mito según el cual Satanás creó el trabajo para las manos ociosas, cuya moraleja es "trabajo o juego, no masturbación", pero no sabíamos con certeza hacia adónde íbamos. Los proyectos de trabajo por lo menos constituían un grupo, una feliz familia de pabellón. Ahora bien, tal vez esas personas habían ido al hospital para escapar de "familias felices". O, mejor dicho, habían sido enviadas para que sus familias pudieran seguir siendo felices. Trabajamos con cierto número de tareas destructivas viriles: la demolición de un refugio antiaéreo, el desmontaje de un motor de aviación. Según algunos, estas tareas proporcionarían una "válvula de seguridad" para los "impulsos agresivos peligrosos". Pero eran realizadas sin entusiasmo y pronto

³ En la unidad los enfermeros usaban ocasionalmente chaquetas blancas, no como uniformes, sino para protegerse cuando realizaban determinadas tareas, por ejemplo el lavado.

comenzamos a comprender su falta de relación con los problemas reales de la cólera. Esas personas tenían razones reales para estar encolerizadas con otras personas reales, en sus hogares y en el hospital. Este fenómeno no podía reducirse totalmente a una proyección. El motor de aviación era inocente.

Nuestras ansiedades nos llevaron a formular, considerar y luego rechazar una cantidad de otros proyectos hospitalarios típicos, de una naturaleza ridículamente trivial, tales como (irónicamente) armar los elementos manufacturados de equipos médicos de juguete. Los pacientes reaccionaban mal ante estas tareas, y nosotros pasamos a compartir sus sentimientos. La mayor parte de ellos eran hombres jóvenes de inteligencia por lo menos de nivel promedio, capaces de reconocer la incongruencia de los proyectos que se les presentaban. Visitamos fábricas locales a fin de encontrar trabajos más "realistas", encargados por las empresas, pero no se logró nada efectivo. Viendo las cosas retrospectivamente, esto no debía sorprendernos mucho. Llegamos a la conclusión de que las únicas tareas realistas para los jóvenes que venían a nosotros estaban *fuera* del hospital.

Sólo después del primer año de la vida de la unidad, el personal, incluida la joven terapeuta ocupacional, pudo tolerar una situación en la que no se presentaba a la comunidad ningún proyecto de trabajo organizado. Todos los proyectos iniciados previamente se desintegraban después de algunas semanas; los pacientes se "desprendían" hacia actividades privadas en cualquier otra parte, dentro o fuera del hospital. Las sanciones en forma de reducciones de la asignación en dinero,⁴ no modificaban el problema en absoluto. ¿Qué era lo que nos ponía tan ansiosos, y qué estábamos tratando de hacer de cualquier modo?

La terapeuta ocupacional, que ya había abandonado su uniforme verde, se encontró derivando hacia un rol que parecía más próximo al de enfermera. Incluso pensó en resignarse y unirse al personal como enfermera ayudante. En ese momento adquirimos una conciencia especial del hecho de la difusión de los roles, del derrumbe de los límites entre los roles; esa percepción fue una etapa necesaria en el camino hacia la definición del per-

⁴ Un descuento de hasta 22 chelines y 6 peniques por semana para los pacientes que trabajan en el hospital.

sonal, los pacientes y sus relaciones recíprocas, no sobre la base de un abstracto sistema rotulatorio impuesto, que reflejaba unas pocas funciones técnicas o cuasitécnicas, sino en términos de la realidad personal de cada miembro de la comunidad —nueva definición a la que llegaron el personal y los pacientes mismos—.

Tuvo lugar una progresiva “esfumatura” de los roles entre enfermeros, médicos, terapeuta ocupacional y pacientes. Ya he examinado algunas de las ambigüedades concernientes al proceso de “convertirse en paciente”. Trataré ahora de centrar la atención en cierto número de interrogantes perturbadores y aparentemente paradójicos: por ejemplo, ¿pueden los pacientes “tratar” a otros pacientes, e incluso tratar al personal? ¿Puede el personal comprender y reconocer con absoluta franqueza en la comunidad del pabellón sus propias áreas de incapacidad y “enfermedad” y su necesidad de “tratamiento”? Si esto fuera así, ¿qué ocurriría a continuación y quiénes tendrían el control? La sospecha no recaía en esencia sobre las categorías de “enfermedad” y “tratamiento” en sí mismas.

En este punto se inició la desviación más radical con respecto al trabajo psiquiátrico convencional. Si el personal rechazaba las ideas prescriptas sobre su función, y si no sabía del todo qué hacer a continuación, ¿por qué hacer algo? ¿Por qué no abandonar todo el campo de las expectativas de personal y pacientes referentes a organizar a los pacientes para la actividad, supervisar el trabajo doméstico del pabellón y en general “tratar a los internados”? El grupo del personal decidió limitar sus funciones a controlar la provisión de drogas, según lo estipulaban las disposiciones legales (algunos de los pacientes más “hiperactivos e impulsivos” recibían dosis de Largactil, un tranquilizante) y conducir los problemas administrativos del pabellón que implicaran la comunicación telefónica con otros departamentos del hospital.

Un preludio necesario para este cambio esencial de procedimientos consistía en explicarlo a la Oficina de Enfermería y a los otros departamentos del hospital. Por ejemplo, al personal de la cocina se le informó que si los recipientes de aluminio volvían sin lavar debían dejarlos en ese estado, y no llamarnos por teléfono para quejarse de que el personal del pabellón no cumplía sus funciones. Si la gente quería comer, tenía que limpiar

los recipientes. Estas decisiones se tomaban con absoluta claridad para todos en los encuentros de la comunidad.

A pesar de tales explicaciones y de su aceptación superficial, siguieron hechos de carácter dramático. En la primera fase, los desperdicios se acumularon en los corredores en montones cada vez más altos. Las mesas del comedor quedaron cubiertas por los platos sin lavar de días sucesivos. En el personal visitante, particularmente en los funcionarios de enfermería que realizaban dos recorridas por día, aparecían señales de horror. Los pacientes decidían sus propios períodos de salida, su presencia en los encuentros, el momento de levantarse de la cama. El personal padecía ansiedad por todo, pero en particular porque ningún paciente presentaba signos de organizarse para atender a estas cuestiones. Un enfermero nocturno, que previamente había trabajado en la unidad como enfermero diurno, llegó a exasperarse a tal punto que informó oficialmente al superintendente nocturno sobre el estado inmundado del pabellón. Se comunicó el hecho al enfermero jefe, y a su tiempo funcionarios de enfermería visitaron el pabellón para expresar su disgusto por el estado de cosas. Reconocimos hasta cierto punto nuestra responsabilidad por la cólera del enfermero nocturno: la comunicación entre ambos turnos era claramente inadecuada (sólo con considerable dificultad habíamos podido iniciar encuentros regulares entre ambos turnos, organización que posteriormente reemplazamos por un sistema en el cual la mayor parte del personal trabajaba alternativamente en uno y otro turno).

La presión administrativa externa sobre el personal del pabellón aumentó rápidamente. Los pacientes estaban divididos; algunos comenzaron a pedir más atención de los enfermeros y médicos; los que tenían menos apremio de dependencia expresaron alguna insatisfacción pero al mismo tiempo aclararon que apreciaban los elementos más auténticos del cambio de procedimientos.

Los acontecimientos siguientes deben ser vistos en su relación con el problema del "medicocentrismo" de la administración de los pabellones de los hospitales para enfermos mentales. En los pabellones convencionales, todas las decisiones, con la única excepción de las más triviales, deben ser tomadas o contar con la bendición del médico. El médico es investido y a veces se inviste

a sí mismo con poderes mágicos de comprensión y curación. Es poco seguro que el entrenamiento formal de los psiquiatras incluya la calificación en omnipotencia mágica, pero la imagen es reforzada y perpetuada de muchas maneras. La misma persona que se supone tiene una relación psicoterapéutica con los pacientes, asume el rol de clínico general en relación con sus malestares físicos. Y no sólo esto, sino que también atiende al personal y cuida clínicamente de los enfermeros con los que trabaja. Bien puede imaginarse la confusión resultante de esa frustración controlada y gratificación en gran escala.

Si la chaqueta blanca y el estetoscopio son medios con los cuales los médicos se defienden de los pacientes, es decir de su propia perturbación proyectada, el formulario impreso constituye otro. Los médicos han aceptado, y con bastante facilidad en muchos casos, demasiadas responsabilidades legales y administrativas que les impiden el contacto con los pacientes y que, en una medida mucho mayor de lo que comúnmente se admite, podrían estar en manos de administradores no médicos eficiente y adecuadamente entrenados. Pero tal como están las cosas, el médico que visita el pabellón incluye en su equipo, con frecuencia indeseado, un conjunto considerable de formularios y certificados oficiales, y tales formularios estructuran su relación con personal y pacientes antes de que cualquier cosa que haga o que hagan ellos pueda tener algún efecto.

Además de esta preestructuración médica, legal y administrativa del rol del psiquiatra, hay en ocasiones factores más realistas que lo llevan a asumir una posición central en el pabellón, principalmente su entrenamiento y experiencia psicoterapéuticos y en la sociología de los grupos pequeños. Esas habilidades, no obstante, no son en modo alguno universales entre estos profesionales, y la mayoría de los cursos que conducen a la obtención del diploma no las tienen en cuenta, o sólo lo hacen en grado mínimo. Algunos miembros de las comisiones de selección tienen prejuicios contra el entrenamiento formal psicoanalítico, y de todos modos ese entrenamiento está más allá de las posibilidades de la mayor parte de los psiquiatras jóvenes casados (que no tienen en Inglaterra ningún descuento impositivo por un gasto que puede llegar a las 500 libras anuales durante cuatro o cinco años).

Pero en razón de los factores que hemos mencionado y de otras consideraciones, el personal y los pacientes esperan que el médico asuma el rol de líder. El nivel de dependencia con respecto al médico no es, en los grupos de personal solo, muy distinto del que caracteriza a los grupos de personal y pacientes. Para los enfermeros, el problema consiste en pasar de una posición en la cual actúan como mediadores del médico para los pacientes y de los pacientes para el médico, a otra en la cual franca y "legítimamente" quedan implicados en relaciones sin un "tercero" mediador o mediatizado. En el hospital psiquiátrico es preciso que cada intercambio entre personas luche contra todas las desigualdades, libre de deformaciones seudomédicas; de lo contrario queda reducido a una maniobra puramente formal e inauténtica. Este cambio de posición es fantásticamente difícil. Después de tres años de trabajo centrado en gran medida en este problema, de ningún modo realizamos en nuestra unidad un cambio absoluto, pero sí cambiamos un poco.

Fue durante la fase "experimental" de su "retiro" cuando el grupo del personal pudo obtener algún progreso. El autor realizaba un viaje de placer (que duró un mes) a Europa oriental. La presión oficial sobre la unidad para que se introdujeran controles convencionales estaba en su punto máximo. La ansiedad del personal era considerable y existía como factor adicional un conflicto entre los dos turnos (de 7 de la mañana a 14, y de 14 a 21) de enfermeros. Gran parte de este conflicto se basaba en la atribución errónea de ciertas intenciones al médico. La sugerencia de que el personal abandonara su rol supervisor, directivo, provino en realidad de uno de los turnos. Fue amablemente aceptada por el médico (el autor) y aparentemente también por todo el grupo del personal, con sólo unas pocas reservas carentes de importancia. Pero dos enfermeros del otro turno abrigaban un no expresado antagonismo al cambio. A causa de hechos ocurridos anteriormente en la unidad, que habían difundido entre el personal del hospital la creencia de que el médico tenía ideas nuevas "ultrapermisivas", la decisión del personal fue considerada como la "política del médico" (podría constituir una locura, pero puesto que se había originado en la mente de un médico jerarquizado estaba más allá de cualquier discusión).

El progreso realizado por el grupo del personal consistió en

reconocer francamente que su ansiedad era intolerable, y en llegar a una "decisión grupal" durante la ausencia del médico, según la cual se restablecería el control de los enfermeros sobre lo que ocurría en el pabellón. Se decidió supervisar la comida y la limpieza, e insistir en la asistencia a los encuentros de la comunidad y en el cumplimiento de la regla según la cual la salida de fin de semana sólo abarcaba desde el sábado por la mañana, después del encuentro de la comunidad, hasta el domingo por la noche. Se decidió que quienes violaran esta regla reiteradamente tendrían que abandonar la unidad. A mi regreso di mi sanción a estas decisiones y, en efecto, poco tiempo después dos pacientes sufrieron la aplicación de las mismas (en ambos casos esta confrontación con una realidad grupal tuvo consecuencias favorables).

En el fondo, el problema consiste en diferenciar la autoridad auténtica de la inauténtica. La práctica actual de gran parte de la psiquiatría inglesa, sea cual fuere su cubierta progresista, apunta a fortalecer el conformismo con los dictados rígidos y estereotipados de personas investidas de autoridad. Tales personas refractan condensadamente sobre el paciente diversas expectativas sociales y mandatos ocultos acerca de quién y qué puede ser. Esas expectativas y mandatos están con frecuencia totalmente alienados de las necesidades y de la realidad individuales del paciente. La autoridad de las personas que la invisten les es atribuida por definiciones sociales arbitrarias, más que sobre la base de cualquier aptitud real que puedan poseer. Si el personal tenía la valentía de abandonar esa posición falsa, podría descubrir en sí fuentes reales de autoridad. También podría descubrirlas en los definidos como pacientes. Esto comienza a perturbar, particularmente cuando ocurre que los pacientes son clínicamente los más psicóticos del pabellón. Uno de los más memorables encuentros grupales de la comunidad fue dominado por un paciente extremadamente fragmentado que precisamente estaba iniciando un prolongado proceso de reintegración. La totalidad del personal y los pacientes cayeron en una somnolencia fascinada ante su narración de una extravagante vuelta al mundo imaginaria. Nos convertimos en un niño colectivo que mamaba del narrador-madre. Comenté formalmente el hecho en estos términos, pero este comentario era en realidad innecesario. En cierto

punto indicado por el narrador, todos despertaron de la fantasía para encontrarse en un nivel de realidad grupal más integrado. No había duda alguna sobre quién los había llevado allí.

Quizá la característica esencial del liderazgo auténtico es la renuncia al impulso de dominar a los otros. Dominación significa control de la conducta de los otros cuando esa conducta representa para el líder aspectos proyectados de su propia experiencia. Mediante la dominación de otros el líder produce para sí mismo la ilusión de que su propia organización interna está cada vez más perfectamente ordenada. El prototipo mítico de líder inauténtico es el Urizen de William Blake: el hombre de horizonte, límites, control, orden, impuestos a causa del terror que le provocaba *su propio* campo libre de posibilidades. Algunos líderes se atreven a ver claramente al mundo con los ojos, otros prefieren enfocarlo a través del trasero. Los campos de exterminio nazis eran un producto de este Sueño de Perfección. El hospital psiquiátrico, junto con muchas otras instituciones de nuestra sociedad, es otro de esos productos. En los campos, la existencia corporal era sistemáticamente aniquilada; en los términos de la ilusión, cada cuerpo contenía la maldad, las anomalías sexuales, la vileza de los oficiales y de la sociedad que representaban. Este asesinato era siempre una muerte ritual que apuntaba a la purificación del asesino y, puesto que constituía una manera de eludir la culpa, ¿cómo podríamos suponer que los asesinos se sintieran culpables *a causa* de él? En el hospital psiquiátrico se cuidan asiduamente los cuerpos, pero se consuma el asesinato de las personalidades individuales. El sistema modelo del enfermero especializado y del psiquiatra convencionales es la huerta de repollos minuciosamente alineados. Como la vida de los repollos es bastante tranquila, por lo menos hasta que llegan a la sopa, muchos pacientes optan por entrar en colusión con las ilusiones de sus guardianes, y este interjuego de ilusión y colusión es el sistema-fantasía social básico sobre el cual se erige la estructura del hospital psiquiátrico. Se trata sencillamente de una estructura por completo alienada.

Aunque el personal de la unidad había podido descubrir en sí algunos elementos de liderazgo auténtico, la situación en la cual actuaba estaba llena de contradicciones. La mayor parte de los enfermeros vivían en un edificio especial o en casas sepa-

radas dentro del terreno del hospital. Ellos y los practicantes de enfermería con frecuencia debían trabajar en otros pabellones; su promoción dependía de una administración central del hospital. Fuera de la unidad estaban sometidos a muy fuertes presiones sociales directas y a presiones económicas indirectas en el sentido del conformismo, y esto inevitablemente se convertía en una presión en favor del conformismo dentro de la unidad. El club social del personal y las tabernas (*pubs*) del pueblo alentaban ese adoctrinamiento insinuado. Pero en este contexto el conformismo significaba una regresión a las actitudes ritualizadas y primitivas prevalecientes, que iban contra la cultura que se había desarrollado en la unidad. Esto significaba que los enfermeros debían elegir entre la sumisión a las presiones externas y la adhesión a los principios de la unidad. Hasta tanto no optaran, su existencia en la unidad sería penosamente confusa. La medida en que el grupo del personal de la unidad podía colaborar estaba limitada por la realidad de la alternativa y la necesidad de comprometerse con una u otra de las soluciones.

Debemos reflexionar en este punto sobre la magnitud de las ansiedades implicadas. Para los enfermeros de la unidad, estos problemas afectaban de modo inmediato a sus hogares, a sus familias envueltas en la vida social y a la lucha por la promoción en el hospital total. Cuando se negaban a abandonar su base ideológica enfrentaban el ridículo y a veces se llegaba al extremo de atribuirles locura, no totalmente a sus espaldas. Por otra parte, para algunos enfermeros jerarquizados de fuera de la unidad, la exigencia de fortalecer los controles y "poner orden" asumía las dimensiones de una lucha desesperada entre las fuerzas de la vida y las fuerzas de la muerte, entre la salud y la locura. Se sentían intensamente amenazados por todas las cosas que en la unidad infringían la línea divisoria personal-paciente: por ejemplo, el hecho de que los pacientes llamaran a los miembros del personal por sus nombres de pila, que el personal y los pacientes tomaran el té juntos, la sugerencia de que se empleara como enfermeros a ex pacientes (pues había una gran escasez de enfermeros y sentíamos que las cualidades personales y la experiencia del trastorno y la recuperación en la unidad haría a esos ex pacientes particularmente útiles en el grupo del personal). Estos desarrollos y muchos otros desafiaban su concepción de sí mis-

mos como sanos en relación con los pacientes locos. La seriedad de estas ansiedades era a veces enmascarada por la naturaleza ridículamente trivial de los incidentes que conducían a crisis. En una ocasión, por ejemplo, un funcionario de enfermería, después de su ronda, presentó un informe criticando al personal del pabellón por la falta de supervisión: había observado que un paciente vertía leche en su té directamente de la botella, en lugar de utilizar la lechera previsoramente provista que se encontraba en el aparador. No contribuyó a solucionar la situación el hecho de que un miembro del personal comentara que con frecuencia él hacía lo mismo en su hogar.

En ninguna parte había ansiedades más evidentes que en las distorsiones altamente significativas del proceso comunicacional del hospital. El enfermero de turno en la unidad, al final de cada jornada, presentaba su informe a la Oficina de Enfermería. A veces esos informes llegaban a través del superintendente nocturno de enfermería hasta el turno diurno de administradores de enfermería. En cada cambio de manos se corrigen los informes, seleccionándose los acontecimientos "significativos" de cada pabellón para presentarlos en una versión final en el encuentro diario de médicos, trabajadores sociales y funcionarios de enfermería de la división.⁵ El siguiente es un incidente típico procesado mediante este sistema comunicacional: un joven de la unidad tenía una amiga en un pabellón femenino; una noche a ella la trastornó histéricamente un problema vinculado con su pabellón y su tratamiento, y el joven y un amigo intentaron consolarla y ayudarla a volver a su pabellón; ella se resistió ruidosamente y un miembro del personal de portería que presencié el incidente llamó a un enfermero que la llevó a su pabellón. El portero informó al superintendente nocturno de enfermería, quien hizo conocer los hechos a la unidad y a la administración diurna de enfermería, la que finalmente planteó el hecho en el encuentro divisional. Según la versión final, dos pacientes varones habían atacado a la joven y —ello estaba implícito— intentaron llevársela con propósitos sexuales. En las mentes de muchos miembros del personal de fuera de la unidad existía la fantasía de que la violación, las orgías sexuales y el asesinato eran

⁵ El hospital, de 2100 pacientes, constaba de tres divisiones más o menos autosuficientes, cada una de ellas conducida por un psiquiatra consultor.

hechos cotidianos en la unidad (y esto no es en absoluto una exageración retórica de mi parte). En realidad, durante los últimos dos años no hubo ningún daño significativo producido por la violencia de nuestros pacientes, ni ningún embarazo en las pacientes jóvenes que frecuentemente visitaban a sus amigos en la unidad y salían con ellos.

Las crisis surgían y luego se apaciguaban, pero no podían seguir siendo "superadas" indefinidamente. El hospital psiquiátrico, como sistema social, se define por ciertos límites dentro de los cuales es posible el cambio, pero si uno se aventura más allá de ellos amenaza la estabilidad de toda la estructura. Esta estructura, tal como se desarrolló históricamente, ha adquirido una esclerosis institucional, según lo demuestra repetidamente la experiencia de la desintegración incipiente en todo el mundo institucional de relaciones y no relaciones cuando se presiona con alguna intensidad contra los límites estructurales.

Para resumir el desarrollo de la unidad, creo que debe decirse lo siguiente: durante los cuatro años de la vida de la unidad fuimos eliminando progresiva y exitosamente muchos aspectos destructivos de la vida institucional psiquiátrica. Suprimimos la jerarquización formal en un grado que no ha sido excedido por ningún experimento similar sobre el que se informe en la literatura referente al tema —por lo menos con pacientes diagnosticados como esquizofrénicos—. Al hacerlo, nos desembarazamos de la clasificación rígida de los residentes en "pacientes" y "personal" (el personal estaba a su vez subdividido en una jerarquía indefinidamente extensible de practicantes de enfermería, enfermeros ayudantes, enfermeros, cabos —que en algunos casos eran religiosas—, funcionarios de enfermería, médicos de pabellón, diversos rangos de administradores, consultorios, etcétera).

Subsistía en la situación una cierta característica esencial. Al personal se le pagaba, mientras que a los pacientes no. El salario del personal dependía de su rango y rol oficiales. Es claro, sin embargo, que un enfermero ayudante "sin entrenamiento" o un paciente podían poseer una capacidad para restaurar la salud mayor que la de un miembro del personal de alto rango. Hay muchas cosas en la preparación actual de los enfermeros psiquiátricos y de los psiquiatras que simplemente oscurecen la visión que el entrenado tiene de las realidades de este campo de tra-

bajo. Esa preparación envuelve una gran cantidad de adoctrinamiento sobre las tácticas de la defensa del personal contra los pacientes. Los viejos recuerdan sus años de "experiencia" y protestan contra el hecho de que se pretenda enseñarle a una abuela a comer huevos. Pero, desde luego, el haber pasado años en un hospital psiquiátrico no implica necesariamente que se haya adquirido experiencia; tal vez simplemente se haya estado encerrado. Como lo señaló un miembro joven del personal, si la abuela no aprendió todavía a comer huevos, es posible enseñarle a hacerlo.

Nos negamos a aislar como "enfermo" al miembro hospitalizado de la familia, y tratamos en muchos casos de delinear su rol, tanto concreta como teóricamente, como un rol de víctima, como el de quien sacrifica su existencia autónoma personal a fin de que los otros miembros de su mundo familiar puedan vivir relativamente sin culpa. Hemos presenciado y confirmado en nuestro encuentro con él su realización, aunque parcial y distorsionada, del arquetipo de Cristo. Sin elevarlo al status barato de "Esquizofrénico como Héroe Cultural", hemos eliminado por lo menos parcialmente la distancia entre él ("el lunático") y nosotros ("el personal"), los representantes de la sociedad sana, y junto con él encontramos un modo de atesorar lo que se llamaba su locura, aunque esto se realizó no sin una enorme envidia y una resistencia continua por parte del personal.

Asimismo, con muy pequeño apoyo de la organización, ayudamos al paciente a lograr arreglos razonables para su vida independiente cuando abandonara el hospital psiquiátrico. Estos arreglos con mucha frecuencia fracasaron y el paciente debió hacer uso de la unidad nuevamente, quizá permaneciendo en ella una semana o a veces unos pocos meses. Pero esto, por razones que plantearé de modo explícito, nos pareció debido a circunstancias que están más allá de nuestro control inmediato y cuya organización corresponde a la comunidad —en términos que están tanto implicados legalmente (Ley de Salud Mental, 1959) como apoyados por la "convicción moral"—. Ante la falta de tal organización comunitaria, recurrimos a contactos personales para algunos pacientes dados de alta, que vivieron con personas confiables (es decir no mistificantes y mínimamente ansiosas) en casas de la comunidad, en pequeños grupos. Estos proyectos (que

describiremos en trabajos futuros) presentan la alternativa mejor y más creativa a la posición estultizante o incluso insostenible en la cual se encuentran los pacientes en su hogar y en la institución.

En las discusiones grupales del personal, y también en discusiones con visitantes a la unidad, aprendimos más acerca de la distinción entre la situación grupal analítica formal pura y una comunidad real. En la situación grupal analítica se evitan rigurosamente ciertas experiencias de grupo que en la comunidad consideraríamos esenciales. Esta evitación se realiza en nombre de una especie de desmistificación, es decir que los sujetos del análisis son desmistificados mediante la corrección de sus expectativas fantásticas acerca de la gratificación proveniente del terapeuta como figura parental. Pero, por otra parte, en la unidad algunos de nosotros, entre ellos el autor, sentimos que en el clima grupal real había una terrible carencia, algo que se había perdido del mundo total de nuestra experiencia, el cual no podía reducirse a la interpretación de la "transferencia grupal". Confío en que hayamos aprendido a no ver esta carencia en los términos de algún hipotético sistema de necesidades "esquizofrénico". En la medida en que esto pueda expresarse como necesidad, se trata de las necesidades de cualquiera de nosotros que esté comprometido y que deba ser inspeccionado.

En una etapa —y esto ocurrió repetidamente en los encuentros de la comunidad— se expresaba la opinión de que la diferencia principal entre el personal y los pacientes consistía en que cuando el personal abandonaba la unidad después de cumplido su período de trabajo tenía relaciones sexuales con sus esposas o con amigas; los pacientes, en cambio, no salían de la unidad, excepto en algunos casos para pasar los fines de semana con sus padres, y vivían en una situación de total frustración sexual, con la única compensación de alguna masturbación ocasional en el baño. No obstante, más allá del aspecto literal de esta "charla sexual", había una noción más esencial de fracaso. La palabra "copular" significaba para los individuos de la comunidad nada más y nada menos que "contacto real entre personas". Significaba reunión, encuentro, y esta extensión del significado literal fue repetidamente aclarada en los encuentros de la comunidad. Siguiendo estos encuentros hallamos a veces, en las primeras etapas, un gru-

po de personal cuyos miembros eran por cierto clasificables como especímenes zoológicos satisfechos, pero resultaba de lo más inseguro cuál podría ser su realidad humana en relación con la de "sus pacientes". El personal se seleccionó cuidadosamente entre los enfermeros del hospital, y estos eran las mejores personas que podían encontrarse, pero sus dificultades, como lo hemos indicado, eran inmensas.

Esto describe adecuadamente la etapa a la que la unidad ha llegado. El personal sólo podía penetrar en la realidad de la comunidad al precio de sacrificar sus medios de subsistencia, o por lo menos de ubicarlos en un plano inseguro de riesgo. Fuimos empujados a la más amenazante zona intermedia entre el personal y los pacientes, entre la salud y la locura. Cuando sugerimos que los pacientes dados de alta en la unidad podían ser en realidad los mejores enfermeros, por lo menos en un aspecto de la tarea, la respuesta oficial estuvo lejos de ser promisoria. La posibilidad de emplear a tales personas fue excluida por principio. Entre los argumentos preferidos prevalecía la opinión de que esos pacientes dados de alta podían no ser suficientemente "estables" como para manejar con éxito el "stress" de la enfermería psiquiátrica. Aunque hemos puesto la palabra stress entre comillas, esa tensión era totalmente real, pero no consistía en lo que los enfermeros y médicos de mentalidad convencional pensaban que era. No se trata sólo de un conflicto mensurable entre grupos de músculos, y no es por cierto una cuestión de la capacidad de los enfermeros para afirmarse como tales y luego clasificar a los pacientes, es decir ordenarlos de acuerdo con algún esquema metafísicamente violento, cuando no físicamente violento. La dificultad real para el personal consiste en la autoconfrontación, en la confrontación con los problemas, perturbaciones y locura propios. Cada uno debe correr el riesgo de salir al encuentro del lunático que incluye en sí. El equilibrio convencional establecido mediante la externalización de la violencia por los psiquiatras y enfermeros (que actúan al servicio del "público") no puede ya subsistir sin crítica por el hecho de no haber sido advertido. Ha producido el principal problema social del hospital psiquiátrico, al obrar en una sutil y compleja colusión con la familia del paciente y, a través de la familia, con la totalidad de los funcionarios públicos implicados.

En la actualidad, los psiquiatras y enfermeros jóvenes están comenzando a rechazar el rol que se pretende imponerles de una especie de policías para el reposo de la sociedad. Pero entre esos jóvenes son muy pocos los que han aprendido acabadamente la lección de la autocrítica. Por lo general su solución consiste en una adaptación semicomprometida con las necesidades sociales. El entrenamiento psicoanalítico introduce un elemento de rigor, pero que difícilmente baste para satisfacer las exigencias de la situación, verdaderamente extremas.

Los hospitales psiquiátricos fueron creados para “prestar atención” o “curar” (en los momentos de estallido) a personas enfermas. Pero si cuestionamos el carácter de “enfermedad”, y si se demuestra que es un error aislar a la persona-paciente del sistema familiar que es el que está más verdaderamente enfermo, entramos por cierto en el campo de un cuestionamiento más radical.

El “experimento” de la unidad tuvo un “resultado” totalmente seguro y una “conclusión” también inequívoca. El resultado fue el establecimiento de los límites del cambio institucional; se encontró que esos límites son muy estrechos —incluso en un hospital psiquiátrico progresista—. La conclusión es que para que una unidad de ese tipo pueda tener un desarrollo ulterior, éste debe tener lugar fuera de los confines de una institución más grande —físicamente expulsada de la comunidad, de la matriz de mundos familiares en la que surgen sus problemas reales y donde radican sus respuestas—. Específicamente, el personal que trabaja en la unidad debe ser liberado del sistema de dominación mediante el establecimiento de categorías de escalafón, sistema jerarquizado, paternalista. La unidad debe convertirse en esencia en un lugar que la gente elige para huir con una guía auténtica del proceso inexorable de invalidación que la tritura “afuera”. Debe convertirse en esto y dejar de ser un lugar por medio del cual “los otros” se desembarazan oblicuamente de su propia violencia apenas percibida, mediante un sacrificio humano convalidado médicamente, sacrificio a los dioses de una sociedad que parece determinada a naufragar y ahogarse en el lodo de sus ilusiones.

Hemos tenido muchos sueños acerca de psiquiatría ideal, o más bien de la antipsiquiatría, y de la comunidad, pero creo que

ahora, mediante un proceso de desmistificación, hemos delineado suficientemente la verdadera naturaleza de la locura psiquiátrica y elaborado también suficientemente nuestras necesidades prácticas como para dar un paso adelante.

Y un paso adelante significa, en esencia, un paso hacia afuera del hospital psiquiátrico, hacia la comunidad.

CAPÍTULO VI

ADEMAS

Geoffrey H., que se había graduado poco tiempo antes en Cambridge, visitó el hospital psiquiátrico en el que yo trabajaba. Después de algunas horas entró en el club social de los pacientes, en el cual internados de todos los pabellones se congregaban para practicar juegos organizados y bailar. Era inevitable que un paciente de estada prolongada se aproximara a él y le hiciera la notable pregunta de: "¿Hola, usted está aquí?" El significado de esta pregunta reside en la percepción que tienen los pacientes de la diferencia entre ellos y el personal. Los pacientes están "aquí", dentro; el personal no está "aquí": va y viene, pero en lo esencial, incluso aunque viva en el terreno del hospital y pase la mayor parte de su tiempo libre en su club social, es gente de fuera. Uno queda saboreando esta pregunta, que implícitamente violenta el significado real de "estar aquí". Uno reflexiona sobre la dialéctica peculiar del "aquí" y el "allá". El que está aquí, no está allá. A la recíproca, el que no está aquí, está allá, es decir, no aquí, es decir que no existe en las circunstancias reales presentes. Geoffrey me habló de la idea que tenía de un hos-

pital psiquiátrico en estos términos: grupos compactos pero amorfos de pacientes vagando en los terrenos de la institución, ademanes, gestos, injurias, llamados . . . al aire sutil; señales vagas del personal comprometido (si podemos usar un término tan concreto) en interacción jocosa o en una discusión seria con los pacientes y sus colegas: ese hombre palmea a otro en la espalda, pero la espalda no está allí, ni está la mano.

Si la reificación de las personas, la sumamente cómoda conversión de las personas en las cosas que las rodean o que se oponen a ellas, se lleva más allá de cierto punto crítico, sólo queda una formación de objetos infinitamente perfectibles y ausencias humanas. Un enfermero jefe con el que hablé recientemente en otro hospital estaba preocupado por "el mejoramiento" de su pabellón. Continuando con este tema descubrí que los residentes humanos del pabellón y lo que ellos se hacían recíprocamente estaba lejos del centro de su ansiedad. A él le preocupaban las camas, su distribución, el arreglo de los cobertores, la calidad de la comida (su ideal, bastante razonable, eran las costillas de corderito, con salsa de Worcester y papas fritas), pero por sobre todo lo inquietaba la condición de los baños. Este hombre, que había llegado a una visión ideal del mundo a través de su trasero, una visión cuidadosa, una visión excrementicia sistemáticamente purgada, hizo instalar un lavatorio cromado y con agua caliente central en uno de los pabellones para pacientes de internación prolongada más congestionado. Fuera del excusado había espejos en ángulo de modo que las personas que utilizaran la instalación pudieran verse a sí mismas y en particular el estado de su bragueta a través de los ojos de un Otro perfectamente no humano.

Ahora bien, la actitud de este enfermero jefe no era más desafortunada que la de otras personas incluidas en la ambigua jerarquía de la división psiquiátrica del Servicio Nacional de la Salud de Inglaterra. El "orden obligatorio" es el concepto clave al que uno nunca debe referirse en vano. El superintendente de otro hospital psiquiátrico en el que había un muy alto porcentaje de altas de pacientes esquizofrénicos me dijo recientemente que a todo nuevo esquizofrénico internado le administraba de diez a veinte electroshocks como rutina, porque si no lo hacía sus enfermeros no sólo se sentirían incapaces de manejar exitosamente la conducta perturbada sino que sobre todo perderían su fe en

su capacidad para colaborar en la curación de los pacientes. Mediante la utilización de este método había logrado muy buenas cifras de altas tempranas y de reinternaciones menos frecuentes (lo que ocurría en realidad con sus pacientes durante y entre las internaciones era simplemente un problema carente de pertinencia e incluso tal vez engorroso). Pero este hombre no puede compararse con el superintendente médico de otro país del Commonwealth, que llegaba a su hospital en pijama y vestía el guardapolvo antes de las 8 de la mañana, para administrar terapia electroconvulsiva a treinta o cuarenta pacientes, a fin de salir diariamente del paso con buena suerte. En una oportunidad incluso retornó de unas vacaciones en Suecia para administrar veinte shocks rápidos a pacientes seleccionados; después pudo reiniciar sus vacaciones con la conciencia tranquila. Ese enfermero jefe, que pedía a los médicos que "atacaran" (esta era la palabra que empleaba) a los pacientes con el tratamiento, tampoco es comparable con el psiquiatra que, con un floreo de su lapicera, prescribe una segunda o tercera o incluso cuarta intervención de lobotomía (incisión en el cerebro) para librar a sus pacientes de la enfermedad que él percibe en ellos. Algunos psiquiatras poseen equipos de electroshock en miniatura, y en Estados Unidos hay quienes han realizado operaciones de lobotomía en bebés que lloraban demasiado —o demasiado poco—. La necesidad de uniformar parecería ilimitada, si no fuera por el hecho notable de que la psiquiatría "avanzada" (o neolítica) puede producir incluso una no uniformidad uniforme hasta el límite del enésimo metajuego.

Supongo que la dificultad esencial se encuentra en la idea de "curar" a los pacientes. "Curar" es un término muy ambiguo. Uno puede curar un jamón, curar cuero, caucho o pacientes. Esta palabra generalmente implica el tratamiento químico de materias primas para que ellas tengan mejor gusto, sean más útiles, o duren más tiempo. La curación es en esencia una perversión mecanicista de los ideales médicos y de muchas maneras se opone frontalmente a la tradición auténtica del arte de restaurar la salud. En psiquiatría, el fetichismo de la Cura ha tenido consecuencias gravemente destructivas. La prensa médica ha publicado artículos que proclaman la obtención de buenos resultados mediante diversos tratamientos de moda que gozan de un breve éxito. Los

psiquiatras anuncian por televisión que los episodios esquizofrénicos pueden curarse en unas cuantas semanas, pero el criterio de la mejoría permanece considerablemente en la oscuridad. Para algunos profesionales el mero hecho de dar de alta al paciente en el hospital, o su no reingreso en el curso del año posterior al alta, parecerían indicar por lo menos algún grado de cura. Otros criterios serían la capacidad para conservar un empleo mientras está fuera del hospital, o un cambio tal que el psiquiatra ya no encuentre en el sujeto sus anteriores "síntomas". He tratado de demostrar en los capítulos anteriores que los llamados síntomas son por lo general formas inteligibles de conducta, y me temo que la simple supresión de los síntomas mediante drogas y shocks con frecuencia produce una situación de inteligibilidad reducida y de vitalidad reducida en la vida interior del paciente.

A la curación le preocupa hacer al paciente más aceptable para los otros, de modo que éstos (incluso el médico y las enfermeras) padezcan menos ansiedad con respecto a él; la curación procura que el paciente exprese menos angustia. La restauración de la salud, por otra parte, procura que las personas se integren como un todo cuando han quedado fragmentadas, en grados variables. Para algunas personas, en ciertos momentos y en ciertas situaciones de vida, la fragmentación puede ser necesaria como precondition de un proceso de renovación. También la zozobra y la angustia pueden ser necesarias para el crecimiento personal. La interferencia prematura del tratamiento psiquiátrico puede detener o distorsionar estos procesos. Considero indefendible recurrir a argumentos económicos, referentes a la reducción de las camas del hospital, para justificar esta forma de encarnizamiento terapéutico. La "esquizofrenia" envuelve la vida total de las personas, no es un "ataque" o una "dosis" de algo nocivo. Nuestra tarea psiquiátrica consiste en primer lugar en permitir, y en segundo término en ayudar a que el paciente siga viviendo como persona a través del proceso de destrucción y posterior reestructuración de su mundo interior.

Hemos visto a algunas personas, en una situación de no interferencia, entrar en una desintegración progresiva durante semanas y meses, y luego integrarse gradualmente de nuevo. También hemos sido testigos del carácter destructivo de tratamientos físicos administrados imprudentemente, y de la gravitación nega-

tiva de la interferencia burocrática (por ejemplo, el traslado obligado de pacientes perturbados desde un pabellón abierto a otro cerrado, en momentos críticos, cuando la continuidad del medio humano es esencial). Esos acontecimientos desgarradores con frecuencia llevan a que el paciente quede detenido en cierto "nivel de regresión". Entonces se realizan esfuerzos para socializarlo en ese nivel, para producir una conformidad no perturbadora máxima.

En la Villa 21 tuve una conciencia permanente de la sobrecohedora *realidad* de los pacientes esquizofrénicos jóvenes. Pasar de un encuentro formal de comisión a un grupo del pabellón equivale a reemplazar un mundo en el cual las personas implicadas están totalmente extrañadas de sus propios sistemas de fantasía y realidad interior, un mundo de realidad reducida, por otro lleno de sorpresas, lleno de la conmoción de la venida a la vida. Pocas personas de la Villa tenían algún talento organizado significativo, pero había una especie de genio fragmentario difuso, algo que quizás estaba más entre las personas que en ellas.

Un joven creó una perturbación en la iglesia del hospital. Había estado obsesionado durante dos años por el significado del pecado contra el Espíritu Santo, y un día decidió llevar a cabo su investigación en lo que parecía el lugar más adecuado. Este joven barbudo de aspecto salvaje se ocultó detrás del altar, y cuando la congregación tomó asiento puntualmente para el culto acostumbrado el paciente dio un salto desde su escondrijo, acompañándose con un alarido aterrador que helaba la sangre. Lo que podría haberse convertido en una rara oportunidad espiritual, concluyó con la conducción del paciente a su pabellón y a su lecho escoltado por una pareja de robustos enfermeros. Otro internado, David, asistió a un partido de fútbol. Le pregunté al día siguiente si lo había hecho solo o en compañía: "Oh no, fui solo, con algunos amigos." Henry, por su parte, había tenido visiones de la unión misteriosa de las rosas roja y blanca, e imaginó asimismo que el tiempo se detenía, y que las manecillas de los relojes comenzaban a retroceder hasta que él se encontraba ahogado en el limo prehistórico. Este perfecto idiota dostoiévskiano de dieciséis años le dijo a un enfermero: "Nunca haré caso de quienes me ridiculizan, mientras un niño no se ría de mí." Recuerdo haber pensado en una oportunidad que los esquizo-

frénicos son los poetas estrangulados de nuestra época. Quizás haya llegado el momento de que nosotros, que seríamos los encargados de sanarlos, apartemos nuestras manos de sus gargantas.

He mencionado estos ejemplos de lo que ocurre en un hospital psiquiátrico para ilustrar un problema que enfrentamos, referente a los desarrollos futuros. En la actualidad se está realizando una gran cantidad de planeamiento de los servicios psiquiátricos. Este planeamiento se basa en estadísticas (con frecuencia recusadas) referentes, por ejemplo, a la duración de las internaciones y al cambio de tratamiento —de hospitales psiquiátricos grandes a pequeñas unidades en hospitales generales—. Lo que se pasa por alto es alguna aprehensión concreta del problema, alguna comprensión sobre lo que ocurre realmente en las personas. Por ejemplo, en el caso de los pacientes esquizofrénicos jóvenes el tratamiento en unidades de hospitales generales tendería meramente a reforzar el modelo médico con su evitable mistificación e invalidación del paciente: “Usted no puede realmente sentir eso, se trata sólo de que está enfermo.” Asimismo la proximidad de actitudes altamente ritualizadas en la práctica de enfermería dificulta la tarea del enfermero que no desea refugiarse en el ritual.

Por otra parte, existe la dificultad de validar oficialmente el trabajo que se realiza en una unidad como la descrita en este libro. Cualquier tendencia a hacer que los pacientes trabajen, a hacerlos abandonar el hospital, a mantenerlos fuera tanto tiempo como el que resulte posible —y por cualquier medio— por el hecho mismo de que estén fuera, cualquier tendencia de ese tipo se opone a los propios esfuerzos por entender lo que está ocurriendo. Uno necesita tiempo para comprender, y los pacientes por cierto necesitan tiempo para aprender a vivir con los frutos de la comprensión.

No hay hasta ahora ninguna metodología aceptada por fuentes oficiales de poder; faltan asimismo patrocinadores de publicaciones médicas que de modo simple pero concienzudamente y con un máximo de claridad describan y evalúen las transformaciones de la experiencia y la conducta de una persona o de un grupo. La demanda exige cuantificación, aunque sea espuria, desorientadora o no pertinente. Yo sostendría —y he dado mis razones en la Introducción— que hechos como los que he des-

cripto no pueden por su naturaleza insertarse forzosamente dentro de esa estructura falsa.

Lo que se necesita en primer término es una situación de mayor autonomía en la cual el personal preparado, tanto en el sentido activo como en el pasivo, pueda continuar este trabajo. He descrito algunas de las dificultades que implica trabajar dentro de un contexto tradicional. No creo que la respuesta consista simplemente en la separación geográfica con respecto a un ambiente hospitalario más convencional (en realidad esto no es de ninguna manera esencial). Lo que se necesita es un grado suficiente de independencia, puesto que sólo sobre esta base los pacientes, con nuestra ayuda,¹ pueden renovarse y pasar a un estado de mayor integridad y por lo tanto de autonomía.

He encarado los problemas de la autonomía recurriendo a varios medios necesariamente artificiales; por ejemplo, dos tipos de enfermeros. Por una parte, enfermeros de preparación convencional que, además de su valentía y rectitud, estaban calificados para el trabajo en la unidad por el hecho de poseer una conciencia instintiva altamente desarrollada de las exigencias de la confrontación física. Eran a veces personas provenientes de la clase trabajadora de Glasgow o Liverpool, que habían aprendido desde sus primeros años a manejar la agresión, sin asustarse ni interferir prematuramente, pero restringiendo en el momento oportuno y sin herir al paciente que padecía una perturbación aguda. Por otra parte, introduje como terapeutas sociales (con salarios de enfermeros ayudantes) a jóvenes sensibles, en muchos casos universitarios (con frecuencia considerados por el personal regular como algo locos si no inequívocamente viciosos) que, no teniendo que preocuparse por su futuro en la carrera de enfermería, se permitían una mayor aproximación a la experiencia de los pacientes desintegrados. No obstante, si apuntamos a obtener un estado de integridad personal, no puede ser deseable este tipo de parcelamiento en roles sutiles.

Creo que las personas que entran en este trabajo con un abandono deliberado de la mayor parte de las defensas convencionales del personal, son valientes precursores. Tal vez la sociedad esté apenas madura para aceptar o apoyar una innovación de ese tipo,

¹ O, desde luego, "nosotros", con la ayuda de "ellos".

pero existen presagios de que esto ocurrirá. No estamos ya en el tiempo en que un sentido común simplista pueda parecer adecuado para las tortuosas paradojas del viaje interior de un hombre. Dejaré que el lector pondere por sí mismo la densa ironía que Pascal incluye en sus *Pensées et opuscules*: "Demasiada luz oscurece la mente."

APÉNDICE

LA CUESTION DE LOS RESULTADOS

Un agregado irónico

Para evaluar los "resultados" de un proyecto como el de la Villa 21 pueden seguirse dos caminos distintos. El primero, que es el convencional, concluye en una serie de proposiciones que expresan relaciones cuantitativas impresionantes por su elaboración estadística, pero carentes de significado o desorientadoras en lo que respecta a lo que ocurre realmente a las personas de que se trata. El segundo camino consiste en intentar una descripción fenomenológica de los cambios en los complejos de los mundos interiores y exteriores de esas personas, en la comparación de esos cambios con otros cambios posibles que fueron previamente definidos como deseables o indeseables. Lo importante en este último caso es que la preocupación se refiere a experiencias reales de personas reales y a campos de posibilidades individuales.

El enfoque fenomenológico no significa que no pueda obtenerse un nivel de generalización, sino simplemente que es necesario comenzar con lo particular concreto, antes de pasar a lo

general abstracto. No obstante, este enfoque no merece la aprobación general de la mayor parte de los periódicos médicos y científicos (véanse mis observaciones de la Introducción). Muchos investigadores autorizados del campo de las ciencias sociales parecen ser víctimas de la necesidad obsesiva de reducir la realidad de los intercambios entre personas a abstracciones masificadas que ocultan más de lo que revelan.

A pesar de esto, creo que existen por lo menos razones estratégicas para considerar el trabajo en los términos de uno de los menos objetables criterios psiquiátricos de "mejoría", a saber: la tendencia estadística a la reducción de las reinternaciones durante el año posterior al alta. Por esta razón he incluido en este apéndice un artículo sobre los resultados de la terapia orientada hacia la familia aplicada a pacientes esquizofrénicos, trabajo del que soy coautor junto con los doctores A. Esterson y R. D. Laing. Debo señalar que, no obstante, estos resultados se refieren a series consecutivas de pacientes esquizofrénicos internados en nuestra unidad¹ en 1962. No reflejan un cuadro total de la Villa 21. Esto se debe en parte a que hasta un tercio de los pacientes de la unidad en cualquier momento de la vida de la misma no eran individuos a los que se hubiera diagnosticado esquizofrenia, sino por lo general "perturbación emocional adolescente" o "desorden de acting-out". Asimismo, durante los últimos dos años los pacientes dados de alta fueron activamente alentados a evitar crisis invalidatorias en el exterior mediante su reinternación informal en la unidad, muchas veces sólo por uno o dos días.

RESULTADOS DE LA TERAPIA ORIENTADA HACIA LA FAMILIA EN EL TRATAMIENTO DE ESQUIZOFRENICOS HOSPITALIZADOS

Este es un informe sobre los resultados de una terapia conjunta de familia y medio aplicada a esquizofrénicos hospitalizados en dos instituciones psiquiátricas del área del Gran Londres. Durante los últimos diez años el medio familiar interno de los esquizofrénicos fue estudiado intensivamente por profesionales de

¹ En lo que concierne a la población masculina (los pacientes mujeres no estaban en la Villa 21 sino en otro hospital).

Estados Unidos (por ejemplo, Bateson y colaboradores, 1956; Lidz y colaboradores, 1958; Wynne y colaboradores, 1958) y por nosotros mismos (Laing y Esterson, 1964). Estos estudios, que mostraron con cuánta frecuencia la persona a la que se ha diagnosticado esquizofrenia está incluida en una red de pautas de comunicación extremadamente perturbada y perturbante, tienen importantes consecuencias para la prevención, tratamiento y cuidado ulterior del desorden psíquico.

Como resultado conjunto de este trabajo y del de psicoterapeutas que poseen la experiencia de relaciones prolongadas con esquizofrénicos, se acrecentaron gradualmente las dudas acerca de que la esquizofrenia fuera una entidad o síndrome médico, en cualquier sentido empleado comúnmente en nuestra práctica médica ordinaria. En este trabajo damos asimismo estructura racional a una forma de terapia que no se centra en el paciente individual, sino en el grupo o sistema de comunicaciones del cual aquél es parte, sea en el seno de su familia o en el hospital psiquiátrico.

Principios del método

Los detalles de nuestro método de estudio familiar y grupal y del tratamiento de la persona a la que se ha diagnosticado esquizofrenia serán descritos en trabajos futuros.

Muy brevemente, los principios que hemos seguido son los siguientes:

1. Clarificación y desmontaje sistemáticos de las pautas de comunicación que consideramos "esquizógenas" dentro de la familia.
2. Clarificación y desmontaje similares de las pautas de comunicación "esquizógenas" entre pacientes y entre personal y pacientes.
3. Continuidad del trabajo personal con la familia durante y después de la estada del paciente en el hospital.
4. No se empleó ninguno de los tratamientos mediante shocks, ni tampoco la lobotomía. Los pacientes recibieron dosis de tranquilizantes relativamente pequeñas. Por ejemplo, ningún

paciente varón recibió más del equivalente de 300 mg de clorpromazina, y al 25 por ciento de los internados no se le administraron tranquilizantes en absoluto. Menos del 50 por ciento de las mujeres y del 15 por ciento de los hombres recibieron tranquilizantes durante el período ulterior a la internación.

Cuando un esquizofrénico es internado en el hospital, en mayor o menor grado se reduce su capacidad para vivir en condiciones sociales ordinarias. Es necesario proporcionar un marco social que tome este hecho en cuenta. En consecuencia, reorganizamos el pabellón que estaba a nuestro cuidado para crear un contexto humano en el cual las interacciones que según nuestros estudios eran propensas a precipitar la conducta psicótica fueran evitadas en la medida de lo posible. En este contexto se aseguraba a cada paciente una relación con por lo menos una persona significativa para él. Esta relación era tan coherente y confiable como podíamos lograrlo.

A tal fin entrenamos un equipo de terapeutas sociales seleccionados entre el personal de enfermería —es terapeuta social cualquier persona que emprenda el establecimiento de una relación de confianza coherente con el paciente—. También empleamos pacientes como terapeutas sociales.

El terapeuta social debe estar preparado para utilizar casi todas las situaciones posibles a fin de entablar relaciones sólidas con los pacientes. Debe ser franco y sincero en todo momento, y poder discutir con honestidad cualquier problema, por más personal que sea para él, o bien admitir sinceramente su ansiedad si le resulta imposible hacerlo. Entendemos que esa disposición, sea en privado o en un grupo, es esencial para desmontar las pautas de comunicación mistificantes que rodean al paciente.

Selección

Nuestras series incluyeron 42 pacientes, 20 hombres y 22 mujeres, cuyas edades oscilaban entre los quince y los treinta y cinco años, elegidos en dos hospitales psiquiátricos del área de Londres, entre los que habían padecido internaciones sucesivas; la selec-

ción se realizó de acuerdo con los siguientes criterios, empleados tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres:

1. Por lo menos dos psiquiatras experimentados que no eran miembros de nuestro equipo terapéutico habían diagnosticado esquizofrenia,² y los pacientes eran considerados esquizofrénicos por el personal.
2. No padecían ni habían padecido ninguna condición orgánica (por ejemplo epilepsia, lesión cerebral) que pudiera haber afectado las funciones que se consideran perturbadas en los esquizofrénicos.
3. No poseían una inteligencia obviamente subnormal.
4. No habían sido sometidos a ninguna clase de cirugía cerebral.
5. No se les habían administrado más de cincuenta electroshocks durante el año anterior al tratamiento, y no más de ciento cincuenta en total.
6. En lo que respecta a la familia, por lo menos un padre debía estar vivo o ser asequible a entrevistas. Los pacientes podían tener hermanos o hermanas, ser hijos únicos, casados o solteros, tener o no hijos. Podían vivir con sus familias o separados de ellas. Ningún paciente ni ninguna familia se negaron a cooperar. Solamente se rechazó a una mujer que llenaba los otros requerimientos a causa de que sus padres no sólo vivían demasiado lejos (en Escocia) sino también porque eran demasiado enfermizos para viajar. Esta mujer fue transferida a un hospital próximo, de acuerdo con las normas administrativas. Dos de nuestros pacientes estuvieron en un principio hospitalizados en otras partes del país, y habían sido transferidos a nuestro hospital a fin de que estuvieran más cerca de sus familias. Este era un procedimiento administrativo normal y no fue motivado por nuestra investigación. Solamente se rechazó a un hombre que llenaba los otros requerimientos a causa de que sus dos padres habían fallecido. Es presumible que el bajo promedio de edad de

² El problema del diagnóstico, que entra desde luego en todo informe sobre la esquizofrenia, es extremadamente difícil, pues no existe ningún criterio o norma de confiabilidad —regional, nacional o internacional— generalmente aceptado. Véase un examen de esta cuestión en Kreitman (1961) y Laing y Esterson (1964).

nuestros pacientes explique la facilidad con que en general se satisfizo este criterio.

Los pacientes seleccionados eran en otros aspectos clínicamente homogéneos con los esquizofrénicos internados en los dos hospitales.³

Resultados

Nuestros resultados fueron los siguientes:

Todos los pacientes fueron dados de alta dentro del año de internación. Un año después, sólo siete (el 17 por ciento) habían sido reinternados. La duración promedio de la internación fue de tres meses. No encontramos ninguna diferencia significativa entre hombres y mujeres en este aspecto, y ninguna entre los que volvieron al hogar y los que fueron a vivir en pensiones, residencias especiales, etcétera.

Treinta y tres pacientes dados de alta fueron a vivir al hogar; los otros lo hicieron a pensiones, residencias especiales u otros lugares. De los siete pacientes reinternados, cuatro habían vivido en su hogar y tres separados de la familia. Una vez más, no encontramos ninguna diferencia entre los sexos en este aspecto.

Treinta y dos pacientes dados de alta se emplearon. Veintiséis trabajaron durante todo el año posterior al alta. Dos trabajaron durante menos de un año, pero más de seis meses. Tampoco en este punto hubo una diferencia significativa entre los sexos.

Veinte de los pacientes estudiados —trece hombres y siete mujeres— estaban en su primera internación. De los veintidós que habían sufrido internaciones previas, siete eran hombres y quince mujeres. Tres de los siete reinternados pertenecían al grupo de los veinte que en el momento de iniciar nuestro estudio estaban en su primera internación; todos eran mujeres.

³ Al 24 por ciento de los pacientes internados en uno de los hospitales durante el período de la investigación se le diagnosticó esquizofrenia, paranoia o estados paranoides. Esta cifra es comparable con la de la Oficina General de Registro del Reino Unido (también el 24 por ciento) referente a las internaciones de pacientes de esas tres categorías en el Area Regional Metropolitana del Noroeste, durante 1958. No se han publicado las cifras correspondientes a los últimos años. El fracaso en enunciar el criterio, clínico o social, sobre el que se basa el diagnóstico, imposibilita en muchos casos la evaluación de los informes sobre el tema.

PACIENTES REINTERNADOS * DENTRO DEL AÑO
POSTERIOR AL ALTA

	<i>Altas</i>	<i>Reinternados</i>	<i>% de reinternados</i>
Hombres	20	2	10
Mujeres	22	5	23
Totales	42	7	17

* Reinternados en cualquier hospital o unidad psiquiátrica. En realidad, ningún paciente fue reinternado en otros lugares durante el período considerado.

Evaluación

En general, la evaluación de los resultados del tratamiento psiquiátrico presenta grandes problemas teóricos y metodológicos. Esto ocurre particularmente en el caso de la esquizofrenia. No existe ningún método de evaluación de los resultados del tratamiento de los esquizofrénicos que cuente con una aprobación general, ni hay tampoco índices de morbilidad o criterios de curación aceptados consensualmente.

Probablemente la proporción de reinternaciones constituya el criterio más ampliamente utilizado para evaluar la eficacia persistente de tratamiento; en Estados Unidos se ha publicado cierto número de artículos que aplican ese criterio. En ellos se informa de proporciones de reinternación ampliamente variables. Un estudio sobre el empleo de clorpromazina realizado por Tuteur (1959) mostró que el 20,4 por ciento de los pacientes dados de alta volvieron al hospital dentro de los tres años, mientras que Pollack (1958) en otro estudio sobre la clorpromazina, informa que de 716 datos de alta, el 19 por ciento padeció reinternaciones. En un grupo tratado con tranquilizantes y entrevistas psicoterapéuticas mensuales, Mendel y Rapport (1963) encontraron que el 21,6 por ciento de los pacientes fueron reinternados dentro del año. Free y Dodd (1961), en su estudio de 596 pacientes divididos en un grupo de control y un grupo al que se prestó cuidado ulterior encontró que el 3,51 por ciento del primero y el 14,6 por ciento del segundo volvían dentro del año posterior al alta. Recientemente Orlinski y D'Elia (1964) informaron sobre 13.036 esquizofrénicos dados de alta, y encon-

traron que el 45,5 por ciento de los que no recibieron atención ulterior y el 25,7 por ciento de los que la recibieron debieron ser reinternados dentro del año.

Desafortunadamente, en Inglaterra se han publicado pocos estudios comparables a los anteriores, y no existe ninguna publicación de cifras pertinentes por parte de la Oficina General de Registro del Reino Unido.

Un informe de Renton y colaboradores (1963), que siguieron luego del alta la evolución de 132 hombres y mujeres esquizofrénicos, muestra que el 18 por ciento fue reinternado o se suicidó dentro del año posterior al alta. Recientemente Kelly y Sargant (1965) informaron sobre 48 esquizofrénicos de ambos sexos tratados mediante combinaciones diversas de terapia electroconvulsiva, insulina modificada y profunda, y fenotiazinas; durante un período de atención ulterior al alta de dos años, el 42 por ciento fue reinternado por lo menos una vez, y el 6 por ciento fue lobotomizado. No obstante, estos dos grupos pueden no ser comparables con los nuestros. Aparte del hecho de que, por ejemplo, el grupo estudiado por Renton y sus colaboradores incluye pacientes de más de sesenta y cinco años, los problemas de muestreo tienden a dificultar las comparaciones. En el caso del estudio de Kelly y Sargant no se empleó ningún criterio para la selección, y no parece que el diagnóstico haya sido controlado libremente por otro psiquiatra o por consenso. En el informe de Renton y sus colaboradores, el grupo estudiado fue seleccionado entre pacientes hospitalizados cuyo diagnóstico registrado caía bajo la categoría de "Desórdenes esquizofrénicos", n° 300, 0,0 a 0,7 o "Paranoia" y "Estados Paranoides", n° 303 en la Clasificación Internacional de Enfermedades. La selección de los pacientes que satisfacían los criterios diagnósticos de los investigadores se realizó sobre la base del examen de los registros de casos. Un número no especificado (todos los diagnosticados originalmente sobre la base de un examen clínico) fue excluido. Además, no resulta claro si las decisiones de excluir fueron controladas por consenso o de alguna otra manera. De modo que el grupo puede no ser representativo de los pacientes a los que normalmente se diagnosticó esquizofrenia en el hospital. Esto pudo haber gravitado de algún modo sobre el hecho de que el grupo incluyera dos suicidas.

No obstante, el equipo del Consejo de Investigación Médica en el Maudsley ha publicado cuatro artículos que nos ofrecen ciertos puntos de comparación. Wing y sus colaboradores (1959), en un informe sobre un grupo de 158 esquizofrénicos internados en un hospital de Londres en 1955-1956 y dados de alta dentro de los dos años, señaló que el 19,4 por ciento de los hombres y el 30,9 de las mujeres fueron reinternados dentro de los dos años posteriores al alta. Sin embargo, esas cifras toman en cuenta solamente las reinternaciones en el mismo hospital. Otro informe del Consejo de Investigación Médica presentado por Brown y sus colaboradores (1961) mostró entre otras cosas que de 625 esquizofrénicos hombres y mujeres internados en tres hospitales psiquiátricos de Londres en 1956 y dados de alta dentro de los dos años, el 64 por ciento fue reinternado en los tres años ulteriores a sus internaciones claves.

Más recientemente, el mismo equipo (Brown y colaboradores, 1962; Wing y colaboradores, 1964) presentó un informe sobre un grupo de esquizofrénicos varones de ocho hospitales psiquiátricos de Londres, que fueron atendidos durante un año después del alta. De 128 pacientes, el 41 por ciento (estudio de 1962) fue reinternado dentro del año. Cuando el grupo se redujo (a 113) mediante la exclusión de aquellos individuos acerca de cuyo diagnóstico los investigadores tenían alguna duda, el porcentaje de reinternaciones siguió siendo sustancialmente el mismo: 43 por ciento (estudio de 1964). No obstante, también estos cuatro estudios pueden no ser estrictamente comparables con los nuestros, por una razón: las muestras del Consejo de Investigación Médica incluían personas de más de 35 años, mientras que los nuestros no.

El estudio de 1964 del Consejo de Investigación Médica es en ciertos aspectos más adecuado a los fines de la comparación pero, una vez más, los problemas de muestreo la dificultan. Por ejemplo, es posible que los pacientes del Consejo no representen a las personas diagnosticadas como esquizofrénicas por el hospital. Mientras que el diagnóstico de esquizofrenia es establecido en nuestro estudio por dos psiquiatras (como mínimo), independientemente y dentro de un lapso breve posterior a la internación, en el estudio de 1964 del Consejo los diagnósticos del hospital realizados en el momento de la internación, cuando los

síntomas eran presumiblemente más acentuados, fueron modificados en 15 de los 128 casos por uno de los miembros del equipo que vio al paciente la primera vez después del alta. Este diagnóstico modificado no fue controlado por otro psiquiatra, y esos 15 pacientes fueron excluidos de los datos finales.

Hemos discutido estas dificultades con el equipo del Consejo y ellos realizaron un análisis ulterior de sus datos a fin de proporcionar un grupo tan comparable como resultara posible con el nuestro, como grupo dado de alta. Estas cifras todavía no han sido publicadas, pero el equipo del Consejo nos ha concedido permiso amablemente para presentarlas en este informe. Tomaron el grupo de 1956 (informe de 1961), excluyeron a los individuos de más de 35 años y a los que habían permanecido más de un año en el hospital; quedaron 374 hombres y mujeres, de los cuales 193, o sea el 52 por ciento, fueron reinternados dentro del año. Si a este grupo de reinternados lo dividimos en hombres y mujeres, y en sujetos de primera internación y con internaciones previas, tenemos los siguientes resultados.

REINTERNACIONES, DENTRO DEL AÑO, DE PACIENTES DE PRIMERA INTERNACION O CON INTERNACIONES PREVIAS

	<i>Pacientes de primera internación</i>	<i>% de pacientes de primera internación reinternados</i>	<i>Pacientes con internaciones previas</i>	<i>% de pacientes con internaciones previas reinternados</i>
Hombres	26	44	68	59
Mujeres	30	42	69	56
Totales	56	43	137	56

Si comparamos nuestros resultados, en la medida en que ello es posible, con los del estudio del Consejo, encontramos ciertos puntos de interés, aunque naturalmente debemos ser cautos en la extracción de conclusiones finales.

No podemos comparar las internaciones de hombres, puesto que los números de varones reinternados en nuestra muestra son demasiado bajos. No obstante, comparando el total de hombres

Cuadro comparativo

ESTUDIOS DEL CONSEJO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

	Informe de 1955 (Grupo de 1951)		Informe de 1961 (Grupo de 1956)		Grupo de 1956 Comunicación personal		Informe de 1962		Informe de 1964		NUESTRO ESTUDIO Informe de 1964		
	Hombres	Mujeres	Totales	Hombres	Mujeres	Totales	Hombres	Hombres	Mujeres	Totales	Hombres	Mujeres	
1. Tamaño del grupo	123	75	715	—	—	—	—	—	—	—	20	22	42
2. Facientes de la muestra de los dados de alta	103	55	625	176	198	374	128	113	—	—	20	22	42
3. % de reinternados dentro del año	**	**	**	53 %	50 %	52 %	41 %	43 %	—	—	10 %	23 %	17 %
4. % de reinternados que estaban viviendo en el hogar	**	**	**	—	—	—	45,7 %	44,4 %	—	—	6 %	19 %	12 %
5. % de reinternados que estaban viviendo en pensiones, residencias, o con hermanos	**	**	**	—	—	—	29,4 %	39,1 %	—	—	33 %	33 %	33 %
6. % de pacientes que trabajaron durante más de la mitad del año posterior al alta	**	**	**	—	—	—	**	61,9 %	—	—	80 %	55 %	67 %
7. % de pacientes que trabajaron durante todo el año posterior al alta	**	**	**	—	—	—	**	**	—	—	70 %	55 %	62 %
8. % de pacientes de primera internación en el grupo de los dados de alta dentro de los dos años de internación	93,5 %	73,7 %	91 %	—	—	—	**	**	—	—	100 %	100 %	100 %
9. % de pacientes con internaciones previas dados de alta dentro de los dos años de internación clave	77,9 %	73,2 %	86 %	—	—	—	**	**	—	—	100 %	100 %	100 %
10. % de pacientes de primera internación en el grupo	37,4 %	25,3 %	33 %	—	—	—	**	**	—	—	65 %	32 %	48 %
11. % de pacientes de primera internación en la muestra de los dados de alta	**	**	**	34 %	36 %	35 %	**	25,7 %	—	—	65 %	32 %	48 %
12. % en el grupo de pacientes de más de 35 años	52 %	42,7 %	**	—	—	—	**	**	—	—	100 %	100 %	100 %
13. Edad promedio del grupo (en años)	**	**	**	—	—	—	**	**	—	—	22,6	25,4	24,1
14. Edad promedio de la muestra de los pacientes dados de alta (en años)	**	**	**	—	—	—	**	33,2	—	—	22,6	25,4	24,1

* "Grupo" significa grupo de pacientes en su internación clave.

** No se comunicaron las cifras.

y mujeres reinternados en nuestra muestra con el número de hombres reinternados del estudio de 1964 del Consejo, encontramos que el 17 por ciento de nuestros pacientes fue reinternado, contra el 43 por ciento de los pacientes del estudio del Consejo, y que esta diferencia es estadísticamente significativa ($\chi^2 = 8,34 p. < 0,005$).⁴ Puesto que el porcentaje de reinternaciones de mujeres en nuestro estudio es más de dos veces superior al de hombres, esta cifra puede muy bien ser aducida contra nosotros.

En nuestro grupo se produjo la reinternación del 12 por ciento de los pacientes que estaban viviendo en su hogar; en el grupo sobre el que se informa en el estudio de 1964 del Consejo, hubo un 44,4 por ciento (hombres solamente) de reinternados, entre los que vivían en su hogar. No obstante, el número total de nuestros pacientes reinternados es menor de cinco, de modo que esta cifra no puede considerarse estadísticamente significativa, aunque de ella surge una tendencia ($\chi^2 = 8,99 p. < 0,005$).⁵

Análisis

En este informe no pretendemos que nuestro enfoque del problema de la esquizofrenia sea el único posible, ni siquiera el mejor. Nos interesó esencialmente mostrar que esta forma de terapia social orientada hacia la familia, la cual ha sido relativamente descuidada en Inglaterra, es por lo menos eficaz. De modo que nos interesa menos igualar porcentajes que mostrar que nuestros resultados pueden compararse favorablemente con los que, según se informa, fueron obtenidos mediante otros métodos.

Con respecto a la proporción de reinternaciones, nuestras cifras parecen, desde el punto de vista estadístico, considerablemente menores que las de la tendencia nacional —hasta el punto en que esa tendencia puede ser evaluada—. Podría aducirse que la razón de que tan pocos pacientes nuestros hayan vuelto al hospital esté en los servicios mejorados de atención comunitaria

⁴ Se ha aplicado la corrección de Yates.

⁵ Se ha aplicado la corrección de Yates.

(residencias de cuidado posterior al alta, etcétera). En realidad, solamente dos de nuestros pacientes dados de alta en el hospital fueron a vivir a residencias. Todos los otros volvieron al hogar o alquilieron habitaciones. En todos los casos proporcionamos atención posterior al alta, como prolongación de la terapia orientada hacia la familia; esa atención ulterior consistió esencialmente en que, cuando la familia, el paciente o los clínicos generales consideraban necesaria la consulta, estábamos invariablemente a disposición de ellos. El número medio de consultas por familia en el año posterior al alta fue de tres. Estas consultas iban desde conversaciones telefónicas hasta la discusión con la familia completa. Brown y sus colaboradores (1962) informaron sobre una tendencia significativa a la reinternación más frecuente en el caso de los pacientes que volvían al hogar, cuando existía una alta implicación emocional con un familiar clave. De las cinco mujeres reinternadas, dos no estaban viviendo con sus familias, y de los dos hombres reinternados, uno estaba viviendo separado de su familia.

En lo que respecta a la condición de los pacientes que no fueron reinternados, el 72 por ciento de los hombres y el 70 por ciento de las mujeres fueron capaces de una adaptación social suficiente como para ganar su sustento durante todo el año posterior al alta. Las tendencias son claras. La "remisión" de la esquizofrenia es ahora muy rápida en el hospital. No obstante, la mayor parte de los esquizofrénicos deben retornar al contexto social en el cual padecieron su postración inicial. En la mayoría de los casos este contexto social es la familia de origen. Por lo menos el 50 por ciento de los esquizofrénicos en primera internación que vuelven a su familia de origen son reinternados dentro del año (en la medida en que puede ser evaluada la tendencia nacional). La cifra es mayor cuando existe una implicación emocional más intensa con algún miembro clave de la familia.

Por razones socioeconómicas, durante mucho tiempo todavía los pacientes tendrán que volver al hogar familiar y vivir con otras personas. Nosotros tratamos de ayudar al paciente y a su familia para que se perturben menos recíprocamente, ayuda prestada mediante el trabajo intensivo con toda la familia, incluyendo al paciente, durante la estada de este último en el hospital. En el momento en que el paciente recibe el alta puede haber apren-

dido a comprender un poco mejor a otro, y llegado a sentir que hay alguien que lo comprende a él. El paciente y los miembros de su familia son alentados a recurrir a nosotros en cualquier crisis, para sostener una consulta familiar de emergencia en el hospital, o, cuando la organización hospitalaria lo aprueba, *en su propio hogar*. En los últimos cinco años estas cuarenta y dos familias nos han llamado siete veces en total. Tomamos disposiciones para la reinternación en dos oportunidades. El paciente habría sido probablemente rehospitalizado en tres de otras cinco oportunidades, en las circunstancias corrientes. De los restantes cinco casos reinternados, uno fue el de una mujer que necesitaba ubicación en una residencia, pero no era posible brindársela inmediatamente, y cuatro fueron hospitalizados sin nuestro conocimiento. Ello se debió a que tuvimos que trabajar en una guardia hospitalaria y en servicios domiciliarios en los cuales: 1) el paciente puede ser visto durante una visita de rutina a la guardia por un psiquiatra desconocido para él, 2) por lo general la familia no es vista en absoluto, y 3) si se llama al psiquiatra a una visita domiciliaria no tiene ningún conocimiento de la familia, ni tiempo para adquirirlo.

Resumen

Se trató a veinte varones y veintidós mujeres esquizofrénicos con terapia conjunta de familia y medio en dos hospitales psiquiátricos, con uso reducido de tranquilizantes. No hubo psicoterapia individual. No se administró ningún tratamiento por shocks, ni se practicó ninguna lobotomía. Todos los pacientes fueron dados de alta dentro del año de su internación. La estada promedio tuvo una duración de tres meses. El 17 por ciento fue reinternado durante el año posterior al alta. El 70 por ciento de los no internados pudo ganar su sustento durante todo el año posterior al alta. Analizamos nuestros resultados. Entendemos haber establecido por lo menos *prima facie* un antecedente para la revisión radical de la estrategia terapéutica empleada en la mayor parte de las unidades psiquiátricas relacionadas con el esquizofrénico y su familia. Esta revisión es consecuente con los desarrollos actuales de la psiquiatría social en el Reino Unido.

Bibliografía

- BATESON, G., JACKSON, D. D., HALEY, J. y WEAKLAND, J. (1956): Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.* 1, 251.
- BROWN, G. W., PARKES, C. M. y WING, J. K. (1961): Admissions and readmissions to three mental hospitals. *J. Ment. Sci.* 107, 1070-7.
- BROWN, G. W., MONCK, E. M., CARSTAIRS, G. M. y WING, J. K. (1962): Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Brit. J. prev. soc. Med.* 16, 55.
- FREE, S. y DODD, D. (1961): Aftercare for discharged mental patients: conference on a five-state study of mental health in Virginia. II, 28.
- KELLY, D. H. W. y SARGANT, W. (1965): Present treatment of schizophrenia - a controlled follow-up study. *Brit. med. J.* (1), 147-50.
- KREITMAN, N. (1961): The reliability of psychiatric diagnosis. *J. Ment. Sci.* 107, 876-86.
- LAING, R. D. y ESTERSON, A. (1964): *Sanity, madness, and the family*. Volumen I, *Families of schizophrenics*. Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books.
- LIDZ, T., CORNELISON, A., TERRY, D. y FLECK, S. (1958): Intrafamilial environment of the schizophrenic patient. VI The transmission of irrationality. *AMA Archives of Neurology and Psychiatry* 79, 305-16.
- MENDEL, W. M. y RAPPORT, S. (1963): Outpatient treatment for chronic schizophrenic patients. *Arch. Gen. Psychiat.* 8, 190.
- ORLINEKI, N. y D'ELIA, E. (1964): Rehospitalisation of the schizophrenic patient. *Arch. Gen. Psychiat.* 10, 47-54.
- POLLACK, B. (1958): The effect of chlorpromazine in reducing the relapse rate in 716 released patients. *Amer. J. Psychiat.* 114, 749.
- RENTON, C. A., AFFLECK, J. W., CARSTAIRS, G. M. y FORREST, A. D. (1963): A follow-up of schizophrenic patients in Edinburgh. *Acta psychiat. scand.* 39, 548-81.
- TUTEUR, W., STILLER, R. y GLOTZER, J. (1959): Discharged mental hospital chlorpromazine patients. *Diseases of the Nervous System* 20, 512.
- WING, J. K., DENHAM, J. y MONRO, A. E. (1959): Duration of stay in hospital of patients suffering from schizophrenia. *Brit. J. prev. soc. Med.* 13, 145-8.
- WING, J. K., MONCK, E., BROWN, G. W. y CARSTAIRS, G. M. (1964): Morbidity in the community of schizophrenic patients discharged from London mental hospital in 1959. *Brit. J. Psychiat.* 110, 10-21.
- WYNNE, I. C., RYCKOFF, I. M., DAY, J. y HIRSCH, S. (1958): Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 21, 205.

BIBLIOGRAFIA

- Ariès, P. (1960): *L'Enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. París, Plon.
- Artiss, Kenneth L. (1962): *Milieu therapy in schizophrenia*. Nueva York, Grune & Stratton.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. y Weakland, J. (1965): Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.* 1, 251.
- Bettelheim, B. (1961): *The informed heart*. Londres, Thames & Hudson.
- Bowen, M. (1959): Family relationships. En Alfred Auerback (comp.), *Schizophrenia: an integrated approach*. Nueva York, Ronald Press.
- Gibran, K. (1926): *The prophet*. Londres, Heinemann.
- Goldstein, K. (1951): *Die Aufbau des Organismus*. La Haya, M. Nijhoff, 1934.
- Ionesco, E. (1950): *The bald prima donna*. Londres, Calder, 1958. [Hay versión castellana: *La cantante calva*, Buenos Aires, Losada, en *Teatro*, tomo I, 1961.]
- Jones, Maxwell (1952): *Social psychiatry*. Londres, Tavistock Publications. Con el título de *The therapeutic community*, Nueva York, Basic Books, 1954.
- Laing, R. D. (1960): *The divided self*. Londres, Tavistock Publications (también Harmondsworth, Penguin Books, 1965). [Hay versión castellana: *El yo dividido*. México, Fondo de Cultura Económica, 1964.]
- (1961): *The self and others*. Londres, Tavistock Publications.
- Laing, R. D. y Cooper, D. G. (1964): *Reason and violence*, Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Humanities Press. [Hay versión castellana: *Razón y violencia*. Buenos Aires, Paidós, 1969.]

- Laing, R. D. y Esterson, A. (1964): *Sanity, madness, and the family*. Volumen I, *Families of schizophrenics*. Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books. [Hay versión castellana: *Cordura, locura y familia*. México, Fondo de Cultura Económica, 1969.]
- Lévi-Strauss, C. (1953): Social structure. En A. L. Kroeber (comp.), *Anthropology today*. Chicago, University of Chicago Press.
- (1955): *Tristes Tropiques*. París, Plon. [Hay versión castellana: *Tristes trópicos*, Buenos Aires, Eudeba, 1970.]
- Rosefeld, H. (1955): Psycho-analysis of the super-ego conflict in an acute schizophrenic patient. En M. Klein, P. Heimann, y R. Money-Kyrle (comps.), *New directions in psycho-analysis*. Londres, Tavistock Publications; Nueva York, Basic Books.
- Russell, B. (1913): *Principia mathematica*.
- Sartre, J.-P. (1943): *L'Être et le néant*. París. (Versión inglesa de H. E. Barnes, *Being and nothingness*. Londres, Methuen, 1957). [Hay versión castellana: *El ser y la nada*. Buenos Aires, Losada, 1966.]
- (1952): *Saint Genet. Comédien et martyr*. París, Gallimard. [Hay versión castellana: *San Genet. Comediante y mártir*. Buenos Aires, Losada, 1967.]
- (1960): *Critique de la raison dialectique*. París, Gallimard. [Hay versión castellana: *Crítica de la razón dialéctica*. Buenos Aires, Losada, 2 vols., 1968.]
- Szasz, T. S. (1962). *The myth of mental illness*. Londres: Secker and Warburg.
- Weakland, J. H. (1960): The 'double-bind' hypothesis of schizophrenia and three-party interaction. En D. D. Jackson (comp.), *The etiology of schizophrenia*. Nueva York, Basic Books.
- Wilmer, Harry A. (1958): *Social psychiatry in action*. Springfield, Ill., C. C. Thomas.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J. y Hirsch, S. (1958): Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 21, 205.

David Cooper, asociado con R.D. Laing y A. Esterson en el desarrollo de una concepción existencial y fenomenológica de la locura, ve en la clasificación psiquiátrica y el tratamiento de las enfermedades mentales tradicionales una forma de colusión por la cual los sanos elegimos a otros para liberarnos del caos que rechazamos afrontar en nosotros mismos.

Cooper nació en 1931 en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. Allí se graduó de médico en 1955 trasladándose después a Londres para hacer su formación psiquiátrica y diplomarse en Medicina Psicológica.

En este libro Cooper se ocupa de su primera y famosa realización. «Villa 21», que consistió en la creación de una comunidad terapéutica para esquizofrénicos (en una localidad cercana a Londres) que quebraba la tradición psiquiátrica; una comunidad de absoluta libertad; exenta de restricciones, sin normas ni imposiciones (morarias, sexuales, psicoterapéuticas) y sin otro límite que «el no de otro»: en suma, un «antihospital», una «experiencia antipsiquiátrica». Este experimento, donde se abolieron todas las formas de «violencia» de la terapia clásica, donde las actitudes y los métodos psiquiátricos convencionales fueron alterados, eliminados o invertidos, fue objeto de discusiones e imputaciones de toda índole.