PSIQUIATRIA, ANTIPSIQUIATRIA Y EL DESTINO DE CLAUDIA *

Claudia tiene veinte años y es estudiante universitaria. Debimos internarla en mi hospital afectada de esquizofrenia. Empezó un año antes con actitudes raras, aislada, triste, insomne, irritable, miedosa. Así pasó unos meses; luego, su pensamiento se volvió incoherente, necesitó mirarse continuamente en el espejo para saber que todavía era ella. Se puso violenta, quería irse, a cualquier parte, escapar. Entonces la familia pidió auxilio. Esta es una historia sencilla, contiene en síntesis los elementos de una historia clínica de rutina; miles de personas pasan constantemente por estas vicisitudes. Lo que pueda ocurrir con cada una de ellas, lo que ocurrió con Claudia, tiene relación con una complicada serie de factores ideológicos, médicos, de concepción humana y psicológica: tiene que ver con organizaciones sanitarias y con métodos de tratamiento.

Mucho de lo que pudo acontecer con Claudia, desde el momento en que llegó a nosotros, pasa por una línea divisoria, la que separa y enfrenta en áspera lucha a dos concepciones: psiquiatría y antipsiquiatría. Se verá que su destino puede variar tremendamente según de qué lado de esa línea se coloquen los médicos, psicólogos, enfermeras, que vayan a tratarla.

Trataré de mostrar algunos ejes de ese enfrentamiento polémico y se harán tal vez más claros si volvemos a pensar de tanto en tanto en Claudia. Con ella, in mente, seguiremos algunas ideas esenciales a este choque de concepciones psiquiátricas, pensaremos luego en virtudes y baches de la posición antipsiquiátrica. Después trataré de transmitirles un proceso de cambio personal que pudo llevarme como psiquiatra, gracias a la antipsiquiatría, a mirar a Claudia, a otros pacientes y a mí mismo con otros ojos.

---

* El autor de este artículo, doctor HÉCTOR JUAN FIORINI, médico psiquíatra, es jefe de la Sección de Psicoterapias del Servicio de Psicopatología y Neurología del Policlínico «Gregorio Aráoz Alfaro», en Lanús, provincia de Buenos Aires, Argentina. *(N. de R.)*

Una crítica epistemológica de la psiquiatría: enfrentamiento a varios niveles

La psiquiatría contemporánea es una práctica científico-técnica en pleno desarrollo, de vastos alcances en la cultura, con numerosos canales de influencia sobre grandes masas de población (a través de la educación, la organización de la asistencia psicológica, de su influencia en las artes, en otras ciencias). Sus concepciones y sus prácticas se han pretendido científicas, es decir, objetivas, rigurosas, neutrales (no valorativas, carentes de compromiso con una ideología en particular). Vienen siendo instrumentadas por los trabajadores de la salud mental como el producto «natural» de un conocimiento cada vez más profundo y minucioso de los problemas ligados a la enfermedad mental y a la búsqueda de su curación. Se diría que esta práctica se ha mantenido por mucho tiempo «ingenua», al margen de los cuestionamientos epistemológicos que sacuden desde hace décadas los fundamentos y métodos de las ciencias humanas. Tal estado de cosas ha venido impregnando hasta hoy nuestra psiquiatría. La antipsiquiatría surgió en la última década como un movimiento vigoroso destinado a revelar los supuestos, distorsiones, ocultamientos y prejuicios que perpetúan esta situación.

Ronald Laing y David Cooper tienen el mérito de haber nucleado en este movimiento a un conjunto de psiquiatras británicos especialmente preocupados por *encontrar métodos más humanos, y por ello más eficaces,* para tratar al paciente psiquiátrico. Han contado además con la inquietud social, el coraje intelectual y la profunda formación humanística necesarios para dar solidez científica, filosófica e ideológica a sus cuestionamientos.

No se crea que los replanteos antipsiquiátricos afectan sólo algunos aspectos de nuestra psiquiatría, nada de eso: abarcan la totalidad de su práctica, teoría y técnicas. Para dar una idea de sus alcances diremos que en un nivel la antipsiquiatría es una denuncia de *los métodos de asistencia* en las instituciones psiquiátricas (en especial hospitales para internación) cuya estructura asienta en mitos ya insostenibles. En otro nivel es un cuestionamiento de *las concepciones vigentes* sobre la «enfermedad» y la «salud mental», es decir, de los supuestos inherentes al manejo de estas dos nociones alrededor de las cuales gira toda la práctica psiquiátrica. En un tercer nivel es una crítica a *la concepción del proceso terapéutico,* de su estrategia, táctica y objetivos. En un cuarto nivel es una reflexión sobre el sentido de *la división de roles:* paciente-médico y enfermos-sanos. En un quinto nivel es un develamiento de lo que funciona más oculto: el papel que

las prácticas psiquiátricas vigentes juegan al servicio del sistema de poder burgués, de la sociedad de clases, su *rol de instrumentos de adaptación y sometimiento.*

Trataré de mostrar el sentido de la polémica antipsiquiátrica en cada uno de estos planos, advirtiendo que se hará necesario no perderlos de vista como conjunto, ya que guardan entre sí una íntima solidaridad.

Los ejes de una «contracultura» en psiquiatría

I

La crítica a las instituciones psiquiátricas y en general a la asistencia psiquiátrica occidental, reside en esencia en mostrar que lo que debiera ser un sistema para rehabilitar, para recuperar seres humanos, es en realidad, por una serie de procedimientos, un sistema que apunta a la invalidación social. Se parte entonces de preguntar cómo es que se rotula a una persona de «esquizofrénica», quién le asigna el rótulo, cómo se la trata a partir de esa calificación. Antes de la internación suele verse que el grupo familiar de esa persona «esquizofrénica» viene manejándose con pautas de interacción que tienden siempre a localizar en esa persona lo que para esa familia puede ser considerado enfermo o «loco», y tienen con ella actitudes que la sobrecargan de ansiedades permitiendo mediante esta sobrecarga el alivio de otros miembros del grupo. Una investigación minuciosa de los mecanismos que actúan en el grupo familiar para terminar «produciendo» un enfermo muestra claramente *que éste asume y los demás le asignan* ya muy tempranamente ese rol. La concepción del enfermo mental como «chivo expiatorio» de las culpas y ansiedades familiares es ya conocimiento psiquiátrico asentado [1].

Claudia fue criada por una familia «normal y corriente». En realidad sus padres son dos personas muy temerosas, inhibidas y escrupulosas frente al mundo social; aparte, y tal vez gracias a sus miedos, ambos trabajan muy correctamente en sus empleos y son queridos en el barrio. Transmitieron a la hija desde niña todos sus miedos, ya que los cuidados frente a todo riesgo posible eran absolutos. El miedo a la violencia propia de los afectos era enorme (levantar la voz en el hogar era «malo», una vez el padre se enojó, dio un golpe en un vidrio y lo rompió, cortándose la mano; el incidente se recordó durante veinte años como «la vez que Antonio tuvo el ataque de

locura»). La represión sexual era asimismo severa, se hablaba de «esos temas» sin mencionar jamás por su nombre erotismo, sexo, pasión amorosa o anticonceptivos. Cuando Claudia inició sus estudios universitarios encontró un grupo de compañeros, gustó de un muchacho y fue sensible a las vicisitudes de la lucha política. El choque fue brutal. Deseaba comprometerse, meterse, vivir, crecer. Todos los miedos mamados en años la acecharon ferozmente y quedó atrapada entre sus miedos y sus ganas. En ese choque surgieron un pensamiento desorganizado, risas y llantos «inmotivados», ideas persecutorias, impulsos sexuales discordantes. Cómo pudo influir ese clima familiar para que Claudia viviera afuera ese choque, fue algo soslayado; llegaron entonces al hospital dos padres «normales» trayendo una hija «enferma» de modo inexplicable, sorprendente para ellos.

El problema se agrava cuando el «enfermo» ingresa a una de las instituciones tradicionalmente destinadas a tratarlo. Y es que estas instituciones funcionan también como un sistema donde la discriminación y la sobrecarga del papel de «enfermo» ejercido sobre el paciente se perpetúan. La discriminación sobre el enfermo se ejerce ya mediante ese etiquetado que lo empuja a una identidad pasiva: él es el portador de una entidad clínica ajena a él, se lleva una esquizofrenia como se lleva un virus y hay que sacársela.

> «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 literalmente. 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).» Lo que los antipsiquíatras denuncian detrás de todo este procedimiento es la *violencia*. «En realidad, la violencia en la psiquiatría es la violencia *de* la psiquiatría.» «Empleamos el término "violencia" en el sentido de acción corrosiva de la libertad de una persona sobre la libertad de otra»..., en cuanto libertad limitada o «paralizada mediante la mistificación» [2].

Entiendo que aquí Cooper habla de libertad amenazada en cuanto se toma alguien que, aun afectado, *es el sujeto de su crisis* y se lo maneja, califica y descalifica según un conjunto de reglas y procedimientos que lo transforman en *objeto*.

Claudia podría ser tomada entonces desde la psiquiatría común y corriente como otro caso de esquizofrenia, y manipulada con diversos métodos para sacarle sus síntomas de locura, tratando de que vuelva a ser como sus padres, «normal».

II

Un segundo aspecto de la crítica antipsiquiátrica se dirige al concepto mismo de enfermedad, que subyace a toda nuestra concepción psiquiátrica. Lo que se discute es que se opere con un modelo médico de la enfermedad que supone un sujeto pasivo afectado por un proceso-enfermedad al estilo de cualquier proceso orgánico que altere su cuerpo. Lo que se plantea es que una persona no «tiene» locura como se tiene una infección; en todo caso, la locura en ella es parte de un sistema de relaciones que rebasa siempre al individuo y abarca al grupo familiar en conjunto. Lo que se cuestiona radicalmente es la *racionalidad analítica* implícita en el modo de ver la enfermedad como producto de una serie de «factores», esto es, «determinada» según el modelo médico tradicionalmente usado para entender la enfermedad orgánica.

> «Los análisis enmarcados en términos de psicología, teoría del aprendizaje o teoría psicoanalítica, pueden describir muy eficazmente y en detalle el fondo extra e intra orgánico contra el cual se destaca la persona, pero en todos los casos, y por la misma razón, la realidad personal en sí queda omitida» [2].

Podríamos hablar de Claudia en términos de experiencia traumáticas, fijaciones arcaicas, represiones, labilidades bioquímicas, complejo de Edipo no resuelto, y todo eso sería cierto, pero Claudia podría aún así quedar ausente, sola.

Se trata de mirar a Claudia en términos mucho más complejos que como un conjunto de «mecanismos». Los análisis reductivos, concebidos como más profundos cuanto más microscópicos, concluyen en «un agregado 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» [2].

Esta crítica entronca con la que Politzer, casi medio siglo antes, hacía de toda la psicología existente, caracterizada por distorsionar la realidad psicológica humana mediante procedimientos de abstracción, formalismo y reificación. Crítica profunda, que asumía toda la enseñanza de Husserl en su replanteo epistemológico de las ciencias humanas. Laing y Cooper la reciben, recreada también por las elaboraciones de Jean Paul Sartre. Cóoper la expresa en estos términos:

> «Los análisis reductivos constan de enunciados sobre los modos en que 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). Pero la vida personal no está solamente constituida por el exterior, sino que sobre la base de esta constitución exterior *se constituye a sí misma.*» «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 puro flujo que excede perpetuamente su perpetua objetivación en el mundo, es la *dialéctica constituida*» (*).

«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, históricosociales) en su plenitud interpenetrante. Pero no podemos concluir con esto. Mediante un movimiento progresivo debemos lograr la síntesis personal, la totalización total.» Es decir, la síntesis singular que realiza la persona con todo lo que la constituye, lo que tiende a condicionarla. En otros términos: «Debemos inventar un movimiento, recrearlo... (y para que nuestra hipótesis pueda aspirar a alguna validez, deberá realizar, en un movimiento creador, la unidad transversal de *todas* las estructuras heterogéneas)» [2]. Porque en la persona existe constantemente la fuerza que tiende a ese movimiento creador de síntesis de sí misma, que la proyecta hacia el futuro.

Se incluyen aquí las nociones de «proyecto» e «intencionalidad» (desde el enfoque existencial) y, según mi criterio, las de «funciones superiores de síntesis» (desde la psicología psicoanalítica del yo), sin las cuales una persona enferma resulta sólo un agregado amorfo de factores patogénicos. Puedo ver en Claudia todos esos factores condicionantes ambientales e infantiles, pero debo entenderla en el núcleo vivo totalizador de sus conflictos, en su lucha por realizarse *a pesar de estar identificada con padres miedosos inhibidos,* con y contra los elementos de su vida erótica infantil, que la fijan a su relación paterna en la lucha entre su pasividad y su búsqueda de autonomía, en el vacío creado por la brecha cultural establecida entre sus padres y sus pares, brecha que deberá ahondar para poder individuarse y que contradictoriamente evitará, tratando de impedir una ruptura que la suma en el desamparo. Si adoptamos esta otra perspectiva, más humana, tenemos que verla en el centro mismo de su proyecto, en la desesperación de no poder organizar su proyecto. Qué destrucción de Claudia-persona si nos limitáramos a registrarla, con ojos de entomólogo o de botánico, como «un caso de esquizofrenia»:

(*) Conceptos de SARTRE: «Crítica de la razón dialéctica», reelaborados en «Razón y violencia» [5].

III

También *el concepto de salud mental* resulta enjuiciado desde la perspectiva antipsiquiátrica. ¿En qué consiste la salud mental? El criterio más firmemente sentado para definirla es el de adaptación: las personas capaces de comportarse de acuerdo a las normas vigentes en su cultura, según rendimientos promedio para la población en cuestión, son definidas como «normales».

Los normales presentan adaptación laboral, sexual, intelectual; se rigen de acuerdo con pautas de éxito y de progreso, son productores y consumidores tranquilos, no representan un peligro para nadie y crían hijos que, sin son normales, habrán de presentar una conducta adaptada en lo laboral, sexual e intelectual..., y así hasta el infinito.

Pero salta cada vez más a la vista que esta «normalidad» contiene dosis severas de sometimiento al sistema social, pasividad, detención del proceso de desarrollo humano (que sólo existe mediante rupturas y reconfiguraciones constantes, que sólo puede funcionar sobre niveles de ansiedad e incertidumbre útiles). La creatividad está ausente de esta «normalidad», no es esencial al concepto de adaptación. En realidad, éste jerarquiza la instauración de la mediocridad, erigiéndola en modelo de salud. Las implicancias políticas del modelo resultan claras: son premiados con el rótulo de sanos sujetos incapaces de cuestionarse y de cuestionar, capaces de soportar mutilaciones sin explotar en violencia, es decir, alienados conformes. Son los sometidos al «chaleco de fuerza emocional».

En base a estas evidencias, Cooper ha podido con razón afirmar que la «normalidad estadística» está tan lejos de una más amplia y genuina salud mental como lo está la locura, o tal vez más. A partir de aquí hay que interrogar al psiquíatra. ¿Cuál es su criterio de normalidad cuando se conforma con suprimir los síntomas de locura, cuando autoriza el alta de su paciente porque ya se comporta como el resto de la familia? No hay duda que no es otro que el de «normalidad estadística». En ese caso será suficiente que Claudia suprima sus ideas persecutorias, su llanto discordante, sus explosiones, para que la registre como éxito terapéutico. ¿Y qué será de su lucha con su sexo, con su cuerpo, sus ataduras infantiles, sus ímpetus de participación social, su búsqueda de un lugar entre los jóvenes, sus rebeldías frente a la mediocridad de sus padres, su necesidad de un lugar en el mundo desde el cual encontrar fuerza y confianza en sí misma? El psiquíatra convencional no podrá respondernos, descansará tranquilo en su sospechosa «buena» conciencia porque Claudia ha dejado de delirar. Cuenta para ello con la ayuda de psicodrogas potentes, capa-

ces de ahogar en pocos días ese incendio desesperado de trabas y deseos que era Claudia cuando llegó a nosotros. Toda la farmacología es puesta en cuestión desde la perspectiva antipsiquiátrica. Las psicodrogas comportan una dualidad esencial, ya que pueden ser puestas al servicio de la persona cuando ciertos aspectos de su enfermedad se liberan de todo control y la agravan. Pero también pueden ser usadas *contra la persona,* suprimiéndola en lo individual de su crisis, reduciéndola a sus desarreglos bioquímicos (que existen, que son parte del problema, pero jamás el nudo de su enfermedad humana inserta en un mundo humano). Esta problemática entronca con nuestro punto inmediato.

IV

La concepción del proceso terapéutico en la psiquiatría convencional, la idea de qué es curación. Acorde con todos los criterios precedentes, el método terapéutico tradicional es un conjunto de procedimientos *supresivos;* éstos abarcan desde el empleo de las drogas hasta la creación de sistemas de internación donde el paciente es manejado con premios y castigos, exhortaciones y prescripciones, es decir, empujado por presiones ambientales de modo lineal y progresivo hacia la mentada normalidad.

Laing ha mostrado la complejidad y sinuosidades que puede comportar la búsqueda que una persona haga de sí misma hasta encontrarse, el oscilante proceso natural de avances y regresiones profundas, obstinadas, tendidas por la necesidad de tocar fondo, para, en algún lugar, empezar a pisar terreno propio[3]. Ha mostrado las dificultades y vericuetos de ese proceso personal cuando se coloca al paciente en un medio que sepa acompañarlo sin forzarlo, que le respete la originalidad intransferible de su proceso de búsqueda y encuentros.

Veamos la estrategia de recuperación que se permitió desarrollar a una paciente tal como *ella* intuía que debía producirse. Este informe me ha impresionado como pocos de los leídos en los últimos años sobre enfoques terapéuticos. Dejemos hablar a Laing:

> «La paciente es una rígida, eficiente y organizada enfermera de hospital general, dedicada por completo a su trabajo. Nos dijo que había comenzado a sentir que en un determinado momento de su vida ella se había perdido a sí misma. No sabía cuándo exactamente, pero sentía que mucho tiempo atrás. Sentía el deber de regresar adonde se había perdido para hallarse nuevamente, y que sólo volviendo atrás ella podría posiblemente encontrarse y ser capaz de vivir de un modo que no fuera inauténtico. A los pocos días de haber llegado a Kingsley Hall ya estaba regresando en forma considerable, de una

manera como yo no he visto a nadie hacerlo. Todavía mantenía su trabajo en el hospital, que era de alrededor de una hora. Iba a trabajar, volvía, se quitaba la ropa, se acostaba sobre un colchón en el suelo, durante la noche ya no retenía su orina y sus heces. A la mañana siguiente se levantaba a las seis, tomaba un baño y volvía al trabajo, realizando sus obligaciones como directora asistente. Continuó por unas pocas semanas y luego escribió una carta, perfectamente convencional, pidiendo por un tiempo licencia de sus obligaciones. Le fue concedida. Permaneció en Kingsley Hall y entró rápidamente en una regresión completa. Mientras volvía llegó a un completo desamparo, al grado de tener que ser alimentada con biberón cada dos o tres horas. Era el único alimento que quería recibir. Se cubrió a sí misma con sus propias heces y presentaba un considerable grado de confusión. Esto es fácil de relatar, pero no fue fácil vivirlo. Adelgazó hasta convertirse en una bolsa de huesos. Dejó de hablar y no podía mantenerse en pie. Cuando ya estaba extremadamente débil tuvo una hemorragia uterina, lo que requirió que se la internara en un hospital. Nadie pudo encontrar la razón de lo que le había pasado. En el hospital, sus heces se compactaron de tal manera que fue preciso removérselas digitalmente. Cuando se le preguntó si se encontraba bien, contestó que sí y que quería que continuaran. El doctor Berke, hoy aquí, la vio regularmente durante dos años y, junto con otra gente, ayudó a cuidarla. El podría dar más detalles esta tarde, si fuera apropiado. De acuerdo a su propio relato, regresó hasta antes de haber nacido. Dijo además que quería regresar hasta antes aún de haber sido encarnada. En el punto más extremo al que llegó, quería que nosotros diéramos vuelta a su cuerpo para que pudiéramos ver entrar la comida y salir las heces. Tampoco quería defecar; quería abandonar completamente su cuerpo. Observándola en aquellos momentos, parecía que lo hubiera logrado en forma considerable. A veces su cuerpo estaba muy frío, como acercándose a un estado muy próximo a la muerte física. Si uno va a permitir que esta clase de cosas sucedan, se arriesga a que una persona se aproxime muy de cerca tanto a la muerte física como a aquélla entendida simbólicamente. De acuerdo a ella y a otros, este movimiento hacia atrás puede llegar no sólo a la infancia, no sólo al prenacimiento, sino a la preencarnación. Dejo por el momento de lado en qué sentido deben ser entendidas tales expresiones. La regresión puede ser sentida por la gente como un retorno a la concepción (no meramente a los primeros años o meses de existencia extrauterina, o aun al nacimiento) antes de que puedan dar nuevamente la vuelta y venir hacia adelante una vez más.

Este movimiento hacia adelante podría llamarse *neogénesis*, un nuevo movimiento hacia adelante de cuyos principios y regularidades conocemos muy poco aún. En su totalidad parece ser mucho más rápido que la regresión: he visto personas atravesar años en horas, días o semanas. Esta mujer volvió sobre sí en un período de cinco o seis semanas. Cada día era un poco más adulta y más organizada. Mientras una persona está volviendo puede regresar nuevamente.

Puede ser un movimiento oscilante: el gráfico puede subir y bajar. No es una parábola suave hacia adelante y atrás: en el retorno puede

haber regresiones dentro de regresiones, y también puede haber regresiones en el curso del movimiento neogenético hacia adelante. Si supiéramos más de estas cosas, seríamos capaces de prestar asistencia en forma más efectiva. En el estado actual de nuestros conocimientos quisiéramos ser más inteligentes, esencialmente para ser cuidadosos y protectores. Sólo en aspectos muy restringidos podemos presumir que ofrecemos una guía informada. Están haciendo el viaje. Yo no lo he hecho nunca y posiblemente ninguno de nosotros lo ha hecho nunca, ya que prácticamente hoy en día ninguna unidad psiquiátrica permite que pueda realizarse. Ninguno de nosotros puede hacer más que confiar en el proceso. Desde su regreso, esta mujer ha hecho mucho pintando, esculpiendo, modelando y escribiendo» [3].

Mary escribió este breve relato de su experiencia:

«Había una vez en un bosque un árbol que se sentía muy triste y solitario porque su tronco era hueco y su cabeza se había perdido en la niebla. A veces la niebla parecía tan espesa que su cabeza se sentía separada del tronco. Para los otros árboles, ella parecía muy fuerte, pero un poco distante; sus ramas no se doblaban ante el viento. Sentía que si se doblaba podía romperse, por eso creció tan cansada de estar derecha. Sucedió que una fuerte tormenta la tiró al suelo, con gran angustia. El árbol estaba ahora quebrado; sus ramas, dispersas; sus raíces, hacia afuera, y su corteza, ennegrecida y carbonizada. Se sintió aturdida, y aunque su cabeza estaba despejada por la niebla sintió su savia seca y que la muerte se le aparecía cuando el hueco de su tronco se abrió hacia el cielo. Los otros árboles miraron asombrados hacia abajo y no sabían bien si retirar amablemente sus ramas a otro lado o tratar de cubrir su suciedad y negrura con su verde y su marrón. El árbol se lamentó por su propia vida y temió que los suyos lo sofocaran. Ella sintió que quería permanecer desnuda y abierta al viento y al sol, y que llegaría un momento en que ella crecería nuevamente, desde la tierra, lozana y marrón. Así sucedió. Con la humedad de la lluvia le crecieron raíces nuevas y gracias al calor del sol desplegó madera nueva. En el viento, sus ramas se doblaron hacia los otros árboles, y como sus hojas murmuraron y susurraron en la oscuridad, se sintió amada y rió con la vida.»

El médico que estuvo más cerca de ella, a cargo del tratamiento, fue un colaborador de Laing, Joseph Berke. En una entrevista, Berke sintetizó así el proceso de Mary:

«Mary Barnes es una mujer inglesa de cuarenta y cinco años de edad. Había estado trabajando en un hospital y en el pasado había sufrido colapsos nerviosos, siendo el diagnóstico de esquizofrenia crónica; *refrenada en forma extrema en un hospicio, se había recuperado y luego comenzó a sentirse demente nuevamente,* lo que ella consideraba locura. Su sensación era de extrema regresión, sin voluntad de hacer nada, queriendo volver a ser una criatura; cosas así. Conoció a Laing hace unos seis o siete años —había oído a otros hablar de él— y le

preguntó si podía ubicarse en Kingsley Hall, el nuevo centro «antipsiquiátrico», que se proyectaba entonces. Este centro fue inaugurado en 1965 y ella fue uno de los primeros internados.

Respecto a la locura, se trata de un término aplicado a una forma particular de experiencia. En el caso de Mary, la experiencia parecía ser un retorno a una versión anterior a ella misma, querer convertirse nuevamente en una criatura, volver a sus raíces, casi hasta el feto mismo, como una manera de hacer frente al sufrimiento que sentía como adulta. Quería ver si podía nacer nuevamente. Quería volver casi hasta la posición del feto dentro de la matriz, para comenzar a crecer de nuevo. Eso fue, en efecto, lo que sucedió en los años recientes en Kingsley Hall. Mary volvió a ser una criatura, se la alimentó con una mamadera, jugó con su excremento, se la cuidaba como a una criatura, empleó largos períodos acostada en su cama sin moverse para nada, y al hacer eso volvió al punto anterior al momento en que comenzaron todas las ansiedades. El objeto de todo esto era crecer nuevamente, sin ninguna de las ansiedades que se relacionan con el crecimiento en primer lugar» [4].

Agregó luego Berke este comentario:

«Todo el proceso fue también para mí una experiencia, algo como experimentar una muerte seguida de resurrección. Es éste el motivo por el cual admiro el coraje que mostró ella para hacer todo lo que hizo. Fue una cosa muy valiente y muy terrorífica de hacer, especialmente por el simple hecho de que los adultos no vuelven a convertirse en criaturas. Pero la experiencia de Mary confirmó la idea de Laing y otras personas en el sentido de que una regresión, una vuelta hacia atrás en uno mismo, puede tener efectos altamente curativos. Hay un libro sobre el tema escrito por un psiquíatra polaco, Kazimierz Dubrowski, titulado Desintegración Positiva. Se trata, por lo tanto, de un aspecto importante y nos lleva de vuelta a lo que hablábamos antes sobre los hospicios. Una gran parte de lo que un psiquíatra podría llamar «regresión» consiste en la tentativa natural de una persona a curarse a sí misma. Nuestro trabajo, así como lo que consideramos debe ser el trabajo de un terapeuta, es ayudar a una persona en el camino de su experiencia desintegradora, suministrarle los servicios esenciales —comida, un lugar cálido y una atmósfera agradable— y dejar que siga su curso la desintegración y posterior recuperación, sin interferir para nada. El «viaje de vuelta», la fase integrativa, será entonces una experiencia muy curativa. Lo que sucede con los hospicios, y particularmente con los psiquíatras, enfermeros y otros que trabajan en aquéllos, es que *suspenden ese proceso de curación debido a sus propios temores de lo que está sucediendo.*»

Me parece importante aclarar el sentido y alcance de este replanteo sobre estrategias de «curación». No se trata de un modelo universal de recuperación que pueda proponerse a toda persona con problemas psicológicos, aun los más severos. Pero en este ejemplo se con-

densan varias aperturas. Primero, es suficiente esta experiencia para que tengamos en cuenta la posibilidad de que otros pacientes puedan necesitar algo semejante, y esto significa *contar con un médico abierto a captar con otro sentido los fenómenos «patológicos» que se despliegan ante él y dispuesto a acompañar plenamente ese proceso terrible y vital que entraña la búsqueda del propio yo.* Segundo, otros pacientes pueden necesitar vivir experiencias diferentes a la de Mary Barnes, pero hay una enseñanza más amplia en esta experiencia, y es que nos alerta sobre la necesidad de descubrir *con el paciente en cada caso (aprender con él) cuál puede ser el camino estrictamente personal de su rescate como ser humano.* Tercero, cada paciente, debidamente respetado y comprendido en su proceso personal, puede ayudar con su ejemplo al psiquíatra para que él también aprenda otras maneras de encontrar a los otros y de buscarse a sí mismo. El paciente tiene mucho que enseñar a su terapeuta.

Resultado de esta experiencia es *un libro que escriben juntos paciente y psiquíatra.* «Consiste en el relato que hace ella misma de sus sensaciones y su experiencia conmigo, y de mi propio relato de mis sensaciones y mi experiencia con ella. Digo mi propia experiencia porque eso fue, tan profundamente para mí como para ella»[4].

V

Aquí entramos de lleno en nuestro siguiente nivel de reformulaciones sobre la psiquiatría actual: el de las relaciones entre el rol de paciente y el rol de médico. Hasta ahora éstos han sido dos casilleros etiquetados socialmente, distanciados y desnivelados en sus jerarquías. ¿Acaso no era uno el portador de la «enfermedad» y el otro el de la «salud»? La actitud de los antipsiquíatras tiende a romper con este desnivel (tan establecido sobre el modelo de las relaciones de poder, tan al estilo de las discriminaciones entre élites y marginados sociales) y colocar en la relación terapéutica, como lo defendiera tradicionalmente la orientación existencial de la que son herederos, a dos seres humanos frente a frente, distintos e igualados a la vez, por todo lo que los une su universal condición humana. Esto no significa confundir el papel de ambos, como alarmados psiquíatras han creído entender de la respuesta antipsiquiátrica, sino mantener su distinción, pero evitar que el miedo a tal confusión impida una compenetración más profunda, que sólo se logra por el compartir, convivir, padecer juntos, hermanarse en la búsqueda. Se nos ha hecho más visible que la distancia tradicional del psiquíatra con sus pacientes ha encubierto

dos miedos del psiquíatra: a la locura (no sólo a la ajena, sino a la propia) y a la incertidumbre; para ello recurrió a posturas de autoridad, de un saber autoritario, porque la duda, la confusión, el desconcierto, se emparentaban demasiado con la locura y él necesitó que su rol fuera incontaminado, pura certidumbre.

Creo que algo importante que nos pasó con Claudia fue tener presente, a flor de piel, también nuestra adolescencia tormentosa y asimismo escucharla para aprender de ella cómo era de difícil ser hoy adolescente en Buenos Aires, porque sus turbulencias y sus incertidumbres no eran las de hace quince años; éstas no figuraban en nuestros libros. Frente a su experiencia sólo podíamos ser humildes y agradecerle lo que sólo a través de ella podíamos atisbar.

En una de las reuniones familiares el padre de Claudia se alarmó porque su hija y otros internados jóvenes se habían puesto nuestros guardapolvos en horas de visita; nos habían imitado en gestos y actitudes. Nos costó convencerle de que eso, por todo lo que contenía de cercanía, de buena confianza, de reconocimiento de nosotros, nos podía llenar de alegría. Solamente porque habían experimentado una relación igualitaria pudieron Claudia y sus compañeros expresar con humor que no les éramos indiferentes, que no nos guardaban ese respeto insultante exigido por los funcionarios.

Como psiquíatra, he descubierto que no tengo frente a mí un «enfermo» (aunque la enfermedad existe, pero también, con diferencias y semejanzas, existe en mí), sino a un ser en lucha, en una lucha más de tantas; él y yo somos camaradas de ruta en una larga marcha. Esto es lo que Claudia y sus amigos captaron fielmente: si compartimos delirios, miedos, penurias, compartamos también los guardapolvos.

VI

Lo que los antipsiquíatras han destacado con particular fuerza es el significado social que asumieron hasta ahora los métodos supresivos de tratamiento, el papel autoritario y distante del psiquíatra, los rótulos diagnósticos usados para etiquetar a las personas.

«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 los clubs, 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 propor-

cionada por la aplicación previa de técnicas de invalidación que apuntan a preparar una cantidad de víctimas para los procedimientos eliminativos en sí» [2].

En pequeña escala (de microgrupo familiar), es evidente que el «orden» es el conjunto de reglas establecidas por el grupo, que en la familia de Claudia eran «no riesgos, no violencia, no crecer, quedarse quietos», y que Claudia, al entrar en conflicto con esas reglas, era una rebelde contra ese orden. Que ese orden era opresivo porque en caso de desafiarlo se quedaba sola; el castigo era el desamparo. Y que esa rebeldía en nuestro sistema tradicional de hospitales psiquiátricos ha significado para muchas Claudias descalificación, encierro, abandono, marginación, condena a la cronicidad, confinamiento.

> «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.»
>
> «Esta disciplina opta por refractar, condensar y dirigir hacia sus pacientes la violencia sutil de la sociedad; con mucha frecuencia, la psiquiatría no hace más que representar a la sociedad contra estos pacientes» [2].

Cooper cita asimismo al *Journal of Mental Science*, que en 1904 decía: «La esquizofrenia es causada por el hecho de que los jóvenes ya no obedecen a sus padres.» Los castigos que habrían de administratarse, por «indisciplinados», a estos jóvenes enfermos estaban así anunciados casi explícitamente. Había, por cierto, alguna lucidez en la idea de la desobediencia.

Creo que en Claudia ocurrió en lo profundo esta desobediencia, y desobedecer fue para ella quedarse terriblemente sola, insegura de sí misma hasta el pánico, pero hubo en ella un impulso de vida, de salud, que la llevó forzosamente a «desobedecer». Un tratamiento tradicional hubiera presionado de mil modos a Claudia para que volviese al molde familiar, del que quería escapar sin rumbo claro; un retorno al buen ejemplo de esa «sagrada familia»: apatía, rutina, prohibiciones, no crearás, no amarás, no vivirás.

Los antipsiquíatras nos proponen «leer» en las maneras de la su-

presión social empleadas tradicionalmente con los enfermos mentales (descalificación, cosificación, aislamiento) la presencia de un sistema social más vastamente asentado en la represión. Nos proponen ver *el criterio de salud adaptacionista* como *el modo de adaptación de la psiquiatría* a las necesidades de masificación y control del sistema de poder de las minorías. El significado ideológico y político de muchas instituciones y teorías psiquiátricas queda entonces al descubierto cuando se repara en su perfecto engarce con las necesidades profundas de la estructura socioeconómica del sistema de clases.

El rigor de esta perspectiva sociológica y su poder clarificador penetrante no surgen aisladamete. Proviene de una profunda inserción ideológica y política de los antipsiquíatras en el escenario social contemporáneo. Laing, Cooper, Esterson, Reddler, Schatzman, forman parte de un creciente sector de intelectuales que vienen acusando el impacto movilizador del marxismo, las luchas del socialismo en varios continentes, la emergencia revolucionaria del tercer mundo, las luchas pacifistas contra la guera imperialista de Vietnam, la cultura hippie, los movimientos estudiantiles europeos. Ellos en particular, con la creación de Kingsley Hall como comunidad antipsiquiátrica, se integraron en un movimiento más amplio de «contracultura», constituido en Londres por científicos y artistas de vanguardia que compartían una postura crítica frente a todas las formas y expresiones de la cultura vigente, sospechosas de contrabandear ideologías al servicio de la élite del poder. Es en este contexto cultural e histórico que surge el movimiento antipsiquiátrico. Es fiel expresión de este mundo político de perfiles netos, que viene a terminar con el ingenuo supuesto de que ciencias psicológicas y técnicas psiquiátricas podían estar al margen de la lucha social. Y juega este papel revelador a pesar de que pueda presentar limitaciones, aspecto que ahora pasaré a discutir.

¿Es cuestionable la antipsiquiatría?

Hasta aquí expuse las tesis fundamentales de la antipsiquiatría, las que, a mi juicio, convierten a este movimiento en uno de los hechos más trascendentes de la última década psiquiátrica. Es desde el marco de un profundo respeto por esta obra valiente y fecundante que quiero ahora señalar las facetas, según mi criterio cuestionables, de esta misma obra, en sus niveles técnico, metodológico, conceptual y lógico, que tomaré en ese orden.

1. Creo que la psiquiatría ha sido hasta hoy más rigurosa en la crítica teórica de los tratamientos convencionales que en el desarrollo

científico (es decir, en el aporte de precisiones técnicas) sobre los nuevos métodos terapéuticos propuestos. Estos han sido descritos en una forma general, mas la manera en que pudieron instrumentarse paso a paso, en la compleja evolución que supone cada tratamiento, esto no ha sido exhaustivamente comunicado y deja, por cierto, esta ausencia muchos interrogantes abiertos.

2. Asimismo la evaluación de los resultados que han podido arrojar estos nuevos métodos no se ha hecho aún de modos rigurosos y convincentes (lo que no niega la eficacia posible de estos tratamientos; sólo muestra que la objetivación necesaria de esa eficacia queda como un problema no resuelto). Cooper ha cuestionado la validez de los métodos usuales de evaluación de resultados en psiquiatría, acusados de aspirar a medir relaciones entre cualidades abstractas de lotes de pacientes, parámetros aislados de las personas a evaluar que ya no dicen nada de ellas. Tal crítica es justa, pero Cooper a su vez [2] ofrece como criterios para evaluar a sus pacientes dos parámetros, como son «porcentaje de reinternaciones dentro del año del alta» y «capacidad de trabajo», que caen asimismo en las limitaciones de los métodos de evaluación por él discutidos: dicen muy poco de la experiencia vivida por esas personas como para que permitan pensar más a fondo en la influencia de métodos de tratamiento no convencionales.

3. El cuestionamiento del sistema de rótulos diagnósticos, tales como «esquizofrenia», usados dentro de maniobras destinadas a descalificar al enfermo, es certero. Pero creo que con mucha frecuencia los antipsiquíatras confunden (o expresan de un modo que favorece cierta confusión) la crítica al manejo de ese procedimiento de rotulado con la puesta en duda de la existencia misma de la enfermedad. Veamos planteos de este tipo: «esquizofrenia es sólo un término», no existe tal cosa como «la esquizofrenia...», «nunca he conocido a un esquizofrénico» [4]. Laing, por ejemplo, es bien explícito:

> «¿Dónde está la esquizofrenia? La respuesta tradicional es que la esquizofrenia está en alguna gente más que otra, en su mente o en su cuerpo o en su estilo de vida. Sin embargo, esta respuesta puede ser una parte del proceso social que genera la esquizofrenia que tratamos de curar. «Esquizofrenia», para adoptar una posición nominalista, es un conjunto de atributos que algunas personas —expertas en fabricar este conjunto de atribuciones— formulan respecto de otras personas. La gente que fabrica ese conjunto de atributos tiene que probar que se refiere a algo real. A la fecha, mi resumen en cuanto a la evidencia es que no lo han logrado» [3].

Creo que con estas formulaciones los antipsiquíatras caen en una suerte de *reduccionismo semántico*. Porque, de todos modos, ¿qué

aspecto de la realidad de las personas es el que se presta para que se les aplique tal sistema de rótulos? Al descubrir las distorsiones creadas por el uso de un término el problema no se resuelve, sólo se reabre, ahora con la perspectiva enriquecida por el descarte de un mal camino; estas operaciones de descarte dejan todo otro camino pendiente. En estos planteos de los antipsiquíatras pareciera que, ubicado el problema semántico (todas las distorsiones y omisiones inherentes al uso del rótulo «esquizofrénico»), se acabara el problema. Me hago cargo de la intención de estos enunciados antipsiquiátricos: negar el carácter de «enfermedad», concebida según el modelo médico, a la experiencia humana de la esquizofrenia. Principalmente negarle el carácter de un proceso que pueda ocurrir dentro del individuo al margen de lo que con él hagan quienes lo rodean. Pero en todo caso lo que se discute es cuál es la realidad de esos fenómenos (su status ontológico) y no la posibilidad de que no existan. En este caso las expresiones usadas son, por lo menos, ambiguas.

Cooper define la esquizofrenia como una situación de pequeño grupo donde los actos de una persona son calificados como enfermos por los otros y de este modo invalidados. Es evidente que esta formulación registra un hecho importante del fenómeno esquizofrenia. Pero hay un equívoco en suponer que ésta pueda ser una definición, o bien, si realmente se la considera como tal, entonces esa definición es errónea. Porque una definición supone reunir todos los elementos necesarios y suficientes del objeto definido. La pretendida definición de Cooper toma sólo algunos componentes reales del hecho (los que hacen a la relación paciente-grupo familiar) y deja muchos otros afuera. Trastornos también reales de la identidad, del pensamiento, de los afectos del paciente, quedan soslayados como si sólo fueran apariencias, espejismos, mero invento familiar o simple y directo producto de aquellas maniobras inmediatas. Desde luego, con estas omisiones no se aclara por qué algunas personas luchan eficazmente contra las maniobras descalificadoras de sus padres, se rebelan con sentido de realidad, por ejemplo, y por qué otras no pueden luchar o lo hacen autodescalificándose, o le «dan la razón» a sus atacantes. Todos esos aspectos que hacen *a la realidad también individual de la esquizofrenia* quedan en pie como problema, sumamente intrincado por cierto. Creo que aquellas definiciones, con sus omisiones, caen en *un reduccionismo microsociológico* de un fenómeno mucho más complejo. Daré una idea mínima de esa complejidad citando un párrafo del mismo Laing:

> «Sabemos que la bioquímica de la persona es sumamente sensible a las circunstancias sociales. El hecho de que una situación sin salida

ocasione una respuesta bioquímica, que a su vez da lugar o inhibe ciertos tipos de experiencias y conducta, es plausible a priori» [6].

Justamente es a partir de esta posibilidad, de que fenómenos de un nivel (social) alteren otros de otro nivel (químico) que a su vez puedan interferir hechos de un tercer nivel (psicológicos individuales), que tenemos que entender esa complejidad. Es la posibilidad de que todos estos fenómenos se organicen entre sí según ciertas regularidades lo que hace válida la identificación con un término («esquizofrenia») de ese conjunto de datos más amplio que los que se describen como «maniobras de aplicación del rótulo» por parte de los familiares del paciente. Estas mismas razones valen, según mi criterio, para objetar la *oposición radical* que establece Laing [8] entre ciencia de las personas y ciencia de los objetos, si bien como distinción es muy valiosa.

4. Los antipsiquíatras incurren a veces en una especie de idealización romántica de la «salud» del enfermo mental. «El enfermo es el más sensato de la familia, ya que es quien hace esfuerzos por alejarse de relaciones familiares insanas» [2]. Aquí se pretende dar un salto al otro extremo, un poco tentador por la acrobacia que contiene: de golpe resulta que justo lo que se creía noche era día; ahora se viene a revelar que la enfermedad era la salud. En realidad, esto supone moverse en una escala muy simple, bipolar (salud-enfermedad), y proponer un exacto cambio de papeles: ahora los enfermos son los sanos. La situación es mucho más compleja.

Si vemos en la rebeldía a las normas familiares un impulso de salud, de vida, entonces lo que comprobamos es que *en la enfermedad está también contenida la búsqueda de la salud,* que entonces lo sano y lo enfermo no son dos entidades ontológicamente incompatibles, mutuamente rechazantes. ¿Había salud en Claudia? Sí; se había enfermado porque había roto un cerco mutilante. ¿Había enfermedad? Sí, y muy severa. Que era tal vez la más sensata en ese aspecto de buscar otro estilo de vida es indudablemente cierto. Pero *no era la más sensata en todos los aspectos y tampoco en ése lo era de modo estable.* He asistido a todas las fluctuaciones de Claudia, a todos sus retrocesos y distorsiones. He visto en la familia un juego más complejo, donde el que se rebela es también en otros momentos el que somete, se somete, entra en la insensatez, en una maraña de intercambios donde *descubrir en cada instante* de qué lado juega lo arcaico, regresivo, y dónde está lo vital y creador; obliga a una investigación difícil en un magma de movimientos, sutilezas, nudos contradictorios, espirales, sobredeterminaciones. Dividir en dos polos ese

movimiento y asignarle el «sano» al que parecía «enfermo» es caer en una simplificación equivocada, por estática y por parcial.

5. Algunas otras formulaciones de los antipsiquíatras sugieren una idealización política del enfermo mental. El hecho de que en la locura haya siempre una protesta contra el medio humano circundante, un rechazo al sometimiento a ese medio, se presta para trazar *analogías* con la lucha del revolucionario frente al sistema social. «Quienes son admitidos en un hospital psiquiátrico lo son no tanto porque sean enfermos, sino porque protestan de manera más o menos adecuada contra el orden social» [2]. El esquema contiene una verdad y peca por excesiva simplificación. Que el grupo familiar reprime como rebelde cualquier comportamiento que salga de lo esperado no hay dudas. Que el sistema asistencial tiende a completar la obra represiva también ha quedado al descubierto. Pero como forma de rebeldía social la enfermedad es de calidad y alcances sumamente precarios; coloca al «rebelde» en condiciones vulnerables, de gran fragilidad y dependencia. Tiene mínima relación con la calidad de una rebeldía militante, cuyo rasgo esencial estriba en el logro de una nueva identidad, afirmada y autoestimada por la adopción valorativa de una ideología consciente y racional.

Pienso en las rebeldías de Claudia. Contenían una búsqueda de libertad y de superación personal. Pero en la medida en que sólo podían apelar a conductas extravagantes y solitarias no cuestionaban al sistema: se le oponían respetando sus reglas, por ejemplo, del aislamiento individualista. Los impulsos de la enfermedad actúan como una rebelión ciega; esta «rebeldía» daña poco al opresor y mucho a quien la levanta, termina ahogándolo en una isla de soledad. Podemos comprender esta rebeldía, pero no podemos idealizarla ni asimilarla a las formas militantes de la rebeldía política.

6. Con alguna frecuencia, en los desarrollos antipsiquiátricos me parece detectar la presencia de una lógica cuestionable. Me refiero a la tendencia a caer en un pensamiento antitético antes que en la aspiración a una dialéctica de síntesis. Pensando en la evolución del pensamiento psiquiátrico con un modelo hegeliano, creo que la antipsiquiatría juega el rol de antítesis, un momento parcial de ese movimiento que exige del inmediato pasaje a niveles de comprensión más complejos e integradores. Me refiero a oposiciones del tipo: «el paciente no es el enfermo, sino el más lúcido de la familia», lo que supone que la enfermedad no está en él, sino en los otros, o en todo caso en el conjunto. Trabajando con familias de pacientes mentales lo que se comprueba es que la enfermedad está en el conjunto y en

cada uno de sus miembros; también en el paciente. Lo que se revela es que enfermedad y lucidez, enfermedad y búsqueda de salud, enfermedad y derecho a la verdad no se oponen; van tan intrincadamente entrelazados como para que no haya que elegir entre considerar a alguien enfermo o bien portador de una crítica justa a las distorsiones de su grupo. La locura, con todo su sentido de crítica social, no se exime de ser también locura (si se quiere, una forma críptica, contradictoria, de la lucidez).

Del mismo modo como lo he señalado antes, las oposiciones entre aspectos sociales de la esquizofrenia y sus componentes bioquímicos están forzadas sólo por una lógica de exclusiones. De lo que se trata es de ver cómo se articulan precisamente fenómenos identificados por los investigadores del grupo familiar y hechos aportados por fisiólogos y genetistas. Este modelado requiere un *pensamiento dialéctico integrador,* del cual la antipsiquiatría, con su énfasis polémico, a veces queda alejada.

7. Algo muy importante a destacar: estas limitaciones, sus aspectos ambiguos o inconclusos, no invalidan la obra, en absoluto la hacen «refutable» como críticos fáciles (varios por año) quieren hacer creer a los profanos. En todo caso, lo que muestran es que hay un camino a recorrer, que desde ahora, a la antipsiquiatría tenemos que esculpirla entre todos.

La antipsiquiatría que yo vivo

Soy psiquíatra desde hace diez años. Me formé en la psiquiatría tradicional (incluyo en este enfoque también mi formación psicoanalítica por el desnivel jerárquico que propugna en la práctica, particularmente en la orientación kleiniana, entre paciente y terapeuta, con una tendencia a mirar tanto lo infantil regresivo del paciente y tan poco lo adulto y progresivo, que en los hechos funciona como una descalificación constante de él como persona total). Trabajé con muchas de las limitaciones de este enfoque tradicional hasta hace poco tiempo, tres años o algo así, fluctuando entre la aceptación de esas limitaciones como «naturales» o necesarias para conservar «la técnica», la inquietud de percibir «adentro» que algo no andaba bien, que muchas veces los pacientes tenían razón al cuestionar «la técnica»; en fin, con muchas dudas y miedo a jugar mi papel de otra manera y quedar profesionalmente solo.

Cuando descubrí los trabajos de los antipsiquíatras, y más aún cuando conocí a Cooper en Buenos Aires, sentí inmediatamente que

ellos traían un germen vital para cambiar no sólo a las teorías, sino a nuestras prácticas, cambiarnos a nosotros (*). Me conecté con sus desarrollos críticos y sentí que me revolucionaban internamente, lograban angustiarme. Desde entonces se me planteó agudamente ver qué hacía yo con mi profesión, con qué sentido la estaba ejerciendo.

Muchas preguntas se me vinieron encima: ¿Por qué mantengo con los pacientes la distancia que mantengo? Seguramente es la distancia que aprendí, la que me enseñaron; pero ¿por qué me enseñaron a establecer precisamente esa relación y no otra? ¿Cuándo alguna distancia está al servicio de una buena técnica y cuándo es utilizada contra el paciente, en función del confort del psiquíatra, para que yo me altere menos con la locura de él y con la mía?

¿Si pertenezco a una capa social dotada de *status*, abrigo, un mañana seguro, esta vida no me algodona el corazón y la mente? ¿No pone entre el sufrimiento humano y yo una gruesa capa aislante? ¿Con lo que me deja de sensibilidad puedo realmente ser psiquíatra? Estas cuestiones son de gran alcance porque, de pronto, estilo de vida, honestidad humana y capacidad científica resultan una sola cosa.

Desde que estos interrogantes se me metieron en la carne no sé cuánto he cambiado, cuántas soluciones logré ya, cuánto ha quedado esperando nuevas respuestas. Lo que sé, lo que palpo, es que mi actitud es otra, que mi manera de escuchar y de hablarle al paciente es otra, sé que mis pacientes lo perciben, el trabajo tiene un sabor distinto. Creo que haber roto con viejas ataduras nos permitió recuperar al paciente y a mí una mente más libre, una sensibilidad fresca, la posibilidad de abrirnos más como personas, de volar hacia palabras inéditas que hablen más de *nosotros*.

Esto es lo que respiro, aunque con fluctuaciones: los viejos esquemas tienen su inercia, resucitan en cuanto me descuido. Uno los usa a ratos para aliviarse de las nuevas incertidumbres. De pronto me descubro pensando en el paciente-objeto, yo puesto en el «observador objetivo» de las ciencias naturales; entonces me enojo conmigo, pienso en Laing y prometo corregirme.

Lo que siento es que rompiendo la coraza de «la técnica» queda-

---

(*) Digo un germen entre otros porque para cambiar nuestra perspectiva psiquiátrica en Buenos Aires concurren también los acontecimientos que hacen de Latinoamérica un continente convulsionado: el agravamiento de la crisis económico-social y política que afecta a nuestro país; en lo profesional, la politización progresiva de psiquíatras y psicólogos, nucleados en sus asociaciones profesionales, y las influencias del movimiento Plataforma Internacional, que a través de sus integrantes argentinos ha producido una escisión en el movimiento psicoanalítico de importantes consecuencias ideológicas y científicas.

mos dos personas en un diálogo nuevo, y la técnica queda, pero ahora al servicio de nuestro entendimiento, de un contacto más tierno (*).

Creo que se establece un nuevo equilibrio: si el médico se mueve con una humildad justa, el paciente recupera su jerarquía humana. Esto se me ha hecho evidente en varios episodios. Daré dos ejemplos:

Eduardo, un paciente de mi hospital, me dijo que le gustaría charlar conmigo un rato (yo no era su médico, pero nos veíamos a diario en la sala). Le dije que con mucho gusto, que podríamos tomar un café juntos en el bar. Se sorprendió gratamente con la invitación (yo era entonces subjefe del Departamento de Internación, «una autoridad»). Una vez instalados, me dijo que estaba agradecidísimo por toda nuestra preocupación por él, que él no entendía cómo nosotros podíamos dar tanto por un paciente. En otros momentos mi respuesta hubiera sido «es nuestro deber» o «usted también puso lo suyo», una especie de cumplido formal para no quedarme con todos los honores. Esta vez me apareció una verdad más honda: «Mire, Eduardo, yo creo que nosotros no nos dedicamos tanto así a todos los pacientes; con algunos, como usted, como Claudia, nos damos mucho más. ¿Sabe por qué? (me miró intrigado; se veía venir una respuesta no convencional, y yo también estaba atento a lo que me iba a salir, me está saliendo de primera mano). Porque creo que usted transmite algo, nos hace sentir algo especial, tal vez que tiene muchas ganas de vivir, de vivir mejor, de amar a una chica, de que lo quieran, y eso se siente, y entonces lo que hacemos es la respuesta natural a algo que usted nos transmite. Además, no lo hacemos simplemente de generosos; ayudarlo a usted a vivir nos ayuda también a nosotros, nos hace bien» (sus ojos se humedecieron y brillaron de agradecimiento y amistad; los míos, creo que también).

Volvió al hospital a la semana y me buscó para decirme: «¿Usted sabe, doctor? ¡Qué bien me hicieron sus palabras! Las tengo siempre presentes y me dan una fuerza bárbara acá» (se tocaba el pecho hinchado: era evidente que vivía una revelación). Había un peligro: que ahora lo importante fueran *mis* palabras; entonces le aclaré: «Mi trabajo es ayudar a que encontremos palabras, pero lo importante no es *que yo* se lo dije, sino que hay *algo suyo* que tiene en esas palabras su verdad, y esto es suyo, Eduardo. Que yo se lo diga es accidental;

(*) La presencia de Cooper en Buenos Aires representó ya para nosotros un impacto enorme por todas las verdades que traía, por la impresión que causaba su figura, sus gestos profundamente humanos y anticonvencionales. Lo cierto es que esa semana varios pacientes interrumpían la entrevista para acotar: «No sé, doctor; noto algo diferente aquí, no sé si es su voz... Lo siento más humano, más cerca... A lo mejor es algo en mí que cambió y antes yo lo escuchaba distinto...; pero no: creo que es algo suyo que antes no estaba.»

podría ser cualquiera, un amigo; lo importante es su verdad.» Tuve evidencias de que este episodio fue importante para Eduardo, y para mí lo fue sin ninguna duda. ¿En qué consistió? Creo que en devolverle más plenamente un valor que los psiquíatras solíamos reservar para nosotros.

Poco tiempo después Claudia se fue de alta, muy mejorada. Es habitual que en la asamblea semanal que hacemos con todos los pacientes y el personal quienes se van de alta esa semana se despidan y digan qué sintieron durante su estadía y qué sienten por irse. Claudia comentó lo bien que había sido atendida por todo el equipo; fue nombrando a cada miembro y lo que recibió de él; su mejoría y sus perspectivas de futuro. Finalmente dijo: «Hay algo muy especial que yo les agradezco, y es que cada uno me dio lo que tenía de su técnica, pero lo más importante es que todos me dieron mucho amor y que yo me llevo todo ese amor dentro mío.» Recuerdo otras respuestas de otras altas: «Usted lo mereció; es nuestra misión» (¡oh benefactores!). Esta vez dije: «Creo que eso es cierto: todos le dimos a Claudia mucho amor, pero *yo quiero también agradecerle a Claudia el amor que ella nos dio,* que nos hizo mucho bien a todos, nos ayudó a vivir mejor.» Nos miramos emocionados. Cuando levantamos la asamblea, Claudia se acercó para despedirse y me dijo (con un gesto hondo, parecido al de Eduardo): «Muchas gracias; de veras, gracias.» Estaba todo comprendido, no hacía falta más.

HÉCTOR JUAN FIORINI
Avda. de los Incas, 3295
BUENOS AIRES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. LAING, RONALD, y ESTERSON, A.: *Locura, cordura y familia.* México, Fondo de Cultura Económica, 1967.
2. COOPER, DAVID: *Psiquiatría y antipsiquiatría.* Buenos Aires, Paidós, 1971.
3. LAING RONALD: «Metanoia: algunas experiencias en el Kingsley Hall, de Londres». *Revista Argentina de Psicología,* II, 6, 1970.
4. BERKE. JOSEPH: «Entrevista realizada por Andrew Rossabi». *Cuadernos de Psicología Concreta,* núm. 3, Buenos Aires, 1971.
5. LAING, RONALD, y COOPER, DAVID: «Razón y violencia. Una década del pensamiento sartreano». Buenos Aires, Paidós, 1969.
6. LAING, RONALD: *Experiencia y alienación en la vida contemporánea.* Buenos Aires, Paidós, 1971.
7. COOPER, DAVID: «Alienación mental y alienación social». *Revista de Psiquiatría Social,* núm. 3, Buenos Aires, 1970 (transcripto de *Recherches,* París, 1968).
8. LAING, RONALD: «Los fundamentos existenciales: Fenomenológicos de una ciencia de las personas», cap. I de *El yo dividido.* Fondo de Cultura Económica, México, 1964.