

NOTA DE LAS EDITORAS

La traducción del artículo en sueco sobre Barbro Sandin ha sido realizada por Alejandra Mujica. Han participado en la discusión y revisión de esta traducción: Viviana Pereda, Carla Sandoval, Roberto Aceituno, Mónica Paredes y Vesna Stancic-Rokotov.

La traducción del artículo en francés de Gaetano Benedetti - Patrick Faugeras ha sido realizada por Viviana Pereda Ruiz, en colaboración con Maya Schlenker y Roberto Aceituno. La traducción del artículo en inglés de Christopher Scanlon y John Adlam ha sido realizada por Leonor La Rivera Vera, con el aporte de Javiera Erazo y corrección de Matías Sanfuentes.

La publicación de los textos ha sido autorizada por los autores. Cuando ha sido posible, se ha incluido las versiones publicadas en español de las referencias bibliográficas de los textos citados en el original. En algunos casos, las citas corresponden a la versión libre de los traductores.

ÍNDICE

ESTAR AQUÍ O ALLÁ	
Por Alejandra Mujica.....	7
¿QUÉ PODEMOS APRENDER DE BARBRO SANDIN?	
Por Agneta Sjöman.....	19
MARGINALIDAD Y TRASTORNO: EL DESAFÍO DEL ANTISOCIAL Y LA RESPUESTA DE LA SOCIEDAD	
Por Christopher Scanlon y John Adlam.....	55
LA LUCHA CON EL DEMONIO	
Por Gaetano Benedetti y Patrick Faugeras.....	71

ALEJANDRA MUJICA

ESTAR AQUÍ O ALLÁ¹

Para mí es importante la historia, lo que he vivido, recordarlo y no olvidar. Esta práctica ha sido también muy importante en el trabajo que he desarrollado y para comprender a las personas con quienes trabajamos en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén. A menudo, si escuchamos bien y observamos, reconoceremos algunos *asuntos* que nos transmiten sensaciones que nos pueden ayudar a entender mejor el sufrimiento mental de las personas con las que trabajamos. A veces no entendemos nada y quizás nunca podremos entender. Y es también difícil aprender a estar de este modo.

No es fácil para mí poner palabras a lo subjetivo, haciendo referencia a tal o cual marco teórico. Ni hablar de tal o cual autor. Lo que sí sé es que lo vivido, lo experimentado, lo que he aprendido hasta ahora, lo bueno, lo malo, los traumas y el exilio, me han dado herramientas y conocimientos para saber que lo que estamos haciendo con nuestros *pacientes* tiene sentido, me satisface y vemos que da resultados.

En lo profesional me parece que en lo más profundo, el trabajo con personas con trastornos psiquiátricos severos no cambia. Esté donde esté. Si bien aparecen nuevos paradigmas, modelos, grandes novedades y formas para hacer más efectivas las intervenciones, dar evidencia, poder demostrar y tener indicadores para probar los modelos. A la larga; sin embargo, cada uno tiene su visión del ser humano, sus valores y vivencias, hace sus experiencias, se equivoca, tiene éxitos y fracasos. Lo trabajado, lo vivido, lo experimentado, vivenciado y el estar con estas personas va a depender mucho de cada uno, del momento en que fueron sucediendo los hechos, el lugar y principalmente la historia

¹ Basado en un texto leído en el Seminario “Clínica de la psicosis, clínica de lo traumático” junto a Françoise Davoine, Jean-Max Gaudillière y Viviana Pereda. Realizado el 9 de mayo de 2013 en la Facultad de Medicina Universidad de Chile, Campus Sur. Hospital Barros Luco.

individual de cada quien. Quiero decir que aún me gusta lo que hago. Quiero decir que he visto pasar algunas de estas etapas y creo en lo que hacemos y por eso se los relato a ustedes. Tengo 62 años, soy terapeuta ocupacional desde hace ya cuarenta años. Nací en una familia y ambiente humanista, intelectual, solidario, bastante de vanguardia. Mi padre, Gustavo Mujica² fue psiquiatra, comunista, escritor y muy viajero. Mi madre, Fresia Toro³ asistente social en el hospital psiquiátrico al igual que mi padre como psiquiatra. Me crié rodeada de personas con trastorno psiquiátricos severos y pasé ratos acompañando a mis padres al psiquiátrico⁴ y al “Open Door”⁵, cuando éste existía, a distintas actividades recreacionales y fiestas de navidad.

Me titulé de terapeuta ocupacional el año 1972 e inmediatamente empecé a trabajar en el hospital para niños Roberto del Río, en el departamento de neuropsiquiatría infantil⁶ con el Dr. Sepúlveda y el Dr. Almonte. En Septiembre del año 1973, estando embarazada de 8 meses ocurre el golpe de estado, estando yo en periodo prenatal. Me avisaron que fuera al hospital para leer un cartel que había en la puerta de entrada donde se comunicaba en una lista las personas

² Gustavo Mujica Cervantes (1919 – 1978) Médico psiquiatra, escritor y político. Junto al Dr. Jordan y otros inició la primera deshospitalización en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y la Colonia Open Door de Puente Alto. Recibió el premio Municipal de Literatura por el libro *Las Campanas* en 1958.

³ Fresia Toro Varas (1919 – 2009) Asistente social del Instituto psiquiátrico Horwitz Dr. José Horwitz Barak.

⁴ Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

⁵ Hospital Psiquiátrico El Peral, ubicado en la comuna de Puente Alto, fue creado en 1982 como una Colonia “Open-Door” para recibir pacientes incurables del Manicomio Nacional (actual Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak)

⁶ El departamento de Neuropsiquiatría Infantil del Hospital Roberto del Río existió como una especialidad más del Hospital Infantil. Recibía niños y niñas de todo Chile, ya que era el único departamento que atendía niños con autismo y otras dificultades graves. Fue cerrado días después del golpe de estado. En ese momento era jefe el Dr. Mario Sepúlveda.

que habían sido expulsadas y no podían ingresar más al hospital. El departamento de psiquiatría fue cerrado, y creo que se abrió de nuevo hace muy poco.

Había militado en el MIR desde los 17 años. Mi marido Carlos también. Trabajé mucho en las poblaciones y con sindicatos. El 2 enero del año 1974 Carlos fue secuestrado y desaparecido. La búsqueda y la incertidumbre se imaginarán ustedes como era entonces. Carlos fue llevado a la calle Londres, después al recién inaugurado campo de concentración en Tejas Verdes, posteriormente al Estadio Chile⁷. Después de 3 o 4 meses “aparece” gracias a una serie de asuntos y circunstancias que no tiene sentido relatar aquí. También desaparece mi hermano, quien estuvo en 5 campos de concentración. Él partió a Londres después de un año de estar en esa situación. Mis suegros⁸, presos en Punta Arenas e Isla Dawson, después de casi 2 años fueron expulsados del país. En fin... una vez que Carlos fue dejado en libertad condicional y con nuestro hijo de cuatro meses, decidimos asilarnos y fue Suecia, mi segunda patria, el país que nos acogió y protegió.

INCLUSIÓN

Después de seis meses en Suecia empecé a trabajar como “practicante” de terapeuta ocupacional en el Hospital Regional Psiquiátrico Ulleråker, en la ciudad de Uppsala. Era el año 1975. Después de un año me permitieron trabajar como terapeuta.

⁷ Carlos Zanzi, “De horrores, exilios y violencias,” en *Golpe 1973-2013*, Santiago, Chile: Laboratorio Transdisciplinar en Prácticas Sociales y Subjetividad : El Desconcierto, 2013-2015.

⁸ Quica de Zanzi, *Mi memoria es mi verdad*, Punta Arenas, 2002.

En los años 70 hay un gran movimiento en Italia: Franco Basaglia y la desinstitucionalización de la psiquiatría. En el resto de Europa ocurre poco a poco el mismo proceso con diferentes énfasis y diferencias ideológicas.

En Suecia, el año 1975, en el Hospital Ulleråker había 1.400 camas. Era como una ciudad enorme; hoy en día hay en Uppsala cien camas y no existe aquel hospital. Psiquiatría existe como una especialidad más en el Hospital Regional Akademiska de Uppsala. Cada área territorial, cada consultorio tiene un equipo de salud mental y es el municipio, su departamento social, el que se preocupa de apoyar a las personas con dificultades, en lo laboral, la vivienda y lo social en coordinación con los equipos de salud.

Después de haber pasado por varias salas de Terapia Ocupacional, que entonces eran muy tradicionales y de actividades manuales, tuve el privilegio de incluirme en un equipo que trabajaba en el hospital de día, con un club de pacientes y también con los internos. Se iniciaba el proceso de desinstitucionalización y participé en la proyección y la concreción del primer equipo de rehabilitación que sale del hospital e inicio la sectorización⁹. Cuando aún estábamos en el hospital desde el 1979 al 1983, este mismo equipo trabajaba con una mirada y entendimiento de la psicosis nueva para mí. Nos supervisaba y trabajaba con nosotros Barbro Sandin¹⁰, terapeuta ocupacional de origen, asistente social después y finalmente doctora psicoterapeuta especializada en esquizofrenia. Ella es del grupo nórdico de vanguardia en este tipo de trabajo junto a Yrjö Alanen¹¹ y

⁹ El testimonio de este equipo fue recogido y publicado por Kia Sjöström, en el libro *Röster inifrån Psykiatrin* 1954 - 2009. Ed. BoD, 2013. (Voces desde dentro de la Psiquiatría 1954- 2009)

¹⁰ Ver el artículo *¿Qué podemos aprender de Barbro Sandin?* en esta misma publicación.

¹¹ Yrjö Alanen (1927), psicoanalista y terapeuta familiar finlandés. Profesor de psiquiatría de la Universidad de Turku, Finlandia. Entre otras publicaciones

Svein Haugsgjerd¹². En esos años participé en coloquios y seminarios que se realizaban en Suecia, Noruega y Finlandia junto a Gaetano Benedetti y otras personas que no recuerdo sus nombres. Fueron años muy enriquecedores.

Barbro iba una vez al mes a reunirse con nosotros, el resto del tiempo teníamos supervisión cada semana como grupo o individual con discípulos de ella. En ese entonces aún no salíamos del hospital. Es muy distinto trabajar entre cuatro paredes y protegidos dentro del hospital con pacientes muy graves que trabajar fuera de forma ambulatoria. Era un trabajo de muchos cuidados, con personas muy enfermas, estábamos preparados para realizar diversos tipos de contención, éramos conscientes de los movimientos internos y externos que una terapia intensa y cercana podía producir en cada persona.

Las supervisiones eran un privilegio en tanto facilitaban la comprensión y el desarrollo de los procesos de los pacientes como acción o reacción a la relación con cada miembro del equipo, incluyendo lo que despertaba en nosotros. La transferencia y contratransferencia. Cada persona, en el equipo era muy importante. El solo hecho de reunirnos todo el personal y terapeutas contribuía a la integración del sujeto.

Para mi desarrollo como persona y terapeuta ocupacional fue fundamental la supervisión individual de Staffan Gerardsson¹³, psicoterapeuta y el apoyo del equipo. Yo era exilada, extranjera, “cabeza negra,” “exótica” de pelo largo, con deficiencias en la lengua sueca. El encuentro, el contacto, el manejo con personas para quienes

es autor de libro *La Esquizofrenia, sus orígenes y su tratamiento adaptado a las necesidades del paciente* Ed. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis, 2003.

¹² Svein Haugsgjerd (1942), psicoanalista y psicoterapeuta noruego. Profesor en la Universidad de Aker y en la Universidad de Noruega.

¹³ Staffan Gerardsson, psicólogo, psicoterapeuta de la psicosis y supervisor. Ejerció en Uppsala.

yo era, en su mundo y en su delirio, una “diosa inca,” “maya,” “satanás,” “cabeza negra de mierda,” “exilada,” “saliendo de aquí y de allá” y “por qué yo tenía que estar allí y no volvía a mi país”. Me convertí en un recurso positivo para los distintos procesos que ocurrían, para entender a los pacientes, para mí misma y para comprender todos nosotros, el equipo, lo que significaba salir e irse a vivir a otro lugar, solos, sin redes, en exilio, etc; y ellos tratando de vivir fuera del hospital, en otro mundo. Eran personas que si bien las habíamos preparado lo más posible, para una vida más autónoma, otra cosa era concretar esta salida, nuestra y de los pacientes, al medio de ciudad. En una casa de dos pisos donde abajo funcionaba el equipo y la atención ambulatoria y arriba teníamos 8 departamentos con 8 jóvenes esquizofrénicos enfrentándose a otra realidad, otra cotidianeidad y además quedándose solos en la noche.

Les cuento esto porque después, entre los años 94 y 98, vine a Chile como cooperante sueca a trabajar entre otras cosas en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén, donde justo en ese momento se habían ganado dos proyectos FOSIS¹⁴, uno para el primer hogar protegido del área oriente de Santiago y la infraestructura para iniciar una Pizzería, hoy una panadería subvencionada por el Ministerio de Salud. Entonces, era Tessy Hunneus la Directora de la Comunidad. El hogar no tenía proyectado monitora de noche. Ese hogar aún existe, y existen tres más y una residencia; pero hay monitor de día y de noche. En estos años no se hablaba aún el Plan Nacional de Salud Mental¹⁵, que vino después del año 2000 a implementar algunas reformas.

Además, me enfrentaba a mi propio retorno después de 20 años de exilio, a la transición a la democracia y a un país con mucha desconfianza.

¹⁴ El Fondo de Solidaridad e Inversión Social, FOSIS, es un servicio del Gobierno de Chile, creado el 26 de octubre de 1990. Dependiente del Ministerio de Desarrollo Social.

¹⁵ MINSAL, Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, 2000.

Yo había cambiado, mi familia había cambiado, conflictos familiares históricos estaban congelados. A menudo, al llegar escuchaba: “ya poh que estai sueca Oh; ... en Suecia será así y ahora estai en Chile poh”.

Por suerte encontré pares en este grupo con quien compartir y estaban interesados en mi experiencia, me vieron como un recurso y fui muy bien acogida, no fue así cuando traté de acercarme a mi antigua escuela y colegas de la Universidad de Chile. Claramente me vieron como una amenaza.

Me salto atrás a otra experiencia inolvidable para mí y mi familia, cuando nos fuimos a Nicaragua entre los años 87 y 90, como cooperantes solidarios suecos. Lo cuento porque también tiene que ver con nuestro trabajo de redes y organizacional en Peñalolén. En plena revolución sandinista, el Ministerio de Salud de entonces decidió no reconstruir el psiquiátrico de Managua (la mazmorra del Dictador Somoza) y decidieron en cambio abrir Centros de Atención Psicosocial (CAPS) en todo el país. A Nicaragua fui a trabajar como terapeuta ocupacional en el CAPS de León. Mi misión fue iniciar el trabajo de rehabilitación con las personas con psicosis, ellos tenían ya apoyo económico y profesional de los italianos, con una mirada influida obviamente por la experiencia de Italia.

En Nicaragua no existía la terapia ocupacional. Había una necesidad enorme de la rehabilitación, en todos los ámbitos, en un país que había estado en guerra y bloqueado por los Estados Unidos por años. En esa época había mucha gente, profesionales voluntarios que llegaron a apoyar el proceso revolucionario de Nicaragua.

Allí tuve otro privilegio. Conocí a Marie Langer¹⁶, psicoanalista suiza, argentina, exilada en México, quien llegaba todos los meses, durante

¹⁶ Importante psicoanalista de América Latina. Nace en Viena, Austria y muere en Buenos Aires, Argentina. Se especializó en psicoanálisis en el Instituto de Formación Psicoanalítica de Viena. <http://www.psiconet.org/biografias/langer.htm>

una semana a enseñar, supervisar e instalar una forma de trabajo que fuera más efectiva que el diván, porque además existían enormes problemas como consecuencia de la guerra y muchas personas afectadas, con traumas y en duelo. Marie Langer tenía un equipo llamado México-Nicaragua, de analistas, médicos y psicólogos argentinos, mexicanos y chilenos. Ellos nos hacían educación continua para trabajar desde el ingreso en grupos, para después derivar a distintos grupos terapéuticos, trabajo individual o rehabilitación. Trabajábamos con personas con post trauma, combatientes, viudas y duelos. Fundamental era la comunidad y trabajo en redes con organizaciones que ya existían de vecinos, de excombatientes, de mujeres.

Después, de regreso a Suecia en 1990 y con la experiencia de Nicaragua, el trabajo con traumas de guerra, coincidimos con la llegada de los refugiados de las guerras Kosoalbana, Irán e Irak. Los mismos suecos van investigando y comprendiendo, confirmando, que muchas veces detrás del diagnóstico de la esquizofrenia ha habido algún trauma que ha tenido que ver con la segunda guerra mundial donde Suecia ya fue refugio para mucha gente. Además de todas las historias de incesto, violación, maltratos y abandono.

Las personas con este tipo de problemas son aquí y allá lo mismo, con sus historias y sus delirios, que si investigamos, escuchamos, y los vemos, ellos y ellas ponen en escena en la cotidianeidad información que nos va a decir mucho y podremos entenderlos mejor y ayudarlos a integrar. No los vamos a sanar de su psicosis, pero podemos comprenderlos mejor y trabajar junto con ellos y ellas de una forma más humana y aportar a su crecimiento y desarrollo. Y eso es lo que pasa en la Comunidad. Es un espacio donde el ambiente, lo cotidiano, el desayuno, el aseo, el jardín, el silencio, la interacción, el cocinar, el trabajo con la familia, nos va dando pistas y nos ayuda a avanzar y desarrollar procesos.

Sin embargo, este trabajo, en ese espacio, en el ambiente, el trabajo individual, el apoyo farmacológico no es suficiente, es mucho más complejo. Es necesario el trabajo de redes. Cada consultante tiene

familia, vecinos, pertenece a un consultorio o a un COSAM. Y a veces es vital encontrarnos todos para poder trabajar en conjunto con los distintos apoyos que se necesitan. No ha sido ni es fácil, pero hemos constatado que es vital para las personas involucradas ponerse de acuerdo en quien, quienes hacen las intervenciones necesarias para lograr procesos constructivos, sin competir, sin miedo, sin prestigio y por un objetivo común: la integración del individuo y su inclusión a nuestro mundo.

AGNETA SJÖMAN

¿QUÉ PODEMOS APRENDER DE BARBRO SANDIN?¹

“Contiéndeme, dice el niño.
Tú contienes – pero ¿cómo?”

Esta pregunta fue formulada en un poema de Gunnar Börjesson (Sandin; 1986) quien fue a terapia con Barbro Sandin, psicoterapeuta sueca de la psicosis conocida en todo el mundo. Me imagino que Gunnar Börjesson, él mismo es el niño a quien Barbro Sandin contiene. Su pregunta coincide con la mía: ¿cómo *contiene* Sandin a sus pacientes? Hasta el punto que ellos se atreven a realizar el arduo camino para salir de la psicosis y entrar en nuestra realidad común. ¿Qué es lo que podemos aprender de ella para que más pacientes puedan salir de su cárcel?

William Gottdiener y Nick Haslam demostraron, a través del meta-análisis de estudios significativos, que las personas diagnosticadas con “esquizofrenia,” como Gunnar Börjesson, se benefician de una psicoterapia individual y que de ésta obtenían más provecho que de la psicoterapia de apoyo. Además, que como grupo tuvieron mayor provecho de una psicoterapia psicoanalítica que de una psicoterapia conductual (Gottdiener, Haslam; 2002). Este análisis pone punto final a la discusión sobre cuál es la mejor forma de terapia, cuál es de mayor utilidad para los pacientes esquizofrénicos, enfocándose en el hecho de que las personas que sufren de esquizofrenia no son en primer lugar “pacientes esquizofrénicos” sino que individuos con necesidades individuales y deseos de cambio.

Las distintas orientaciones en psicoterapia ayudan a las distintas personas con diferentes tipos de problemas. Desde su larga

¹ Artículo original en sueco: Sjöman, A. “Vad kan vi lära av Barbro Sandin?” en *Revista Socionomen* 2008:1, pp. 1-20.

experiencia de tratamiento con la esquizofrenia, adaptado a las necesidades individuales, el psiquiatra y psicoanalista finlandés Yrjö Alanen concluye que “la psicoterapia individual psicodinámica es el método de tratamiento que más ayuda a los pacientes a reconstruir su personalidad”. Para obtener una recuperación total y estable, muchas de las personas esquizofrénicas necesitan, justamente, apoyo en esa reconstrucción.

Así termina el artículo *La Psicoterapia Puede Ayudar a Los Pacientes Psicóticos* de Rolf Sandell.: “en un estudio entre algunos veteranos de la psiquiatría Sueca, miembros de la RSMH², menos del 5% de ellos preferían tratamiento farmacológico, mientras que el 40% preferían el modelo sueco de terapia cognitiva, alrededor del 30% terapia psicodinámica y cerca del 20% la terapia cognitivo conductual” (Bragesjo, Clinton y Sandell; 2004). Rolf Sandell agrega: “por supuesto, si es que el paciente puede elegir” (Sandell; 2004).

Es hora de vitalizar el conocimiento y la experiencia de la psicoterapia psicoanalítica con pacientes esquizofrénicos, quienes por mucho tiempo han sido dejados de lado o ignorados. Para contribuir con esto es que junto a Leif Ericsson (Ericsson; 2004), entrevistamos a Barbro Sandin. Ella es una de las tantas psicoterapeutas suecas que desde un punto de vista psicodinámico ha trabajado con éxito con pacientes con esquizofrenia. Ha trabajado alrededor de 20 años, exclusivamente en esto. Y es quizás la psicoterapeuta sueca que más claramente ha expuesto su forma de trabajo.

² Agrupación Nacional Sueca de Personas, Usuarios y Familiares, en Salud Mental.

LAS CONVICCIONES DE BARBRO SANDIN

Comienza a trabajar como psicoterapeuta el año 1973 durante su práctica como trabajadora social en un sector de hombres en el Hospital psiquiátrico de Säter³. Su primer paciente, Elgård Jonsson, quien ejerce como psicólogo y psicoterapeuta, le envía una carta abierta que dice:

“Desde hace ya veinte años. Es como un cuento. Tú ibas a ayudarme con mi pensión. Era eso lo que estaba pensado. A cambio yo obtuve respeto, alguien que me escuchó y entendió mi enigma” (Jonsson; 1993).

Cuando Sandin llegó al Säter no tenía la formación formal en psicoterapia, pero desde la adolescencia y después, como madre de tres hijos y dueña de casa, leía muchas novelas, filosofía existencialista y psicoanálisis. De su primer tiempo, ella dice:

“Cuando empecé a trabajar como psicoterapeuta no había ningún método dentro de mí, pero yo tenía ciertas convicciones”.

Las *convicciones* son el sustento de su trabajo psicoterapéutico. Estas están formadas por un número de pensamientos básicos filosóficos, profundamente anclados en su propia experiencia de vida. Sin formación psicoterapéutica pero una visión consciente del ser humano, encuentra a sus primeros pacientes y aprende de ellos. Su visión del ser humano está basada en la *dignidad humana*,

“Para mí fue un shock cuando llegué al Säter, la total falta de respeto que había. ¡Así no se puede tratar a las personas! Y ese

³ Hospital psiquiátrico en la zona de Dalarna, Suecia. Funcionó entre 1912 y 1989.

sentimiento debe haber salido de un profundo sentimiento de valor por el ser humano, el mío propio y el de los demás”.

Ella sostiene en lo más profundo la convicción de que todas las personas tienen el mismo valor. Pär Lagerkvist, dice:

“yo nunca me he sentido superior a ninguna otra persona, y como consecuencia, tampoco minimizado. Yo me reconozco en eso”.

Desde su formación, su crianza religiosa - y de la liberación de ésta, ella mantiene consigo la convicción de que nosotros no podemos juzgarnos entre nosotros mismos.

“Está escrito en el antiguo testamento, la palabra de Cristo, en la prédica de la montaña, que nadie nos va a juzgar. Nosotros no tenemos derecho a juzgarnos entre nosotros. Podemos pensar y creer, sentir odio o rechazo, pero nosotros no debemos juzgar. En el cristianismo es Dios quien juzga, nadie más”.

Con el apoyo de Buber, Sandin se acerca a la psicología y encuentra palabras para la convicción de que las personas llegan a ser personas a través de la relación con otra persona.

“Cuando leí a Buber pensé que yo ya sabía esto de antes, pero no tenía palabras para eso. No tenía el lenguaje, pero yo ya sabía todo esto. Era justo esto lo que yo sabía en realidad: tu naces con – dice Buber - el deseo de relacionarte” (Buber; 1994).

En su estudio doctoral, investiga el mito del paraíso y deja de lado la interpretación de que el conocimiento aumenta el sufrimiento de las personas. Basándose en Dostoievski, Freud, Fromm, Kafka, Kierkegaard y Lagerkvist, concluye que “la comprensión profunda disminuye nuestro sufrimiento y aumenta nuestra libertad” (Sandin; 1990). Una mayor comprensión no solo nos da libertad sino también la necesidad de elegir, ella lo llama: “preso de la elección”. ¿Pero es libre

la voluntad? Cuando adolescente ella luchaba con esta pregunta, leía a Schopenhauer, y llegó al convencimiento de que la voluntad del ser humano está por debajo de su responsabilidad.

“De verdad reflexionaba con la pregunta de la libertad, de la voluntad y preguntaba a mi alrededor, y la gente me decía: ¡por supuesto! la voluntad es libre. Pero yo pensaba que era justo lo contrario. Si la voluntad es libre podría ser de cualquier forma, entonces podría ser cualquier cosa... poco a poco solucioné este problema a través del camino hacia la responsabilidad. Yo quiero que mi vida tenga responsabilidad, si no la vida no es mía, entonces algún otro la puede vivir”.

En las entrevistas ella vuelve a menudo a Heidegger. De él ha recogido los conceptos de “ser” y “ser en el mundo” (Heidegger; 1981).

“Creo que el deseo más profundo del ser humano es la voluntad de “ser”. Pero al mismo tiempo el ser humano tiene miedo de “el ser”.

“Nuestro camino hacia el mundo, es vía “el ser”. Cuando el niño a través de la relación con otro ser humano ha llegado a ser como persona – cuando él o ella “es”, él o ella quiere también poco a poco estar en el mundo – tomar lugar, verse, estar con. Pero el concepto “ser en el mundo”, Heidegger lo considera como la totalidad en la que nosotros vivimos, tanto nuestra vida real en conjunto con otros como nuestra vivencia que nosotros mismos somos partícipe de lo que nosotros llamamos “el mundo”.

Central en su visión del ser humano y su entendimiento psicológico de las personas, es la lucha constante con los conflictos internos. Allí donde quizás, en lo más profundo, se trata de ser o no ser en el mundo. El estar ahí, ser visible y claro, como uno más entre los otros en el mundo. O el no estar ahí, esconderse y hacerse invisible. Unido a este conflicto está por un lado, buscar comprender y vivir con responsabilidad, y por otro lado, el ansia de volver a lo más temprano

de nuestra infancia – el paraíso – el no saber y el liberarse de su propia responsabilidad. En su ponencia escribe: “Cuando la situación de vida se hace difícil, nos sentimos pequeños y desamparados. Nuestra vivencia de poder responsabilizarnos e influir en nuestra condición de vida y el mundo, se siente abrumadora. Entonces nos podemos sentir abatidos y con una impotencia tan grande que caemos rendidos a la tendencia de reprimir la realidad de la vida. Empezamos a cultivar las fantasías de liberarnos de la responsabilidad y de una existencia en el paraíso” (Sandin; 1990).

Me parece que lo específico de su trabajo es la consciencia y la coherencia que ella mantiene entre sus creencias y su trabajo psicoterapéutico.

LA VISIÓN DE LA ESQUIZOFRENIA

Su visión de la esquizofrenia y de las personas que sufren de esquizofrenia, está íntimamente relacionada con su visión del ser humano. Ella no está interesada en el debate de si la esquizofrenia es biogénica o está condicionada a lo psicosocial. Para ella, todos tenemos deseos de relacionarnos con otros y queremos tener un lugar en el mundo.

“Cuando me preguntan si la esquizofrenia se trata de herencia o del medio ambiente, siempre respondo que es hereditario ser un ser humano. Es hereditario y humano ser esquizofrénico. Pienso que sería muy interesante si alguien tuviera la claridad de cómo funciona el cerebro, pero para el encuentro del ser humano no es interesante”.

Cuando encuentra sus primeros pacientes esquizofrénicos lo hace, en primer lugar, desde la perspectiva que ellos, al igual que ella, son seres humanos. Ve el deseo escondido de relacionarse, la lucha por

visibilizarse y tomar lugar, y los intentos desesperados de salvarse al paraíso privado. Obviamente ella se puso más curiosa que miedosa:

“En el Säter uno no podía hablar con los pacientes. No se podía tener ningún contacto personal con ellos porque entonces se pondrían peor. Pensé que ese razonamiento tenía muchas fallas lógicas importantes. Si los pacientes podían estar peor con el contacto humano, también podían estar mejor con ellos”.

Barbro Sandin transgredió la prohibición de tomar contacto y se acercó a Elgard, un joven con diagnóstico de esquizofrenia que estaba internado administrativamente durante muchos años. El encuentro con él fue tormentoso pero enriquecedor y confirmó lo que ella suponía: Elgard se puso mejor con el contacto humano. Entre otras cosas, respecto a este encuentro y a la psicoterapia que continuó, Elgard escribió un libro que llamó *El príncipe loco* (Jonsson; 1986) y ella escribió, *El meollo de la cebra rayada* (Sandin; 1986).

Terminada su práctica en el Säter en 1974, obtuvo un cargo para trabajar tiempo completo como psicoterapeuta con pacientes con esquizofrenia. Ella fue supervisada por la psicoanalista Margit Norell.

La visión de la esquizofrenia de Barbro Sandin es existencial y psicoanalítica. Sus principales inspiradores dentro de la filosofía existencial son Buber y Heidegger, y dentro de la corriente psicoanalítica son Fromm-Reichmann, Laing, Piaget y Winnicott. Entiende la psicosis, siguiendo las palabras del psiquiatra y psicoanalista noruego Svein Haugsgjerds, como una expresión de los conflictos emocionales creados durante la historia de vida del individuo y sus problemas específicos (Haugsgjerds; 1990).

La regresión es un concepto central en su pensamiento. La persona esquizofrénica hace regresión hacia los estados más tempranos de nuestro desarrollo como individuos independientes.

“La esquizofrenia es una regresión, un regreso cuando no hay otra salida. Un colapso. Uno de mis pacientes, Marie, lo describe muy lindo en una pintura de como ella trata de entrar en el útero de nuevo, donde estaba bien, donde la existencia nos acogió en total congruencia con nuestras necesidades.... en su pintura tú puedes ver el sueño del paraíso”.

“Diferenciamos dos clases de regresión, la huida a un comportamiento infantil que nunca va a poder conducir a la madurez, y el regreso a lo más profundo de las capas de conciencia que reprime y desorganiza el material que está accesible para el trabajo psicoterapéutico”.

La esquizofrenia es la huida en pánico, que a través de la psicoterapia psicodinámica puede ser un retorno sanador.

El conflicto es otro concepto de la escuela psicoanalítica. El conflicto central de la persona esquizofrénica está en la duda de existir como individuo. Como YO. Cuando el sueño del paraíso no se cumple, Marie cae en su conflicto. Con su cuadro nos muestra también el miedo y la rabia que ella siente cuando se hace estrecho, encerrado, sola ahí dentro del útero:

“En el útero estuvimos una vez limitados. Uno podía esperar ahí dentro y estar contenido. Pero entonces uno cae ahí y se hace estrecho. En la pintura de Marie se ve la rabia en las manos y en los pies, cómo ella pateaba y golpea con toda su energía”.

Apoyándose en Piaget, destaca el vínculo cercano entre el desarrollo emocional y, por otro lado, lo perceptual y lo cognitivo. La regresión emocional trae consigo la percepción y lo cognitivo. Es esto lo que se muestra en los síntomas psicóticos. No solo tienen una parte emocional sino también sensaciones confusas y muy difíciles de manejar y trastornos del pensamiento.

“¿Cómo crees tú que podrías pensar y sentir si no tuvieras la información correcta de tus sentidos y tuvieras completamente otra información? ¿Lo que tú sentiste podrías llamarlo ideas falsas?”.

El tercer concepto psicoanalítico importante en su perspectiva, es la defensa. La regresión es una defensa, la represión es otra. En su defensa de tesis, Barbro Sandin explica lo difícil que puede ser el intentar reprimir:

“nos arriesgamos a ser dirigidos a control remoto por el olvido” (Sandin; 1990). Las personas con esquizofrenia experimentan que ellos son controlados a control remoto. La experiencia dolorosa de “lo olvidado”, tiene por objeto defenderse, dejar de lado un mundo externo lejano, que se hace recordar desde esa perspectiva.

De Winnicott ha buscado el concepto de verdadero y falso yo (Winnicott; 1993). Cuando en nuestra primera infancia la nascente experiencia de nuestra propia persona no es reafirmada y reconocida, se nos obliga a desarrollar un falso yo, adaptándonos para responder a las exigencias de nuestro entorno. En las personas que sufren esquizofrenia, el verdadero yo está escondido o es demasiado pequeño, es muy frágil – pero vivo. Con una pintura muy decidora reflejaba uno de sus pacientes que él tenía su yo sano, su verdadero yo – “yema de huevo” – escondido y protegido “en un frasquito de vidrio en el bolsillo”.

Barbro Sandin exclama:

“¡La esquizofrenia es una defensa frente a la invasión, una defensa del verdadero yo! A través del quiebre del yo en uno verdadero y otro falso, la persona que sufre de esquizofrenia no puede sentirse como parte de nuestro mundo en común, con su Yo verdadero no puede ser en el mundo. Excluida, sola, escondida, ella puede esperar a que alguien la descubra y la guíe de nuevo al mundo”.

Barbro Sandin es una de esas guías.

PROCESO PSICOTERAPÉUTICO

En el proceso psicoterapéutico con personas esquizofrénicas describe tres fases: La fase de la vinculación, la fase de la elaboración y la fase de la separación. Pero para enfatizar lo especial de su trabajo de psicoterapia psicodinámica, las llamaré: el cortejo, el relato y la reparación. El método va seguir el desarrollo normal, el crecimiento del niño en el mundo.

“Cuando tú trabajas con una persona que está en una regresión profunda, debes preguntarte todo el tiempo: ¿cómo fue cuando yo crecí en este mundo?”.

Las herramientas terapéuticas son las herramientas de la psicoterapia psicodinámica: escuchar, preguntar, reflejar, confirmar, contener, aclarar, a veces confrontar, y poco a poco, interpretar moderadamente. El trabajo con la transferencia sucede en las terapias de Barbro con los pacientes esquizofrénicos principalmente dentro del terapeuta.

Un encuadre claro y bien definido es una condición para el trabajo. Pero debe en mayor grado que en otras terapias, y con otros tipos de pacientes, cambiar durante el tiempo y adaptarse a las crisis de desarrollo que son inevitables. Una condición es que las terapias tomen el tiempo que el paciente y el terapeuta necesitan.

CORTEJO

“¿De qué forma se pueden encontrar posibilidades para un encuentro humano, que no se parezca a ninguno de los encuentros anteriores, de los que uno ha tenido en la vida? Los pacientes del Säter no podían compartir mi mundo. Eso yo lo sentía. En ese caso,

si había algo que compartir, era el mundo de ellos. Y entonces me llegó ese sentimiento natural de adaptación...”.

Para tomar contacto por primera vez no hay ningún encuadre listo. No hay receta. El contacto se crea a través de la adaptación del terapeuta al paciente. He tomado el concepto, “el cortejo” de Bjorn Vikstrom. Él escribe: “Ésta es una fase difícil en el trabajo y a veces hasta imposible. Acercarse con respeto a una persona que ha renunciado a tener contacto. Encontrar una forma de estar en contacto, de estar juntos, sin el temor de ser omnipotente... Este momento del “cortejo,” cuando se trata de exponerse al paciente, de tal forma “que aparezca el agrado o el gusto” puede verse de distintas formas” (Vikstrom; 2005). Ella relata en este punto de la entrevista varias situaciones: Elgard había estado muchos años en el Säter y cuando ella lo encontró, él estaba mutista. El cortejo empezó cuando ella tomó la iniciativa de hacer paseos diarios con él en el parque.

“Ya que Elgard no hablaba, no había ninguna razón para que yo hablara. Sentí intuitivamente que habría sido demasiado doloroso para él. Si él quería silencio, él tendría silencio. Él era quien ponía los límites de cómo sería la comunicación. O sea, era una simple comunicación a través del estar juntos. Nosotros caminábamos y caminábamos.”

Hacía varios años que Mats estaba siendo cuidado en una institución. Él vio el reportaje “Revolución en el Säter” en la televisión, que se trataba de Barbro Sandin y sus compañeros de trabajo. En el reportaje ella se había expuesto de tal forma, que a él le gustó. Desde su pertenencia local de salud, Mats obtuvo apoyo para ir a psicoterapia con ella.

“Mats era Che Guevara. Él iría a Bolivia para salvar a los reprimidos. Vino a verme, quería aprender sobre la revolución. Ok, dije yo. Y así estuvimos durante largo tiempo”.

En el primer encuentro con Sven, él había recién ingresado en el Säter. Estaba muy temeroso y alucinaba intensamente.

“Cuando Sven entró al cuarto, pensé que yo sería una voz más, mezclada con las otras voces, no tendría ninguna importancia.

Le grité: ¡anda a acostarte! Porque si él está acostado no me puede pegar. Él caminó como un robot y se acostó.

Le dije: yo me llamo Barbro Sandin y acostumbro a conversar con los pacientes. Si tú quieres, puedes venir a verme.

Entonces, le pregunté: ¿cómo te llamas?

Él dice: Jesús.

Yo le digo: ¿qué hace Jesús en el Säter?

Entonces, él puede poner palabras al miedo.

Él dice: Estoy nervioso, tengo 27 años y tengo tres años más para vivir y tengo que eliminar el pecado.

Lo tomé de la muñeca y le dije: oye tú, tienes 6 años más para vivir porque Cristo no fue crucificado hasta que tuvo 33 años. En 6 años nosotros podemos eliminar el pecado. Le dije eso, porque coincidía con la historia de la crucifixión de Cristo y porque yo sé que así se habla con una persona que está confundida, un niño o con una persona completamente desesperada”.

Cuando el primer contacto está establecido, cuando el deseo del paciente por una relación se ha hecho más fuerte que el miedo a la intromisión, se puede introducir el encuadre psicoterapéutico. Durante un paseo, Elgard rompió el silencio y le contó un sueño a Barbro Sandin. Ella no comentó, ni interpretó, pero le propuso que se encontraran en su sala. Le dio horas y él las cumplió puntualmente:

“entonces sucede lo increíble, que hay solamente ira, pura rabia. Elgard ha dicho esto muchas veces después. Cuan agradable fue para él poder entrar y mirarme, él podía salir y entrar, cerrar de nuevo la puerta, dar portazos y volver a entrar a los diez minutos después. En fin, él fue quien puso las condiciones. Yo no. No la

psiquiatría. Y yo, estaba más bien muerta de la risa. Ahora, esto no suena muy académico... lo importante es dejarse inspirar desde el psicoanálisis aunque inicialmente no podemos entender”.

El encuadre de tiempo y espacio que ella crea con el paciente, está inspirado en el psicoanálisis. Tiempos regulares, un ritmo y ningún límite en la duración de la terapia. Es ella quien propone la frecuencia de las sesiones. Al principio, varias veces a la semana. Pero; sin embargo, es el paciente siempre el que determina esta frecuencia. Si alguien no quiere venir a menudo, está bien. Se hará de forma más distanciada.

Gunnar nunca quiso venir seguido. Ni siquiera al principio. Quería venir solamente de vez en cuando y así lo hicimos por muchos años. En las sesiones se usa siempre la misma sala. El paciente se tiende en la “cama” con todas las frazadas y cojines que quiera. Barbro Sandin se sienta en su silla al lado de la cabecera de la cama.

“Yo los tengo a ellos tendidos así, porque así ellos no tienen que sentarse, ni mirarme, no tienen que sentirse observados. Entonces, casi siempre están así tendidos. Es menos exigente. Ellos eligen si quieren o no contacto conmigo. Si quieren contacto visual ellos dan vuelta su cabeza hacia mí”.

Como en otras terapias, es ella la que manda en el encuadre que ha creado con el paciente,

“yo tengo mis límites. Si ellos no llegan a su hora, no pueden culparme a mí y venir en cambio a otra hora. No, ellos no lo pueden hacer. Ese es el acuerdo”.

Al inicio, es el paciente el que manda en el encuadre. Durante el tránsito entre el cortejo y la fase del relato, él puede solamente “ser”.

“La idea es que ellos puedan descansar. Ellos no necesitan preocuparse por mí. Yo me siento y tejo. No tiene importancia,

da lo mismo, solamente que ellos estén tranquilos. No se debe hacer intromisión en ellos. Hay que tener cuidado con la yemita del frasco en el bolsillo mientras ellos están psicóticos. Entonces, solamente a escuchar”.

EL RELATO

En la defensa doctoral de Barbro, Svein Haugsgjerd constata que “la reconstrucción del desarrollo de la vida, en conjunto con el paciente, es una parte central en el trabajo terapéutico” (Haugsgjerd; 1990).

Por supuesto que esto tiene que ver con su convicción de que el conocimiento de nosotros mismos y de cómo nosotros hemos llegado a ser lo que somos, disminuye nuestro sufrimiento y aumenta nuestra libertad (Sandin; 1990).

Haugsgjerd problematiza el trabajo de la reconstrucción del desarrollo de la vida, a través de la pregunta: ¿cuál es la historia de vida que está buscando? ¿La historia de verdad objetiva?, ¿el relato subjetivo del paciente?, ¿un relato que es posible para el paciente vivir o el desarrollo de la vida que el paciente va creando en el proceso de terapia? (Haugsgjerd; 1990). Ella se interesa por todos los aspectos de la historia de sus pacientes y su situación actual.

“La regresión del paciente hace que el entonces y el ahora se mezclen. Se puede decir que el contacto con la capa infantil reprimida tempranamente hace que el entonces sea ahora, justo en el momento, en la sala de la terapia. En el ahora, toma el entonces consigo todo el dolor, las deficiencias, impulsos de toda clase, nos invaden. Al mismo tiempo que el terapeuta está ahí. Una diferenciación de este revoltijo se hace posible sólo si como terapeuta se toma su tiempo y da seguridad. Una seguridad total”.

El punto de partida es el relato subjetivo del paciente esquizofrénico. La proyección psicótica de su historia y su situación de vida. En otras palabras, la única historia que en ese momento es posible vivir para el paciente. Pero también, es importante ser cuidadosos en buscar “la historia objetiva verdadera,” al principio del contacto. Ella entrevista familiares, lee las fichas clínicas y escucha informes orales del personal. Con ayuda de todas estas historias distintas, su visión del ser humano como base y su formación psicoanalítica; formula hipótesis, que cuidadosamente va probando con preguntas a los pacientes.

“Los pacientes saben, nosotros no sabemos”.

Nos llama a que tengamos mucho cuidado con las interpretaciones y toma clara distancia del “análisis directo” del psiquiatra y psicoanalista americano John Rosens. Que con palabras de Svein Haugsgjerd, tiene como objetivo “darle al paciente una historia de vida que él o ella nunca ha tenido” (Haugsgjerd; 1990).

“Y esto lo aprendí al revés y al derecho: no vayas nunca con interpretaciones a un paciente psicótico. Ten tú las interpretaciones que tengas, pero nunca vayas a ellos con ellas. Los esquizofrénicos viven en un mundo que tú no entiendes... tienes que preguntarte todo el tiempo: ¿dónde está el límite para la humillación?”.

La transferencia positiva al terapeuta toma energía de las buenas experiencias de vida de los pacientes, apoya la relación terapéutica y se interpretará recién, cuando el paciente ha salido de la psicosis, si es que esto ocurre. La transferencia negativa, acentúa Gaetano Benedetti - entre otros - tiene por el contrario que interpretarse siempre - sino se aventura toda la psicoterapia (Koehler; 2003) y en esas situaciones Barbro interpreta:

“él me golpeó, pero yo lo golpeé de vuelta y grité: ¡no es a mí a quien tienes que golpear! Y después nunca más me golpeó”.

El punto de partida para la psicoterapia es como en todas las psicoterapias psicodinámicas, en el “encuentro” - como dice Buber - en el profundo encuentro humano que emana desde la nostalgia recíproca del paciente y del terapeuta por una relación. El encuentro es una necesidad pero no una condición suficiente para la psicoterapia. Para que la psicoterapia de energía al paciente para poder salir de la psicosis y continuar su vida, se requiere que el terapeuta oscile entre los dos mundos que Buber describe (Buber; 1994).

Buber dice algo muy bueno y es que el destino del ser humano es vivir junto a otro. Un aspecto del estar con otro es que tenemos derecho a ver todo objetivamente, analizar, revisar e investigar. Otro aspecto es que nosotros encontramos a un ser humano y entonces él es un sujeto. Objeto, sujeto. Es el destino del ser humano vivir permanentemente observando y experimentando al otro. Subraya que como terapeuta, se debe oscilar en el “encuentro,” entre vivir y entender intuitivamente al paciente, y como el investigador, observar y anclar teóricamente y explicar el paciente. Para que sea liberador, nuestras intervenciones terapéuticas deben estar ancladas tanto en el encuentro como en la observación.

Desde sus convicciones, que el ser humano es un ser buscador de conocimiento y que la esquizofrenia se basa en experiencias inmanejables hasta ahora, Barbro Sandin hace las preguntas y desde allí da dirección al paciente en su empeño de entenderse a sí mismo. El relato que ella y su paciente elaboran, quiero decir, el relato del desarrollo de la vida en el que la reciprocidad entre ellos se crea, dentro del proceso terapéutico, es el relato subjetivo del paciente, que ha crecido desde el diálogo con el terapeuta.

“Quizás tengo una forma natural para decir: ¿qué hace Jesús en el Hospital Sater?”. Eso no era nada especial para mí, con mi formación bíblica, quizás me di cuenta de que la gente estaba demasiado dispuesta a llevar de vuelta a los pacientes a un idioma racional, que es bastante aburrido por lo demás... Sí, yo pude hablar ese otro lenguaje. Pensé que no había ninguna razón

de devolverle a la gente con nuestro lenguaje. Pensé que eso era humillante”.

“Terapia de sumergir” es la denominación que los pacientes le dan a una técnica y que algunos de sus pacientes pueden utilizar durante la etapa posterior de la fase del relato. Sonja Levander y Johan Cullberg, quienes han entrevistado a cinco de sus pacientes, escriben: “En la terapia de sumergimiento, que se puede describir como una especie de creación libre de imágenes internas, el terapeuta deja a sus pacientes, que están tendidos en el sofá, encontrarse con sus mundos internos. Algunas pocas preguntas parecieran ser el único apoyo que ella les brinda”(Levander, Cullberg; 1994) y Barbro Sandin confirma:

“Poco a poco algunos de los pacientes quieren solamente estar tendidos, tranquilos y dejar que el mundo interior pulse. A veces están callados. A veces hablan tan bajo para sí mismos que casi yo no los escucho”.

Es el paciente el que decide si comunicar o mantener para sí mismo sus imágenes interiores, así como también, cuan largo y profundo quiere llegar en su relato.

“No es seguro que ellos quieran mover demasiado las cosas. Nosotros no podemos saber cuan asustados están del mundo”.

“El relato que en reciprocidad se crea entre paciente y terapeuta, tiene que ser por supuesto un relato que se trate de “*ser en el mundo*”, no mucho más que eso, ni más profundo que eso”.

No es el relato intelectual que va a reestructurar el cerebro. ¡Es lo experimentado en terapia lo que va a liberar! Entonces es entonces. Ahora es ahora. El tiempo cronológico lo hemos conquistado. Ahora - ahora, se puede estar el mundo.

REPARACIÓN

¿Quizás se reconocían mutuamente Barbro Sandin y Mats? Mats quería ayudar a los reprimidos en Bolivia y Barbro Sandin quería levantar a los reprimidos del Säter.

Su trabajo de apoyar al paciente para que en su interior repare su “yo sano” y se atreva a “ser en el mundo,” fluye como un hilo rojo a través de la terapia. Primero a través de la relación con ella y sus compañeros de trabajo, y luego, poco a poco, también fuera de la terapia, en relación a la familia y a los otros cercanos, en contextos más grandes como la escuela o la vida laboral.

Sandin formula el objetivo de la terapia:

“Los pacientes comparten totalmente nuestro mundo. La magia los deja”.

“Ellos llegan a un mundo común. Estudian, trabajan y viven bajo las mismas condiciones difíciles como nosotros. Sin huir”.

Durante la fase del cortejo y la fase temprana del relato, deja a sus pacientes tener su “verdadero yo,” la pequeña y frágil “yema de huevo,” protegido “en un frasco de vidrio en el bolsillo”. Pero, poco a poco, es hora de sacar ese frasco del bolsillo, sacar la yema del huevo y dejarla crecer en el encuentro con el terapeuta y con todo el personal. Poco a poco es hora de tomar un lugar en el mundo fuera del hospital.

A mi modo de ver, la fase de reparación se inicia en el momento cuando el paciente ha conseguido en parte un punto de apoyo en su nuevo relato y puede vivir sin la psicosis. La responsabilidad principal por la reparación, que antes estaba en manos de Barbro Sandin y en el resto del personal, pasa entonces al propio paciente. Barbro Sandin empieza a exigir a los pacientes tomar distancia de la psicosis:

“... y entonces me entero de que Nisse piensa que nació doncella. Eso para mí fue un shock. Le dije: Nisse, nosotros no trabajamos con nacidos vírgenes. Ahí está la puerta... Yo respeto que él es un nacido virgen, ese no es mi asunto, pero yo no trabajo para nada con nacidos vírgenes. Si los pacientes en la psicosis creen que nacieron doncellas es otra cosa, pero después de tantos años de terapia...”.

Poniendo exigencias, ella muestra su fe en que los pacientes tienen la capacidad de vivir en la realidad y tomar responsabilidad por su vida - ser uno con los demás en el mundo. Esto puede dar una nueva materia al relato, hace posible profundizar en el entendimiento de sí mismo y en una elaboración de los problemas de la vida:

“Nisse se detuvo y dijo *“yo tengo tanto miedo al papá”*.”

Durante la fase del relato, los pacientes también tienen que construir nuevas relaciones afuera en el mundo:

“Tomás quería encontrar una mujer. Llegamos al acuerdo de que ir a un curso de baile no era tan tonto... él está sano, él trabaja como jefe de obra. Va a un curso de baile. Va a dos. Va a tres cursos de baile y habla mucho de eso. Va a un cuarto curso de baile y le digo: ¿pero cómo? ¿Qué hay de especial con los cursos de baile? Él responde: sí, es que ahí está todo predispuesto, tú sabes, uno cambia parejas, uno no necesita nunca invitar a nadie.

Cuando él ha ido a su sexto curso de baile le digo: Tomás, tú no puedes venir aquí y decirme que has ido al séptimo curso. No lo puedes hacer. Entonces, tú no vas a venir. Te irás. No vengas a decirme que vas al séptimo curso, ¡porque entonces terminamos con esta terapia y te las vas arreglar lo mejor que quieras!”.

Me pregunto cuán común es que los pacientes rompan su terapia justo en este punto.

“No es nada de común. Nunca ha habido alguien que lo haya hecho. En este punto hay un vínculo tan fuerte hacia mí... poco a poco Tomás invita a alguien y forma una familia”.

El “timing” es tan importante en la terapia con pacientes esquizofrénicos como con pacientes con otros problemas. Pero Sandin no habla de “timing” sino de nunca humillar:

“Uno tiene todo el tiempo que ir probando: ¿dónde está el riesgo para la humillación?”.

Durante la fase de reparación, la terapia se va distanciando. No hay una regla para el término a menos que el mismo paciente lo desee. Expresándolo en un lenguaje médico, y prestado de la psicoterapia cognitiva, se puede decir que los pacientes de Barbro Sandin son siempre bienvenidos a volver para un “booster” . Barbro Sandin lo expresa de forma más simple:

“Los pacientes siempre tienen la libertad de volver. Hay que recordar que ellos han vivido en un mundo totalmente aislado. En la soledad más absoluta”.

Ann Louise Silver, psicoanalista americana, colega de Barbro Sandin, dice que la psicoterapia con pacientes esquizofrénicos condiciona una especie de “adopción” (Silver; 2006). Barbro Sandin “adopta” realmente a sus pacientes. Ella dice: “Los pacientes deciden, ellos mismos, cuan a menudo quieren venir. La mayoría viene unas dos veces al año... yo les digo que en la medida en que esté viva, pueden usarme siempre. Si tú quieres y mientras yo tenga mi razón y el cerebro me funcione... si tú quieres terminar ahora, lo decides tú... yo no tengo reglas para esto.

“La psicoterapia con la psicosis se parece a lo parental. El paciente como los niños se las arreglará solo cuando el terapeuta/madre, padre a causa de su jubilación, enfermedad o muerte ya no esten accesibles: ¡los pacientes van a terapia para independizarse!”.

BARBRO SANDIN CONTIENE. PERO, ¿CÓMO LO HACE?

En una de nuestras conversaciones ella explota:

“¡Yo también podría haber sido esquizofrénica!”.

Entonces, recordé las palabras de Yrjö Alanen en una gran conferencia de IISPS , en Madrid el año 2006. Decía:

“para entender a los pacientes esquizofrénicos el terapeuta necesita - durante su formación - tener un genuino interés por esos pacientes. Tener capacidad empática y *acceso a su propio inconsciente. A la esfera psicótica*. Esas propiedades, arman al terapeuta, para poder contener la angustia de los pacientes y entender que el pensamiento concreto regresivo tiene un contenido simbólico” (Alanen; 2006).

Sandin posee justamente esas propiedades. Sin reserva ella se identifica con sus pacientes. Toma sus angustias y descubre el mensaje oculto en sus síntomas. En primer lugar, ella no los ve como “esquizofrénicos” o “pacientes” sino como su prójimo. En el fondo más parecidos a ella. Esta forma de verlos pareciera ser obvia pero, y lo que aún domina en la psiquiatría sueca, en la cultura médica, no es así. A menudo se permite que el diagnóstico oculte al ser humano. Sin embargo, Barbro Sandin es radicalmente distinta a sus pacientes esquizofrénicos. Esto tiene que ver con “*ser en el mundo*”. Ella aclara:

“¿qué es lo que los esquizofrénicos no pueden? Ellos no pueden “Ser”.

Ellos se balancean por un delgado pasadizo entre existir y no existir. Ellos tienen que usar toda la vida para tratar de existir. Vulgarmente hablando se puede decir que necesitan un molde que se atreva a “*ser en el mundo*”.

Barbro Sandin se atreve a ser en el mundo. Me atrevo a sostener que es una característica especial de ella: se ve, toma lugar, participa, influye y conduce. Pero es en este contexto realmente importante que ella se atreve a estar convencida de que sus pacientes esquizofrénicos, con su ayuda, tienen la capacidad de salir del estado de retiro y llegar a nuestra realidad en común.

A pesar del escepticismo y ataques del entorno, Barbro Sandin ha mantenido firme la convicción de que la esquizofrenia no es una enfermedad inmejorable con desarrollo crónico sino que un estado de extremo aislamiento y que a pesar de los daños que puedan haber o factores de sensibilidad hereditarias, se puede salir. Con su convicción, su confianza total, ella ha impregnado con valentía y esperanza a sus pacientes.

En *El meollo de la cebra rayada*, escribe:

“sólo a través de prestar nuestra confianza al paciente – solamente entonces el paciente puede empezar a creer en la posibilidad de una vida viva” (Sandin, 1986).

Su acérrima confianza en su propia capacidad y en la de los demás de poder salir de situaciones insoportables, Barbro la conquistó tempranamente en su vida.

Ella debe haber sido una persona con una voluntad muy fuerte desde pequeña, ya en la edad preescolar midió sus fuerzas con un padre igualmente fuerte, y más adelante en la adolescencia, en el grupo de la iglesia donde creció.

Después de la medición de fuerzas con su padre, Barbro Sandin tuvo ayuda de su abuelo para “cicatrizarse la herida”. Ella experimentó muy tempranamente que la “psicoterapia” ayuda.

“Para trabajar con los esquizofrénicos uno tiene que haber tenido una infancia dura y trabajada. Algo que uno sobrevivió”.

Para la relación terapéutica es decisivo que Barbro Sandin se pueda identificar con su paciente esquizofrénico sin perder la sabiduría de que se puede salir de eso al mundo. Con ayuda de esa convicción el terapeuta se atreve a poner exigencias al paciente. Barbro Sandin dice:

“yo sé que es terriblemente traumático, es como salir al desierto... pero uno lo tiene que hacer cuando se trata de la existencia”.

Barbro Sandin es conocida por ser confrontacional y exigente con sus pacientes. Ella puede serlo, respetuosamente, solamente porque tiene como base una tremenda confianza en los pacientes.

Como dije antes, Sonia Levander y Johan Cullerg entrevistó a cinco de los pacientes de Barbro Sandin (Levander, Cullberg; 1994). Ellos dan ejemplos tanto de su estilo confrontacional, como de sus lados más suaves. Las citas que continúan son parte del artículo de Levander y Cullberg, traducido para este texto: cuatro de los cinco pacientes dan ejemplos de que Barbro Sandin en algunos momentos tiene un manejo confrontacional:

- “En la terapia ella era durísima, iba directo al grano: ¡ahora te voy a decir a ti cómo fue realmente crecer como tú lo hiciste!”.

- “Como persona ella era un poco dura. A veces ella tuvo sus arranques. Se enojaba cuando yo no entendía la relación con lo que había pasado en la casa. Ella me gritaba... y presionaba un montón...”.

- “La terapia era una lucha desde el primer momento... yo me senté y ella me dijo ¡acuéstate!, después ella puso su rodilla en mi pecho apretó mis manos hacia atrás, así yo no me podía levantar. Si no, yo me hubiera arrancado. Era la única forma de someterme totalmente... todas las defensas... ella me preguntó si yo quería ser como los otros crónicos en el hospital. Entonces si yo no quería tenía que cooperar con ella”.

- “Se debe ser realmente cuidadoso con su terapia... ella era exigente y ponía límites... no se tenían tantas oportunidades... no se podía salir de parranda a tomar una cerveza y eso...”

Esos cuatro pacientes eran hombres. La quinta, una mujer, no dio ningún ejemplo del estilo confrontacional y duro de Barbro Sandin:

- “Ella no era tan exigente. No me preguntaba por mis progresos. Eso vino después. Era suficiente con que yo hablara. Ella no pedía nada a cambio... como que yo fuera social, que me lavara, o ese tipo de cosas...”.

Pero a esta mujer, Barbro Sandin también le puso exigencias:

- “Las exigencias vinieron de a poco. Ella dejaba que todo tomara su tiempo”.

Los hombres también contaban lados más suaves de ella:

- “Más adelante ella se ablandó un poco... ella tiene humor... humor negro...”, “pero ella era feliz y estimulante cuando yo luchaba”.

- “Yo acostumbraba acompañarla cuando iba a cazar cangrejos... y la iba a ayudar a la casa. Era lo más natural...”.

- “Al principio caminábamos en el parque solamente...”.

Al parecer Barbro Sandin tiene una capacidad intuitiva de adaptarse a las necesidades cambiantes de los pacientes. En particular, identificar cuando se necesita contener y cuando ser valiente y exigente. Su humor... *vierte aceite a las olas* y esto les hace más fácil a los pacientes aguantar el dolor.

Barbro Sandin se ve a sí misma como persona y terapeuta más paternal que maternal. De sus éxitos y de los relatos de sus pacientes, Sonia

Levander y Johan Cullberg, concluyen que:

“pareciera que hubiera la necesidad de un complemento a lo contenedor, los cuidados y la *función materna*, que a menudo se describe como básica para una psicoterapia exitosa con pacientes esquizofrénicos” (Levander, Cullberg; 1994).

Inspirada en Winnicott, escribe sobre “los elementos masculino y femenino en los hombres y las mujeres” (Winnicott, 1991). Barbro Sandin habla de los principios de madre y de padre:

“El principio de madre es amar porque el individuo existe, no porque es habilidoso o hermoso. ¡el confirmar y amar, comprende lo que el individuo necesita para existir!. El principio paterno es señalar que yo creo en tu capacidad... que si yo exijo algo de ti, te va a ir bien”.

El terapeuta tiene que tener la capacidad de intercambiar entre estas dos formas de manejo. Solamente entonces, ella puede apoyar al paciente a atreverse a salir a nuestra realidad común, y en el sentido de Heidegger, estar y actuar al mismo tiempo en el mundo.

De sí misma como persona y como terapeuta, dice:

“yo no creo que tenga demasiado principio de madre, yo tengo lo maternal más como una *madre primitiva tiene*... una especie de protección basal total. Yo no soy especialmente cuidadosa pero soy bastante luchadora por al que le están haciendo daño. Como una leona protejo yo de mis hijos”.

Y como una leona Barbro ha peleado por sus pacientes, tanto en contra de la energía autodestructiva de ellos como en contra de las rutinas destructivas del hospital. Los pacientes sienten a Barbro Sandin como esa madre primitiva luchadora y es por eso que ellos, en algunos momentos, soportan sus duras exigencias. En aquellas luchas

ella ha sobrepasado a veces el encuadre que uno acostumbra a tener en psicoterapia. Claramente cuando ella, para evitar que la terapia se rompiera dejó a su paciente Elgard vivir en su hogar, es decir, permite *salidas del encuadre*, no es algo que ella recomiende. Pero no hay ninguna duda que fue bueno para Elgard.

Volvía a menudo a que jamás se debe humillar al paciente, que siempre se debe captar dónde está el límite a la humillación, que solamente es el paciente quien sabe.

“Yo estoy allí a la hora... Dejo a los pacientes decidir... cuando Erik empieza a golpear, yo golpeo de vuelta, lo que ellos hagan, tiene un límite... en la contención, allí comprende el respeto y el respetar los mundos del paciente. Los esquizofrénicos son distintos, no es seguro que ellos quieran mover mucho los asuntos, yo respeto eso entonces. La contención no se trata de exponer al paciente a preguntas que uno por curiosidad tiene y quiere saber, esas tonteras yo las he cometido”.

En el respeto por el paciente contempla también dar el tiempo que él o ella necesiten. Barbro Sandin es una terapeuta perseverante y paciente; ella espera, escucha largamente y en el camino ha aprendido a esperar con preguntas. Ella no se entrega hasta que el paciente y ella entienden el *enigma* para poder repararse a sí mismo y continuar con su vida.

Con el tiempo, tuvo más cuidado con su vida privada pero sin dejar de ser cercana como psicoterapeuta. No deja que su rol como terapeuta le ponga obstáculos innecesarios para el encuentro personal. Dentro del encuadre para una terapia puede – ¿o debe?- crecer una amistad muy especial. Así lo expresaron dos de los pacientes en conversación con Sonia Levander y Johan Culberg:

- “Una especie de camaradería... ella y yo nos llevábamos bien. Ambos tenemos un carácter filosófico y podíamos discutir de todo...”

- “Barbro juntaba flores para mí, distintas flores de distintas estaciones del año... yo creo que teníamos una relación más social, que era diferente a la terapia”.

- “Barbro me confió algunas de sus propias experiencias que me hicieron sentir que yo era valiosa. Una especie de amistad”.

Cuando cumplió 65 años le regalaron un “libroamigo,” escrito por 17 amigos - hijas, colegas y pacientes. El título del libro fue: *A mí, nadie me ata*. La expresión es de Barbro Sandin. Ella refleja justo esto como pocos. Pienso que eso tiene un gran significado para los pacientes. Ellos se pueden sentir totalmente seguros de que Barbro elige trabajar con ellos porque ella así lo quiere - no porque es su trabajo, porque alguien lo ha decidido o porque los pacientes de alguna manera la han obligado. Y yo creo que lo contrario también es válido. Barbro Sandin no ha pensado en su vida amarrar a alguien, o no se le ha pasado por la cabeza, son ellos los responsables por su propia vida por más psicóticos, regresivos y locos que sean sus pacientes.

A través de formular esto, Barbro Sandin les da a sus pacientes espacio para la autonomía.

TRABAJO EN CONJUNTO CERCANO Y ABIERTO.

A mi pregunta si desea formular algo especial a sus colegas terapeutas, ella responde:

“¡Trabajar en conjunto!. Trabajar con muchos cuando se trata de personas esquizofrénicas. Ellos no se atreven a vincularse a uno solo. Ellos carecen de esa capacidad. Ya que están tan divididos, ellos necesitan distintas ataduras a distintas personas. Toma bastante tiempo para que ellos conquisten la capacidad de vincularse a uno”

En 1973, en el departamento del Säter donde ella trabajaba como psicoterapeuta, el grupo del personal desarrolló una forma de trabajo que llamó “El Modelo Sandin”. La base de este modelo es el trabajo abierto, cercano y en conjunto con el personal del departamento. Los psicoterapeutas hacen parte de lo que se dice y sucede en el departamento y el personal del departamento también toma parte de lo que se dice y sucede en terapia.

“Nada es secreto. El no tener una total apertura sería como si el papá y la mamá tuvieran reuniones distintas con su hijo y sin contar con el hijo en ese amor en común”.

El trabajo abierto y en conjunto tiene como objetivo el contener y entender de muchas formas al paciente para, desde ahí, poder apoyarlo a integrar y unir su interior dividido para que así finalmente ellos puedan vincularse a una persona. Esa relación no es solamente con “el lado amable,” propio y de los otros, sino que también con el lado amenazante de ambos. El psiquiatra e investigador en psicoterapia Rolf Sjöström ve en esta poco común “interacción cercana entre terapeuta y personal del departamento,” una posible explicación de que el trabajo de Barbro Sandin y sus compañeros tienen mejor éxito que otros en actividades parecidas (Sjöström; 1985).

La terapia individual en conjunto con la terapia individual integrada al trabajo del departamento, en otras palabras todo lo que sucede en las relaciones entre pacientes y personal, es el meollo del Modelo Sandin.

Para visibilizar los problemas y posibilitar la elaboración de estos, se le permite al paciente tanto en la relación a su terapeuta individual como al personal del departamento, transferir sus expectativas y la puesta en escena de sus traumas. Rolf Sjöström (Sjöström; 1994) describe cómo, por períodos en este proceso, el terapeuta individual puede tener un rol más pasivo en relación al paciente, mientras que el personal del equipo un rol más importante. El terapeuta entonces puede funcionar como un “coordinador” en el departamento. Desde su marco teórico y su conocimiento de la historia de vida de los

pacientes, el terapeuta puede poner en contexto y darle sentido a lo que sucede en el departamento.

Barbro Sandin relata un episodio que muestra la exposición de los trabajadores en este trabajo de terapia ambiental y cuáles son las consecuencias que puede tener para la terapia si estos sucesos no son abordados:

“Piensa que yo tenía a Per y él había dicho al personal del departamento que yo era demasiado cercana en la terapia. Yo no podía entender nada de lo que él realmente estaba diciendo... ante el personal era vergonzoso, ellos se reían por supuesto”.

Esta situación vergonzosa hizo que Barbro Sandin estuviera muy interesada en entender e interpretar:

“entonces le pregunte a Per ¿demasiado... qué era eso?, y al final él con rodeos hizo que yo entendiera. En ese tiempo, yo tenía un escritorio y sentada acariciaba la mesa con las manos. Tengo unas manos que están siempre en movimiento, entonces le pregunté: ¿sientes esto? y él quedo paralizado. Lo que hice fue una intromisión. Si yo lo hubiera pensado no le hubiera preguntado así, entonces él podría haber continuado gateando en la mesa, durante la fase animista... Él había hecho de la mesa un objeto transicional. Es el camino del niño hacia el mundo que nosotros no debemos develar, dice Winnicott. ¡Oh... qué me arrepiento de haber hecho esto; ... cuando Per iba camino a la cura total, la mamá me lo quitó”.

El modelo Sandin es una forma altamente desarrollada de terapia ambiental que exige una gran medida de integridad personal, respeto mutuo y generosidad dentro del grupo del personal.

Una herramienta necesaria en esta forma de terapia ambiental es la supervisión ampliada. Supervisión donde todo el grupo participa,

tanto psicoterapeutas como personal. En la supervisión se trabaja para entender a los pacientes desde la dinámica entre ellos y desde ellos con el personal. Una parte importante de la supervisión es justamente que a través de la conversación abierta, se trabaje sobre situaciones como la anteriormente citada. El objetivo principal de la supervisión es facilitar la relación entre el personal y los pacientes. Es por eso que cada uno del grupo de personal debe conocer su significado personal: “era absolutamente necesario mostrarle al personal que sus personalidades, tal como ellas fueron creadas, eran lo mejor para los pacientes. Si ellos eran honestos de como ellos son y no se preocupan de cómo los otros son, sino que ellos podían sentir que eran lo valioso en el contexto, en el contacto con el paciente. No porque uno hace como otro hace, sino porque uno hace como uno “es”. “Ser en el mundo” de nuevo.

El modelo Sandin considera también una educación continua del personal. Educación continua en común. Una forma de esto era la conversación en torno a literatura actual:

“partimos de un libro en común, alguien lee en voz alta, hoy hemos leído sobre la angustia depresiva. Entonces nosotros nos detenemos y comparamos, ¿reconocemos algo de esto en nuestros pacientes?”.

Como una parte de la creación de confianza en el trabajo terapéutico, Barbro Sandin, hizo una sala especial de contención, donde los pacientes podían sacar todos sus sentimientos. La camisa de fuerza se usó para fortalecer los brazos contenedores del personal.

“Introduje la camisa de fuerza con el personal siempre presente en la sala, era para que los pacientes pudieran estar menos medicados y se atrevieran a sacar todos sus sentimientos e impulsos. Los pacientes podían pedir la camisa de fuerza, la contención fue una forma de soltarse y atreverse de estar en el mundo. Siempre alguien estaba allí y escuchaba cuando ellos con mucha energía expresaban su desesperación más profunda”.

El principio para la medicación es el mismo que hoy día vale para toda la psiquiatría en Suecia. Es decir, adaptada individualmente con la menor dosis efectiva. Una parte del objetivo es que el mismo paciente pueda poner, quitar o regular su dosis. Lo principal es que nosotros tenemos confianza en lo que ellos pueden sentir. Así se llega mucho más lejos en la terapia.

El objetivo final es que los pacientes puedan vivir sin medicina.

El trabajo en conjunto con las familias de los pacientes llegó a ser parte del modelo Sandin. Durante un tiempo en el Säter no era así, en parte por los largos viajes entre el hospital y la casa. En Walla, se tiene contacto regular con las familias. El objetivo es aliviar la angustia de las familias y obtener la ayuda de los familiares para entender a los pacientes. A veces también para visibilizar y elaborar sucesos traumáticos en la historia de las familias.

En la conversación con la familia participan siempre varias personas del grupo del personal, lo que facilita a Barbro Sandin como terapeuta ponerse claramente al lado del paciente y, como en el ejemplo siguiente, confrontar a la madre con su responsabilidad:

“Tú elijas. ¿Elijes defender al marido que una vez maltrató a tu hijo o escuchar a tu hijo y lo que él ha relatado y lo que tú dejaste suceder? Entonces la madre comenzó a llorar y le preguntó a su hijo si él la podía perdonar... fue un reconocimiento al hijo y su historia y después él pudo egresar del departamento”.

Para la apertura, en el trabajo en conjunto con las familias, son los pacientes los que ponen los límites:

“el trabajo con los padres es importante, pero jamás se debe hablar con los padres lo que el paciente quiere que sea secreto”.

En el Säter los pacientes tenían acceso a los grandes recursos de rehabilitación del hospital, pero a ninguno de esos recursos fuera del hospital. Ahora los tiempos de internación son más cortos. Los pacientes viven en departamentos en “la ciudad,” y durante su tiempo de tratamiento en Walla y una planificación de rehabilitación activa, sucede en conjunto con la caja de seguro y las comunas donde viven los pacientes.

Después, en 1989, cuando el departamento del Säter fue cerrado, el trabajo continuó en la fundación Casa de Tratamiento Walla. Actualmente solo con tratamiento ambulatorio y diurno, y con un trabajo cercano y en conjunto con la unidad de agudos del hospital Säter. Barbro Sandin jubiló en 1993, ella aún es activa como supervisora y psicoterapeuta en Walla.

REFERENCIAS

- Sandin, B. (1990) *Den Zebrarandinga Pudelhärnan*. Stockholm: Rabén and Sjögren.
- Jonsson, E. (1986) *Tokfursten*. Stockholm: Rabén and Sjögren.
- Gottdiener, W-H.; Haslam, N. (2002) “The Benefits of Individual Psychotherapy for People Diagnosed With Schizophrenia: A Meta-Analytic Review”. *Ethical Human Sciences and Services*, Volume 4, Number 3, 2002, pp. 163-187(25) Springer Publishing Company.
- Bragesjo, M; Clinton, D; Sandell, R. (2004) “The credibility of psychodynamic, cognitive and cognitive-behavioural psychotherapy in a randomly selected sample of the general public”. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2004, 77(3), 297-307.

**CHRISTOPHER SCANLON
Y JOHN ADLAM**

MARGINALIDAD Y TRASTORNO: EL DESAFÍO DEL ANTISOCIAL Y LA RESPUESTA DE LA SOCIEDAD¹

Comenzaremos con una discusión acerca de los conceptos psicosociales de “marginalidad,” “peligrosidad” y “trastorno” y luego iniciaremos la búsqueda para redefinirlos y desplazarlos desde la perspectiva del mundo interno de quien se encuentra en desventaja individual hacia la “desafiliación” psicosocial asociada a lo que hemos llamado “la mente sin hogar”. Exploraremos además la compleja y recíproca relación entre el “normal” y el “trastornado,” lo social y lo anti-social, y consideraremos algunas posibles implicancias para los trabajadores, equipos de trabajo y organizaciones que toman la tarea de intentar albergar a estas personas. Concluimos con un desafío para los legisladores de re enmarcar las bases filosóficas de su acercamiento al deber social del cuidado.

INTRODUCCIÓN

Nuestra premisa es que, a pesar de la considerable atención en los años recientes dedicada a los problemas de las personas anti-sociales, mucho del cual ya ha sido revisado en este volumen, queda un grupo de personas que se rehúsa firmemente a ser incluido. Más aún, es nuestra idea que aún si los mejores esfuerzos de nuestros más experimentados trabajadores fueran canalizados hacia atender este problema, que apenas es el caso real, siempre quedaría un grupo de personas que se rehusarían a jugar el juego y resistirían todos los esfuerzos de

¹ Christopher, S; Adlam, J. “Homeless and disorder: The challenge of the antisocial and the societal response” en *Mental Health Services Today and Tomorrow*, Chapter: 3, Publisher: Radcliffe, Editors: Charles Kaye, Michael Howlett, 2008. pp.27-38.

“sacarlos del frío”. Así sean sujetos peligrosos que presentan un riesgo para otros, personas sin hogar con necesidades complejas que rehúsan ser domiciliados, personas con desórdenes alimentarios severos que se rehúsan a comer (o a parar de comer), personas con problemas de drogas y alcohol que se rehúsan a dejar de dañarse a sí mismos con peligrosas adicciones, delincuentes reincidentes que se rehúsan a ser corregidos o jóvenes indiferentes que se rehúyan ser educados. Siempre habrá personas que se rehúsen.

Aun más, afirmamos que toda política de tolerancia cero en salud mental e intervención social que de modo optimista o cínico imagina un futuro en que toda persona será “socialmente incluida,” esencialmente representa una peligrosa y terca negación de enfrentar la realidad de esos problemas: una negación de su complejidad y cronicidad esencial. Es peligroso porque no importa cuán “políticamente correcta” sea la política o cuán sofisticadas las necesidades de herramientas y de logros, tales sistemas de creencias son establecidos para fallar; no solamente a las personas socialmente excluidas sino también a aquellos trabajadores con la carga de intentar alcanzarlos. Y que, al fallar, exacerbaban el sentido de exclusión e indiferencia. El problema omnipresente es cómo relacionarse con el rechazo que está en el corazón de estas dificultades y constituye uno de los mayores desafíos al enfrentarse a la salud mental, el cuidado social y el servicio de justicia criminal.

¿EL PARADIGMA DE DIÓGENES?

En un artículo publicado anteriormente exploramos los vínculos entre marginalidad y peligrosidad, considerados como estados de la mente tanto como del cuerpo, y los trastornos de personalidad severos y complejos. Ofrecimos, como un paradigma de las dificultades inherentes tanto sociales como clínicas de acceder al individuo difícil-de-alcanzar, la historia de Diógenes de Sinope, el Cínico que se

“encerró a sí mismo” en un barril en la plaza principal de la antigua Atenas y de su encuentro con Alejandro el Grande, el hombre más poderoso del mundo. Cuando fue consultado por Alejandro si había algo que él pudiese hacer por Diógenes, éste respondió desde su barril, en términos familiares a cualquier trabajador del ámbito social que se ha arrodillado junto al ruco de una persona de la calle: “Sí, hay. Puede moverse hacia el lado porque está tapando mi luz”. El cinismo de Diógenes consistió en rehusar comodidades provenientes de un sistema social que él concebía como fundamentalmente desconfiable. Por ejemplo, cuando fue visto llevando una antorcha a plena luz del día, explicó que estaba buscando a “un hombre honesto”. Era conocido como “Diógenes el perro,” animal que era fuertemente asociado a la vergüenza en la cultura de la antigua Grecia y él expresaría algo de la vergüenza de su estado sin hogar, masturbándose en su barril. Al ser confrontado, se supone que habría dicho “deseaba que fuera tan fácil aliviar el hambre refregando un estómago vacío”. Nuestra observación ha sido que los equipos que trabajan con el Diógenes de hoy -los vagos, los peligrosos o los trastornados- se encuentran divididos entre el impulso de obligarlos a dejar sus lugares de refugio y llevarlos dentro de acomodaciones apropiadas y un impulso opuesto, de lavarse las manos de ellos y dejarlos afuera en el frío. El primer caso es a menudo asociado con un sobre-uso de los poderes estatutarios, como la legislación de la salud mental, mientras que el segundo caso es a menudo asociado a un sub-uso de esos mismos poderes. Nuestra hipótesis es que las organizaciones a menudo batallan por entender las necesidades que se les presenta a través de conceptos como “exitosamente reubicado,” “locación segura y protegida,” “acomodación apropiada” y otras ideas acerca de lo que constituye un resultado positivo, que está basado en la experiencia que los trabajadores tienen acerca de un estado de la mente “con casa” y “segura,” en vez de aceptar cualquier injerencia de lo que el usuario de los servicios pueda en realidad entender de cómo es sentirse a salvo. Nuestra hipótesis es que la vagancia, la peligrosidad y el trastorno, cuando son observados desde esta perspectiva, pueden ser vistos tanto como síntoma, como la comunicación de estados de la mente desafiliados y sin hogar. Por ejemplo, muchos en estas categorías traslapadas de marginales -

etiquetadas como “intratable,” “inalcanzable” o “ineducable” por los servicios de salud mental, cuidado social, justicia criminal y servicios de educación - también se considerarían a sí mismos como tales y se mantendrían fuera de los límites de cualquier organización que trate de ayudarlos. No se verían a sí mismos como “clientes” o “usuarios de los servicios”. Aún menos como “pacientes”. Entonces, se rehúsan a cumplir las expectativas relacionadas de cómo deberían presentarse y, al hacer esto, desafían y vencen nuestros mejores esfuerzos de asumir el rol de cuidadores. En un sentido profundo, esta persona está a la vez psicológicamente “sin hogar” y psico-socialmente “desmembrada”²; como Groucho Marx, no sería miembro de ningún club que le ofreciera membresía.

Así, aunque la negación de la persona sin hogar de ser acomodada puede ser considerada como cínica, nuestra visión es que muchas de las iniciativas de volverlos “ciudadanos productivos” son, tomadas colectivamente, también profundamente cínicas (sin aludir negativamente a los practicantes independientes, clínicos o legisladores); no obstante, a un nivel más sutil pero no menos rudo, estructuralmente es violento.

INTENCIONALIDAD Y TRATABILIDAD

Al centro de esta difícil relación entre aquel crónicamente sin hogar, el peligroso y el trastornado y la muy nombrada sociedad normativa, está el asunto de la *intencionalidad*. Una poderosa voz dentro del amplio sistema social se queja de que algunos de estos individuos anti-

² En el original el autor utiliza la expresión “psycho-socially ‘dis-membered’ and further,” que da cuenta de dos órdenes de significado por una parte la desmembración corporal, y por otra la desafiliación de cualquier institución social.

sociales se rehúsan intencionalmente a ser incluidos, manteniéndose a sí mismos fuera de las reglas normales de la sociedad. Ellos están eligiendo estar fuera y por lo tanto no tenemos que pensar en sus necesidades. En vez de ser vistos como traumatizados por experiencias de pobreza, privación, negligencia y abuso, su postura antisocial se interpreta como delictiva, desviada de las normas u ofensivas. La respuesta social impulsiva a esto es: “encerrémoslo,” “apartémoslo,” “echémoslo,” “amarrémoslo”.

Por ejemplo, de acuerdo a Housing Acts³ y mandatos de la Corte, aquellos que se identifican como “intencionalmente desamparados” se les rehúsa el acceso a un hogar. O un ocupante problemático en un proyecto de hogar con apoyo, que se considera que rompió las reglas “deliberadamente,” por lo que “se le pide que se vaya”. Esta dinámica también es puesta en juego en el sistema educativo en relación a cómo se entrega educación normativa a aquellos que, por complejas razones socio económicas, se sitúan fuera de esas normas y sostienen que no hay nada de valor para aprender. También está poderosamente presente en la manera en que ordenamos el comportamiento antisocial (ASBOs⁴) usados de modo creciente para criminalizar a aquellos individuos o familias en nuestra sociedad cuya vulnerabilidad y sentido de exclusión social resulta en su sensación de que no tienen nada que ganar al “integrarse”. En un nivel más macro-político, la misma dinámica es desplegada con los que buscan asilo o los migrantes económicos, que enfrentan escrutinios aún más complejos y arduos,

³ Política pública orientada a dar casa a quienes se encuentran en situación de calle.

⁴ El decreto de comportamiento antisocial (ASBO) fue una ordenanza civil creada en el Reino Unido para personas que mostraron, en relación a evidencias, un compromiso de conducta antisocial. La disposición fue introducida por el Primer Ministro Tony Blair en 1998 y continuó en uso hasta el 2015. Fueron diseñadas para corregir incidentes menores que normalmente podrían no justificar un procedimiento/acciones penales. La disposición restringía ciertos comportamientos como el regreso a ciertas áreas o tiendas o maldecir o tomar alcohol en público.

estando atados a la desconfianza por haberse hecho a sí mismos no ciudadanos, más allá de las razones que hayan tenido. En las políticas del cuerpo esta dinámica también se manifiesta en respuesta de partes del sistema de cuidado, de la salud, que busca negar el servicio a personas obesas o fumadoras cuyas enfermedades son vistas como resultado de falta de voluntad personal, avaricia o flojera, más que de infelicidad, exclusión social o dependencia psicológica.

En el mundo de los trastornos de personalidad, a las personas a menudo se les niega el servicio debido a que la auto-agresión y/o violencia y/o auto-negligencia con la cual se presentan es considerada como intencional. La consecuencia para algunas personas es que, aparte del sentido de desesperación violenta, ellos después siguen agrediendo o dañándose a sí mismos. Peor aún, hay amplia evidencia de que intervenciones del sistema de salud necesarias pueden transformarse más en una “venganza” o “retaliación” o, a lo menos, en prejuicio y discriminación. De hecho, hace casi 50 años Tom Maine nos advirtió sobre estas tendencias al declarar:

“...un paciente que frustra a un hábil terapeuta [sic] fallando en mejorar, está siempre en peligro de encontrar un comportamiento primitivo disfrazado de terapia”.

DESORDENES DE “GRUPALIDAD”

Visto desde esta perspectiva, la responsabilidad de la sociedad por estas condiciones puede ser vista como vinculada a una compleja interacción de roles recíprocos. Como está descrito más arriba, una respuesta es buscar excluir a los ofensores de la sociedad o ponerlos detrás de muros o barrotes como fuera-de-vista y fuera-de-la-mente. Alternativamente, aquellos con hogares construyen murallas alrededor del perímetro, aún más grandes y vigiladas para mantener afuera y excluir a los trastornados, los indisciplinados y los desechados. Los

sistemas de cuidado crean formas más elaboradas de excluir a estas personas de nuestros servicios y de nuestras mentes. La persona sin hogar y sin afiliación es temida y alejada, porque amenaza nuestra idea de lo que es sentirse en un estado mental seguro y protegido y que somos miembros de la llamada agrupación social normal. Sin embargo, dicho desamparo e inseguridad no puede ser completamente dividido y desechado, precisamente porque hay partes de la mente de todos nosotros que permanecen inseguras y sin hogar.

El *Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales*⁵ define trastorno de personalidad como un “patrón resistente de experiencia interna y comportamiento que se *desvía marcadamente* de las expectativas de la cultura del individuo,” dejando claro así que dichos trastornos no pueden ser entendidos sino en relación al grupo en el borde del cual él/la persona se encuentra. De esta forma, sugerimos que la dificultad psicosocial presentada por este grupo probablemente dice tanto acerca de nuestra ansiedad como de la suya. De hecho, operacionalmente, si no por diagnóstico, puede que necesitemos pensar bien acerca del problema siendo este un trastorno interpersonal o al menos lo que Bion llamaría “desordenes de grupalidad,” en el cual los clientes se sienten incompletamente amparados internamente, y desafiados de las estructuras y de la cultura que han recibido de su trasfondo familiar, grupal y étnico.

Así, el desamparado, el delincuente y el trastornado sufren de un severo malestar de grupalidad o des-afiliación y, como discutimos en nuestro trabajo previo, esta experiencia está acompañada también de un profundo sentimiento de no estar “en casa” en su cuerpo y en su mente. No sorprende entonces que muy a menudo se presentan como estando literal y metafóricamente “asustados fuera de su piel,” “al final de su percepción,” “fuera de su mente” y “fuera de sí,” con el

⁵ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

dolor de sentimientos insoportables. La pregunta por el encuentro con su estado de desamparo es cómo puede uno llegar a sentir seguridad en el mundo social externo cuando el hogar/espacio interno es experimentado como crónicamente vacío. Bateman y Fonagy muestran cómo este vacío crónico se conecta a la falla en el desarrollo de alcanzar un apego seguro y cómo traumatizar los procesos puede inhibir el desarrollo de la capacidad mental y el funcionamiento reflexivo, sin el cual el adulto emergente permanecerá en el tipo de estado de la mente sin hogar y sin pertenencia que describimos antes. En términos de la teoría de apego, “la base segura” es otra manera de decir que en el desarrollo ordinario la experiencia de “sentirse en casa” está conectada a la experiencia del uno mismo como habitante, acogido, en la mente del “otro”- usualmente los padres o la comunidad ampliada. El resultado probable de un apego seguro durante la infancia es una mente con el sentimiento de “vivida dentro,” la que puede ser valorada y mirada después. El desamparado, el delincuente y el trastornado, a menudo traumatizados por experiencias de intrusión o abandono en las cuales las figuras de apego fueron las mismas fuentes del peligro, han sido incapaces de desarrollar la capacidad de entender y procesar su propio sufrimiento. En esos casos, los lazos afectivos y de afiliación han sido cortados como muchas terminaciones nerviosas, nunca volviendo a recobrar los puntos de contacto originales.

En este estado mental, estas personas buscan evitar “estar dentro” de cualquier cosa, mientras todo el tiempo están atados al contradictorio y fuerte deseo de ser conocidos y estar dentro de la mente de otros. Atrapados entre estos dos polos de anhelo y temor, sus vidas llegan a ser una interminable y dolorosa oscilación entre intimidad y miedo del interior (ansiedad claustrofóbica) y de las distancias y del sentido de rechazo y abandono cuando están en el exterior (ansiedad agorafóbica). Estos individuos viven vidas preliminares: la marginalidad y la tierra de nadie llegan a ser, en un sentido, su único hogar verdadero, el único lugar propio donde pueden quedarse; la falta de hogar llega a ser su estado mental y el no ser miembro del cuerpo social, su forma de vida.

SOBRE RE-CORDAR...?⁶

El mejor carece de toda convicción, mientras que el peor está lleno de apasionada intensidad.

WB YEATS, “LA SEGUNDA VENIDA”

Los trabajadores, los equipos y las organizaciones que trabajan con estas dinámicas interpersonales inevitablemente se encuentran atrapados en estados relativos al desamparo o separación. Algunos en el equipo llegan a experimentarse crecientemente a sí mismos como atomizados e indivisibles, distanciados y alienados, tanto de sí mismos como de sus colegas; mientras otros se experimentan a sí mismos como en un estado mental tipo pandilla. Mientras más esta “gente difícil” se resiste y rehúsa el intento de ponerlos “dentro” (eufemismo de estar en prisión), más grande es la presión sobre el trabajador. Así, una suerte de danza es preparada, en la cual el líder está constantemente moviéndose atrás y adelante a través de una frontera caracterizada por el “deseo” oscilante del trabajador y el cliente respectivamente.

La posibilidad de una comprensión más empática es fácilmente reemplazada por los constantes intentos inconscientes de los trabajadores de defenderse a sí mismos, o unos a otros, de la ansiedad que emerge de cara a esta negación y rechazo. Los “bienes y servicios profesionales” son aparentemente intercambiados, pero el resultado neto del juego suma cero, porque no hay movimiento ni crecimiento. La fuerza irresistible se encuentra con el objeto inamovible y la organización que fue establecida para albergar personas traumatizadas y desafiadas, con mentes sin hogar, llega a ser ella

⁶ En el texto original la expresión usada tiene 2 sentidos el de re-afiliar pero también el de re-memorar.

misma una organización traumatizada que emplea los servicios de un grupo de trabajo desafiado con mentes progresivamente sin hogar.

En este estado fragmentado las actividades grupales, los encuentros de equipo así como las actividades de supervisión y entrenamiento que usualmente proveen al equipo de un sentido de cohesión e identidad personal, llegan a ser una fuente de tensión y son evitadas. Lo que sea que comparta el trabajador del entendimiento experiencial acerca del dolor del consultante, en vez de ser recordado, reflejado y trabajado al interior del grupo, es negado - ya que tanto los usuarios como los equipos de trabajo adoptan una tarea inconsciente, pero secretamente compartida, que puede ser definida como la búsqueda de un estado en el cual todo conocimiento de todo problema debiese olvidado y des-membrado del cuerpo y de la experiencia.

En nuestra experiencia, en vez de recordar el dolor del desamparado, del peligroso y el trastornado y su propia relación alterada hacia ello, y a menudo como una reacción hacia lo real y hacia la aparente falta de convicción del sistema amplio de atención, organizaciones en este estado mental pueden a menudo encontrarse a sí mismas asumiendo una posición de macho en una identificación problemática con el excluido socialmente. La agencia empieza a verse a sí misma como “lista y dispuesta” y el equipo es seleccionado para el rol de héroe, haciendo el trabajo sucio bajo circunstancias difíciles, con el fin de limpiar el desorden de otro. Frecuentemente se ven a sí mismos como personas que dicen “sí” cuando el sistema ha dicho “no”. A menudo la vestimenta y la conducta del equipo evocan al marginal alienado y comunica una confusión de vulnerabilidad y agresión que hace mimesis en vez de reflejar el mundo de los clientes. La comunicación está enraizada en un deseo de trabajar lo que es principalmente parte de una farsa machista basada en la identificación: “yo sé lo que es ser como tú”.

En nuestra experiencia, hay una concentración de este tipo de personal dentro de algunos grupos de especialistas, donde la hostilidad extendida hacia los servicios reglamentarios principales,

aparejado con una problemática identificación con el grupo-cliente, que a menudo involucra una fuga hacia de una guerra falsamente gratificante con la autoridad como reacción contra aquellas otras agencias que son percibidas como opresivas y excluyentes. Una actitud resultante de “nadie será echado” puede entonces dar pie a una cultura más politizada de “derechos,” con una correspondiente disminución del sentido del rol profesional y la responsabilidad, en la cual la frase acuñada llega a ser que a los clientes se les debe dar todo lo que piden - aun cuando violen los derechos de otros.

Esta tendencia es, sin embargo, siempre oscilante con una actitud igualmente dogmática y autoritaria desde otros equipos y agencias que simplemente quieren sacar, expulsar o excluir a los individuos problemáticos que desafían su aún más aferrada autoridad personal y profesional. Las divisiones y separaciones que resultan dentro de los equipos de trabajo y entre las agencias llegan luego a ser fuentes de conflicto real y desacuerdo que a menudo llegan a ser muy difíciles de manejar. Una típica reacción es que un equipo rápidamente se queje de la “administración” y “las autoridades,” sin ver que la extensión a la cual está enraizada su queja es una problemática identificación inconsciente con el cliente, y que al hacerlo pueden también abandonar su propio auto-manejo.

Los gerentes y autoridades reales se encuentran entonces enfrentados a dilemas paralelos a los de los trabajadores y sus organizaciones. O los trabajadores se reconocen en su identificación con su cliente y aceptan que el enemigo está afuera, o aceptan la culpa y las recriminaciones y así tienen que “batallar” contra el odio y la rabia que involucra esa posición. En la ausencia de una cohesión significativa del grupo y con el fin de sobrevivir al violento ataque de los trabajadores, a menudo se elige la acción previa, y a quien reclama se le pasa a través de la organización sin ser digerido y es apaleado arriba y abajo dentro del “sistema”. Esto en retorno evoca la familiar respuesta: “encerrémoslo,” “apartémoslo,” “echémoslo,” “amarrémoslo” desde el amplio sistema de cuidado y como resultado la agencia misma es vivenciada, en un proceso paralelo al ya señalado, como tan problemática como sus

pacientes; es dañada por asociación y tanto la agencia como los clientes llegan a ser desalbergados y desafiliados del gran sistema de cuidado. En este punto, por supuesto, todos han finalmente alcanzado el objetivo inconsciente; olvidar para qué están ahí. La tarea primordial de recordar el duelo asociado con los traumas originales de los clientes, es reemplazada con la expresión de un sufrimiento y queja. Algunas veces expresada en favor de los clientes, mientras que otras veces son quejas acerca de ellos expresadas en su propio favor, pero en ambos casos el problema original ha sido reemplazado por lo que Main describe como “El trastorno”. Es a menudo en este punto donde ocurren incidentes serios y adversos.

Resumiendo lo anterior, sin embargo, no estamos sugiriendo que los miembros de un equipo particular o las agencias que quedan atrapadas en estas dinámicas sean necesariamente más patológicos que cualquier otro. No atribuiremos más intencionalidad a aquellos que están atrapados en estas dinámica que a los clientes; no quisieramos que nuestras hipótesis sean usadas en una u otra dirección como base de culpa o recriminación. En vez de eso, sugerimos que el estudio de estas dinámicas, como parte de una continua “cultura psicosocial de cuestionamiento,” podría, con el ejercicio de ciertas habilidades de facilitación, proveer información valiosa acerca de la experiencia vivida por el grupo-cliente, sus traumas y las raíces sociales de estos procesos traumáticos. También, de acuerdo con Hopper, hemos sugerido que los procesos que hemos descrito son discernibles en todas las organizaciones que trabajan con personas difíciles y traumatizadas, en lugares difíciles y los directores, supervisores y gerentes de dichos proyectos subestiman el poder y la omnipresencia de esos procesos en su peligro inminente.

ALGUNAS OBSERVACIONES COMO CONCLUSIÓN

...el pobre siempre está con ustedes.

JUAN 12:8

Hemos resumido algunos de los procesos dinámicos que emergen de trabajar con clientes difíciles en circunstancias difíciles. Hemos sugerido que muy a menudo las personas que se rehúsan a ser incluidas son también quienes presentan mayor peligro - usualmente para sí mismos, pero también para otros. Aunque nuestras observaciones han sido que esas personas también tienen poco valor social con una correspondiente falta relativa de inversión, tanto en términos socio-económicos como emocionales, resultado de lo cual ellos son guiados derecho al borde. Observaríamos más allá, que esa tendencia refleja los valores de la normativa de un mundo en el cual es aceptable para el rico hacerse más rico mientras el pobre se empobrece más.

Hemos sugerido que las ideas psíquicas de “desalbergamiento” y el des-membramiento psicosocial podrían ser maneras útiles de conceptualizar las dificultades que presentan esos clientes, como también las experiencias complementarias del personal que se encuentran trabajando ellos mismos en escenarios muy difíciles. Hemos sugerido también que la capacidad de cualquier organización de ofrecer una aproximación cohesiva al cuidado, bajo ese nivel de presión, es consecuente a la capacidad de los trabajadores particulares de llegar a ser miembros de los equipos de trabajo dentro de los cuales puedan sentirse albergados o pensar acerca de maneras en las cuales puedan permanecer desalbergados, y dentro del cual pueden establecer maneras formales de metabolizar sus experiencias de ser expuestos a los tipos de miseria humana que hemos llamado desamparo psicológico y des-membramiento psicosocial. Sólo entonces pueden comenzar con la tarea de re-cordar la traumatización de los clientes y así pensar claramente acerca de la acomodación apropiada de sus problemas en vez de someterlos al deseo social y emocional de “encerrarlos”. Nuestro ruego es por una mayor tolerancia,

entendimiento e interés en las vidas del desamparado, el peligroso y el trastornado, que se han encontrado a sí mismos en los bordes de nuestra sociedad profundamente turbulenta y por un debate mejor informado entre la salud mental del adulto, servicios de menores, y el sistema de justicia criminal acerca de cómo introducir los cambios estructurales y culturales que sean necesarios para apoyar a las organizaciones y a su personal en relacionarse significativamente con uno de los más vulnerables miembros de nuestra comunidad de una manera interesada y humana- así les guste o no, a ellos y a nosotros.

Quisieramos explorar las posibilidades de reclamar a Diógenes su cinismo con una “C” mayúscula. Si “siempre llevamos dentro al excluido,” entonces sería de hecho cínico tomar esto como base para la indiferencia o la inacción. Pero puede ser Cínico en un sentido más saludable para nosotros a la repetida pregunta posiblemente intentos maniacos de desear alejar la complejidad y cronicidad insistiendo en su inclusión y, en cambio, explorar diferentes maneras de entender tanto nuestras diferencias como nuestras afinidades. Volviendo a nuestro relato paradigmático, Alejandro tiene la reputación de haber quedado tan conmovido por su encuentro con Diógenes para haber remarcado: “Si no fuera Alejandro sería Diógenes”. Suponemos que ninguno de los protagonistas era un hombre feliz.

**GAETANO BENEDETTI
Y PATRICK FAUGERAS**

LA LUCHA CON EL DEMONIO¹

Gaetano Benedetti no es un hombre que falte a su palabra; sólo al encontrarse enfermo, la palabra viene a faltarle a él. Hoy no puede estar entre nosotros, aunque quería encontrarse aquí. Decidimos de todos modos que su voz, aun traducida, se hará escuchar a pesar de todo. Si Gaetano Benedetti no pudo, precisamente, escribir acerca del tema que nos ocupa hoy, podemos de todos modos considerar que el conjunto de su obra – muy abundante y estimada por su afirmación reiterada de la importancia de la psicoterapia en el marco de la clínica de la psicosis e ir contra de toda objetivación del sujeto - constituye un cuestionamiento radical de las posiciones, concepciones, ideologías que tienden a rehusar, negar, prohibir todo devenir de la existencia psicótica.

Dado que no puedo presentar de forma detallada ni la biografía de Gaetano Benedetti ni los principales elementos de sus concepciones teórico-clínicas, me limitaré simplemente a resaltar algunos aspectos de su vida, generalmente desapercibidos por sus biógrafos; a saber, que Gaetano Benedetti - y éste es un aspecto en común con otros grandes clínicos de la psicosis, como Salomon Resnik - es un exiliado. Un exiliado voluntario, ciertamente; pero un exiliado finalmente que a sus 20 años, joven médico, decide partir de su Sicilia natal luego de haber tenido la ocasión de constatar las duras condiciones de vida a las que los enfermos mentales del hospital psiquiátrico de Catane se encontraban sometidos. Él escribe entonces este poema:

De Couloirs de la neurologie
De larges fenêtres donnaient sur cette cour
Sale depuis toujours, exposée à la pluie, aux rayons brûlants du soleil

¹ Benedetti, G. et Faugeras, P., “La lutte avec le démon,” en Pierre Delion, *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui*. Erès, 2004.

Sous lesquels se tenaient des statues funéraires
 D'une désolation que je n'aurais jamais pu imaginer
 Même dans les rêves les plus tristes de mon enfance
 Inmobiles contre le mur
 Accoupiés sur le sol parmi guenilles et camisoles de forcé
 De visages implorant parfois un dieu inexistant
 D'autres désormais figés dans le cri puissant d'une st'ereotypie
 d'epass'ee.
 L'assistant passait. Il passait encore et ne regardait même pas.
 Et à la fin, moi non plus je ne voulais pas regarder.
 "Quels privilèges sommes-nous en neurologie"
 "Et si je descendais?"²

Él había tomado una decisión : iba a descender y sostenerse al lado del enfermo mental, no solamente para protegerlo de la violencia y desconfianza a la que se encuentra expuesto todo el tiempo - y comprendiendo que la violencia y desconfianza toman la fachada de las mejores intenciones -, no solamente para sanar - comprendió luego que esto significa ponerse él mismo a prueba - sino porque percibía que la enfermedad mental guarda una verdad que concierne a lo humano en general, es decir a la parte más íntima de nuestro ser.

² Traducción libre:

Corredores de la neurología
 Amplias ventanas dando al patio
 Sucio desde siempre, expuesto a la lluvia, a los rayos quemantes del sol
 Bajo los cuales se encontraban estatuas funerarias
 Una desolación que yo no habría podido imaginar
 Siquiera en los sueños más tristes de mi infancia
 Inmóviles contra el muro
 De cuclillas sobre el suelo entre andrajos y camisas de fuerza
 Caras implorando a veces un dios inexistente
 Otras desde ahora fijadas en el grito potente de una estereotipia anticuada
 El asistente pasaba. Él pasaba y ni siquiera miraba.
 Y al final yo tampoco no quería mirar
 "Qué privilegiados somos nosotros en neurología"
 "¿Y si yo descendiera?"

Gaetano Benedetti se exilia entonces en Zurich, se presenta a Manfred Bleuler, hijo de Eugen, inventor de la noción de esquizofrenia y sobre todo director de la Clínica de Burghölzli - Meca de la psiquiatría donde se cruzaban múltiples aproximaciones: psicoanalítica, fenomenológica, más clásicamente psiquiátricas y personajes tales como C. G. Jung, L. Binswanger, B. Boss, entre otros. Podemos pensar que la clínica de Gaetano Benedetti encontró ahí sus principales asideros y que se inscribe en la tradición de Burghölzli.

Exiliándose, Gaetano Benedetti no solamente deja su país y su familia; se aleja también de su lengua. Desde entonces va a hablar, escribir y publicar principalmente en alemán.

Viaja un poco a los Estados Unidos, se encuentra con Rosen, con el concepto de observación participante elaborada por Sullivan y con las elaboraciones clínicas de F. Fromm Reichman. Vuelve a Suiza, donde es nombrado en 1956 profesor de higiene mental y psicoterapia en la Universidad de Bâle. En 1963, funda en Milán un Instituto de estudios psicoanalíticos que agrupa hoy a numerosos investigadores. Crea, junto al profesor C. Müller de Lausanne, el Simposio Internacional de Psicoterapia de la psicosis, cuya 15ª edición tuvo lugar en Francia.

Detendré aquí esta breve nota biográfica, ya que he pensado siempre que sería erróneo, a partir de una biografía, querer comprender y explicar la gestación y el desarrollo de una obra. Más bien tiendo a creer lo contrario; es decir, que la biografía se aventura vanamente al intentar atrapar los libres desarrollos de la obra. Por otro lado, no podríamos ver en la obra de Gaetano Benedetti sino la afirmación, la concreción, el despliegue de ese deseo experimentado a sus 20 años - descender al patio de los locos y sostenerse ahí - que lo empujó al exilio, a dejar las bases familiares, adoptar otra lengua para encontrarse en el lugar del otro, ir a su encuentro; ser, volverse lo que el poeta Victor Ségalen llama un "éxota," un extranjero.

Esta es quizá la lección clínica fundamental que Gaetano Benedetti nos transmite: no hay clínica sin exilio, sin el abandono de un mundo

que nos es familiar; para, como lo dice una frase del texto que leeré, “lanzarse a las fauces del dragón”.

LA LUCHA CON EL DEMONIO – LA ANGUSTIA EN LA PSIQUE

I

¿Qué significan términos como “simbiosis,” “fusión con el mundo,” “pérdida de los límites del yo,” “despersonalización,” “apersonificación,” “transitivismo,” “anulación de la distinción sujeto-objeto,” “desrealización”; expresiones que sirven para describir, en psiquiatría psicodinámica, la autoexclusión del paciente psicótico? Si intentamos reunir todas estas expresiones - simplificándolas groseramente - a su mínimo denominador común, obtenemos el cuadro siguiente: la interioridad psíquica se torna un acontecimiento del mundo; el interior es vivido como el exterior y el exterior como interior: el paciente que experimenta una especie de temblor en sí mismo teme encontrarse de pronto en medio de un terremoto, se detesta y cree que los otros lo detestan también; queriendo separarse de su madre, que cohabita simbióticamente en él, corre el riesgo de morir de sed, porque el agua es un elemento maternal.

El paciente ya no está en la escena del mundo, como todos nosotros; él está en todas las cosas y todas las cosas están en él. Pierde el sentido de los límites y de la substancia de su persona. Este estado psicótico-simbiótico, que ni siquiera por identificación alcanzamos a imaginar, ejerce de un momento a otro sobre el paciente una fascinación particular debido a la fusión que, por el hecho del “vaciamiento” de la persona, se transforma en ansiedad y pánico.

Esto se produce también en los sueños de personas esquizofrénicas: un paciente sueña por ejemplo que se vuelve uno con el globo

terrestre; experimenta, durante el curso de su sueño, un éxtasis que se prolonga por una disolución del yo de la que se despierta aquejado por una profunda angustia. Otro paciente, en una situación parecida, dice: “no tengo rostro, lo tomo de todas las personas con las que me encuentro”. Para otros pacientes el recuerdo de un paseo con un amigo se vuelve algo desagradable, porque no puede distinguir el pasado del presente y no consigue situar las cosas en el espacio y en el tiempo.

En el curso de la psicoterapia tampoco es raro que estos pacientes sientan que no hacen más que uno con el terapeuta. Las distinciones entre “yo” y “tú” se vuelven imposibles. Por ejemplo, las pulsiones de muerte alimentadas contra el terapeuta son vividas como pulsiones de muerte alimentadas por el terapeuta en el encuentro del sí mismo del paciente.

Algunos psiquiatras temen a la “psicosis de transferencia,” hasta el punto de ver en la psicoterapia de la psicosis un error profesional. Sólo la reinserción social y la farmacoterapia serían los instrumentos adecuados. Sin negar la reinserción social y la farmacoterapia, yo desearía poder visualizar el *fenómeno fundamental de la angustia* desde el doble punto de vista de la *psicopatología y de la psicoterapia*.

Si, en tanto psicoterapeutas, entramos “a las fauces del dragón”; es decir, si penetramos en el infierno del paciente, podemos hacer la experiencia esencial de que la fusión puede ella misma volverse terapéutica. La fusión se torna terapéutica una vez que el terapeuta puede vivirla positivamente y, gracias a esta relación fusional con el paciente, trasponer en éste los elementos que le son propios: fantasías, sueños, identificaciones positivantes.

El terapeuta que se encuentra en una fusión simbólica con el paciente también puede sublimar, representar bajo un modo progresivo la simbiosis psicopatológica - que en muchos pacientes está ligada probablemente a ciertas vivencias infantiles- según lo que yo llamo “psicopatología progresiva”. Esta simbiosis puede transformarse entonces en una *simbiosis terapéutica* cuando el terapeuta, sintiéndose

personalmente exento de angustia, se identifica con las vivencias de su paciente de manera que a partir de esta vivencia en común se establecen relaciones de simetría parcial: el terapeuta está también él en el infierno, *él también* sobre el mismo borde del abismo, *él también* en el laberinto del delirio .

II

Después de haber evocado una primera fuente de angustia, la fusión, quisiera abordar otra, la escisión. Según la perspectiva de este parágrafo – que no es, por supuesto, más que una aproximación entre otras posibles – definiré la escisión como una defensa psicopatológica relacionada con la fusión. Aquélla es tan radical como ésta: se trata de una *separación vertical que rompe toda la relación con los otros* y que clínicamente se manifiesta por el *autismo*. Un muro autístico, impenetrable a los afectos y al intelecto, separa al paciente de sus semejantes y de todos nosotros. Los mismos límites del yo, por un lado se han vuelto tan frágiles que ya no permiten las distinciones del adentro y del afuera; y por otro, se tornan desde otra perspectiva *aún más infranqueables*, con el fin de sustraerse de toda influencia exterior. Toda modificación del delirio a través del diálogo se vuelve imposible, el paciente no reconoce otra realidad que *su propio mundo*.

¿Cómo esta contradicción – fusión *con* el mundo por un lado y separación del mundo por otro– es posible, y cómo el límite del yo puede encontrarse al mismo tiempo disuelto e impenetrable?; esto es lo que nuestra lógica no puede explicar. La psicosis, como bien lo observó Freud, es el dominio de procesos psíquicos primarios en el cual *los opuestos coexisten*. Ciertamente, es con *una angustia extrema* que las oposiciones, las contradicciones son percibidas por esta parte del paciente que aún está viva al interior de lo que se denominan los procesos psíquicos secundarios; esta parte que no está aun enteramente desintegrada por la psicosis, esta parte del yo que, por lo tanto, podemos denominar “el yo residual capaz aun de

arreglárselas”. Pero hay algo más: esta angustia es siempre psicótica – ella es, como suelo decir, inadapta al yo – en la medida que el yo que resiste está precisamente en disolución. Ella no puede, como las angustias normales, proteger al yo de un peligro. Invalida de tal modo al yo que no puede sino agravar la situación de lo que deber ser defendido. Dicho de otro modo: debido a la escisión, el mundo extranjero, que en la fusión no es más que una amenaza, se vuelve un espectro *perseguidor*.

El paciente se encuentra atrapado en una terrible *paradoja*: vive en su mundo propio, pero nada le es propio; está lejos del mundo, pero al mismo tiempo totalmente librado a sus figuras persecutorias. La grieta se insinúa cada vez más al interior. Dicho de otra manera, ella *fragmenta* al yo. De hecho, lo que se encuentra separado, escindido del yo del paciente no son solamente las representaciones del otro sino también sus propios sentimientos conflictivos ligados al otro: *los elementos propios del paciente están escindidos de su yo*. Puesto que el yo débil ya no posee ninguna fuerza de represión para rechazar al inconsciente los sentimientos o elementos de sí mismo rehusados, los contenidos escindidos aparecen en la conciencia bajo la forma de voces o de figuras que le son a la vez propias y extranjeras. En el núcleo de su yo, el paciente ya no es unitario. Yo le doy a tales alucinaciones, que son a la vez personales y extranjeras surgidas de las profundidades del paciente pero al mismo tiempo del mundo exterior, el nombre de “tercera realidad” (en relación a otras formas de realidad, que son la realidad introspectiva y la realidad exterior). Esta tercera realidad siempre es monstruosa, fuente de pánico, no puede ser localizada ni al interior ni al exterior.

¿Cuánta angustia debe plantear el hecho de ya no ser uno, de dejar de ser auténticamente una persona! La persona se encuentra en un estado de fragmentación, es decir de escisiones múltiples. El paciente se vive como cortado en dos: percibe al interior de sí diversas personas, “voces,” “fuerzas extrasensoriales,” “máquinas automáticas” – que debaten respecto a él, amenazas de muerte que le infringen condenas de muerte, que se burlan atrozmente. Con una terrible

evidencia interior, el paciente sabe inmediata e inevitablemente que se encuentra enteramente librado a estas personas parciales que, debido a la fusión simultánea con el mundo, se le aparecen como aspectos objetivos del él mismo, nada de sí mismo puede oponérseles.

A raíz de la falla de su yo, del paciente surge la sensación de que sus propios pensamientos le han sido robados, que él es como una pelota que los otros se lanzan, o como una estatua de arcilla. La escisión se manifiesta a nivel de su cuerpo, que ya no percibe organización interna: sus órganos están desplazados, agujeros y protuberancias se forman al interior de él, su pertenencia sexual se encuentra removida. Por un lado, la fusión con el mundo determina la imposibilidad de sentirse una persona, y favorece por lo tanto la escisión; por otro, la escisión lo lleva a vivir la fusión como una intrusión invasora del mundo, porque ella anula al yo. El paciente queda expuesto a las incursiones de otros:

“soy un castillo vacío que podría ser ocupado por todos aquellos que lo rodean”; “soy un cadáver en medio de la ruta que todo el mundo desequilibra”; “soy un crustáceo en que el contenido ha sido dispersado por todos lados y mi espacio interior está poblado de contenidos extraños”, dicen los pacientes.

Las paradojas obedecen a que podemos considerar los hechos ya sea como remedios como macabras “realizaciones de deseo”. En efecto, así como la fusión puede ser pérdida de sí, también éxtasis, la escisión esconde no solamente una destrucción interna sino también la posibilidad paradójica de conciliar en sí lo inconciliable: el Cristo y el diablo, la santa y la puta, la abuela y el niño herido – todo ocupa la conciencia, nada se pierde por represión, de modo que el paciente se vive como nada reciente al mismo tiempo que la totalidad del potencial de la vida y se vive como el “ancestro de la humanidad” o como su “último heredero”.

El yo despedazado, que no alcanza a sostener juntos todos estos fragmentos, ya no cumple sino la triste función de “aparecerle a sí

mismo,” en “la percepción de sí mismo”: él es el ojo que ve el derrumbe del mundo.

Eugen Bleuler, como sabemos, veía en la escisión o la disociación el síntoma primario de la esquizofrenia. “Primario,” en la semántica de la escuela bleureiana, significa: que no es secundariamente derivable, que no es psicológicamente comprensible, que más bien es suscitado por lo que está en el fondo – lo que luego será “lo endógeno”.

Pero si lo “primario” es también entendido como la pérdida de la relación personal, podemos comenzar a pensar en términos psicodinámicos y entonces en nuestro pensamiento puede concebirse desde ya el encuentro con el paciente.

Si nos situamos desde un punto de vista psicodinámico, la escisión (*Spaltung*) se presenta como una *Gespalttheit* (Manfred Bleuler); es decir, un “ser escindido”: la escisión debe por lo tanto ser comprendida también como un fenómeno psicológico, lo que significa que es necesario considerarla en analogía con el conflicto neurótico.

En la neurosis, la base constitutiva del yo está conservada, la contradicción inherente al conflicto va ser transformada por la actividad unificadora del intelecto. En la esquizofrenia, por el contrario, ¿el yo cae en pedazos?, la contradicción no aparece como una simple dimensión de la significación de representación; no, ya no existe un yo estable que ligue las oposiciones en un compromiso neurótico; los opuestos se presentan como voces, como alucinaciones visuales, como fuerzas que hacen estallar la unidad del yo.

Si persiste todavía un yo residual que registra todo, éste sólo puede ser un yo de la angustia. Transformando el *cogito ergo sum*, que para él ya no corre, el esquizofrénico podría decir: “tengo miedo, luego soy”. En efecto, algunos enfermos que he conocido me han dicho: “cuando yo experimento la angustia, incluso si es una angustia delirante, tengo al menos el consuelo de que soy yo mismo que la siente”.

En el encuentro con un paciente sentimos nuestra propia escisión, vivimos la naturaleza inconciliable de los afectos que él despierta en nosotros y que nos conducen a estar atentos a las antinomias y a las escisiones de la existencia humana. Pero reconocemos también la forma sorprendente por la cual las partes escindidas del paciente se adaptan a nuestros agenciamientos de pensar, a nuestros sueños y nuestras contratransferencias.

A partir del momento en que nos encontramos con los pacientes en las “fauces del dragón” la identificación con éste no conduce, como en la psicopatología, a la fusión y por lo tanto a una nueva escisión; ella conduce, por el contrario y gracias a las impulsiones progresivas y diferenciadas de la terapia, a la formación de una identidad nueva.

Es así como concluye el extracto de la última obra de G. Benedetti: *La psicoterapia de la psicosis como desafío existencial* – que acaba de aparecer en Francia, con prefacio de P. Delion- y que Gaetano me ha pedido que les lea.

Pero quisiera, aprovechando la ocasión que se me ha dado, dejar por un momento mi rol de portavoz, no siempre muy confortable, e invitarlos a un breve viaje a Italia, en la Italia berlusconiana. No se trata propiamente de hablar de un viaje turístico, ni de una transición más o menos alegre a la comunicación de S. Resnik de evocativo título (París – Venecia), como tampoco de un homenaje a Gaetano Benedetti y sus orígenes italianos, sino porque a mi modo de ver lo que ocurre hoy día, en Italia en general y más particularmente en el ámbito de la salud, a pesar de las bufonerías de un primer ministro megalómano, podría prefigurar una Europa dominada por el neoliberalismo. Podría ser que lo que se presenta como una anomalía, es decir que el empresario más rico del país aliado a los posfascistas y a autonomistas xenófobos se encuentre en un lugar de primer ministro y confunda el interés público y el interés privado, poder político y económico, desautorizando la autonomía de la magistratura para hacer votar leyes a su antojo; podría ser que esta anomalía encuentre ecos favorables en el Reino Unido y en España, sirviendo de ejemplo a una parte de Europa.

Los hechos citados aquí están tomados de la obra de Franco Stefanoni *Manicomio Italia* (1998) y de la frecuente lectura del semanario *La Repubblica*.

El 16 de julio de 1997, el sustituto del procurador Bianco apela al veredicto pronunciado por el tribunal Agrigente que condena a Taibi, director del Hospital psiquiátrico y a Mongiovi, médico jefe, sobre la acusación de “grave abandono de personas en dificultad y, en consecuencia, de la responsabilidad de la muerte de decenas de pacientes”. Bianco declara:

“hay que acordarse que la tuberculosis fue la causa principal de muerte de internados en los hospitales psiquiátricos de la Alemania nazi, una tuberculosis provocada por condiciones de higiene voluntariamente descuidadas en el marco de una política de la salud – de la muerte – otorgada por compasión a aquellos que llevaban una vida juzgada como indigna de ser vivida”.

Diez años antes, en 1998, había explotado el escándalo del asilo de Agrigente, cuando un parlamentario, Franco Corleone, había empujado de improviso las puertas del asilo descubriendo con estupor una situación catastrófica:

“...enfermos errantes, desnudos, deslizando en suelos inundados de orines, pidiendo limosna a los visitantes, comiendo con las manos... durmiendo desnudos en sábanas llenas de manchas amarillas, café, roídas por ratas... los enfermos encerrados en celdas, otros no pudiendo traspasar el recinto del hospital”.

Este hecho, reportado por el semanario *El expreso*, levantó una indignación general en Italia. La opinión pública y los políticos se movilizaron. El 3 de octubre de 1991, un enfermo fue encontrado muerto a los pies del muro del recinto del hospital, con la cara devorada por las ratas y los perros. Ampliadas las investigaciones, 16 médicos y administradores fueron acusados de “abandono grave de

personas en dificultad,”“homicidio por imprudencia” , “negligencia”. Es necesario precisar que, entre 1977 y 1988, 190 personas habían encontrado la muerte, la mitad de estos decesos se debían a una epidemia de tuberculosis no diagnosticada, no atendida.

Los diputados ecologistas G. Famino y R. Ronchi hacen irrupción, sin previo aviso, primero en abril de 1991, en el recinto del Hospital psiquiátrico de Lonigo (provincia de Vicenza) donde están hospitalizadas 96 personas y después, en febrero de 1993 , en el Hospital de Syracuse, donde son “sanados” 313 pacientes; en cada caso, se constatan las mismas escenas de abandono, de miseria, de sufrimiento o de andrajos humanos errantes por aquí y por allá: “... los enfermos viven peor que las bestias, yo he visto personas desnudas adormecidas entre sus excrementos, otros encerrados en inmensas salas con escasas enfermeras para asistirlos, en un hedor indecible”.

La multiplicación de estas visitas imprevistas hace rápidamente explotar otros escándalos, como la manipulación fraudulenta de recursos financieros atribuidos a los enfermos, pensionados, indemnizados, jubilados, etc. Por ejemplo, en Aversa - donde el tratamiento aplicado a los enfermos era juzgado como verdaderamente escandaloso -, el 40% de los enfermos eran mantenidos hospitalizados porque no tendrían de qué vivir en el exterior. Sin embargo, seis millares de liras fueron dispuestas en un banco convencionado, con tasas de interés irrisorias, cheques al portador, etc. Los ahorros de personas totalmente desprovistas, sin dientes ni ropa se elevan algunas veces a 50, incluso 100 millones de liras.

Una comisión de investigación de asuntos sociales de la cámara de diputados declaró en julio de 1987 :

“podemos preguntarnos cuántos magistrados han hecho su trabajo con el fin de denunciar la violación de los derechos humanos, más allá de los derechos más elementales de ciudadanía, cuántas empresas se han enriquecido entregando servicios totalmente desprovistos de exigencias mínimas

de calidad, cuánta especulación ha sido disimulada bajo diagnósticos dados a personas desprovistas de toda enfermedad mental y hospitalizada durante decenios, cuántos prejuicios han impedido a los ciudadanos ejercer su función crítica o de sentirse concernidos por la pregunta de la enfermedad mental, cuánto estas políticas ha explotado a través del clientelismo y el negociado a los hospitales psiquiátricos”.

Desde los años sesenta y sobre todo en el curso de los ochenta, numerosas protestas se levantaron contra el tratamiento y las condiciones que un cierto número de hospitales les daba a los pacientes; pero los hospitales psiquiátricos son también a veces - particularmente en el sur - reservorio de voces electorales, obreros, pequeños artesanos, cesantes que se han vuelto de un día para otro enfermeros, serviles al poder político del momento al que le deben sus nuevos empleos (en cierto modo una suerte de oficina de ubicación condicional) .

No obstante, el 13 enero de 1978 los diputados votaban la Ley 180, que pasó a la historia bajo el nombre de la Ley Basaglia, el nombre del padre de la reforma que, desde después de 15 años, se oponía al asilo -y más precisamente a sus efectos alienantes y perversos- preconizando antenas sanitarias locales orientadas a la prevención. Al mismo tiempo que esta Ley reconocía a los pacientes un cierto número de derechos fundamentales, decretaba además y sobre todo que ningún hospital psiquiátrico podría ser construido, que aquellos que existían debían progresivamente cerrar y que nadie más podía ser internado ahí : un servicio territorial estaría en el corazón del sistema; como un lugar abierto, menos ligado al poder médico, una suerte de refugio donde los pacientes podrían encontrar referentes o puntos de apoyo y donde trabajarían profesionales de formación diversa .

Desde su promulgación, la ley 180 se encontró con la casi inexistencia de servicios territoriales, un personal no preparado para tales cambios, la incertidumbre financiera. Las regiones, retardando su compromiso con los enfermos salidos de los hospitales, o bien aumentarán los batallones de mendigos en las grandes ciudades, o bien volverán a

estar mayoritariamente a cargo de sus familias. Por otra parte, esta Ley encontró una fuerte oposición, de derecha y de izquierda, denunciando tanto el proyecto ideológico de Basaglia (“un marxismo encefalado por la ideología”) como el abandono de los enfermos.

El balance de la aplicación de la ley 180 no es positivo. En numerosos hospitales psiquiátricos la vida no ha cambiado, los servicios territoriales -casi inexistentes- no funcionan, los CSM siguen siendo raros y aislados. Y así como grandes asilos continúan en funcionamiento, se han desarrollado numerosas pequeñas estructuras, incluso microestructuras privadas, escondidas detrás del follaje, dotadas de algún psiquiatra y de algunas enfermeras que manipulan sobre todo el armario farmacéutico, como una suerte de vía media entre hospicio y asilo en miniatura. Y numerosos escándalos explotan.

Podría continuar largamente desgranando un conjunto de situaciones dramáticas y las acusaciones que les seguirían:

“malos tratamientos, secuestros, daños agravados y continuos en Nápoles, Milán, Sicilia, Cerdeña, etc.”

Finalmente, Berlusconi llegó... El miércoles 2 de octubre de 2002, el gobierno italiano despliega el proyecto de ley respecto a la salud mental: se trata de un texto único que considera la derogación de la ley 180, que prohibía la apertura y la reconstrucción de nuevos asilos. Al lado de este objetivo principal, prevé también la obligación de cuidados -incluida ahí también la ayuda de policías-, el control de condiciones psíquicas de las personas, la creación de estructuras residenciales que tengan un módulo flexible de veinte plazas cada uno (vuelta al asilo) con una asistencia continua. La hospitalización por oficio pasa de siete días a dos meses sin autorización tutelar (el alcalde). Este proyecto de ley se articula, de hecho, con un proyecto orientado a la reorganización de la salud pública bajo la presión principal de la Liga Lombarda, que hace parte del gobierno, que reclama la autonomía de regiones y que va en la línea también de la separación de la Italia del norte, rica y pujante, y la Italia del sur pobre y gangrenada por

la mafia; la organización de la salud permanecería entonces en las regiones, en función, evidentemente, aunque la ley no lo diga así, de sus posibilidades económicas y financieras.

El proyecto de Ley que debe ser votado pronto, se apoya ideológicamente sobre una parte de la opinión pública que nunca aceptó la Ley 180 (sobre todo el hecho de dejar a los locos deambulando en la ciudad) y los efectos negativos, deplorables debidos a la aplicación brutal y parcelada de esa Ley. Las ideas de Basaglia nunca pudieron ser puestas en marcha verdaderamente, debido a la falta de recursos. No se crearon estructuras alternativas, la Ley 180 no consideró los recursos económicos para su financiamiento. El proyecto de ley berlusconiano no menciona la creación de nuevas comunidades, las que ni siquiera son evocadas; lo que hace presagiar un verdadero retorno, una vuelta atrás a los asilos, a través de estructuras residenciales y el desarrollo de una policía psiquiátrica. Basaglia no negó nunca la enfermedad mental, simplemente dijo que se encontraba particularmente agravada por las medidas coercitivas. Y es esto lo que parece constituir la filosofía de base de este nuevo proyecto de Ley que no hace mención a la dimensión psíquica de la enfermedad mental (la dimensión subjetiva) y que parece someterse a un cierto espíritu de los tiempos donde prevalece la intolerancia, la discriminación, la represión: ¿qué puede querer decir el control de la salud mental de una persona, practicada a domicilio por cuidadores acompañados eventualmente por policías? La ley 180, a pesar de sus fracasos, tenía como fundamento, a través de la idea de la continuidad de cuidados: el trabajo en equipos, la formación profesional, la prevención, una cierta consideración del hombre en su humanidad, en el corazón mismo de su locura. Esta consideración del hombre es hoy en día en Italia golpeada y fracturada por un hombre de negocios, magnate de la prensa, de los medios de comunicación, de moral dudosa y que, apoyado sobre una ideología populista, apunta a confundir el individuo y el Estado, organizar la desaparición del Estado y de lo político para dejar siempre más lugar a la libre circulación del gran capital. Podríamos también, en contrapunto, deducir que reencontrar y afirmar la Política es una forma de no asimilar el Estado a una empresa y de reconocer y afirmar que no todo es vendible.

Podríamos preguntarnos por qué la locura, la enfermedad mental siempre ha estado expuesta a tanta violencia, incluso crueldad, ya sea bajo la forma clásica del encierro o bajo la forma moderna de una gestión impuesta por la economía de mercado. Y podemos - debemos - hacer el inventario, poner al día las formas contemporáneas de esta violencia que se ejerce todavía, desde la biologización a la instrumentalización del individuo - por él mismo incluso-, desde una cierta psiquiatría social a una psicologización de la cual se sostienen y autorizan ciertos discursos educativos y medico-sociales, incluso psiquiátricos.

No hacemos sino clínica cuando interrogamos los fundamentos y estructuras de estos discursos que se constituyen, se desarrollan y encuentran su consistencia en la negación del sujeto, de su sufrimiento y de la palabra singular que lo expresa. De nuevo: se trata de hacer clínica, interrogar, poner en cuestión la pseudo-transparencia del discurso de la coherencia, legitimado por una consustancialidad supuesta al orden natural de las cosas; sin interpretación ni interprete, en cierto modo.

No siempre nos acordamos del compromiso en la clínica del sujeto sufriente es una decisión que consiste en dar prueba de lo que P. Ricoeur llamaba una vehemencia ontológica. Una decisión que releva tanto de la Ética como de la Política, ya que se trata de sostener una cierta consideración de lo humano, de preservar ciertas experiencias existenciales particulares frente a toda empresa de anulación, de borramiento, de defender las condiciones de posibilidad de una práctica clínica.

Es en esto, en los tiempos que corren, que el hecho de afirmar, como lo hace desde hace más de cincuenta años Gaetano Benedetti y muchos otros presentes aquí en esta sala, la importancia del compromiso psicoterapéutico en la clínica de psicosis, se muestra más que necesaria, y más que urgente. Esto es fundamental: es el horizonte a no perder de vista cuando tratamos sobre cuestiones como la cronicidad.

