

"Justo cuando más lo necesitábamos, Gail Hornstein recrea la visión de la psiquiatría de Frieda Fromm-Reichmann como el arte de curar. La historia de esta increíble mujer estimulará a pacientes y familiares que luchan contra las enfermedades mentales con el más grande legado de Frieda: la esperanza."

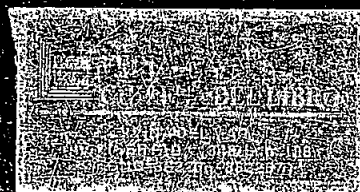
**Joanne Greenberg, autora de
*Nunca te prometí un jardín de rosas.***

"Este libro cuenta el trabajo pionero de una de las más grandes seguidoras de Freud: una brillante y sabia médica que se entregó con su corazón y su alma a sus pacientes más vulnerables."

Robert Coles, Harvard University.

"Esta es la maravillosa biografía de una mujer innovadora, pionera y controvertida. Fromm-Reichmann ha dejado una profunda marca en la manera en que abordamos los tratamientos de enfermedades mentales."

**Kay Redfield Jamison,
Johns Hopkins School of Medicine**



GAIL A. HORNSTEIN



Gail A. Hornstein
**Salvar a una persona
es salvar al mundo**

La historia de
Frieda Fromm-Reichmann,
una mujer que desafió a su época

secular (y a veces antisemita). Aislada del contacto diario con gente de su vida anterior —a diferencia de sus colegas en Nueva York, que podían recrear el Viejo Mundo dentro de una amplia comunidad de refugiados—, Frieda debía conformarse con cartas y visitas ocasionales para romper el aislamiento de la vida en Rockville. Tras perder la calidez e intimidad de esos días de Heidelberg, debió enfrentar a solas la guerra, el terror nazi, la muerte de Jacob y el sufrimiento de su familia, y todo en sus primeros años en Estados Unidos. Pasando casi todo el tiempo con pacientes muy enfermos, viviendo en un ámbito extraño —totalmente distinto del mundo que crearon los exiliados como Hannah Arendt, “una atmósfera de cultura alemana donde la cita correcta de Goethe siempre estaba a mano”—,⁹³ Frieda se consagró al desarrollo de nuevos métodos de tratamiento y la creación de una comunidad terapéutica en Chestnut Lodge. En este sentido, su asociación con Dexter Bullard nunca fue un mero trabajo. Fue su salvación y un modo de legar los frutos de su labor.

7

Improvisación y método

“Es conveniente no enseñar nada sin un paciente como texto, y el paciente mismo brinda la mejor enseñanza”.¹

Sobre el escritorio de Frieda en Chestnut Lodge colgaban los retratos de cuatro hombres: Kurt Goldstein, Sigmund Freud, Georg Groddeck y Harry Stack Sullivan. En 1950, cuando publicó su principal obra, *Principles of Intensive Psychotherapy*, puso estos cuatro nombres en orden alfabético en la dedicatoria, “a mis maestros”. Estas palabras eran reveladoras: a Freud ni siquiera lo había conocido, Groddeck y Sullivan eran amigos íntimos de Frieda, y Goldstein, su único maestro real, había supervisado su trabajo tres décadas antes. “Quiero mostrar a los lectores —escribió Frieda a la editorial— que no siento una lealtad excluyente hacia las enseñanzas de cualquiera de las corrientes psiquiátricas y psicoanalíticas que hoy luchan entre sí, sino que he procurado aprender lo mejor de [lo que estos] cuatro maestros representaban.”²

Habría evitado muchos malentendidos si hubiera aclarado que Goldstein, no Freud, era su influencia más poderosa. Los analistas siempre se han centrado en los “desvíos” de Frieda respecto de la técnica clásica, pero la clave para comprender su trabajo es ver que los estudios de Goldstein sobre las lesiones cerebrales brindaron el marco teórico y moral para su enfoque del tratamiento.

El trabajo de 1942 sobre la psicoterapia en tiempos de guerra revela aspectos esenciales del pensamiento de Frieda en sus primeros años en Chestnut Lodge.³ Partía de los sorprendentes hallazgos de sus cole-

gas de Gran Bretaña, que habían reparado en la baja incidencia de síntomas psiquiátricos entre las víctimas civiles del bombardeo de Londres. Algunas personas habían necesitado sedantes durante períodos breves, pero si eran llevadas a una unidad móvil poco después del bombardeo y se las alentaba a expresar sus sentimientos, estas víctimas se recobraban “de inmediato y totalmente, por grave que hubiera sido el incidente”. Las perturbaciones crónicas sólo se producían entre personas que no eran capaces de verbalizar su terror.

Frieda argumentaba que estos hallazgos coincidían con un modelo psicoanalítico del trauma. Millones de personas enfrentaban violencia y horror en su vida, pero pocas se volvían psicóticas. En consecuencia, la enfermedad mental no era producto del trauma sino de la represión del trauma, el aislamiento del hecho respecto de la experiencia posterior (que dejaba un “cuerpo emocional extraño en el fondo de nuestro organismo mental”).⁴

El trauma familiar, a diferencia del trauma bélico, no se podía tratar abiertamente, con lo cual era más probable que aparecieran patologías más graves. No se podía esperar que una niña expresara su furia o su terror ante la violación o el abuso si el “enemigo” eran sus propios padres. La represión de estos sentimientos, con frecuencia esencial en el momento, hacía el trauma más destructivo al envenenar todas las relaciones posteriores de la niña.⁵ Víctimas de una guerra invisible, los psicóticos estaban en la aterradora posición de tratar de protegerse de peligros cuya existencia otras personas negaban. Un niño que sufre abusos en su infancia podría experimentar una sensación de abandono total cuando la niña se va a casa o el maestro se va del aula. Años después, sería difícil ver que esta reacción está arraigada en el trauma infantil original, pero eso no significa que el vínculo no exista. Frieda daba este ejemplo:

Yo caminaba por el jardín de nuestro sanatorio con un paciente [ex.] catatónico, que en esa época se llevaba muy bien conmigo. De pronto se asustó y trató de alejarse de mí. Yo ignoraba por qué lo hacía. Al día siguiente le pregunté. “Huimos por temor a otra reprimenda —fue su respuesta inmediata—. Esta es la clave de cada una de nuestras reacciones.”⁶

La conducta extravagante, en otras palabras, es un modo de protegerse de un nuevo trauma. Cuanto más críptica es esta conducta, más

segura parece. Un paciente de Frieda se burlaba de su acento alemán cuando se enfadaba con ella. Un día, cuando ella hizo una interpretación que él encontró útil, el paciente preguntó: “¿Es usted de Cambridge?” Frieda iba a responderle con datos, pero comprendió que era un cumplido que expresaba esquivamente su gratitud. Estas experiencias, declaraba Frieda, demostraban que los “actos al parecer descabellados y estereotipados de los esquizofrénicos tienen sentido, al igual que el resto de sus comunicaciones”. La mayoría de los psiquiatras no lo sabía porque pasaba muy poco tiempo en las salas. Los pacientes psicóticos eran cómplices inconscientes de la elusión de los médicos, y eran “crípticos y ambiguos” para protegerse del “peligro de ser mal interpretados”.⁷ Pero no mejoraban con médicos demasiado insensibles para ver a la persona aterrada y necesitada que estaba debajo de estas defensas.

En una serie de importantes trabajos publicados entre 1939 y 1948, Frieda cuestionó la afirmación de que los pacientes esquizofrénicos eran demasiado “narcisistas” para ser tratados con métodos psicoanalíticos. Tomando partido por una eminente minoría de la comunidad analítica (entre ellos Federn, Fenichel, Ferenczi, Abraham y Fairbairn), argumentaba que ningún paciente, por perturbado que estuviese, estaba totalmente fuera del alcance de la psicoterapia. Siempre se podían encontrar vestigios de una relación temprana, “por tenues que fueran”, y éstos bastaban para establecer un vínculo con el analista. “No existe un período de desarrollo en que el ser humano exista fuera del ámbito de las relaciones interpersonales”, sostenía Frieda, citando a Sullivan, lo que significaba que ningún paciente podía haber hecho una regresión tan grande que le impidiera vincularse con su terapeuta.⁸

En vez de considerar que los pacientes esquizofrénicos eran imposibles de tratar, como sostenía Freud, los analistas debían acercarse a ellos. Desesperadamente necesitados de intimidad, pero aterrados de su violencia potencial, los psicóticos estaban atrapados en un círculo vicioso que los dejaba cada vez más aislados. La pregunta no era si los pacientes esquizofrénicos se podían tratar analíticamente, sino si el psicoanálisis podía estar a la altura del desafío. Restando importancia a sus desavenencias con el medio, Frieda recordaba a sus colegas que Freud nunca se había opuesto al tratamiento de los pacientes psicóticos; sólo había dicho que los métodos existentes eran inadecuados.⁹

* * *

El viejo interés de Frieda en la transferencia y la dinámica de la relación terapéutica, que databa de sus experiencias en la facultad de medicina, la llevaba naturalmente hacia el enfoque "interpersonal" que Harry Stack Sullivan desarrolló a fines de los años treinta. Sullivan fue uno de los amigos más íntimos de Frieda en Estados Unidos, y su pensamiento confirmó y amplió muchas de sus ideas. Lo conoció poco después de llegar—Erich y Sullivan se movían en los mismos círculos sociales y se tenían mucho afecto— y luego lo convencería de ir a Chestnut Lodge para dictar un notable seminario de cuatro años que modelaría la ideología del hospital.

Es difícil imaginar dos personas de origen más diferente que Frieda y Sullivan, pero su deuda intelectual recíproca era profunda y múltiple. Criado en el norte de Nueva York, único hijo sobreviviente de padres católicos desesperadamente pobres, Sullivan se había criado sin electricidad ni fontanería, en una granja tan aislada que rara vez veía a alguien excepto los maestros y compañeros de la escuela de aldea a que asistía, a kilómetros de distancia. Sus dos hermanos mayores habían muerto en la infancia, su madre sufrió un colapso mental cuando él era bebé y desapareció durante varios años, y su padre, granjero, bebía en exceso y no hablaba con nadie. Considerado una rareza por su interés en el estudio, en su infancia Sullivan sólo contaba con la compañía de las vacas y gallinas de la granja. El año en que egresó de la escuela secundaria, su condado neoyorquino tenía una tasa de suicidios de más del doble del resto del país.

Sullivan asistió a la Universidad Cornell durante dos semestres, luego desapareció, por varios años durante los que tuvo un breve episodio esquizofrénico y fue hospitalizado en circunstancias misteriosas. Asistió a una facultad de medicina de Chicago que tenía fama de "fábrica de diplomas", apenas logró graduarse, y luego erró varios años de trabajo en trabajo, a menudo falsificando detalles de su identidad. Sullivan, un hombre excéntrico y difícil que durante el resto de su vida sería despedido de un empleo tras otro, era propenso a gustos extravagantes y poco prácticos (beber coñac francés de 100 años, por ejemplo, cuando estaba en la miseria). El contraste entre él y la cultivada Frieda—mimada por todos los integrantes de su numerosa familia judía, alentada en todos sus proyectos, buscada por todos los empleadores, totalmente firme en su cordura—no podría haber sido más dramático.¹⁰

Pero se sentían mutuamente atraídos por una poderosa identificación con los "solitarios", los pacientes esquizofrénicos a quienes estaban tan dedicados. La extracción de Sullivan conducía naturalmente a este interés. La soledad de Frieda era más sutil, el aislamiento de una persona en quien todos se apoyaban, que nunca se permitía debilidades propias. Ella lo ayudó con su don de gentes, y en este sentido Sullivan fue otro hombre de quien Frieda cuidó. Pero eran espíritus afines, y su mutuo entendimiento era rico y tranquilizador.

Sullivan desarrolló sus ideas esenciales en St. Elizabeths, en los años veinte. William Alanson White, el distinguido director del hospital, había decidido apostar por este extraño joven que parecía tener una perturbadora habilidad con los pacientes psiquiátricos. En la estimulante atmósfera que White creaba para el personal y los pacientes, Sullivan se puso a experimentar con nuevos modos de llegar a los esquizofrénicos. Poderosamente influido por sus colegas Lucile Dooley y Edward Kempf, que habían intentado el trabajo psicoanalítico con algunos de los pacientes más perturbados de St. Elizabeths, Sullivan convenció a Ross McClure Chapman, director del Sheppard Pratt Hospital de Towson, Maryland, de permitirle verificar algunas de sus ideas más radicales.

En la sala experimental que Sullivan estableció allí, trató de crear un ámbito ideal donde los pacientes jóvenes que sufrían su primer ataque esquizofrénico pudieran tener una experiencia de "intimidad benévola", con ayudantes escogidos para actuar como "compinches", reforzando una sensación de humanidad compartida. Cuando Sullivan se fue de Sheppard ocho años después, se había convertido en una "leyenda en el mundo clínico y en el mundo de las ciencias sociales", cuyo éxito terapéutico con los pacientes esquizofrénicos inspiraría a muchos psiquiatras jóvenes.¹¹

Una biografía de Sullivan sugiere que el aislamiento y la soledad extremas de su infancia pueden haberlo ayudado a liberarse de toda lealtad a la tradición o la familia. Así, podía lanzarse por su cuenta con más facilidad que Frieda, y sin duda ésta era una de las cualidades que ella más admiraba en él. Como Groddeck, Sullivan disfrutaba provocando al *establishment* psicoanalítico y era indiferente a la opinión de los demás sobre sus ideas.

Los colegas de Frieda siempre dijeron que ella "absorbió más ideas de Sullivan de las que necesitaba, atribuyéndoles más mérito del que

les correspondía", continuando su costumbre de honrar a hombres poderosos por conceptos a los que ella había llegado por su cuenta años antes. "Siempre le tuvo respeto —recordaba una estudiante—. Aun al presentar ideas que eran igualmente suyas, iniciaba sus comentarios con alusiones a las enseñanzas del doctor Sullivan."¹² El estilo rebuscado de Sullivan contrastaba con la exposición modesta y cálida de Frieda, y muchos conocieron la "psiquiatría interpersonal de Sullivan" a partir de los escritos de Frieda, pues la mayoría de los trabajos de Sullivan se publicaron póstumamente.¹³

Pero a ella le fascinaba aprender todo un nuevo idioma para describir lo que ya sabía sobre el trabajo con pacientes esquizofrénicos, y estaba cautivada por un concepto de Sullivan, la psicoterapia como "observación participativa". Tanto Frieda como su amiga refugiada Edith Weigert estaban felices de haber encontrado un nuevo maestro en la madurez. A veces, sin embargo, Frieda se dejaba llevar por el entusiasmo, admirando excesivamente a Sullivan por características que él mismo no valoraba. Una vez ella exclamó: "¡El puede oír cómo crece la hierba!". Sullivan comentó secamente: "No sé si la hierba hace ruido cuando crece". Pero respetaba profundamente el talento de Frieda, y la consideraba "una clínica de extraordinaria habilidad" y recomendaba "enfáticamente" que la designaran en la categoría más alta de la Asociación Psiquiátrica Americana.¹⁴

Frieda apreciaba el énfasis de Sullivan en la comunicación no verbal, lo cual reforzaba las ideas que ella había aprendido de Groddeck y Ferenczi. "El genio de Sullivan era su capacidad para prestar atención", recordaba Ben Weininger, un colega de Chestnut Lodge. Era mucho más que escuchar. Sullivan era como un maestro zen, una presencia plena para el paciente. Al cabo de años de tratar esquizofrénicos y de supervisar el tratamiento de muchos otros, Bob Cohen, otro colega de Chestnut Lodge, declaró: "Más que ningún otro que yo haya visto, Sullivan podía sentarse con alguien que no respondía a nadie y llegar a esa persona". La mayoría de los psiquiatras desconfiaban de esta aptitud, pero Frieda y Sullivan estaban convencidos de que estos aspectos "intuitivos" de la interacción terapeuta-paciente se podían estudiar sistemáticamente. Sullivan fue el primer psiquiatra que grabó sesiones de terapia con fines de investigación, y ya en los años veinte utilizaba un estenógrafo para transcribir las entrevistas con los pacientes.¹⁵

Siendo siempre el "forastero, el solitario que vivía en el linde de las cosas", Sullivan llegó naturalmente a la noción sociológica de "observador participativo". En asombroso contraste con Freud, quien se consideraba una pantalla en blanco pasiva sobre la cual el paciente proyectaba sus deseos inconscientes, Sullivan encaraba el papel del terapeuta en forma más activa. El tratamiento no era "algo que el médico le hacía al paciente; era una interacción entre dos personas trabadas en una relación". Sosteniendo que sus propias reacciones y sentimientos formaban parte del proceso, Sullivan "se observaba a sí mismo tanto como al paciente, evaluando qué impacto tenía el paciente en él, y qué efecto tenían sus palabras, gestos y tono en el paciente".¹⁶ (Ferenczi había sugerido algo muy similar, y aunque Sullivan rara vez citaba el trabajo de otro, siempre decía que las ideas de Ferenczi estaban emparentadas con su modo de pensar).

Este enfoque de la terapia, sobre todo con pacientes psicóticos, alteraba profundamente la dinámica de poder de la relación. Dejaba al terapeuta en una posición menos autoritaria, y capacitaba al paciente para modelar la dirección del tratamiento. Sullivan a veces representaba esto en forma literal, sentándose "junto a sus pacientes, para oír mejor (y no mirar fijamente)" y transmitiendo la sensación de estar "de parte del paciente" mientras trabajaban juntos. Al argumentar que el terapeuta participaba al observar, Sullivan rechazaba la filosofía mecanicista de la ciencia en que Freud había basado sus ideas, sustituyéndola por una teoría de campo dinámica donde la interacción era la unidad del análisis.¹⁷

Sus propias experiencias de soledad y su respeto por los pacientes llevaron a Sullivan a este principio clave: "En primer lugar, todos somos simplemente humanos, al margen de la felicidad y el éxito, la satisfacción y el distanciamiento, la desdicha y el trastorno mental". No era el primero en adoptar esta perspectiva. White, su mentor en St. Elizabeths, enseñaba desde tiempo atrás que "entre los pacientes y nosotros hay más similitudes que diferencias", y Frieda había aprendido lo mismo con Goldstein. Pero Sullivan iba más lejos, haciendo de este postulado el fundamento de su teoría.¹⁸

Pero si Sullivan era atento con los pacientes, era "totalmente imprevisible" con los demás, y podía ser "irritable, sarcástico, crítico, exigente, distante y aislado". Así como los estudiantes que recuerdan su "profundo y cálido interés en sus pacientes y su actitud cortés,

tolerante y comprensiva hacia ellos", también recuerdan que era cáustico en la supervisión. Su "complejísimo" modo de hablar y escribir dificultaba la comprensión de lo que decía, y "desalentaba totalmente toda comunicación que pudiera parecerse a un diálogo". Le dijo a un estudiante que "apenas se había salvado de ser un charlatán" y rutinariamente alababa a otros por parecer esquizofrénicos. Frieda con frecuencia enfrentaba las repercusiones de estos episodios. Muchos estudiantes acudían a ella en busca de consuelo después de sufrir una humillación a manos de Sullivan. (Los que realizaban sesiones de supervisión en la casa de Bethesda también debían vérselas con los cinco perros de Sullivan, que intufan los sentimientos del dueño y mordían a los estudiantes que lo irritaban).¹⁹ Y el mismo Sullivan que veía a los pacientes como "simplemente humanos" podía ser muy severo en sus juicios. Frieda quedó sorprendida cuando él sostuvo reiteradamente, al final de la guerra, que los nazis no eran humanos. Muchos parientes de Frieda habían perecido en campos de concentración y muchos amigos habían tenido que exiliarse, pero ella no podía aceptar esa declaración. Contradecía el axioma fundamental de su enfoque de la enfermedad mental.²⁰

Como Sullivan no deseaba aclarar la relación de sus ideas con el psicoanálisis clásico, fue Frieda quien terminó por hacerlo. Era un papel natural para ella. Normalmente fusionaba perspectivas que otros veían como opuestas o ajenas, y formar parte de la comunidad analítica era crucial para su sentido de la identidad.

Como de costumbre, destacó las similitudes, argumentando que la visión interpersonal era en gran medida una extensión de los enfoques tradicionales. "Es mérito inmortal de Sigmund Freud —escribió en un pasaje muy citado— haber sido el primero en entender y describir el proceso psicoterapéutico en cuanto experiencia interpersonal entre el paciente y el psiquiatra y [...] en estudiar la personalidad del psiquiatra, así como la del paciente y su mutua relación interpersonal."²¹ El fallo de Freud consistía simplemente en no haber tomado esta idea con mayor seriedad:

En su propio trabajo, señalaba Frieda, Freud se comprometía activamente con los pacientes y era muy consciente de su papel en la interacción. Su temor a ser identificado con los charlatanes que prac-

ticaban la "sugestión" lo indujo a destacar el papel del analista como observador "neutral". Sus seguidores habían tomado la receta literalmente, lo cual derivó en una perspectiva estéril y artificial de la relación terapéutica.

El rechazo de esta elaborada neutralidad como marco de la transferencia signó el más notable alejamiento de Frieda respecto de la técnica clásica. Para ella no había "pantalla en blanco"; siempre estaba plenamente presente. Veía a la mayoría de sus pacientes en el consultorio de su casa, con el perro junto a su silla, la criada en la cocina al otro extremo del pasillo y la secretaria dactilografiando del otro lado de un tabique. El teléfono sonaba constantemente, con llamadas urgentes que a menudo interrumpían las sesiones, y en caso de emergencia se marchaba antes del final de la hora. Frieda nunca revelaba detalles personales a los pacientes y mantenía una reserva natural, pero no intentaba ocultar sus sentimientos porque sabía cuánto afectaba el fingimiento a los psicóticos.

A diferencia de Horney, que siempre enfatizó sus desacuerdos con Freud, Frieda presentaba sus innovaciones como evoluciones naturales a partir de las ideas del maestro. Argumentaba que la migración de analistas a Estados Unidos durante el período nazi imponía cambios técnicos que Freud no podía haber anticipado. Un método como el psicoanálisis, que dependía tanto del lenguaje y del sentido, no se podía trasplantar a otra cultura sin modificaciones. Obligada a los 46 años a abandonar premisas que había aceptado tanto tiempo, al principio Frieda estaba, como la mayoría de los analistas refugiados, abrumada por la extrañeza de la escena americana. Luego, con su típico ingenio, escribió un largo trabajo, señalando que los factores culturales afectaban a la técnica analítica, y replanteando la relación de transferencia para adaptarla a la nueva situación: "Quizá yo pueda mostrar mi gratitud por la hospitalidad de este país haciendo alguna aportación a la comprensión de este problema".²²

Ciertas diferencias eran notables pero intrascendentes, como el hecho de que los americanos no cerraban la puerta de las habitaciones donde trabajaban y rara vez pasaban la noche debatiendo filosofía, como hacían los europeos. Pero otras actitudes tenían una significación crucial para la práctica psicoanalítica. En Europa central, los médicos pertenecían a una clase privilegiada que incluía a los profesores, los empresarios, los oficiales del ejército y los reyes, autori-

dades a las que "uno debía reverencia y obediencia". Eran miembros de una elite intelectual que trabajaba "con el único propósito de ayudar a sus hermanos", y cuyo rango se basaba en su capacidad, no en su nivel de ingresos. En este país precursor, en cambio, los valores eran diferentes. Frieda recordaba cómo lo había comprendido:

Poco después de llegar a este país, conocí a una familia con tres hijos encantadores. Uno de ellos mostraba el semblante reflexivo de un pequeño pensador. Procurando hacer un comentario grato y amigable, observé: "Parece que este niño podría ser un futuro filósofo". El comentario provocó cierta incomodidad. Yo no sabía por qué. Al fin me explicaron que mi pronóstico no se consideraba halagüeño.

Los intelectuales, aprendió Frieda, eran considerados alfeñiques en Estados Unidos. Los médicos prestaban un servicio, por el cual eran contratados por hora. Quedó pasmada cuando uno de sus primeros pacientes, un viajante con poca educación, comentó aprobatoriamente al final de una sesión: "Usted y yo estamos en un negocio parecido. Ambos tenemos que estudiar a la gente y analizar su mente. Usted quiere venderles sus ideas; yo quiero venderles mi mercancía". En Europa esta observación habría sido impensable, pero en una cultura donde el éxito se medía por la prosperidad y los médicos ganaban menos dinero que muchos empresarios, los pacientes no tenían que ser tan reverentes. Una vez que superó su asombro ante estas diferencias, Frieda pensó que los valores americanos en realidad facilitaban el tratamiento. Como al paciente no le molestaba "hallar debilidades humanas, incluso síntomas neuróticos, en su médico", el analista podía admitir errores y corregirlos, en vez de actuar como si fueran "afrentas a [su] dignidad" profesional. La cultura de masas también ponía a los analistas y los pacientes en pie de igualdad, de un modo que Freud jamás había experimentado. En Estados Unidos todos veían las mismas películas, escuchaban los mismos programas de radio, leían las mismas revistas, fumaban los mismos cigarrillos, compraban la ropa en las mismas tiendas y conducían los mismos coches. Los americanos se inscribían en ciertas organizaciones sin dificultad, con una confianza gregaria que se desconocía en Europa central. "Los pioneros y sus descendientes —observaba Frieda— no pueden darse el lujo

de ser individuos enigmáticos preocupados por complejos conflictos personales."²³

En consecuencia, los pacientes americanos no mostraban ese compulsivo interés en la vida privada del analista por el cual eran famosos los pacientes europeos. Un americano no esperaría horas frente a la casa del analista para ver cuándo y con quién salía. No era "apasionadamente curioso" por el abrigo que ella usaba, ni quería saber si viajaba en taxi, autobús o automóvil. No iba a la comisaría local para buscar la edad y fecha de nacimiento de la analista, la fecha de su boda o la edad de su esposo, ni investigaba su tesis doctoral en una biblioteca pública, como lo haría un alemán. Los pacientes analíticos de todas partes se interesaban por sus doctores, admitía Frieda, pero los americanos no eran tan entrometidos como los europeos, lo cual inevitablemente cambiaba la dinámica de la relación de transferencia.

Aunque conservaba el orgullo profesional típico de los médicos alemanes de su edad y clase social, Frieda era menos pretenciosa que la mayoría de los emigrados. Las restricciones obsesivas del estilo analítico la irritaban, y le aliviaba poder actuar con mayor naturalidad en un país más informal. Darle la mano a un paciente para quien ese gesto era significativo, por ejemplo, podía facilitar una relación genuinamente terapéutica más que la formalidad ritual en que la habían formado.

Además, los pacientes americanos tenían menos a sexualizar la transferencia, una diferencia que Frieda encontraba refrescante. La sexualidad se comentaba más abiertamente que en Alemania (donde, aun en los años veinte, había pacientes femeninas que tenían infecciones de la vejiga porque les daba vergüenza decirle al novio que debían ir al excusado). Los pacientes americanos daban por sentado que los analistas, "como toda persona adulta, hombre o mujer, casada o soltera", tenían una vida privada que incluía la sexualidad. En consecuencia, las cuestiones edípicas predominaban menos en el tratamiento.²⁴

En respuesta a estas diferencias culturales, Frieda adaptó su estilo analítico para que reflejara mejor los valores americanos, a diferencia de muchos colegas que se aferraban a sus manierismos europeos (en parte por nostalgia, en parte por su valor de mercado). Le parecía irracional reproducir compulsivamente cada detalle de la modalidad

de trabajo de Freud, al margen de su sentido o pertinencia. (Ferenczi denominaba "contrarresistencia" esta negativa de los analistas a adaptarse, argumentando que podía ser un obstáculo para el tratamiento, tanto como la contratransferencia). A los pocos años de su llegada a Estados Unidos, Frieda desplazó su silla desde detrás del diván "hasta un punto donde el paciente podía mirarla o desviar la mirada con igual facilidad"; sosteniendo que esta orientación facilitaba la terapia.²⁵ Señalaba que Freud se instalaba detrás de los pacientes sólo porque le disgustaba que lo mirasen "ocho horas por día". Ella, en cambio, disfrutaba de estar cara a cara, y el contacto visual le parecía una útil fuente de información. Cuando sus colegas clasicistas atacaron este "desvío", replicó que esas reglas no ayudaban a los pacientes sino que protegían a los analistas.²⁶ Prevenía a los estudiantes contra los terapeutas "solitarios e insatisfechos" que inconscientemente insistían a elaborar las fantasías de transferencia como un "sustituto impune" de los fallos de su propia vida. Y veía el énfasis constante en los temas edípicos como un modo en que el psiquiatra eludía el escrutinio de "la relación entre el paciente y él mismo".²⁷

La prohibición del contacto entre el terapeuta y el paciente fuera de las sesiones de tratamiento, continuaba, con frecuencia se relacionaba más con la necesidad de control del analista que con problemas terapéuticos. El médico tenía derecho a la intimidad, pero no si la "glorificaba para reforzar su propia autoestima". Además, al trabajar con psicóticos, los encuentros rutinarios en el hospital podían ser cruciales para enseñar a los pacientes la diferencia entre realidad y fantasía. (Imaginemos, decía a sus alumnos, cuán asustada y humillada se sentiría una persona perturbada si su terapeuta actuara como si no existiera fuera de las sesiones de tratamiento).

Frieda comprendía que muchos analistas necesitaban más protección que ella y no se oponía a que impusieran reglas que los hicieran sentir más seguros, siempre que no racionalizaran sus defensas alegando que eran buenas para el paciente. Años de trabajo con psicóticos la hacían más atenta a su seguridad que la mayoría de los analistas, pero sostenía que fingir no era necesario. Alentaba a los colegas a tratar las cuestiones de horarios de manera igualmente abierta. Los analistas eran personas ocupadas, que trabajaban en una cultura donde el tiempo imponía sus pautas y debían ganarse el sustento. Pero interrumpir el estallido emocional de un paciente muy perturbado

porque le ayudaría a "aprender a enfrentar los límites" era autocomplaciente para el analista y potencialmente dañino para el tratamiento. Frieda tenía límites firmes y no permitía que los pacientes los traspusieran, pero adaptaba sus horarios si las necesidades clínicas lo exigían, sabiendo que aun aquellos a quienes perjudicara su impuntualidad valorarían, en definitiva, su voluntad de adaptarse a la imprevisibilidad de la enfermedad mental.

Aunque las aportaciones más importantes de Frieda pertenecían al plano de la técnica, no de la teoría, existe una idea actualmente desprestigiada por la cual es conocida: la "madre esquizofrenogénica". La noción de que las madres "generan" esquizofrenia en sus hijos es una de las distorsiones más perniciosas de la teoría psicoanalítica, y Frieda tuvo la mala suerte de ser considerada su inspiradora. La vehemencia con que se ha atacado este concepto —y la cantidad de personas que conocen el nombre de Frieda sólo en este contexto— sugiere que era una idea central en su trabajo.²⁸ En realidad, ella usa el término sólo dos veces, en una observación parentética en un trabajo sobre la transferencia, escrito durante sus primeros años en Estados Unidos. Un lector atento tendría problemas aun para encontrar este ejemplo, sepultado como está en un largo párrafo acerca de otra cosa.²⁹

Frieda habría quedado atónita ante el escándalo que este concepto provocaría más tarde. Muy sensible a las diferencias entre Alemania y su país de adopción, simplemente había tomado nota de ciertos aspectos del "papel materno" en las dos sociedades.³⁰ En la estructura familiar "claramente patriarcal" de Europa central, observaba, el padre "domina a la esposa y los hijos [...] y ellos, a su vez, se sienten unidos en virtud de su temor común" hacia él. En Estados Unidos, en cambio, las madres y los hijos ocupan lugares diferentes. "Las mujeres americanas no tienen miedo de los hombres, como las mujeres europeas", continuaba Frieda, y la madre con frecuencia adopta el papel dominante en la dinámica familiar.³¹ Como en Estados Unidos había muchas mujeres en la docencia, los niños crecían rodeados de poderosas figuras femeninas. "El temor del niño a la madre dominante", razonaba Frieda, podía conducir a la enfermedad mental en casos extremos. Las madres que eran "imperiosas" o hacían "exhibiciones innecesarias de autoridad" podían crear "sentimientos de inseguridad,

angustia y odio en la mente del niño dependiente, que con frecuencia éste no superaría en toda su vida". Las actitudes excesivamente solícitas podían ser igualmente problemáticas si actuaban como encubrimiento de una "dominación oculta". Citando muchos ejemplos de los efectos destructivos de dichas actitudes, Frieda decía que sólo el amor incondicional, dado al margen de la conducta o la obediencia del niño, brindaría la seguridad que él necesitaba para desarrollarse como individuo.³²

Para Frieda, la "madre esquizofrenogénica" era una exageración patológica de un tipo cultural. Sentía gran compasión por esas mujeres y nunca, como sostienen sus críticos, culpó a las madres en general por la enfermedad mental. Con frecuencia se reunía con los padres de sus pacientes (a veces recorriendo largas distancias para visitarlos), viéndolos como víctimas de los conflictos de su propia infancia que, con la comprensión adecuada, podían ser aliados en el tratamiento.³³ En un plano más profundo, los comentarios de Frieda acerca de las madres y su influencia se pueden ver como su discreta protesta contra las perspectivas psicoanalíticas clásicas que daban primacía a los padres. Como escribió poco sobre psicología femenina —en notable contraste con colegas como Horney, Melanie Klein y Clara Thompson—, es fácil malinterpretar su pensamiento en estas cuestiones. Sin embargo, identificarla sólo con la madre esquizofrenogénica equivale a borrar su crítica a las premisas patriarcales de Freud.

La valoración del poder positivo de las mujeres comenzó para Frieda en su propia infancia. La voluntad indómita de Klara, que hizo de los Reichmann la "familia más dichosa que se podía concebir", y la militancia política de la tía Helene Simon ofrecían un vívido ejemplo de la efectividad de las mujeres en el mundo. Los escritos explícitamente feministas y socialistas de Helene también debieron impresionar a Frieda cuando los leyó en su época de estudiante. Estas experiencias contradecían la noción de una dominación masculina universal.

Así, cuando Frieda encontró la visión matriarcal de la historia en los escritos de Groddeck, tomada de J. J. Bachofen y Robert Briffault, estas ideas coincidieron de inmediato con su modo de pensar. Hacía tiempo que Groddeck se centraba en la crucial significación simbólica de las madres en el desarrollo de la cultura humana y el inconsciente del individuo. Criticaba el restrictivo énfasis de Freud en el

padre y con frecuencia comentaba la envidia que sus pacientes masculinos sentían por la capacidad reproductora de las mujeres (estas ideas impresionaron a Horney, que luego las elaboró con mayor detalle en sus trabajos).

Erich también tenía un profundo interés en el poder femenino (arraigado, sin duda, en sus primeras experiencias con su afectuosa madre y luego revivido en sus aventuras con mujeres mayores). Consideraba que *El matriarcado* de Bachofen, publicado en 1861, era una de las principales influencias en su pensamiento. Los efectos del temprano período matriarcal en el inconsciente de los hombres y mujeres modernos se convirtieron en eje del trabajo de Erich en la década de los veinte, y siguió explorando el sentido especial del vínculo con la madre en muchos de los libros que luego publicó en Estados Unidos.

Cuando Frieda escribía sobre el "papel materno" en los años cuarenta, y citaba a la "madre esquizofrenogénica" como ejemplo del poder femenino llevado al exceso, concebía estas ideas dentro del contexto del trabajo de Groddeck y Erich. Sólo señalaba las limitaciones del enfoque freudiano. Ignoraba que en la sociedad de Estados Unidos, cada vez más preocupada por el papel de las mujeres, esta idea provocaría semejante reacción.

Podemos argumentar que la hostilidad solapada que podía haber en esa observación pasajera sobre las "madres esquizofrenogénicas" era una represalia de Frieda contra la dominación de Klara. Sintiendo que el amor de su madre dependía, en cierta medida, de su obediencia, Frieda era una persona cuya identidad estaba amenazada por una falta de amor incondicional en su infancia. Parte de su atracción por Groddeck y Sullivan se debía a que ellos sí sabían devolver los golpes. Pero Frieda se habría apresurado a aclarar que su madre había provisto los fundamentos para su sano desarrollo. Aunque Klara no quisiera una hija más brillante que ella, sin duda alentó la independencia que daba a Frieda tanta autonomía. Al advertir contra el peligro de una "madre esquizofrenogénica", Frieda alababa inconscientemente a su madre por su equilibrio, además de atacarla por su afán de control.

Muchos críticos desdeñaban el trabajo de Frieda como un intento bien intencionado pero infructuoso de brindar a los pacientes esquizofrénicos el amor que no habían recibido en la infancia. La

caricaturizaban diciendo que procuraba ser una "madre ideal" para sus pacientes, gratificando sus necesidades de intimidad de maneras imposibles. Este estereotipo era una distorsión, al igual que los ataques contra la "madre esquizofrenogénica".

Su colega Alfred Stanton, de Chestnut Lodge, se oponía a estos críticos. Enfatizaba la "austeridad" del tratamiento de Frieda, y señalaba que ella rechazaba explícitamente la afirmación de Federn de que el objetivo principal del tratamiento era establecer una transferencia positiva. Frieda, sostenía Stanton, nunca hacía por los pacientes aquello que éstos podían hacer por sí mismos —por ejemplo, interpretar una conducta que ellos comprendían inconscientemente— y esperaba que los pacientes trabajaran en la terapia con tanto empeño como ella.³⁴

Para dar mayor difusión a la psicoterapia con pacientes esquizofrénicos y diferenciar su método de aquellos con los que a menudo la confundían, Frieda contribuyó a publicar *A Way to the Soul of the Mentally Ill*, traducción inglesa de un libro de Gertrud Schwing. En su prólogo, Frieda expresaba "alegría y satisfacción" por haber descubierto "este documento auténticamente humano de destreza, conocimiento, intuición y sabiduría". No explicaba cómo había conocido el trabajo de Schwing y obviamente no coincidía con todas sus ideas, pero se identificaba con el deseo de rescatar a los pacientes que corrían "peligro extremo y mortal". Kurt Eissler, que había presenciado el trabajo de Schwing en Viena antes de escapar a Estados Unidos, señalaba en su introducción: "Como una santa medieval, liberaba a los esquizofrénicos de sus camisas de fuerza. Pacientes que poco antes estaban aullando se calmaban de inmediato cuando ella se aproximaba".³⁵

Schwing había sentido fascinación por la enfermedad y la muerte desde su infancia: "No me interesaba cualquier enfermedad, sino las aparentemente incurables. Los leprosos, los apestados, los enfermos mentales, los prisioneros... estos eran los seres humanos sufrientes que vivían en mi corazón". Pensó en estudiar medicina, pero no soportaba esperar los años de formación: "Mi deseo constante era ayudar al instante... ¡Al instante y enérgicamente!" En su juventud, Schwing sufrió un colapso personal y recobró la salud gracias a un médico que luego le dio empleo en la clínica del padre. Ella no tenía formación de ningún tipo, pero se le permitió trabajar junto a las enfermeras para tratar a los pacientes más perturbados. Con el tiempo

realizó estudios informales con Federn y a fines de los años treinta trató a pacientes esquizofrénicos en la clínica de Pöetzel, en la Universidad de Viena. Obligada a regresar a su Suiza natal después de la unificación de Alemania y Austria, intentó continuar su trabajo, pero nadie la contrataba a causa de su escasa formación. Sin embargo, una vez que se publicó el libro, los parientes de los pacientes psiquiátricos rogaban a Schwing que sacara a sus seres queridos de los hospitales y cuidara de ellos. Llevó a algunos de esos pacientes a vivir en su hogar; trató a otros informalmente en salas psiquiátricas.

La técnica de Schwing era sencilla. Iba a la habitación del paciente todos los días a la misma hora y se sentaba junto a él en silencio. Con el tiempo, aun los más callados o violentos cobraban "confianza y seguridad a partir de [esta] pasividad persistente y resuelta" y describían el tormento interior que los mantenía aislados. Los informes de Schwing tienen la misma cualidad milagrosa que muchos casos de Frieda: al parecer sin razón, el paciente súbitamente comienza a hablar, expresando sentimientos, deseos y temores que nunca había revelado a nadie. En algunos casos, Schwing trataba a los pacientes como niños necesitados, abrazándolos, dándoles golosinas, bañándolos. Su método enfatizaba la reciprocidad y un profundo respeto por el sufrimiento.

Schwing tenía esa misma audacia que era el arma principal de Frieda para derribar las defensas de los pacientes muy perturbados. Había una joven que reiteradamente se tragaba agujas y trozos de vidrio y había roto las ventanas de la sala del hospital a pesar de estar sujeta con tres camisas de fuerza; Schwing le rogó: "Mírame". Cuando la paciente la miró, para asombro de todos, Schwing dijo: "Hay mucha tristeza en ti. Me gustaría tratar de ayudarte. ¿Puedo intentarlo?" La mujer rompió a llorar. Una vez superada su actitud defensiva, "habló abiertamente de sus sentimientos y experiencias".³⁶

Schwing pensaba que Freud tenía razón al ver la esquizofrenia como una regresión a las etapas más primitivas del desarrollo, un repliegue ante relaciones que se experimentaban como aterradoras y peligrosas. Lo que Freud no entendía, sostenía Schwing, era que la terapia podía brindar la experiencia reparadora que ansiaba el paciente. (Aunque ella no lo señaló, adoptaba la misma perspectiva que Ferenczi, cuyo alumno Franz Alexander definiría la terapia con estos pacientes como una "experiencia emocional correctiva").

En un tono muy similar al de Frieda, Schwing decía que un terapeuta debe resolver sus propios conflictos emocionales antes de ser útil a los psicóticos. Ningún terapeuta podía satisfacer todas las necesidades de otra persona, pero admitir las limitaciones con franqueza permitía conquistar la confianza de los pacientes.

Schwing advertía que no había que impedir que los pacientes realizaran ritos extravagantes que no causaban daño a nadie. Esa conducta satisfacía una necesidad, y "se puede evitar mucho negativismo si el personal no se empeña en frustrar el acto del paciente". Por la misma razón, Schwing nunca imponía su presencia. Cuando los pacientes indicaban (verbalmente o de otra manera) que no querían contacto, se retiraba, razonando que si respetaba ese deseo de estar a solas, tal vez el paciente luego respetara su deseo de contacto. Como Frieda, Schwing basaba la frecuencia de las sesiones en la calidad de la interacción. Quizá no fuera a un paciente en varios días, pero lo veía dos veces en un día si parecía responder. Si un paciente se negaba a comer, no lo apremiaba ni comentaba el síntoma explícitamente, sino que llevaba comidas apetitosas al hospital (un gesto que muchos pacientes recibían con sorpresa y placer). Pese a su alabanza del trabajo de Schwing, Frieda tuvo la prudencia de disociarse de la afirmación de que la terapia podía brindar a los psicóticos el amor del que carecían. Aun el paciente más perturbado intuye, "al menos vagamente", argumentaba Frieda, "que su desastre no se puede resolver mediante el ofrecimiento personal de un tipo de aceptación que por lo demás no se obtiene recíprocamente en la sociedad adulta". El "esquizofrénico sensible" podía experimentar esos gestos como paternalistas. Los médicos no eran padres sustitutos sino "observadores participativos" que ayudaban al paciente a conciliarse con las realidades de la vida adulta.

La tarea del psiquiatra, insistía Frieda, no consistía en transformar a los esquizofrénicos en "buenos ciudadanos adaptados". Bastaba con que los pacientes hallaran "fuentes de satisfacción y seguridad, al margen de la aprobación del prójimo, de la familia y de la opinión pública". La recuperación no se podía definir según las pautas del terapeuta. En este sentido, señalaba, "la esquizofrenia no es una enfermedad sino un estado específico de personalidad, con su propio modo de vida".³⁷

• • •

Creyendo en la colaboración de los pacientes, Frieda quiso reeditar el relato en primera persona de un esquizofrénico hospitalizado en la Glasgow decimonónica. Este libro, una de las más convincentes y brillantes descripciones de la locura jamás escritas, estaba agotado tiempo atrás, y Frieda lamentaba que no estuviera al alcance de sus alumnos.

Philosophy of Insanity es quizá la única narración de la enfermedad mental hecha por un paciente, que es tanto un libro de texto como una memoria. El autor, que se presenta simplemente un "ex paciente" del Real Asilo para Lunáticos de Gartnavel, dice que escribió por responsabilidad hacia los demás, a pesar del temor de que "la idea de hacer bien" pudiera ser uno de sus delirios. "No habré sufrido ni escrito en vano —dice en el prefacio— si mi relato detiene la mano que empuña el cuchillo suicida, o disipa el hálito impío que encendería una llamarada a partir de esa chispa de locura que acecha en letargo en el pecho y el cerebro de todos."³⁸

En los años cuarenta, Frieda dio un curso titulado "Ventajas de los trastornados mentales" (apodado "curso vitamínico" por los estudiantes, porque figuraba como B-1 en el catálogo). No se trataba de un reconocimiento renuente de que los psicóticos tenían habilidades. Para Frieda, las ineptitudes de los pacientes eran fuente de sensibilidades que quizá no hubieran tenido de otro modo. Podemos entender que la ceguera ayude a una persona a oír con mayor agudeza o afine su sentido del tacto. ¿Por qué es tan difícil ver a la gente con esquizofrenia como "introspectivamente dotada", como sostenía Frieda? Con frecuencia pedía a los estudiantes que leyeran el relato de la enfermedad hecho por los pacientes para que valorasen este factor, y mientras buscaba ejemplos adicionales había tropezado con la narración del "ex paciente". "¿Cómo puedo describir la humilde admiración y la conmovedora sorpresa —escribía en su introducción— que sentí al leer que este cronista desconocido expresaba ya en 1860 su convicción de que la diferencia entre los mentalmente sanos y los mentalmente perturbados es sólo cuantitativa?" Nadie, sostenía Frieda, "expresaba la idea de la esencial semejanza humana entre la gente mentalmente perturbada y la gente emocionalmente estable en forma más convincente y con un lenguaje más bello que este notable psicótico recobrado de mediados del siglo XIX".³⁹

Escribiendo en una época en que la locura se consideraba una enfermedad cerebral incurable, el "ex paciente" sostenía: "La línea

que separa la cordura de la locura es invisible, y hay tantas clases y grados de enfermedad como afectados". No podían aplicarse reglas generales a todos los pacientes, "pues lo que puede ser benéfico en un caso puede ser perjudicial en otro; empero, los síntomas de ambos son tan parecidos que cuesta diferenciarlos [...] La locura, como la lluvia, cae sobre los malos y los buenos".⁴⁰

En el modelo terapéutico de Frieda había un profundo respeto por el paciente. "Esta no es una hipótesis humanitaria o caritativa —escribió—, sino una convicción científica."⁴¹ Lo que ocurría en la mente del paciente tenía sentido (al menos para él) y la conducta extravagante siempre podía ser entendida por alguien. Rose Spiegel, una colega más joven, recordaba que Frieda golpeaba la puerta de la habitación de un paciente diariamente "durante unos seis meses sin que él le hablara, para que su insistencia le despertara confianza y la dejara entrar". Como Groddeck, heredaba muchos casos que resultaban demasiado difíciles para otros. Un paciente que apareció para su sesión con Clara Thompson con una pistola cargada, por ejemplo, fue derivado inmediatamente a Frieda.⁴²

Esta negativa a creer que un paciente era irrescatable es asombrosamente notable en el caso de la señorita S. Enviada a Chestnut Lodge en 1939, tras haber permanecido recluida durante 18 de sus 36 años, la señorita S. había sido tratada por algunos de los mejores médicos de Estados Unidos. Nada parecía surtir efecto. Al ingresar, la señorita S. se sentaba con la cabeza sobre el pecho, los ojos entrecerrados, mordiéndose las uñas con aire hostil y suspicaz. No respondía a ninguna pregunta y parecía estar alucinando. Diagnosticada como catatónica, la señorita S. permaneció muda durante meses. Pero Frieda describió su "posibilidad psicoterapéutica" como "vagamente promisorio".⁴³

Durante dos años, vio a la señorita S. en sesiones semanales de cinco horas. En ocasiones la paciente murmuraba en un "lenguaje sin voz" o reía para sus adentros. En general no decía nada. A veces, cuando Frieda se sentaba junto a ella, la señorita S. le aferraba los dedos y los sostenía. Otros días, Frieda leía o escribía en una silla cercana, permitiendo que la paciente sintiera su presencia sin la "constante obligación de estar en contacto". Cada pocos meses, la señorita

S. decía algo como "Sí, me encantaría", cuando Frieda le preguntaba si quería sentarse en el porche y no en el consultorio para esa sesión. Una vez saludó a Frieda con un "Buenos días, ¿cómo está?". Cuando Frieda reflexionaba en voz alta sobre los conflictos que la señorita S. podía haber experimentado en la infancia, la paciente a veces se sonrojaba, lloraba o transpiraba en abundancia. Un domingo por la tarde, presentándose en la casa sin aviso, la señorita S. traspuso la puerta del frente, que estaba sin llave, y fue hasta el consultorio. Frieda dijo que lamentaba tener una obligación previa pero que le "habría gustado quedarse de haber sabido de antemano que la paciente la visitaría". La señorita S. respondió "Váyase al demonio" y regresó a su sala y su silencio.

En un informe para sus colegas, Frieda aceptó que el avance en este caso era sumamente lento, pero sostenía que podía detectar algunos cambios. En un esfuerzo por acelerar las cosas, sin embargo, recomendó administrarle benzedrina para aumentar su nivel de actividad y amital sódico para fomentar la catarsis. Se probó con ambos. El amital pareció surtir un efecto inmediato, logrando que la señorita S. estuviera "alerta, activa y dispuesta a cooperar" y permitiéndole "hablar un poco casi todas las horas". Pero este efecto se pasó pronto, y hubo que interrumpir las inyecciones.

Tres años más tarde, cuando otro médico del Lodge declaró que el pronóstico de la señorita S. era "reservado", Frieda dijo en una reunión de colegas: "Creo que deberíamos estar en condiciones de curarla". A estas alturas, la señorita S. llevaba 21 años seguidos internada. Aún callaba y alucinaba. Por otra parte, enfatizaba Frieda, era "más amigable y aparentemente más feliz" y se presentaba a tiempo a las sesiones sin necesidad de que la acompañaran. Frieda dijo que aceptaba sugerencias para ver cómo "romper la monotonía de las cosas" y admitió su frustración, pero insistió en que algo se podía hacer por esa paciente.

Frieda hizo esta declaración en 1942, habiendo trabajado como psiquiatra por un cuarto de siglo. No era tan romántica ni arrogante como para creer que sus esfuerzos siempre tendrían éxito. Considerar el empecinamiento de Frieda con estos pacientes como señal de megalomanía implica una fundamental incompreensión de su método. La negativa de Frieda a desistir se originaba en un profundo sentido de humildad; la enfermedad mental grave se comprendía tan poco que

declarar incurable a un paciente le parecía presuntuoso. Si, como sostenía constantemente ante sus colegas, cada paciente era esencialmente un sujeto de investigación, ¿quién podía dar por concluido el experimento sin haber acopiado todos los datos?⁴⁴

Esa posición requería fortaleza y a veces una reeducación del paciente. A principios de los cuarenta, muchas personas que eran enviadas a Chestnut Lodge ya habían sido tratadas con métodos biológicos en otros lugares. No sabían cómo portarse en psicoterapia. Cuando el tratamiento de choque fracasó con la señorita B., por ejemplo, Walter Freeman ("decano de la lobotomía" en Estados Unidos) le dijo que necesitaba una operación cerebral. Cuando ingresó en Chestnut Lodge, no entendía que "sentarse a hablar fuera un tratamiento médico". Pero después de meses de agitación, delirios y violencia, que Frieda soportó pacientemente, la señorita B. se presentó un día para su sesión y preguntó: "¿Cómo esperaba que yo supiera hablar? Nunca hubo nadie que me hablara como usted, o que se tomara tiempo para escuchar".⁴⁵ Los colegas más jóvenes de Frieda se sorprendían ante la diferencia entre su método y el de otros analistas. Bob Cohen decía que la mayoría de los terapeutas que él conocía clasificaban al paciente y "casi nunca se desconcertaban" durante el tratamiento. El paciente, observaba Cohen, esperaba pasivamente ser "liberado de sus cadenas por una figura brillante, poderosa y benévola". El estilo de Frieda era todo lo contrario y compartía "el examen de capas cada vez más profundas, a menudo con la iniciativa del paciente". Cohen decía que el tratamiento con Frieda era como "hallar activamente nuestro camino en un páramo donde al parecer no hay ni senderos, con la ayuda de una compañera ingeniosa y valiente".⁴⁶

Este modo de trabajar, que Donald Schön llama "reflexión en acción", se basa en un conocimiento tácito de algo que está "en acción" pero es difícil de definir, como la improvisación de un músico de jazz. La clave de este "arte", sostiene Schön, es una actitud exploratoria. La adaptación de cada acto a cada situación requiere un estilo alerta, que jamás es rutinario ni automático. El problema, señala Schön, es que "ese conocimiento intuitivo siempre es más rico en información que cualquier descripción del mismo", y no siempre es posible inferir sus principios y enseñarlos a los demás.⁴⁷ Cuando Frieda urgía a los pacientes a "llevarla con ellos" en su experiencia, transmitía simultáneamente su humildad acerca de las complejidades de la en-

fermedad mental, su voluntad de dejar que el paciente guiara el proceso y su inmovible convicción en la psicoterapia como "empresa o aventura compartida".⁴⁸ Cuando Frieda exhortaba a los estudiantes a hacer "de cada hora con el paciente una experiencia memorable", no intentaba imponer pautas perfeccionistas sino alentar una actitud abierta. La psiquiatría es una especialidad perversa en muchos sentidos, pero su abandono de la artesanía se cuenta sin duda entre sus rasgos más paradójicos. Los músicos y escritores no tienen inconveniente en considerar que el talento y la experiencia son igualmente importantes para su tarea. Incluso los cirujanos reconocen que la práctica mejora la destreza. La aptitud sirve, pero se puede aprender mucho de la experiencia o de un buen maestro.

La inventiva de Frieda no estaba destinada a escandalizar, como el "análisis directo" de John Rosen. Este psiquiatra de Filadelfia, que nunca recibió instrucción formal en psicoanálisis, creía en sorprender a sus pacientes para curarles los síntomas. El psicoanálisis clásico le parecía demasiado "indirecto", y sostenía que su método producía éxitos más rápidos. Rosen a veces pasaba de 10 a 15 horas continuas con un paciente, alimentándolo con un biberón o asumiendo deliberadamente la identidad de una figura de sus delirios. Enfrentando implacablemente a pacientes esquizofrénicos en un esfuerzo por irrumpir en el material reprimido que presuntamente producía los síntomas, Rosen gritaba, amenazaba o hacía comentarios sexuales que alarmaban incluso a sus colegas. "Ojalá tuviera pechos, así podría alimentarte como debió hacer tu madre", le dijo a un paciente. A una desaliñada esquizofrénica, le resopló: "¿No quieres acicalarte? Eres tan adorable. Me gustaría ir arriba y acostarme contigo".⁴⁹

Los defensores de Rosen comparaban su técnica con la cirugía, admitiendo que era arriesgada pero podía ser necesaria para salvar al paciente. La analogía parece adecuada. Como la cirugía, el análisis directo funcionaba de prisa o no surtía efecto. En cuanto el paciente abandonaba los síntomas o se volvía crónico, Rosen perdía interés. En ese sentido, él y Frieda eran opuestos; ella estaba dispuesta a esperar una leve reacción durante meses, y para él esto era inútil.

Diplomática como siempre, Frieda citaba la obra de Rosen y la comentaba respetuosamente. En general, sin embargo, entendía que este "método de arrancar al paciente de su estado psicótico mediante un choque puede crear dificultades [...] que quizás interfieran con el

curso posterior del tratamiento".⁵⁰ Obviamente había ocasiones en que ella llegaba a extremos que otros terapeutas ni siquiera podían concebir. Vale la pena citar un ejemplo notable:

Un paciente sufría graves delirios persecutorios noche tras noche. Personas poderosas de diversas nacionalidades andaban tras él. Trataba de evitar que lo capturasen y negociaba con cada perseguidor en su propio idioma. Durante el día este paciente estaba en contacto racional. No recordaba sus delirios nocturnos y en consecuencia no había posibilidad de comentarlos con él. La única queja del paciente era que no podía concentrarse y que algo le impedía el cumplimiento de sus obligaciones profesionales. No sabía qué era, excepto que se sentía agotado al despertar por la mañana, como si durante la noche hubiera sufrido una experiencia temible y extenuante. Se realizaron varios intentos fútiles de comentar los delirios del paciente, acerca de los cuales la psicoterapeuta [obviamente Frieda] había sido informada por las enfermeras. Al fin la terapeuta decidió pedir a las enfermeras que la despertaran a la hora en que comenzaban los delirios nocturnos, para que ella pudiera observar al paciente y participar en la experiencia. Con la terapeuta presente, el paciente se levantó y trepó de la cama al escritorio, y luego al ropero, y luego de un mueble al otro como escapando de sus perseguidores, negociando con ellos en inglés, francés, alemán y hebreo. La psiquiatra lo siguió en esta excursión como podía, tratando de tranquilizarlo en la lengua del momento, diciéndole que no veía a los perseguidores pero que intentaría protegerlo en cuanto los avistara. Al cabo de 15 o 20 minutos el paciente se calmó, se acostó y durmió el resto de la noche. La participación de la psiquiatra en las experiencias delirantes del paciente tuvo que repetirse un par de veces para que ella lograra derribar la pared que el paciente erigía para no recordarlas. Así se abrió un camino para la aplicación de [un] enfoque interpretativo de los delirios persecutorios del paciente y de los graves estados de angustia que [los] acompañaban [...] Posteriormente, sus comunicaciones racionales se pudieron elaborar interpretativamente en relación con sus ideas delirantes, y ambos se pudieron relacionar con [sus] problemas [subyacentes]. Al cabo de un año y

medio el paciente quedó libre de sus síntomas y abandonó el hospital y la ciudad donde vivía la psiquiatra para reanudar su trabajo profesional en su ciudad natal.⁵¹

Aunque esta imagen parezca extravagante, los actos de Frieda eran resultado de semanas de reflexión sobre el modo de acceder a los sentimientos sepultados del paciente. No se parecían a los chocantes intentos de Rosen.

Un caso que ejemplifica los desafíos que Frieda enfrentó en sus primeros años en Chestnut Lodge fue el de la doctora D., que alternó durante más de una década como miembro del personal y como paciente. La doctora D., que había ingresado en 1934 después de una internación en Sheppard Pratt, fue tratada por Dexter Bullard en los tiempos en que él y Marjorie Jarvis eran los únicos médicos. Recibió el alta al cabo de dos años, vivió en Washington un tiempo y encontró trabajo en un sanatorio del Sur. Regresó a Rockville en 1937 para iniciar un tratamiento analítico con Frieda y fue contratada en Chestnut Lodge un año después. La doctora D. era una terapeuta muy efectiva con ciertos pacientes, y tanto Frieda como Dexter le cobraron afecto.

Pero tenía problemas para mantenerse estable. En julio de 1939, Frieda le escribió a un colega de Sheppard para pedirle, como favor para ella, que se reuniera con la doctora D. para ayudarla a olvidar "los fantasmas del pasado". El aceptó, y dos semanas después Frieda envió una nota de agradecimiento: "Todo lo que puedo decir para disculparme por la ingrata tarea que osé imponerle es que ambos somos psiquiatras, y que soporté lo mismo con esta paciente una hora o más todos los días durante 18 meses". La doctora D. sin duda agradecía los esfuerzos de Frieda, como lo revela esta nota: "El hecho de que usted acudiera [a Sheppard] conmigo y no temiera enfrentar esta situación desagradable me deja sin aliento. Ahora no hay motivos para no empeñarme en mejorar. Dejaré de pensar en el pasado, y me dedicaré a trabajar".⁵²

Pero las cosas no eran tan simples. La doctora D. estaba confundida en cuanto a su papel. ¿Era todavía una paciente que dependía de Dexter y Frieda o era su colega, en pie de igualdad profesional? Le

escribió una carta a Bullard (en la parte superior garrapateó: "¿Lugar? ¿Qué importa? Domingo por la noche, 1 de octubre de 1939"), reprochándole su actitud paternalista: "Por una parte, usted ha actuado como si quisiera que todos notaran y observaran cómo se preocupaba por mí, mientras por la otra lamentaba su impetuoso gesto de octubre pasado cuando me pidió que dijera... ¿Qué gran éxito han tenido los REALES miembros de su personal para que yo esté tan por debajo de ellos?" Criticaba a Bullard por hacer del tratamiento con Frieda un requisito para su empleo y decía que estaba "cansada de tener que sentirme tan agradecida [...] Usted me paga 15 dólares por semana (Frieda gana 100) [...]"

Al fin Frieda decidió que la situación era demasiado problemática y derivó a la doctora D. a Lewis Hill de Baltimore. Esto empeoró las cosas. En 1944, en una carta confidencial a Bullard (quien aparentemente pagaba la terapia de la doctora D.,) Hill la llamó "la paciente más difícil que intenté tratar". Disculpándose por el "fracaso", continuaba: "No puedo aceptar más honorarios de usted por un desempeño que no creo que ella haya considerado una terapia, sino un modo de llevarse bien con usted, y que no considero terapéutico en sus resultados".

Meses después, la doctora D. envió su propia carta a Bullard: "¿Me verá algún día para decirme en la cara por qué me ha destruido de este modo? [...] Sé que se me echó como a una delincuente, como cumpliendo una sentencia, ¿pero con qué autoridad es usted dueño de Rockville?" Se alegraba de que a una paciente catatónica que ella había tratado mientras trabajaba en la clínica la enviaran ahora a otra parte. ("Usted extrañará los 10.000 dólares que la señora H. le dejaba todos los años desde hace casi cinco, ¿verdad?") Las aptitudes de Bullard como terapeuta le parecían "risibles y torpes" y le molestaba que le pagaran menos que a los "mozos de la cocina". Las vacilaciones de Dexter no ayudaban. Amenazando con enjuiciarlo por "negligencia delictiva hacia mí como paciente y miembro del personal", la doctora D. escribió en una carta también dirigida a Hill, Frieda y Ross Chapman (director de Sheppard): "Todos estarán muy contentos de haberme destruido [...] Esta es la venganza de ustedes contra mí, sin duda, porque he sido una paciente y los psiquiatras y analistas se vengan de los pacientes". Culpaba a los cuatro por no permitir que la contrataran en otra parte. Parecía especialmente furiosa con Bullard y su "colaborador, el doctor Hill", acusándolos repe-

tidamente de crueldad y diciendo (en esa misma carta de siete páginas, a un espacio): "Ambos cortarían las alas de una mariposa y se sentarían a mirar mientras sufre una muerte espantosa, ¿verdad? Es lo que ambos han hecho conmigo". Acusando a Bullard de dirigir Chestnut Lodge sólo por el dinero, con un "Que Dios los perdone. Yo no puedo". La doctora D. terminó en un hospital estatal.

Frieda parece haber desempeñado un papel dudoso en todo esto. Intentó tratar a la doctora D. y luego desistió (una actitud reñida con su diligencia habitual). Luego recomendó a Bullard que la contratara. (En Heidelberg, Frieda habitualmente contrataba pacientes para trabajar en el sanatorio). La doctora D. no eximía a Frieda de sus diatribas. Aun en cartas dirigidas a ella junto con los demás, dirigía ataques o insultos específicos contra Frieda. Pero Frieda no parece haber hecho mucho para ayudar a la doctora D. después que dejó de verla en terapia, insinuando que ciertos pacientes eran demasiado complicados, aun para ella.

Pero eran la excepción. Al mismo tiempo que trataba a la doctora D. (y a muchos otros), Frieda tomó otros dos casos que figurarían entre los más importantes de su carrera: la señora E., la paciente que afianzó su reputación en Estados Unidos, y Hermann Brunck, el hombre cuyo trágico suicidio la atormentaría para siempre.

La señora E. fue una de las primeras pacientes de Frieda en Chestnut Lodge, parte del grupo que Bullard le había asignado antes de irse de vacaciones. Frieda ni siquiera era miembro regular del personal en ese momento; era la reemplazante de verano, una refugiada que procuraba tratar a pacientes profundamente perturbados en un idioma que ella hablaba desde hacía sólo tres meses.

La señora E. era la clase de paciente psiquiátrico que encontramos en los libros: sucia, incontrolable, propensa a súbitos ataques de violencia. Había amenazado a sus hijos con un cuchillo y la habían internado por la fuerza. En la sala, cantaba en voz alta en un idioma indescifrable, se arrancaba la ropa, defecaba en el piso y les gritaba a todos los que se acercaban. Después de probar todos los tratamientos conocidos en tres hospitales, sus médicos la hicieron trasladar a Chestnut Lodge.

El día en que Frieda conoció a la señora E., la paciente cantaba en voz alta en una mezcla de alemán, francés, italiano, inglés y un

idioma inventado. Bailaba desnuda por la sala, con una toalla que ella llamaba Jesucristo. Escupía en el piso y se acucillaba en el rincón, cantándoles a los radiadores. Gritando que las enfermeras eran demonios enviados del infierno para matarla, las arañaba, las mordía, las pellizcaba o les escupía cuando se acercaban. Se ponía muy violenta cuando limpiaban los escupitajos, y vociferaba que su saliva formaba los cables en espiral por donde los buenos espíritus descenderían del cielo para protegerla. La señora E. también pasaba mucho tiempo caminando descalza por trayectos tortuosos, sin pisar las manchas oscuras del linóleo. A veces permanecía horas en un lugar, y se le hinchaban los pies. Cuando estaba muy agitada o violenta, la envolvían en sábanas mojadas y frías. Al patear calentaba las sábanas, que la ceñían cada vez más.

Muchas veces Frieda se quedaba junto a la cama de la señora E. cuando ella estaba envuelta en sábanas frías. Esta paciente era el sueño de un psicoanalista: sin cesar expresaba temores, deseos, fantasías y delirios. Recitaba poesía a gritos o deliraba sobre los buenos espíritus y los demonios mientras Frieda permanecía a su lado tomando notas.

El 1 de agosto de 1935, un día que Frieda luego consideraría el más significativo en su carrera psiquiátrica, dictó el siguiente resumen de su sesión con la señora E.:

La paciente está envuelta y se queja porque las sábanas están demasiado frías: sería mejor un baño tibio en una bañera, o sábanas calientes. (Prometo desenvolverle el brazo derecho si firma algunos cheques y documentos). "¿Así que los mandó John [su esposo]?" (Sí). "Entonces está bien, los firmaré". (Empiezo a desenvolverla, no puedo hacerlo muy bien, le aviso que le pediré a una enfermera que me ayude). "Me tiene miedo cuando no estoy envuelta, ¿verdad?" (En absoluto. Sigo desenvolviéndola). Me ayuda, indicándome dónde están sujetas las sábanas y demás. Cuando le traigo los cheques y otros documentos, dice que no puede firmar "E", porque ella es "la señora A". [su nombre alucinado] (Digo que la gente que recibirá los cheques aún no conoce el cambio de nombre). "Sí, es verdad". (Firma sin más negativas).

Dos semanas después, Frieda informó que la señora E. estaba visiblemente mejor. Había dejado de escupir en el piso, se vestía, cuidaba

su higiene y en ocasiones la vieron tejiendo. Un día tocó el piano en la sala. La sacaron para que se sentara en el jardín y no atacó a nadie. Disfrutó una visita de su hijo.⁵³

El caso de la señora E. es un clásico del psicoanálisis, como Anna O. y Dorà, que plantea un problema clave para la práctica clínica y luego sugiere su solución. La significación de su tratamiento para nosotros, sin embargo, radica menos en su éxito que en la belleza de su forma, una mezcla de los saltos intuitivos de Frieda y el genio de la paciente para la enfermedad.

Como Anna con Breuer y R. N. con Ferenczi, la señora E. estaba dispuesta a correr riesgos, a llevar la terapia hasta sus límites, a hacer todo lo necesario para mejorar. Comprendía el requerimiento fundamental para el éxito: ayudar al médico a descubrir la voluntad de sanar que permanecía sepultada en la enfermedad y guiarla hacia la curación. Por definición, cada caso impone su propia psicoterapia, pero siempre hay dos elementos presentes en un tratamiento que funciona: un paciente dispuesto a revelar sus necesidades y un terapeuta que puede acercarse a él.

Muchos clínicos talentosos, como Ferenczi y Frieda, son incapaces de explicar por qué hacen ciertas cosas; sólo pueden describir lo que intentaron. Por eso el trabajo más importante de Ferenczi es su *Diario clínico*, y el de Frieda, *Principles of Intensive Psychotherapy*, un diario de otro tipo.

Estos terapeutas hacen lo que les parece correcto en el momento, realizando adaptaciones sutiles mientras avanzan. Atentos a múltiples planos simultáneamente, confían en su intuición, dejando que el inconsciente del paciente se mezcle con el suyo. Se dejan guiar por el "instinto", aunque no sepan explicar lo que esto significa. Freud era todo lo contrario: era mejor en la descripción del método que en su uso. Pero sus descripciones eran tan brillantes y seductoras que los analistas han llegado a valorar la teoría por encima del logro clínico. Frieda contribuyó a curar a pacientes muy enfermos, pero no podía explicar cómo lo hacía, y por eso Freud tiene seguidores y Frieda no.

Pero Frieda tuvo algunos éxitos extraordinarios, y la señora E. es uno de ellos. Recreando el trabajo que hicieron juntas, vemos la naturalidad del talento de Frieda y la gracia de sus movimientos. Pero como todos sus ejemplos clínicos favoritos, el caso de la señora E.

Estas son, por cierto, las palabras de Frieda; el relato de la señora E. puede haber variado un poco en el tono. Pero el mensaje básico no pudo ser muy diferente. Los dictados de Frieda eran prácticamente literales, y ningún terapeuta podría inventar un diálogo tan perfecto.⁵⁷

Frieda estaba impresionada por la destreza clínica de la señora E. y repetidamente ponía a prueba sus límites. Le pidió que le explicara por qué la había llamado "Jean-Jacques Rousseau" durante una fase del tratamiento. "Es muy natural —respondió la señora E.—. Jean-Jacques Rousseau era un extranjero que me causó gran impresión, y él escribió sobre pedagogía y conocía la mente humana. Usted es extranjera, conoce la mente humana y también trata a la gente. Así que yo la llamaba Jean-Jacques Rousseau". Frieda preguntó por el doctor Anderson, uno de los terapeutas anteriores de la señora E., un hombre con quien ella creía estar casada. Su respuesta fue digna de Freud:

Simplemente me trató de modo agradable, así que elaboré la fantasía de que estaba enamorado de mí. Pero sé perfectamente que era una fantasía [...] Pero cuando estamos enfermos no podemos controlarnos, y surge la pasión. Y mi esposo hace tanto que se marchó, y antes de marcharse no pudo hacerme el amor por mucho tiempo. Y Anderson se le parecía mucho.

Con paciencia de maestra, la señora E. explicó el resto de sus síntomas mientras Frieda tomaba nota. No hay modo de saber si las interpretaciones de la señora E. eran inferencias retrospectivas sobre el sentido de sus síntomas o conceptos que había vislumbrado cuando estaba enferma. Pero esta prevención también vale para las interpretaciones de Frieda: o bien el terapeuta y el paciente confían en el juicio del otro, o bien no. Las pruebas lógicas no son lo que importa.

Cuando la señora E. no tuvo más síntomas para interpretar, sugirió ciertas reformas en Chestnut Lodge:

No hagan pisos ajedrezados. No pueden imaginarse lo que significa para las personas insanas. Es una tortura. ¿Recuerda el piso ajedrezado negro y marrón del cuarto piso? Siempre pensé que el negro significaba el infierno y el marrón significaba el cielo, y

tenía que esforzarme para no tocar el negro con los pies y tocar sólo los cuadrados marrones, y tenía que escupir en los negros, pero no en los marrones.

Evocando su convicción de que varios hombres (tanto médicos como pacientes) estaban enamorados de ella, la señora E. pidió que no alojaran a varones y mujeres en el mismo piso (una práctica común en los primeros años). "Deberíamos estar protegidas de la mirada de esos hombres jóvenes —le dijo a Frieda, que entonces tenía 46 años y era muy consciente de las humillaciones que podía provocar una pérdida de dignidad—. Imagine qué pensarían mis hijos si supieran que el señor L. me veía bailar desnuda."

Criticó a Frieda por haberla trasladado a un piso con gente menos perturbada para un período de prueba:

Creo que fue un error llevarme abajo y decirme que era sólo para probar, y que no sabía si yo podría quedarme allí. Sospeché que usted no estaba segura de mí. ¿Cómo puede un paciente sentir confianza si nota que su médico desconfía?

¿Cómo, en verdad?

Por último, al final de la revisión del tratamiento de la señora E., Frieda preguntó: "¿Recuerda que una vez le quité las sábanas?" La respuesta de la paciente fue inmediata:

Claro que sí. Yo quería ponerla a prueba. Quería comprobar si usted era cobarde. Entonces usted se acercó y dijo que me desenvolvería. Luego dijo que no podía y pediría ayuda, y creí que tenía miedo de estar sola conmigo si yo estaba libre. Usted me agradó mucho porque al fin lo hizo sin ayuda.

Los psiquiatras siempre han pasado por alto las aportaciones técnicas de los pacientes, entorpeciendo así el progreso de su especialidad. Los pacientes recobrados han escrito muchos libros sobre la enfermedad mental y su tratamiento; otros muchos permanecen abandonados en gavetas de escritorio.⁵⁸ Muchas intuiciones de los pacientes quedan sepultadas en las publicaciones y notas de sus terapeutas. Teniendo en cuenta que los psiquiatras siempre han sentido descon-

cierto ante la psicosis, se diría que querrían aprender algo de la gente que la experimentó.

Las intuiciones de la señora E. eran excepcionalmente lúcidas, con la elegancia y simplicidad a que aspiran los psicoanalistas en su trabajo. Cabe recordar que estas intuiciones pertenecen a una mujer que ocho meses antes deliraba, era violenta y defecaba en el piso. La señora E. no parece una psicótica típica; parece más uno de esos pacientes comatosos que luego pueden recordar cada palabra pronunciada en su presencia cuando estaban "inconscientes". Desde luego, ignoramos cuántos otros pacientes gravemente perturbados hablarían como la señora E. si tuvieran médicos que los respetaran y les preguntaran por sus ideas.

Desde cierto ángulo —el que los psiquiatras están menos dispuestos a usar— lo que más sobresale en la historia de la psicoterapia es la frecuencia con que los pacientes inducen las innovaciones técnicas. Una y otra vez cuentan la historia de su lucha por superar la desesperación de sus médicos y obtener la ayuda que necesitan.⁵⁹ Breuer, por ejemplo, no sabía cómo tratar a la histérica Anna O.; fue ella quien sugirió la catarsis de la "limpieza de chimeneas", reviviendo el trauma a través de las palabras. El trabajo de Ferenczi con R. N. se atascó repetidamente hasta que ella sugirió el "análisis mutuo" que él encontraba tan amenazador. Dora quería que Freud saliera de los pulcros compartimientos de su método y viera sus síntomas como una rebelión; la negativa de Freud a seguir esa iniciativa causó el fracaso de su trabajo.

Pero aunque los pacientes logren influir en el curso del tratamiento, rara vez tienen manera de documentar sus aportaciones, así que permanecen invisibles. Las narraciones de los pacientes son desacreditadas por los médicos en todas las ramas de la medicina, y la enfermedad mental, por definición, resta legitimidad al testimonio del paciente. Los que se recobran y escriben relatos detallados de su enfermedad sólo pueden publicar en medios populares; los pacientes no son recibidos como autores en las revistas psiquiátricas, sólo como ejemplos clínicos. Quizá los pacientes también tengan dificultades para decir precisamente qué funcionó. Con frecuencia tienen una comprensión intuitiva del tratamiento, pero la mayoría no pueden expresarse en palabras comprensibles para los demás.

Ignoramos en qué podría haber diferido la narración de la señora E. de la versión de Frieda. Por lo que sabemos, la señora E. nunca

sintió el impulso de escribirla, un hecho que puede ser significativo o no. De un modo u otro, sin duda consideraba notable su recuperación y el episodio de las sábanas frías como un momento importante.

Puede que Frieda fuera idealista al imaginar que todos los tratamientos tendrían tanto éxito como su trabajo con la señora E. Pero tenía razón al citar este caso con frecuencia; era una recuperación inequívoca, y respaldaba su afirmación de que aun los síntomas más extravagantes de la psicosis se podían entender. La recuperación de la señora E. tuvo también un importante beneficio simbólico: impidió que Frieda se desmoronara después del dramático fracaso que tendría ese mismo año con un paciente llamado Hermann Brunck.

Brunck era alguien a quien Frieda deseaba ayudar desesperadamente. Su repentino brote psicótico parecía salido de un manual, y dado su talento intelectual, la psicoterapia parecía ser el tratamiento ideal. Pero empeoró cada vez más y su esposa lo mandó a otro lugar para que le practicaran un tratamiento de choque. Un año después del colapso, se suicidó.

Lo que complica la historia de Brunck —y nos permite usar su verdadero nombre— es que su esposa, Hope Hale Davis, luego publicó unas memorias donde condenaba a Frieda por su muerte. Siendo la única descripción de su trabajo clínico, que es totalmente peyorativa, el libro de Davis nos presenta a una Frieda muy diferente de la que conocemos.⁶⁰

Brunck era un economista del Departamento de Trabajo cuando ingresó en Chestnut Lodge en noviembre de 1935. Su paranoia era tan grave que amenazaba la seguridad física de Davis y su hijo de tres años. Brunck no fue paciente de Frieda por accidente sino que ingresó en Chestnut Lodge para que ella le tratara.

Había emigrado de Alemania unos años antes y estaba terminando su tesis cuando conoció a Davis. Ambos eran miembros activos del partido comunista y se hicieron amantes poco después de ingresar en la misma célula secreta. Los miembros del grupo comenzaron a infiltrarse en puestos sensibles del gobierno. Sólo la naturaleza clandestina de sus actos diferenciaba a estos miembros del partido de muchos otros izquierdistas del gobierno de Franklin Delano Roosevelt. Todavía faltaba una década para los juicios estalinistas, y la

gente pensante de todo el mundo sentía tanta atracción por Marx como por Freud.

En el verano de 1935 le pidieron a Brunck que redactara el capítulo clave de un informe sobre desarrollo económico que estaba preparando el Departamento de Trabajo. A medida que se aproximaba el plazo, este hombre complicado se sentía cada vez más incapaz de completar el trabajo. Comenzó a temer que su sección inconclusa despertara la sospecha de sus colegas y amenazara el secreto de su trabajo político.

Los temores de Brunck, desproporcionados al principio, pronto cobraron dimensiones paranoicas. Fantaseaba con reuniones secretas entre sus colegas y una denuncia en un juicio público. Deliraba toda la noche. Davis, cada vez más preocupada, llamó a Florence Powdermaker, una psicoanalista neoyorquina que una vez había sentido atracción por Brunck. Al cabo de un examen de dos días disfrazado como viaje de fin de semana, Powdermaker recomendó hospitalización inmediata y tratamiento con Frieda.

Días después, Davis llevó a Brunck a Rockville con un engaño. El notó que le mentían y trató de saltar del coche. Frieda llevaba en Estados Unidos menos de seis meses y acababa de ser contratada como miembro del personal regular de Chestnut Lodge. Tratar a un paciente tan brillante, cultivado y psicótico como Hermann Brunck era un desafío y un cumplido para su talento. Los síntomas coincidían con su modelo de esquizofrenia, y Bullard estaba tan interesado en tenerlo como paciente que se avino a cobrarle la mitad de los honorarios habituales.

Brunck estaba totalmente delirante cuando lo admitieron. También era un caballero, acostumbrado al refinamiento y decoro de la clase media alemana (cristiana). Aun en su estado de mayor deterioro, Brunck procuraba retener la galantería y la cortesía de ese mundo, un mundo que Frieda conocía íntimamente pero Davis, hija de evangélicos del Medio Oeste, encontraba totalmente ajeno.

Brunck pronto hizo una regresión a un estado animal. Comía poco y dormía menos. Cuando las enfermeras entraban para hacer la cama, lo encontraban agazapado y desnudo en un rincón, cubierto por sus propios excrementos. Cualquier paciente se sentiría humillado por un deterioro tan extremo, pero para Brunck, antiguo intelectual, estos insultos a su dignidad resultaban tan angustiantes como los síntomas mismos.

Frieda quedó muy afectada por su primera sesión con Brunck y la citó en sus artículos el resto de su vida. Brunck, desnudo en el piso de su habitación, mascullaba incoherencias y se masturbaba como si no hubiera nadie presente. Frieda le pidió que levantara la voz para que ella pudiera entenderle. El no respondió. Ella se le acercó, murmurándole que no pretendía ser "agresiva con él" sino averiguar lo que necesitaba. Brunck siguió farfullando. Ella se sentó en el piso, diciendo que "esperaba comprenderlo mejor". La reacción de Brunck fue sorprendente y súbita. "Se puso muy alerta —consignó ella en sus notas—, con una expresión de éxtasis. Gritó, entre atemorizado y feliz: 'No, usted no puede hacer eso por mí, nadie puede hacer eso por mí, es imposible. Usted correrá el mismo riesgo que yo... no puedo aceptarlo'."⁶¹

Frieda respondió: "Estoy dispuesta a compartir los riesgos de su enfermedad y a ser su camarada para superarlos". Es interesante que eligiera estas palabras frente a un paciente que era un fervoroso comunista. Brunck cogió una manta de la cama y se cubrió, diciéndole en voz baja: "Aunque me haya hundido como un animal, aún sé comportarme en presencia de una dama".⁶² Se le veía sobresaltado, como si acabara de regresar de un lugar lejano.

Frieda aprovechó ese momento de lucidez para pedirle que bebiere un poco de leche, pues no había comido en todo el día. El aceptó, y ella fue hasta la cocina y regresó con un vaso. Brunck cogió el vaso y le arrojó la leche en la cara. Luego, como antes, regresó del terror e imploró perdón. Conversó reflexivamente con Frieda durante varios minutos. "Dice que sabe que está muy enfermo —anotó ella más tarde—, pero no entiende por qué se comporta en forma tan animal, sin saber si aún se supone que es un ser humano."

Lamentablemente, al aproximarse el final de la primera sesión, Frieda tuvo que decirle a Brunck que ella estaba por partir para un viaje de una semana.⁶³ Se disculpó y prometió que lo vería en cuanto regresara. Después escribiría: "Respondió con gran temor y devoción, diciendo: '¿Sabe lo que me está diciendo? ¿Sabe qué significa que usted se vaya por una semana? En mi estado, eso puede significar sólo una hora, pero también una eternidad'". Frieda nunca olvidó el semblante de Brunck cuando gimió, mientras ella se marchaba de la habitación: "¿Cómo se puede caer tan bajo?"

Frieda comprendía que Brunck estaba aterrado porque no podía confiar en nadie, ni siquiera por un segundo. En los dos minutos que

había demorado en llevarle la leche, él se había olvidado de quién era ella. Se había convertido en “una de ellos”, la peligrosa conspiración que amenazaba su existencia.

Para el resto de la historia de Brunck, debemos basarnos en la versión de Davis, que nos lleva a lo que ella sentía. En 1935 no había reuniones de personal en Chestnut Lodge —Bullard, Jarvis y Frieda conversaban cuando era necesario— y de las primeras semanas sólo se han conservado las notas de Frieda.⁶⁴ Las memorias de Davis están llenas de detalles, pero el tono es tan defensivo que parece estar ocultando algo. Frieda se convierte en la villana de la historia, y Brunck en el santo martirizado. Ella es una mera testigo de la tragedia. Los pocos registros supervivientes de Chestnut Lodge contradicen esta versión y sugieren que Davis era la que dominaba la situación.⁶⁵

Las primeras semanas de hospitalización de Brunck estuvieron marcadas por breves períodos de lucidez en medio de una constante decadencia. La intensidad de su regresión aterraba a Davis y a los padres de Brunck, pero para Frieda era una señal de esperanza. Masturbarse abiertamente, defecar en el piso, farfullar amenazas, negarse a comer: éstos eran signos comunes de “descompensación”, sobre todo en pacientes que habían sido muy reservados. Para Brunck, semejante regresión debía de ser un alivio enorme, pues lo liberaba de la tensión de compensar su militancia comunista con un puesto gubernamental políticamente delicado. Y quizás le haya ofrecido “un período de reposo para que su organismo pudiera obtener un respiro y reunir nuevamente sus recursos contra su trastorno emocional”, como Frieda diría después. Al mismo tiempo, ese estado de bestialidad debía de ser profundamente humillante para un hombre tan gentil como Brunck.

Frieda estaba menos alarmada por los actos de Brunck que por sus delirios y fantasías cada vez más extravagantes. En esa maraña de traición y de culpa, los actos más inocuos eran sospechosos. Brunck no confiaba en nada de lo que le decían. Una persona que se vuelve psicótica siempre se quiebra por su punto más débil, y para Brunck, la frontera entre la teoría económica y la conspiración se estaba deshinchando peligrosamente. Durante mucho tiempo los psicoanalistas han argumentado que ciertas personas con papeles aparentemente opuestos son inconscientemente iguales. Asaltantes y cerrajeros, incendiarios y bomberos, delincuentes y policías: motivados por necesidades

similares, difieren principalmente en fuerza defensiva. Para Hermann Brunck, un hombre que se había unido a una organización que le exigía espiar a amigos íntimos, la paranoia debía de ser demasiado esencial como para erradicarla de su personalidad.

Antes del colapso, Brunck había imaginado que sus colegas conspiraban para degradarlo o ridiculizar su trabajo. A pocos meses de su hospitalización, acusaba a los mozos de la cocina de enviar mensajes codificados en su comida: la disposición de los panes en una bandeja, por ejemplo, parecía un modo de obligarle a visualizar la posición de los genitales de sus padres mientras tenían relaciones sexuales.

Para que la psicoterapia funcione, el paciente tiene que confiar en su terapeuta y dejarle entrar en sus sentimientos. Si es muy paranoico, no puede arriesgarse a eso. A veces ni siquiera puede experimentar sus pensamientos como propios, y quizá los atribuya a fuerzas externas. En *A Mind That Found Itself*, el clásico de Clifford Beers —quizás el más famoso relato de locura escrito por un paciente—, el autor cuenta que llegó a desconfiar de sus propias percepciones al extremo de recelar de la identidad de su hermano. Hermann Brunck habría necesitado un salto de fe para confiar en una terapeuta desconocida que decía ser “su camarada”.

Mientras Frieda intentaba convencer a Brunck de que actuaba por su bien, las sospechas de la esposa atentaban contra su mejoría. Esperando protegerlo de los problemas hogareños, Davis le presentaba informes selectivos de lo que ocurría y en ocasiones mentía. Su constante obsesión con el ocultamiento evocaba la paranoia de Brunck de forma turbadora, y aunque él estaba psicótico y Davis no, esa común propensión al engaño creaba una suerte de complicidad que no pudo hacer otra cosa que asustarlo más.

Mientras Brunck se deterioraba, Davis se desesperaba cada vez más. En cierta ocasión, llegó a persuadir a Frieda de permitir una visita conyugal. (Frieda no creía que Brunck necesitara precisamente relaciones sexuales, pero Davis insistió y Frieda decidió que no podía hacerle mal). Brunck realizó el acto, pero el esfuerzo le resultó extenuante. A partir de entonces Davis se conformó con paseos por el bosque. Pero cuando Brunck llegó al octavo mes en Chestnut Lodge y seguía declinando, Davis se puso frenética. Al ver a su delgado esposo cada vez más demacrado, comenzó a dudar de que Frieda supiera lo que hacía.

Contra el consejo de Frieda, Davis se llevó a Brunck a casa para un fin de semana. (No lo habían recluido legalmente y podía irse del hospital cuando su familia quisiera). Al principio parecía aliviado de estar de vuelta en un entorno familiar. Luego, en medio de una tensa tarde de domingo, aferró un cuchillo de cocina y atacó a Davis tan violentamente que ella tuvo que resistirse para no resultar gravemente herida. Cuando Brunck fue devuelto a Chestnut Lodge en una ambulancia, Florence Powdermaker llegó a la conclusión de que en realidad trataba de matarse a sí mismo. (Todos compartían esta interpretación salvo Davis; unas semanas antes, Brunck había tenido un "accidente" al rasurarse, y casi se había degollado). De vuelta en la sala de los perturbados, Brunck empezó a alucinar, y su estado pasó de "malo" a "reservado".

Davis desarrolló un intenso deseo de encontrar una causa física para el colapso de Brunck. Le comentó a una persona amiga: "¿No habrá una especie de adhesivo que mantiene unidas las partes de las personas, un agente químico que se pueda debilitar, un agente desintegrador que provoque enfermedades como la de Hermann?"⁶⁶ Halló la respuesta en Manfred Sakel, un psiquiatra austríaco cuyo nuevo y controvertido método para tratar la psicosis comenzaba a llamar la atención en Estados Unidos. Sakel había notado que los pacientes epilépticos rara vez eran esquizofrénicos. Su hipótesis era que la inducción de una "epilepsia artificial" podía curar la psicosis.

Al cabo de varios experimentos, Sakel descubrió que una sobredosis de insulina provocaba las convulsiones que él buscaba. (Los pacientes entraban en un coma similar al que experimentan los diabéticos cuando sus niveles de insulina bajan demasiado). Pero la técnica de Sakel era bastante arriesgada: las convulsiones demasiado intensas podían causar lesiones cerebrales, y un coma que no terminaba en el momento preciso (mediante una inyección de glucosa) podía matar al paciente.

Davis supo que Sakel planeaba viajar a Estados Unidos y entrenar al personal de un sanatorio de Ossining, Nueva York (llamado, por coincidencia, Stony Lodge). Quería que Brunck fuera trasladado allí de inmediato; Frieda consideraba que sería un gran error interrumpir el tratamiento en medio de la "regresión terapéutica" que, según su convicción, Brunck estaba experimentando. Como Ferenczi, Frieda veía la disolución de las defensas de un paciente como poten-

cialmente útil, mientras el proceso fuera monitoreado dentro de la estructura protectora de un tratamiento analítico.

Frieda había visto desfilar métodos como el de Sakel desde la facultad de medicina. Recordaba cuando a los psicóticos se les inyectaba sangre palúdica para inducir fiebres altas, o se les obligaba a inhalar bióxido de carbono para excitar el sistema nervioso. Recordaba el tratamiento del sueño continuo y la sobredosis de barbitúricos, la extracción quirúrgica de los dientes y las ovariectomías. Sabía que cualquier método, por delirante que pareciera, al principio siempre contaba con el apoyo de algunos especialistas.

Pero someter a Hermann Brunck a un choque de insulina debió de parecerle particularmente cruel.⁶⁷ Sus años con Goldstein la habían enfrentado con los dolores que provocaba el ataque contra el cerebro. Que un hombre brillante como Brunck fuera sometido al terror cotidiano de esa "experiencia cercana a la muerte" que Sakel veía como terapéutica debió parecerle un acto de barbarie. Además estaba convencida de que la psicoterapia podía ayudarlo.

En la escena culminante de las memorias de Davis —una escena narrada con mucho más sentimiento que cualquier descripción de la angustia de Brunck—, Davis irrumpió en casa de Frieda un sábado por la tarde y la acusó de sabotaje. Frieda se enfureció por semejante intrusión en su único día libre. Amenazó con llamar a un ayudante y hacerla expulsar. "A medida que Frieda se exaltaba, yo sentía una profunda calma", evoca Davis.

En la versión de Davis, la única que tenemos, Frieda al fin se derrumbó. Se dejó caer en el sofá y rompió a llorar desconsoladamente. Davis quedó anonadada: "Los sonidos persistían, esos extraños gorgoritos, gruñidos y jadeos, tan incongruentes en alguien que daba conferencias en reuniones internacionales". Al "degradarse tanto", dice Davis, Frieda reveló su "maldad esencial".⁶⁸ Admitió no haber enviado el informe que Davis había pedido, obstruyendo así la transferencia de Brunck a Stony Lodge.

¿Debemos creer esta historia? Contradice todas las descripciones que tenemos de Frieda, pero incluso ella debía de tener sus límites. A pesar de la insistencia de Davis en eximirse de toda responsabilidad por la enfermedad de Brunck, muchas de sus observaciones son astutas y reflexivas. En definitiva, no importa si Frieda se comportó tan mal como Davis sostiene; obviamente intentó impedir que Brunck

abandonara el tratamiento. Quizá necesitaba demostrar, ante sí misma o ante Bullard, que podía triunfar con un paciente tan difícil. Quizá se identificaba fuertemente con él. (En relatos posteriores de su caso, con frecuencia describía a los padres de Brunck como si fueran Adolf y Klara). Cualquier analista que haya escrito sobre contratransferencia tanto como Frieda debe de haber tenido alguna experiencia personal en que apoyarse.

Pero la renuencia de Frieda no pudo deberse, como sostiene Davis, a un ciego prejuicio contra el tratamiento somático. Davis no sabía nada sobre la trayectoria de Frieda, e ignoraba que había pasado años trabajando en salas neurológicas.⁶⁹ Habiendo convencido a Brunck de casarse y de afiliarse al PC, Davis tenía buenas razones para considerarse parcialmente responsable de su colapso. Al echar toda la culpa sobre Frieda, desviaba la atención hacia otra persona y se permitía obviar la tragedia que padeció Brunck desde su llegada a Ossining.

Gravemente paranoico, en forma reiterada fue traicionado y humillado por el personal de Stony Lodge. Sakel no apareció, pero Bernard Glück, el director, sostuvo que Brunck podía ser curado en pocos meses. En cambio, a pesar de los complejos dispositivos de seguridad que mencionaba Glück (quizás inspirados en una institución vecina, la cárcel de Sing Sing), Brunck se colgó en su habitación con su propio cinturón.

El libro de Davis termina aquí. Brunck ya no es un hombre que enloqueció en la década del treinta; es el símbolo de "toda una generación de jóvenes crédulos cuya vida se vio dañada por la desilusión que les causó la falsa promesa de la Unión Soviética". Su suicidio no fue el acto desesperado de un esquizofrénico; fue el "sacrificio" de un idealista por su militancia. Y la tragedia de su muerte no se relacionaba con Davis ni con Glück; era culpa de Frieda, pues se suponía que iba a salvarlo y no lo hizo.⁷⁰

No hay modo de saber si Brunck se habría recuperado si le hubieran permitido permanecer en psicoterapia un período más largo. Frieda era realista en cuanto a los riesgos del suicidio, y advertía a los estudiantes que una persona dispuesta a matarse siempre podía encontrar un modo, incluso en una sala bajo llave. El pronóstico de un paciente tan enfermo como Hermann Brunck era desfavorable desde cualquier punto de vista. Podemos valorar los tenaces intentos de Frie-

da de llegar a él, aunque reconozcamos que fueron infructuosos. Pero en un sentido Davis tenía razón: Frieda se culpaba por la muerte de Brunck. Sabía que era una de las pocas personas a quienes se consideraba capaces de tratar un caso de ese tipo, y sabía que no había llegado a él. Aunque la barbarie del choque de insulina hubiera precipitado el suicidio de Brunck, Frieda se sentía culpable.⁷¹

Los registros de Chestnut Lodge revelan una extraña ironía: Frieda fue la terapeuta primaria de Brunck sólo durante los primeros meses de su hospitalización. Davis responsabiliza a Frieda de todo lo ocurrido: la regresión extrema, la falta de mejoría, el suicidio en Ossining. Pero al principio del tratamiento Brunck fue derivado a Ben Weininger, el joven colega de Frieda; se pensaba que le iría mejor con un terapeuta varón, y Weininger acababa de sumarse al personal.⁷² Los archivos de Chestnut Lodge también contienen largas cartas de Davis a Frieda, describiendo la conducta de Brunck antes de su hospitalización.⁷³ Llamándose "psiquiatra aficionada", Davis interpreta cada detalle de los actos de su esposo (pero no las notas que ella tomaba furtivamente, que deben de haber causado gran angustia al paranoico Brunck). Estas cartas —dirigidas a la "querida doctora Frieda" (una expresión que Davis le había oído usar a Weininger) y firmadas "devotamente suya"— pueden haber sido el intento de Davis de realizar un análisis vicario (escribía al menos una vez por semana). Como mínimo, documentan su constante esfuerzo por intervenir en el tratamiento de su esposo, una conducta totalmente opuesta a la actitud pasiva y deferente que ella se atribuye en el libro.

La ambivalencia de Davis ante Frieda es dolorosamente manifiesta en estas cartas. Obviamente veía a Frieda y Florence Powdermaker como rivales por el amor de Brunck. Esto-intensificó la inseguridad que ya sentía ante Ernst Volkman, amigo de Brunck desde Alemania, con quien Brunck tenía una relación en muchos sentidos más íntima que su matrimonio. (Durante sus períodos más paranoicos, Ernst fue el único cuya lealtad Brunck nunca cuestionó).⁷⁴ En las memorias de Davis, publicadas en 1994, ella expresa abiertamente sus celos ante la creciente importancia de Frieda para Brunck, pero en las cartas que había escrito 60 años antes remarcaba constantemente cuánta suerte tenía de conocer a Frieda y cuánto disfrutaba de sus charlas.⁷⁵

A pesar de las motivaciones conflictivas de Davis, algunas de sus acusaciones parecen tener sustento. En noviembre de 1936 ha-

bía que enviar una nota que disculpara la demora en el envío del informe. En diciembre, una carta de Powdermaker urgía a Frieda a reunirse con ella en las próximas reuniones de la Asociación Psiquiátrica Americana para "comentar los problemas de transferencia" del caso Brunck.⁷⁶

Pero si la historia de Brunck tiene una moraleja, no está clara. Frieda nunca sostuvo que podía tratar con éxito a todos los psicóticos; semejante declaración le habría parecido pretenciosa e infundada. Sólo sostenía que aun los pacientes más perturbados tenían el potencial para recobrase. Frieda comenzó a tratar a Brunck inmediatamente después de la recuperación de la señora E. y puede haber sentido un especial optimismo frente a un paciente tan enfermo. Pero Frieda no siempre escuchaba sus propias advertencias, y su excesivo sentido de la responsabilidad con frecuencia le provocaba una sensación de fracaso si el paciente no respondía. Quizás se haya convencido de que podía rescatar a Brunck de su angustia, con el tiempo y el apoyo adecuados. Los terapeutas se identifican fuertemente con las personas semejantes a ellos, y la destrucción de un hombre tan brillante y cultivado en un momento tan promisorio de su vida debió de parecerle intolerablemente cruel.

El tratamiento de pacientes tan perturbados como Brunck o la señora E. no podría haberse realizado fuera del entorno protegido de una sala cerrada. En sus ensayos sobre técnica, Frieda aclaraba que suponía que el trabajo se realizaría dentro de una estructura que impidiera que los pacientes fueran dañinos para sí mismos o para los demás. Esta era la finalidad de Chestnut Lodge: permitir que la gente hiciera lo necesario para recobrase. Pero encerrar a los pacientes era sólo el primer paso: El desafío era diseñar un hospital que pudiera hacer psicoterapia con todos los pacientes que estuvieran gravemente perturbados. Nadie sabía hacerlo en los años treinta, cuando Frieda y Dexter comenzaron a confeccionar las reglas.

El primer artículo de Bullard, *La organización del procedimiento psicoanalítico en el hospital*, era excepcionalmente audaz. Escrito en 1938 bajo la obvia influencia de Frieda, presentaba ideas radicales como si fueran verdades obvias. "El propósito común de todos los hospitales psiquiátricos debería consistir en brindar a cada paciente las condi-

ciones óptimas [para] la recuperación", declaraba Bullard, insinuando a sus colegas que transformaran sus asilos en lugares de tratamiento, en vez de almacenes.

Las condiciones óptimas implican, primero, un entorno donde el paciente sea considerado un individuo que requiere una comprensión compasiva de las dificultades que lo han llevado al hospital e, igualmente importante, una comprensión de las dificultades que lo retienen allí; segundo, una oportunidad para reorientarse frente a estas dificultades por medio de la psicoterapia; y tercero, una actitud receptiva por parte del personal hacia el modo en que el paciente expresa su hostilidad y su necesidad de amistad y seguridad. No hay que poner obstáculos en el camino de la enfermedad del paciente. Como el difunto y amado William A. White decía tan acertadamente, "¿Dónde se puede estar loco sino en el hospital?"⁷⁷

Bullard sabía que los psiquiatras no usaban palabras como "recuperación" en los años treinta, y ni siquiera consideraban que ésta fuera el objetivo de su trabajo. No trataban a los pacientes como "individuos que requieren una comprensión compasiva", y por cierto no pensaban que sus instituciones contribuyeran a las "dificultades" que mantenían enfermos a sus pacientes. Pero una década antes que los sociólogos divulgaran la idea de "comunidad terapéutica", Bullard sostenía que Chestnut Lodge debía ser un lugar donde los pacientes pudieran estar "tan enfermos como necesitaban".

Los obstáculos para este objetivo, insistía, eran meramente pragmáticos. Era preciso analizar a los médicos para impedir que fueran absorbidos por los conflictos inconscientes de sus pacientes. Era preciso entrenar a enfermeras y ayudantes para que interpretaran dinámicas sutiles. Denunciaba la escasez de centros donde las enfermeras se pudieran analizar por "honorarios proporcionales a sus salarios" y señalaba que él había financiado personalmente el tratamiento de muchos integrantes de su personal para mejorar su efectividad. (En definitiva, él pasaba este gasto a los pacientes, pues así podía cobrar honorarios más altos). Un hospital psicoanalítico, argumentaba Bullard, se caracterizaba por ofrecer "un ámbito donde [los pacientes] pueden estar enfermos sin ser castigados por ello". El psicoanálisis "favorecía la exposición de

la psicopatología, no su represión", así que los hospitales analíticos estaban diseñados para tolerar mucha más locura que una institución convencional. Bullard reconocía que permitir que los psicóticos se zambulleran en el inconsciente podía "crear perturbaciones muy molestas para las personalidades obsesivas" que hubiera entre el personal, pero estas personas tenían que aprender a lidiar con la ansiedad o trabajar en otra parte. En términos generales, el propósito de Chestnut Lodge era ser "tan amigable y permisivo durante el día entero como el analista durante la hora de tratamiento".

Eran metas sumamente idealistas, sólo alcanzables en lo abstracto. Un paciente que expresaba "sus hostilidades, sospechas o necesidades de amor neurótico" tenía que ser controlado. No se podía permitir que la gente se lastimara o escapara. Bullard trató de mantener al terapeuta aislado de lo que sucedía en la sala, nombrando a un administrador aparte, pero en la práctica estas funciones se confundían. Y terminó por ser más autocrático de lo que quería. Cuando el personal disenta acerca de lo que más convenía para un paciente, él tenía que intervenir y tomar la decisión.

El médico administrativo puede entender que todos los pacientes deben ser tratados por igual. Esto se aplica especialmente a los privilegios y el modo en que los pacientes exteriorizan sus dificultades con los demás. El analista, por otra parte, puede entender justificadamente que la infracción de una norma es una protesta contra algo relacionado con la situación analítica y que no requiere interferencia externa hasta que se pueda elaborar con el analista.

Bullard abogaba por reuniones semanales con el personal para resolver abiertamente estos conflictos, aunque a veces la gente se enfadaba aún más cuando exponía sus diferencias. (Con pacientes gravemente psicóticos, sin embargo, un médico actuaba como terapeuta y administrador, para impedir que el paciente se confundiera aún más y se agitara a causa de las desavenencias entre sus médicos).

Bullard reconocía que organizar una institución psiquiátrica para elevar la cantidad de personas que se sometían simultáneamente al análisis creaba problemas singulares: "Lamentablemente, es cierto que los analizados, los analistas y los no analizados no siempre se llevan

bien, pues es humano sentir rencor hacia quienes saben más que nosotros, y aún más hacia quienes insinúan que saben más que nosotros". Los celos entre enfermeras, comunes en cualquier hospital, se "intensificarían en grado más agudo" en ese ámbito. Los jóvenes médicos que se sometían al análisis didáctico quizá sintieran resentimiento por los colegas mayores que eran terapeutas pero ya no pacientes. Y por supuesto que había rivalidades en la sala, sobre todo entre los pacientes que tenían el mismo analista. Bullard sostenía que esta dinámica se producía en toda institución; la singularidad de un hospital psicoanalítico consistía en que aquella era interpretada explícitamente. Cuando se consideraba cada acto de cada persona como dotado de un significado inconsciente, aun el acontecimiento más rutinario podía cobrar un sentido simbólico. Pero, a pesar de estas dificultades, Bullard sostenía que él y Frieda se proponían transformar Chestnut Lodge en lo que "se pretendía que fuera, es decir, un refugio para los enfermos y una organización terapéutica".⁷⁸

Esta perspectiva era controvertida aún en los círculos analíticos. La idea de un hospital psicoanalítico, nacida en los años veinte, había terminado por significar cosas muy distintas según la persona. La cuestión clave era quién debía ser analizado, si el paciente o la institución. Ernst Simmel, que en 1926 había fundado el primer hospital analítico del mundo en el suburbio berlinés de Tegel, sostenía que se debía analizar al individuo; Will Menninger, en Topeka, pensaba que el "objeto analítico" debía ser la institución.

Para Simmel, el psicoanálisis en un hospital era sólo un modo de aplicar el método a pacientes demasiado enfermos para ser tratados en el consultorio. Ofendido por la brutalidad del asilo típico, que parecía diseñado para "satisfacer la tendencia del neurótico al autocastigo", Simmel creía que los analistas tenían la responsabilidad moral de usar "el tesoro de 30 años de investigación" para encontrar mejores modos de tratar a pacientes gravemente enfermos. Consideraba que el factor clave era la reconceptualización de la transferencia. El paciente vería "la clínica como una extensión de la personalidad del analista", así que el hospital podía explotar dichos sentimientos en aras del tratamiento. Era preciso educar a los ayudantes en "los principios generales del psicoanálisis" y utilizar a las enfermeras como "un órgano

sensorial adicional del analista". Dicha situación podía producir escisiones, con un paciente que expresara "impulsos tiernos" hacia el analista y tratara al personal de la sala con hostilidad, pero lo ideal era que la clínica funcionara como una "existencia intrauterina oculta" que recibiera a los pacientes en "sus acogedores brazos para librarlos de su desdicha neurótica". Esto no significaba consentirles "una vida de lujo sibarita mientras alimentaban sus síntomas". En Tegel no había sedantes que permitieran a los pacientes adormecer sus sentimientos ni "enfermeras o médicos sentimentales que los ayudaran a engañarse así mismos" acerca de la realidad de su enfermedad.⁷⁹

A pesar del interés de Freud en el experimento de Simmel, pues lo consideraba un proyecto pionero y un lugar potencial para la formación profesional, éste atrajo pocos pacientes (a diferencia del sanatorio de Frieda en Heidelberg, que prosperó durante el mismo período). Freud aportó una suma considerable para tratar de salvar Tegel (y escribió muchas cartas solicitando fondos), pero en 1931 el asilo de Simmel tuvo que cerrar, llevándose consigo el interés de Freud en las posibilidades del tratamiento de la psicosis.⁸⁰

En Estados Unidos, Will Menninger probaba un método diferente. Sentía gran respeto por Simmel, a quien había conocido en una gira por Alemania, pero sus ideas sobre el análisis reflejaban una fusión del Freud temprano con un pragmatismo del Medio Oeste. Plasmando todas sus ideas en una teoría clásica de las pulsiones, Menninger argumentaba que un hospital psicoanalítico debía permitir la expresión controlada de impulsos reprimidos. Los pacientes cuyos conflictos se centraban en la agresión, por ejemplo, eran alentados a "demoler un edificio, cavar tierra para construir un sendero, golpear el saco de arena, arrojar bolas de golf, jugar al boliche [o] jugar al fútbol". Los pacientes que sufrían de un exceso de culpa debían realizar trabajos que los hicieran sentir "degradados", como fregar paredes o limpiar cuartos de baño. Los que carecían de amor recibían la oportunidad de identificarse con personas de mayor rango. (Se le dijo a un paciente, por ejemplo, que "llevara su chaqueta en la cena para que pareciera vestido como los doctores"). A un pastor protestante sumamente deprimido se le pidió que tradujera una monografía científica del alemán al inglés: "Comenzó esto en un período en que aún sufría arrebatos de llanto y sentía poco interés en su entorno. Trabajó enérgicamente ocho horas diarias duran-

te cuatro meses, completando así la tarea para su médico, y con ella su recuperación". Menninger entendía que "un programa de actividades destinadas a satisfacer necesidades emocionales inconscientes específicas" era más útil que la psicoterapia, así que en Topeka pocos pacientes recibían tratamiento individual.⁸¹

Daba por sentado que el conflicto subyacente se resolvería con la liberación del impulso reprimido. Por ejemplo, un paciente fue enviado a pasar frecuentes sesiones "con el saco de arena" y luego, "para facilitar la transferencia de la agresión" del saco hacia su familia, "le dibujaron una cara en el saco, con tiza". Se alentó a otro paciente a "bautizar sus pelotas de golf con nombres de parientes y golpearlas con toda la hostilidad contenida que sentía hacia esas personas". (Esta idea pertenecía a Simmel, que había alentado a veteranos con neurosis de guerra a atacar con sus bayonetas a muñecos que representaban a sus ex oficiales). Esta "terapia recreativa", sostenía Menninger, contribuía a "tornar la realidad más agradable que la enfermedad del paciente".

Will Menninger sólo tenía un conocimiento libresco general de la teoría de Freud, sin ninguna experiencia personal con el análisis (habiéndose encargado del hospital mientras su hermano Karl iba a Chicago para ser analizado por Franz Alexander). Nunca cuestionó la premisa de Freud de que los pacientes psicóticos eran inaccesibles mediante los métodos convencionales. A diferencia de Frieda y Bullard, se atenía a una interpretación literal de la teoría de las pulsiones. En la clínica Menninger, el psicoanálisis brindaba un lenguaje científico para "envasar" prácticas que ya estaban en uso; nunca fue el objetivo central del hospital, como en Chestnut Lodge.⁸²

Frieda coincidía con Simmel en que el objeto del análisis era el paciente, no la institución, pero tenía una idea más ambiciosa acerca de los pacientes que se podían tratar. Tegel tenía salas abiertas y no podía aceptar casos violentos; Chestnut Lodge, en cambio, recibía pacientes demasiado enfermos para ser admitidos en cualquier parte que no fuera un hospital estatal. Para Frieda, el desafío consistía en construir una institución que fuera segura no sólo psicológica sino físicamente, para que el paciente pudiera sufrir una regresión profunda que le permitiera elaborar los conflictos que habían causado la enfermedad. Bullard iba por el buen camino al afirmar que la institución debía actuar como "el analista durante la hora de tratamiento",

pero tenía tan poca experiencia en psicoanálisis que Frieda sabía que era ella quien debía encargarse de llevar esta idea a la práctica.

Desarrolló una compleja perspectiva de la función del hospital que ponía los aspectos clínicos por encima de las demás preocupaciones. Los pacientes tenían derechos, pero Frieda consideraba irresponsable actuar como si sus necesidades de seguridad fueran idénticas a las de ella. Los psicóticos necesitaban entornos estructurados, aunque no fueran capaces de pedirlo. No defendemos la libertad de los niños al permitir que se las apañen por su cuenta; los protegemos del peligro, quiéranlo o no.

Frieda trataba así de evitar el exceso romántico luego asociado con R. D. Laing, cuyo asilo experimental Kingsley Hall, en Londres, se disolvió en el caos. Adoptando una filosofía existencialista que enfatizaba la autonomía y la libertad del paciente, Laing creó una institución en la tradición cuáquera del Retreat de York: "Entre nosotros no había personal ni pacientes ni puertas con cerrojo, ni tratamiento psiquiátrico para detener o cambiar estados mentales. Kingsley Hall era un espacio donde todo era posible".⁸³

Para Frieda, esta actitud era irresponsable, una renuncia al compromiso moral de tratar a los pacientes. Se identificaba, como Laing, con la angustia de los pacientes, pero a diferencia de aquél no se oponía a la autoridad y entendía que los psicóticos necesitaban desesperadamente alguien que los cuidara. El desafío era encontrar un equilibrio entre la libertad y la protección, un *holding* que no fuera coercitivo.⁸⁴

En un lúcido trabajo titulado *Problemas de la gestión terapéutica en un hospital psicoanalítico*, Frieda planteaba estos problemas. "¿Cómo logra el psiquiatra otorgar al psicótico la cantidad adecuada de privilegios durante su tiempo de hospitalización?", preguntaba, y adoptaba una clara posición contra la libertad total:

Los terapeutas pueden sentir la inclinación de contrarrestar las influencias traumáticas dando [al paciente psicótico] una libertad mayor de la que puede manejar. Aunque es indeseable que el psiquiatra cree frustraciones adicionales en la distorsionada vida del psicótico, no puede deshacer las consecuencias malignas del pasado con sólo salvaguardarlo para que no se repitan.

Para una persona muy perturbada, "la libertad quizá sólo signifique una carga insoportable y compulsiva". Los médicos debían cuidarse de no imponer sus propios valores a los pacientes:

Si el psicótico es protegido de un afán de libertad que es obra del psiquiatra, no pedirá privilegios que no puede manejar, y se evitará la frustración de que le otorguen privilegios y luego se los quiten; además, el psiquiatra cometerá menos errores en el manejo de los privilegios del paciente.⁸⁵

Frieda advertía a los estudiantes que no transformaran la terapia en un trabajo misionero. Muchas personas optaban por vivir en ambientes protegidos, como las fuerzas armadas y las órdenes religiosas. Los pacientes esquizofrénicos no eran tan distintos, aunque su necesidad de seguridad era más apremiante. Al mismo tiempo, Frieda alentaba a sus colegas a ofrecer a los pacientes toda la libertad que pudieran manejar sin preocuparse en exceso por su "propio prestigio". Si esto ponía nervioso al resto del personal, que así fuera. Los terapeutas debían buscar lo que era mejor para el paciente: "La cooperación crea hospitales que funcionan impecablemente, pero con frecuencia ello es signo de un espíritu quebrado". Frieda reconocía que algunos pacientes podían causar problemas o tratar de escapar, pero los hospitales psiquiátricos debían correr estos riesgos si querían ser diferentes de las cárceles.

Aunque pedía que se tomaran todas las precauciones necesarias contra la violencia, cuestionaba ciertas premisas acerca de la coerción. Una vez sacó a una mujer encolerizada de su sala de reclusión con la esperanza de alentar el contacto. La suspicaz paciente rugió: "Yo podría matarla si quisiera". Frieda respondió: "No creo que eso sea una ayuda para ninguna de las dos". La mujer la miró detenidamente y luego se puso a reflexionar sobre sus problemas, para asombro del personal de la sala.

A veces Frieda usaba la contundente combinación de su tamaño diminuto y su poderosa presencia para distender situaciones explosivas. A Dexter le gustaba contar esta anécdota:

Un paciente, un hombre corpulento y paranoico, protestaba, enfurecido con Frieda, enfurecido con el Lodge, afirmando que él

era Dios y nadie podía decirle nada. Frieda, que medía menos de 1,50 metro, esperó a que dejara de berrear, le sonrió y le dijo: "Tienes mi permiso para ser Dios".

Otro hombre furioso le pasó un puro por la cara y preguntó burlonamente: "¿Qué piensa de esto, doctora Fromm-Reichmann?" Frieda abrió una gaveta, extrajo una gran caja de puros y dijo sin inmutarse: "Póngalo aquí con los demás".⁸⁶

Como Ferenczi y Sullivan, Frieda creía que un terapeuta no podía ser efectivo con los pacientes psicóticos si les tenía miedo. Entendía que el personal se atemorizara, pero aconsejaba "alejarse de los pacientes que los intimidaban" para no hacerles sentir más angustia. En lo posible, el terapeuta debía examinar las "razones inconscientes de su ansiedad" y tratar de superarla. "El psiquiatra o la enfermera [qué] debe continuar el trabajo con un paciente a pesar de su temor debe hablar de ello con el paciente. Una vez que el terapeuta es consciente de su temor y no se avergüenza de él, y es libre de conversarlo con el paciente", este aspecto "no tiene por qué interferir con su utilidad". Daba este ejemplo de su propia experiencia:

Un paciente me pegó y al día siguiente me preguntó si le guardaba rencor. Le respondí que en principio no me molestaba que me pegara porque comprendía que era incapaz de expresar el justificado resentimiento que sentía contra mí en ese momento, salvo mediante la acción. "Aun así —continué—, me disgusta que me lastimen, como a cualquier otra persona; más aún, si debo temer que me lastimes, me distraeré y no podré concentrarme en el contenido de tus comunicaciones". El paciente prometió que no me pegaría de nuevo, y respetó su promesa a pesar de atravesar varias fases de gran hostilidad.

Frieda enfrentaba el tema del encierro de manera igualmente pragmática:

Si es la sincera convicción de los miembros del personal que la función de la sala de perturbados sea sólo terapéutica, no punitiva, y si las transferencias a salas cerradas se ordenan exclusivamente por razones terapéuticas, los pacientes no padecerán

humillación, frustración ni resentimiento, y no se sentirán discriminados ni desterrados.

"Nuestros pacientes —continuaba Frieda, para asombro de algunos lectores— a veces piden voluntariamente que los trasladen provisoriamente a la sala de perturbados, [si] sienten la necesidad de protección, para no expresar impulsos destructivos incontrolables contra sí mismos u otros pacientes."⁸⁷

Un terapeuta podía sabotear el tratamiento si su "actitud interior hacia la sintomatología psiquiátrica" le hacía rehuir a los pacientes. Ciertos actos, como embadurnarse con excrementos, eran tan repulsivos que el paciente podía dejar de parecer humano. Frieda admitía que ella también sentía repugnancia, pero la consideraba complaciente y poco profesional, como si un cirujano se negara a operar porque una herida era fétida o purulenta. Si usaba "vestidos gastados, de mangas largas, fáciles de lavar" con pacientes que cometían esos actos, podía concentrarse en la humillación del paciente más que en sus propios sentimientos. Este cambio de actitud podía influir significativamente en el tratamiento: intuyendo que ella comprendía su degradación, los pacientes no necesitaban recurrir a los excrementos para comunicar su desesperación.⁸⁸

Frieda estaba fascinada por la "psiquiatría administrativa", un campo que la mayoría de los analistas consideraba moribundo. Compartía la premisa de Ferenczi de que la "regresión terapéutica" ayudaba a los pacientes a elaborar sus conflictos. Pero la regresión que se producía dentro del hospital era diferente de la que se producía fuera, donde el paciente debía luchar para parecer "normal", para no asustar a su familia ni a sus compañeros de trabajo. En un hospital, no había por qué evitar la locura: para eso estaba ahí. Los hospitales psiquiátricos se contaban entre los lugares más estigmatizados de la tierra; si alguien ingresaba voluntariamente, era para tener un sitio donde pudiera ser tan loco como necesitara.⁸⁹

En la mayoría de los hospitales se castigaba a los pacientes por esto, lo cual empeoraba las cosas. Pero una estructura previsible —el *holding* de que hablaba el analista británico D. W. Winnicott— podía evitar los peligros de la anarquía y la arbitrariedad. Si la luz del puesto de enfermeras se apagaba exactamente a las diez de la noche y la medicación llegaba a las seis, el mundo empezaba a aparentar cierto

sentido. Frieda consideraba que la gente que terminaba en hospitales psiquiátricos había tenido una infancia que percibía como caótica. Necesitaba reglas. Pero las reglas debían tener una razón; no podían ser burdos instrumentos de sometimiento. Cuando la estructura no es coercitiva, puede ser tranquilizadora, especialmente para una persona cuyo orden interior es precario o inexistente. Como diría un paciente de Chestnut Lodge:

Era un alivio no tener que estar constantemente alerta a la necesidad de adaptarse a incoherencias o cambios traicioneros [...] Para una persona agotada por la enfermedad y la terapia, la confianza en la seguridad y la homogeneidad del medio es sumamente importante, como no mover los muebles en la casa de un ciego, o como saber que el suelo estará allí cuando demos un paso.⁹⁰

Pero un hospital psicoanalítico, pese a sus beneficios, tenía contradicciones inherentes. Se esperaba que los pacientes expresaran sus sentimientos más profundos, haciendo de la confidencialidad un punto crítico; al mismo tiempo, la transparencia era esencial para que funcionara el sistema. Era preciso proteger al personal y a los pacientes. No se podía permitir que la gente desapareciera o se lastimara. Frieda sostenía que estas tensiones, aunque inevitables, no atentaban necesariamente contra la confianza: "Si tiene suficiente contacto con la realidad como para reflexionar sobre el problema, un paciente cuya condición es tan grave como para exigir hospitalización agradece los esfuerzos terapéuticos del personal del hospital, y no experimenta las deliberaciones profesionales sobre su caso como violaciones".⁹¹

Por este motivo, se habría opuesto a los actuales intentos de proteger el derecho de un paciente a la intimidad a expensas de algo más importante: su derecho al tratamiento. No dejamos a las víctimas de accidentes tendidas en la calle porque no pueden autorizar la hospitalización por escrito. Esperamos que en la sala de urgencias se haga todo lo posible por ayudar a los pacientes, desde practicar incisiones hasta informar sobre el uso de drogas. Los pacientes psiquiátricos son las únicas personas a las que se permite "morir con los derechos puestos", como han observado irónicamente ciertas organizaciones.

Frieda no era una santa. Se enfadaba con los pacientes. Cometió muchos errores. Pero sus límites estaban claros, y no permitía que la

gente se aprovechara de ella. Todos los terapeutas, advertía a los colegas, deben alcanzar "una conciencia no masoquista de los límites de su resistencia". No subestimaba el estrés y el agotamiento de trabajar con psicóticos. Pero se negaba a culpar a los pacientes por sus síntomas:

Es sumamente fatigoso mantener durante muchas horas la atención y la espontaneidad, sin abandonar la cautela, con una persona rígida que no se comunica. El psiquiatra no debe evitar la fatiga en el cumplimiento de sus deberes profesionales, pero sí ser capaz de liberarse de todo resentimiento hacia el paciente, y aprender a evitar expectativas o exigencias indebidas en lo concerniente a los resultados terapéuticos.⁹²

Esto significaba largos días de trabajo: "La limitación de las entrevistas psicoanalíticas a sesiones de una hora no tiene sentido para el psicótico, que no tiene percepción del tiempo". La función de un médico era responder a las necesidades de los pacientes. "La decisión de cuándo terminar una entrevista psicoterapéutica —escribió, claramente avergonzada de tener que ser tan explícita— debería estar determinada por las necesidades clínicas del paciente tal como las juzga el psiquiatra, no por una actitud compulsiva acerca del tiempo". Daba este ejemplo:

Una personalidad distorsionada y esquizoide había sufrido varios ataques de esquizofrenia durante 20 años. Una vez hablamos sin interrupción durante tres horas. El paciente quedó profundamente conmovido, y perdió cierta rigidez. "Ojalá alguien me hubiera hablado así 20 años atrás; entonces no me habría convertido en la persona que soy ahora", comentó este paciente taciturno.

Era especialmente importante conceder todo el tiempo necesario a la entrevista inicial: "El psiquiatra no puede aceptar la responsabilidad de decidir el curso futuro de los acontecimientos y la posibilidad de introducir cambios en la vida de otro ser humano si está escaso de tiempo".⁹³

Frieda no logró establecer "límites no masoquistas para sí misma", un defecto que nunca reconoció y que quizá le acortó la vida. Como Ferenczi y Groddeck, que se desvivían por ayudar al paciente, tenía

expectativas muy elevadas que abrumaban a sus estudiantes y colegas. Pero el que no seamos capaces de aplicar nuestro propio consejo no significa que éste sea errado. Los constantes sacrificios de Frieda ayudaron a sus pacientes. Y su trabajo indujo a toda una generación de jóvenes psiquiatras a tratar de crear ambientes auténticamente terapéuticos para personas que se consideraban incurables.

8

La creación de Chestnut Lodge

*"El significado nunca es monógamo."*¹

"Chestnut Lodge era un lugar que me llegó a gustar mucho —comentaba con nostalgia la señorita F., ex paciente—. Cuando me deprimía, deseaba regresar allí. Es el lugar de mis sueños."² Es difícil imaginar un hospital psiquiátrico como un lugar de ensueño. Pero para gente como la señorita F., que llegó al Lodge a fines de los años cuarenta, cuando la meta de Frieda de crear una comunidad terapéutica estaba casi totalmente cumplida, estar allí era tan transformador como estar en la universidad o en las fuerzas armadas.

La analogía con la universidad no es del todo simbólica. Los hospitales como el Lodge con frecuencia se referían a sus ex pacientes como "ex alumnos" y describían su propiedad como un "campus".³ Y los pacientes del Lodge eran muy leales a su alma máter. Cuando Clarence Schulz realizó un estudio de los pacientes admitidos entre 1948 y 1958, la gente hablaba con euforia de su experiencia hospitalaria. Aun los pacientes que no habían mejorado alababan Chestnut Lodge. Desde luego, algunos sentían resentimiento u odiaban el lugar, pero no eran la mayoría. Para comprenderlo, debemos olvidar nuestra imagen carcelaria de los hospitales psiquiátricos.

El Lodge generaba lealtad a través del riesgo calculado, recreando la locura de la familia del paciente pero sin los peligros. Dejaba que la gente estuviera totalmente loca pero aun así mejorase. Compitiendo con grandes instituciones públicas que costaban miles de dólares menos, Frieda y Bullard sabían que sólo podían sobrevivir si ofrecían algo que los pacientes no podían obtener en otra parte. (Y este dinero era legítimo. El seguro de salud que cubre la hospitalización por enfer-