

Historia de la Psicología Cátedra I

Modulo III

PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Alejandro Dagfal
Hugo Vezzetti

- 2008 -

Este Módulo trata sobre la Unidad III del Programa y sirve como introducción a los temas y los textos de lectura obligatoria.

Esta *tercera unidad* incursiona en la relación entre psicología, psiquiatría y salud mental en el siglo XX. Un eje del trabajo se focaliza en el nacimiento de la “salud mental” y los saberes y técnicas de la psicología a partir de las enseñanzas de la guerra. Los temas de la prevención y la invención de las técnicas de grupo permiten presentar algunas ideas críticas de Nikolas Rose sobre la psicología contemporánea y las tecnologías de la subjetividad.

INDICE

1. *Presentación*
2. *De la Higiene Mental a la Salud Mental*
3. *Las consecuencias de la guerra para la psiquiatría norteamericana*
4. *Los debates de posguerra en la psiquiatría europea: los grupos y la dimensión social*
5. *Nikolas Rose: la psicología y el “gobierno” de los sujetos*
6. *Anexo. Bion y los grupos*

1. *Presentación*

En la Unidad anterior del Programa ha quedado planteada una pluralidad de desarrollos de la psicología, nacidos en el siglo XIX y con proyecciones hacia el XX. En esta Unidad III destacamos sólo *uno* de esos desarrollos, que se sitúa en una expansión de la tradición *clínica*, que incluye el recurso a los tests y establece una convergencia con las preocupaciones por la *higiene* y la profilaxis social, en el marco de los problemas de la “población”.

Hay varias cuestiones destacables:

a) En ese campo de problemas, la psicología va a intervenir *después* de la medicina y de la psiquiatría que, en sus proyecciones, desborda los límites de la medicina. Esa relación de la psiquiatría con la *sociedad* (la familia, los grupos, las instituciones) no es nueva, pero va a alcanzar un despliegue muy destacado en el siglo XX, tanto en el terreno de los discursos como de los objetivos y las técnicas. Los antecedentes más lejanos de esos cambios en la disciplina psiquiátrica se remontan a las relaciones con la higiene pública y la “defensa social” contra los criminales y anormales, en una trama que comunicaba la psiquiatría y la criminología con el aparato jurídico y penal. (Ver M. Foucault, *El poder psiquiátrico, Curso 1973-1974*, Buenos Aires, FCE, 2005; y *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. Buenos Aires, FCE, 2001).

En esa dirección, hacia el mundo contemporáneo, el “biopoder” va a acentuar una dimensión “socio” y “psicopolítica” que va ser muy importante en la formación de las disciplinas psicológicas, como se ve en los textos de Nikolas Rose.

b) El pasaje de la higiene mental a la *salud mental* mantiene y profundiza la intención de intervenir en la dimensión *pública* y transformar las prácticas y las instituciones; junto con ello surgen nuevos “agentes”. La psiquiatría abandona el asilo y se desplaza a la sociedad: se reúne con la psicología y con algunos enfoques de las ciencias sociales. En ese nuevo campo se instala, siguiendo una inspiración proveniente de los Estados Unidos, una versión no ortodoxa del psicoanálisis, distanciada del diván y el contrato privado.

Desde los años de 1930 y, claramente, en la segunda posguerra, se acentúa un giro en la relación de las disciplinas médicas con los enfoques sobre la sociedad. Brevemente, las ciencias sociales adquieren una nueva autonomía y su creciente importancia corre paralela con la declinación del modelo biológico positivista. Wright Mills sitúa ese momento de giro en los años de 1950, y se refiere a la “imaginación sociológica” como un “estilo de

pensamiento” que tiende a imponerse y a desplazar el pensamiento físico y biológico del siglo XIX (C. Wright Mills, *La imaginación sociológica*, México, FCE, 1961, p.33.)

c) La *guerra* (en particular, la Segunda Guerra Mundial, 1939-1945), como se verá, va a constituirse en un gigantesco laboratorio de pruebas para ese cambio en la teoría y en las prácticas de las disciplinas “psi”. Ante todo, porque la psiquiatría de guerra se ve enfrentada a un tipo de trastorno, la “neurosis de combate”, que hace fracasar las viejas concepciones organicistas y exige tomar en consideración los aspectos reactivos y sociales de los desórdenes subjetivos. Seguidamente, porque obliga a considerar una dimensión *preventiva* de los malestares y los trastornos, en la selección de los soldados, la capacitación y la gestión de las relaciones humanas y grupales, en la situación global.

Esa experiencia va a constituir el motivo mayor de la transformación del movimiento internacional de la higiene mental, cargada todavía con los viejos motivos naturalistas, en una nueva formación discursiva con un impulso programático que convierte la *salud mental* en un objetivo de reforma social y política de alcance mundial. Es lo que se enuncia en el documento que da nacimiento, en 1948, después de la guerra, a la *Federación Mundial para la Salud Mental*.

d) Las enseñanzas de la psiquiatría de guerra van a ser aplicadas para edificar un nuevo dispositivo teórico y tecnológico aplicado a los *problemas de la vida social*. En efecto, la guerra había proporcionado la primera ocasión de aplicar recursos psiquiátricos, psicoterapéuticos y grupales en gran escala a una población de sujetos comunes y corrientes, bien distintos de los asistidos en los hospitales psiquiátricos. No sólo obligaba a tomar en consideración factores sociales y grupales en el surgimiento de los trastornos, sino que ponía en crisis la idea misma de “normalidad” mental.

Por otra parte, esa transferencia de las enseñanzas de la guerra se fundaba en una convicción que era a la vez un diagnóstico sobre el mundo contemporáneo: las “reacciones anormales” ante las situaciones traumáticas de la guerra no diferían demasiado de las que podían emerger en las condiciones de una sociedad (la norteamericana, en primer lugar) que presentaba evidencias de crisis y desajustes. Los problemas se manifestaban en la familia, en la crianza y la educación, y se mostraban en el crecimiento de la violencia, la criminalidad y el alcoholismo y en diversos trastornos de conducta, prejuicios y actitudes de discriminación, etc.

e) Finalmente, lo que importa destacar es cómo la psicología (y el psicoanálisis) encuentran una oportunidad de implantación y desarrollo en ese marco proporcionado por la salud mental y, más en general, por los problemas de la gestión de los sujetos en la dimensión individual y social.

Como se verá en la *Unidad IV* del Programa, esa reorientación de la psiquiatría y del psicoanálisis llegaría a la Argentina. Enrique Pichon-Rivière, en el comienzo de su conocido curso “Teoría del vínculo”, dictado en la Asociación Psicoanalítica Argentina, en 1956, se refiere a la higiene mental y sitúa en esa tradición una nueva enseñanza que busca reunir psicoanálisis, psiquiatría y ciencias sociales. (E.Pichon-Rivière, *Teoría del vínculo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1986, p.21.) José Bleger, discípulo de Pichon y figura clave en la historia de la psicología argentina, mantiene una relación con esa reorientación de la disciplina. En esa línea nace su proyecto de la *psicohigiene*, un programa para los psicólogos que proponía una extensión de la profesión hacia el ámbito de las instituciones y la sociedad.

2. De la higiene mental a la salud mental

Para examinar el pasaje de la higiene mental a la salud mental, es necesario comenzar por una breve introducción que nos sitúe en Estados Unidos a principios del siglo XX. En 1900, más precisamente, Clifford Beers, un joven empresario graduado en la universidad de

Yale, sufrió una crisis aguda, desencadenada por la muerte de su hermano. Luego de un intento de suicidio, fue internado en una clínica privada del estado de Connecticut. Allí quedó a merced de trabajadores incompetentes y mal formados, que lo sometieron a todo tipo de tratamientos degradantes y humillantes. Beers pasó varios años internado en diversos establecimientos, el peor de los cuales resultó ser un hospital público. Luego de recuperarse, en 1908, Beers publicó un libro que tuvo un gran impacto: *A mind that found itself: an autobiography* (Nueva York, Longmans Green). En ese relato autobiográfico de “una mente que se encontró a sí misma”, Beers contaba en detalle los padecimientos que había sufrido, concitando la atención de un público muy amplio sobre la necesidad de reformas radicales en el sistema de salud.

Ese mismo año, Beers fundó la Sociedad de Higiene Mental de Connecticut, para crear, al año siguiente, el *National Committee for Mental Hygiene*, desde el cual instó a la comunidad internacional a crear una red mundial de sociedades de higiene mental. En 1919, el *International Committee for Mental Hygiene* (ICMH) se hizo realidad, gracias al apoyo de personalidades como William James, profesor de psicología de Harvard, y de Adolf Meyer, médico del hospital John Hopkins. En 1930, el ICMH organizó en Washington el “Primer Congreso Internacional de Higiene Mental”, que contó con más de cuatro mil participantes. En 1937, un segundo congreso fue organizado en París, con un éxito similar, lo cual marcó una verdadera internacionalización de un movimiento que no se limitó a los Estados Unidos. Luego, de ambos lados del Atlántico, la guerra interrumpió este impulso transformador, que recién iba a continuar en la posguerra, pero bajo otro signo, según veremos más adelante.

Más allá de los avatares personales de Beers, el movimiento de la higiene mental se situaba en el cruce de las antiguas tradiciones de la higiene pública, la medicina mental y la medicina social, preocupándose por las condiciones ambientales de la enfermedad. Erosionado el paradigma heredo-degenerativo, las causas de la patología mental comenzaban a situarse del lado del medio, al igual que en las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, o en flagelos sociales como el alcoholismo. De este modo, para evitar la aparición de enfermedades mentales, era necesario apelar a medidas profilácticas de tipo inespecífico, prestando atención a las condiciones de habitación y a la alimentación, además de promover el ejercicio físico y el deporte, entre otras indicaciones que buscaban contribuir a una “vida saludable”. En ese contexto, la vieja máxima de Juvenal, el poeta latino, “mens sana in corpore sano”, cobró nueva fama.

Respecto de la *locura*, el higienismo mental no cuestionaba la existencia del asilo; sólo limitaba sus indicaciones terapéuticas y abogaba por mejores condiciones de internación. Si la alienación era una enfermedad “mental”, vinculada con un medio determinado, y ya no “cerebral”, esto implicaba que no debía entenderse siguiendo una lógica de “todo o nada”. La enfermedad mental admitía entonces diferencias de grado más o menos importantes, dentro de un continuo que iba desde la salud hasta la locura, lo cual hacía que las afecciones menos importantes pudieran ser tratadas en forma ambulatoria. La creación de servicios externos, sin necesidad de hospitalización, fue entonces recomendada para el tratamiento de los alcohólicos, los neuróticos y las formas “leves” de la locura, entre otras patologías. Este programa, que fue determinante en la modificación de antiguas prácticas, suscitó la oposición de sectores mayoritarios de la psiquiatría y la neurología tradicionales, que se aferraban a la causalidad orgánica y a la solución asilar. En consecuencia, su aplicación no fue tan generalizada ni tan masiva como suele creerse.

Cabe destacar que si bien la higiene mental rompía en gran parte con las teorías hereditarias propias del siglo XIX, no por ello dejaba de tener una concepción naturalista de la enfermedad, orientando su acción por premisas adaptativas que equiparaban el funcionamiento de la sociedad a la relación de un organismo con su medio. A menudo, en su afán de intervenir sobre el cuerpo social a partir de los saberes extraídos de las ciencias de la vida, el higienismo se emparentaba con la eugenesia y con otras formas de darwinismo social, cuyos orígenes ya se han estudiado en la unidad II. Así, las estrategias no coercitivas para el

“mejoramiento de la raza”, como por ejemplo aquéllas vinculadas con ciertas formas de profilaxis reproductiva, no dejaban de estar presentes en su horizonte instrumental. Habría que agregar que el programa eugenésico “duro” había logrado imponerse en algunos estados norteamericanos durante los años ‘20. Para ello, la legitimación aportada por algunos psiquiatras y psicólogos de orientación biológica resultó decisiva. Ellos enunciaron los fundamentos teóricos que permitieron la aprobación de leyes que implicaban medidas tales como la esterilización de los débiles mentales, los delincuentes reincidentes, etc., procedimientos que poco tiempo después serían llevados hasta los límites de lo impensable en la Alemania de Hitler.

Luego de la segunda guerra mundial, el pasaje de la higiene mental al movimiento de la *salud mental* implicó toda una serie de condiciones, que iremos desgranando progresivamente. En primer lugar, en el *nivel institucional*, sería difícil marcar una ruptura neta entre ambos, toda vez que las continuidades resultan manifiestas. Sin embargo, después del nazismo y la “solución final”, entre muchas otras razones, es evidente que las intervenciones sobre la sociedad ya no podían autorizarse en el mismo tipo de saberes que habían orientado el programa eugenésico de principios de siglo. Al mismo tiempo, la declinación del positivismo y el florecimiento de las ciencias sociales aportaban un nuevo zócalo epistemológico, alejado del naturalismo, para toda disciplina que pretendiera ocuparse de la sociedad. En ese marco, el psicoanálisis, que en sus diversas variantes había sido incorporado de pleno derecho dentro del arsenal terapéutico “dinámico” de la psiquiatría norteamericana, proveía una matriz teórica que permitía articular los avatares de la historia individual con un modelo de causación más propiamente social. En todo caso, la nueva época era reacia a las explicaciones monocausales, de tipo lineal, y el freudismo, que había contribuido a la declinación de antiguos modelos explicativos, se aprestaba ahora a reemplazarlos.

Apenas terminada la guerra, en 1945, la *Association for Mental Health of England and Wales* encargó a John Rowlings Rees la organización del “Tercer Congreso Internacional de Higiene Mental”. Durante la guerra, Rees había sido consultor “senior” del ejército británico. Había estado también entre los fundadores del *Tavistock Institute of Medical Psychology*, que luego sería la sede del *Tavistock Institute for Human Relations*. En 1946, Rees acudió a Nueva York, donde obtuvo el acuerdo del *International Committee on Mental Hygiene* (ICMH), además del apoyo de la *American Psychiatric Association* (APA). Más tarde, obtuvo también el acuerdo de un grupo de psiquiatras reformistas (compuesto por William Menninger, Karl Menninger, Daniel Blain, Bernard Wortis, etc.) que acababa de institucionalizarse en 1946, con el nombre de GAP (*Group for the Advancement of Psychiatry*), y que iba a tomar las riendas de la poderosa asociación psiquiátrica norteamericana en 1949. (El texto de W. Menninger que veremos más adelante debe situarse precisamente en este contexto, un año después de la creación del GAP).

Finalmente, el congreso tuvo lugar en Londres, en agosto de 1948, con una organización muy ambiciosa. En realidad, incluía tres congresos sucesivos: uno de “psiquiatría infantil” (al que asistieron Anna Freud y Melanie Klein), otro de “psicoterapia médica” y un tercer congreso de “salud mental”. Con lo cual el Tercer Congreso Internacional de Higiene Mental se transformó en el *Primer Congreso Internacional de Salud Mental*, bajo la presidencia de Rees. Un mes antes, se había reunido allí una comisión internacional, con el fin de redactar el acta de fundación de la *World Federation for Mental Health* (Federación Mundial de Salud Mental), destinada a tomar la posta del antiguo ICMH. Además de Rees, entre sus miembros más prominentes estaban Harry Stack Sullivan –un freudiano disidente que había sido consultor del *Selective Service* del ejército de Estado Unidos–, George Brock Chisholm –un psiquiatra que había sido responsable de la selección de personal en ejército canadiense– y Margaret Mead –una reconocida antropóloga cultural, cuya presencia muestra hasta qué punto era importante el rol otorgado a las ciencias humanas dentro de este proyecto–. El documento producido, llamado “Salud mental y ciudadanía mundial”, fue aprobado en ese mismo

congreso de Londres. En la parte que justificaba el nacimiento de la nueva disciplina, podía leerse el siguiente pasaje, que resulta muy ilustrativo:

Los estudios sobre el desarrollo humano indican que el comportamiento es modificable a lo largo de la vida, especialmente durante la infancia y la adolescencia, por el contacto humano. El examen de las instituciones sociales de muchos países muestra que éstas también pueden ser modificadas. Estas posibilidades recientemente reconocidas proporcionan fundamentos para mejorar las relaciones humanas, para liberar potencialidades humanas constructivas y para modificar las instituciones sociales en aras del bien común.

3. *Las consecuencias de la guerra para la psiquiatría norteamericana*

William Menninger (1899-1966) era el hijo menor de una familia de médicos. En 1925, junto con su padre Charles (un homeópata de origen berlinés) y con su hermano mayor, Karl, fundaron en Topeka (Kansas) una clínica psiquiátrica que se convertiría en el prototipo de la implantación del psicoanálisis en el seno de la psiquiatría norteamericana. Contra los antiguos métodos manicomiales, la clínica Menninger proponía un tratamiento llamado “ambiental” (*milieu treatment*) que, si bien no eliminaba la internación, pretendía abordar al paciente con un enfoque multidisciplinario cercano al que luego adoptaría la psiquiatría comunitaria. En los años '30, luego de la visita de Karl a Sigmund Freud, la clínica se transformó en uno de los polos de recepción de analistas emigrados, lo cual le valió el mote de “la Viena de los campos de maíz”. En 1942, se transformó en el cuarto instituto de formación analítica reconocido en Estados Unidos (después de Nueva York, Chicago y Boston). Mientras Karl se hacía famoso publicando libros de divulgación (como *The Human Mind* y *Man against Himself*), William era designado *responsable* de la división neuropsiquiátrica del ejército norteamericano, con el rango de *brigadier general*.

Después de la guerra, en 1946, además de crear el GAP, según hemos visto, William Meninger fue electo presidente de la poderosa *American Psychoanalytic Association*. Junto con otros analistas nacidos en Estados Unidos, se opuso entonces activamente a la separación entre psicoanálisis y psiquiatría que reclamaban los analistas más ortodoxos, de origen europeo, que a su vez defendían el análisis profano. Menninger, por el contrario, abogó durante su mandato por un psicoanálisis “a la americana”, medicalizado y de difusión masiva. También en 1946, la clínica de Topeka se transformó en la escuela de psiquiatría más grande del mundo. No es raro entonces que, en 1948, William Menninger haya aparecido en la tapa de la revista *Time* como “el gerente de ventas de la psiquiatría en Estados Unidos”.

El texto de Menninger sobre “El papel de la psiquiatría en el mundo actual”, de 1947, debe ser situado en el contexto más amplio de todos estos debates. Para una disciplina triunfante en una potencia triunfante, no puede dejar de observarse el carácter programático y la voluntad fundadora de esta alocución. Si Estados Unidos se había atribuido la misión de liderar la reconstrucción de Occidente, la psiquiatría se había atribuido el rol de liderar la *reconstrucción moral* de Estados Unidos, pero a partir de una visión universalista. En efecto, el sentido común de esta generación de psiquiatras reformistas que se encumbraron durante la posguerra indicaba que, para prevenir guerras futuras, había que liberar el mundo de nacionalismos, comunitarismos y creencias religiosas estériles, que dividían a los seres humanos y generaban conflictos. La paz sólo podía ser preservada a partir de la difusión de un *humanismo laico*, universalista y esclarecido, que estos psiquiatras, sin embargo, defendían de manera cuasi-religiosa. En todo caso, después de la debacle colectiva que la segunda guerra mundial había significado, la sociedad norteamericana era muy sensible a los balances sobre lo sucedido, tanto como a las estrategias para impedir su reproducción. En este marco, el texto de Menninger pone varias cuestiones de manifiesto:

1) En primer lugar, muestra en qué medida la guerra implicó para la psiquiatría una preocupación por aspectos sociales que antes no consideraba como propios. En ese marco, el psiquiatra, otrora recluido en consultorios privados o en servicios hospitalarios, debió hacer frente a nuevos desafíos y áreas de aplicación (selección, clasificación y ubicación del

personal militar, además de prevención, readaptación y tratamiento). Estas tareas lo pusieron en contacto con una *dimensión pública* que antes le había sido ajena, y de la cuál ya no podría desligarse.

2) La guerra, interpretada como fenómeno patológico colectivo, había puesto en evidencia que la sociedad misma no estaba “sana”, lo cual también era observable a través de otros fenómenos que se agravaron durante la posguerra, como el delito, la degradación de la institución familiar (divorcios, separaciones, baja tasa de natalidad, etc.) y el alcoholismo. Este diagnóstico venía a cuestionar el carácter “natural” del concepto de adaptación, que comenzaba a ser problemático. En todo caso –siguiendo a autores como Erich Fromm, que tuvieron un gran impacto en esta generación de psiquiatras reformistas– adaptarse a una sociedad patógena era un signo de enfermedad y no de salud. Antes de pensar en el tratamiento de los individuos, era necesario entonces tratar las “neurosis sociales”, por no decir la neurosis de la sociedad.

3) Si el mismo lazo social era fuente de enfermedad, había que “aprender” a vivir en comunidad de otra manera, corrigiendo los “malos aprendizajes” que habían desembocado en la catástrofe de la guerra y en la situación actual. Previamente, ello requería educar a los educadores y formar a los formadores, empezando por los padres, en tanto que modelos a seguir. Pero también era necesario ir más allá, en una perspectiva de *formación de líderes* que incluyera a los maestros, los referentes comunitarios y religiosos, etc. En ese sentido, lo que la guerra había enseñado sobre la salud mental de los combatientes, en tiempos de paz, podía aplicarse “a la familia, al grupo, a la comunidad y a la nación”.

4) Este programa de reformas implicaba una clara *dimensión moral*, que apelaba a la *responsabilidad colectiva*. Al mismo tiempo, pretendía apoyarse en conocimientos especializados, de los cuales no era más que una consecuencia lógica. Por ello, pese a ser la “Cenicienta” de las disciplinas médicas, para Menninger, la psiquiatría tenía ante esta situación una enorme responsabilidad, que compartía con el resto de la medicina, la psicología clínica y los trabajadores sociales. De hecho, como la psiquiatría comenzaba a ser concebida al mismo tiempo como una disciplina médica y social, le incumbía la responsabilidad ampliada de incorporar los conocimientos provenientes de las ciencias sociales. En consecuencia, los psiquiatras debían reflexionar e investigar, junto con los psicólogos clínicos y los trabajadores sociales, sobre los problemas relativos a la prevención y el tratamiento de la enfermedad mental.

5) En ese contexto, el tratamiento de la enfermedad mental exigía una dimensión psicoterapéutica interdisciplinaria, en la que una psiquiatría parcialmente “desmedicalizada” terminó confluyendo con una psicología que se tornaba cada vez más *clínica*. De hecho, el inicio del auge de la psicología clínica, tal como la conocemos hoy en día, remite a esos años de posguerra, en los que diferentes vertientes del psicoanálisis –integrado primero al corpus de la psiquiatría norteamericana y luego al de la psicología– sirvieron de matriz teórica para la autonomización de una serie de prácticas curativas que, hasta entonces, habían sido patrimonio exclusivo de los médicos. Ese proceso se vio coronado, en 1949, por la realización de la primera conferencia norteamericana sobre formación en psicología clínica, de la cual surgió el llamado “modelo Boulder”, que en los años ’50 iba a ser la principal referencia para las *carreras de psicología* que comenzaron a crearse en la Argentina.

6) Hay que destacar la dimensión política de este programa, que era explícita y traía aparejada una organización progresiva de los grupos imbuidos de estos nuevos ideales, que muy poco tiempo después se traduciría en la creación de la *Federación Mundial de Salud Mental* (1948).

4. Los debates de posguerra en la psiquiatría europea: los grupos y la dimensión social

El texto sobre “La psiquiatría inglesa y la guerra”, publicado en 1947, reproduce una conferencia que Jacques Lacan pronunció en 1946, ante el grupo de psiquiatras nucleados en torno de la revista *l'Evolution psychiatrique*, sobre su viaje a Inglaterra entre agosto y octubre de 1945. El texto muestra bien que Lacan fue seducido, al menos durante un tiempo, por los

discursos anglo-norteamericanos vinculados con la salud mental, cuya génesis hemos estudiado más arriba. Sin embargo, es necesario precisar el contexto en el cual esta conferencia fue posible. En primer lugar, la recepción francesa de estos discursos implicaba una cierta dosis de admiración por un conjunto de disciplinas que habían sabido ganarse un lugar de privilegio justamente en aquellos países que habían “liberado” a Francia. Los franceses se veían como un pueblo débil, que casi no había opuesto resistencia al invasor alemán y que, más aún, jamás hubiera podido liberarse de él sin ayuda externa. De ahí que Lacan subrayara continuamente el valor ejemplar de las experiencias inglesas y que las analizara en términos de moral, valor, virilidad, etc.

En esa época, además, comenzaba a implementarse el plan Marshall, con lo que los artífices de la liberación militar (Estados Unidos e Inglaterra) eran en parte los mismos responsables de la reconstrucción económica. En ese marco, aunque más no fuera por un período muy breve, los intelectuales franceses fueron muy receptivos a las ideas que venían del otro lado del Atlántico o del otro lado de La Mancha.

Durante la guerra, según hemos visto, la psicología clínica y la psicología aplicada en general se habían ganado un lugar de privilegio como herramientas de máxima eficacia. Lacan se asombraba entonces de las novedades técnicas incorporadas por la psiquiatría inglesa; y se complacía en mostrar a sus colegas psiquiatras hasta que punto la utilización de “una ciencia psicológica aún muy joven” –en el seno de la cual incluía el psicoanálisis operatorio, los tests proyectivos, las psicoterapias de grupo y el psicodrama moreniano– había servido para “constituir desde la nada un ejército de escala nacional”. Esta “ciencia psicológica” había contribuido, entre otras cosas, a la selección e instrucción de los soldados y oficiales, a la democratización de las relaciones jerárquicas, a la instauración de un nuevo tipo de disciplina y, finalmente, a la reinserción de los prisioneros de guerra y los combatientes de ultramar en la vida civil. La admiración de Lacan era tan grande que encontraba allí “la impresión del milagro de los primeros pasos freudianos”.

Pero Lacan, quien se revelaba como un observador agudo, hacía referencia a experiencias múltiples, que sería bueno desglosar.

1) En primer lugar, se refería al libro de John Rowling Rees, *The Shaping of Psychiatry by War*, publicado en Nueva York, en 1945, que remitía a su experiencia como consultor del ejército británico. Pero Rees había llegado a ese puesto como resultado de su participación en la famosa Clínica Tavistock (llamada en realidad Tavistock Institute of Medical Psychology), de la que había sido director. Esa clínica, fundada en 1920, ya había tenido un importante papel en la investigación de las neurosis de guerra luego de la primera confrontación mundial. En 1946, Rees estuvo también entre los fundadores del Tavistock Institute of Human Relations, que contaría con el finaciamiento de la Fundación Rockefeller. Además de publicar la revista *Human Relations*, en ese instituto se darían cita numerosos psicoanalistas, como Elliot Jacques y Wilfred Bion, quienes contribuirían a la conformación de una cierta psicología social de inspiración psicoanalítica, aplicable al nuevo ámbito de las “relaciones humanas”.

2) Lacan también hacía alusión a Kurt Lewin, cuya filiación es mucho más compleja de lo que se cree. Lewin fue reconocido como uno de los fundadores de la psicología social moderna, a partir de la obra de sus últimos años. Después de emigrar a los Estados Unidos, en 1933, en 1944 ingresó al Massachusetts Institute of Technology (MIT), donde fundó un Centro de Investigación para la Dinámica de Grupos (Research Center for Group Dynamics). Allí se ocupó de explorar las consecuencias, para el funcionamiento grupal, de sus teorías sobre el “campo psicológico” y la “investigación- acción”, antes de morir en 1947. Sin embargo, antes de llegar a Estados Unidos, además de haberse formado en las ideas de la *Gestalttheorie*, Lewin había sido un miembro tardío de la Escuela de Frankfurt, razón por la cual tenía una formación marxista, al igual que Erich Fromm, Theodor Adorno y Herbert Marcuse. Su concepción de la dinámica de grupos y de la evolución en espiral, por ejemplo, estaban marcadas por el materialismo dialéctico.

3) Lacan explicaba detalladamente el origen de los denominados *Northfield experiments*. Esos “experimentos” tuvieron lugar en el hospital militar de Northfield, cerca de Birmingham. La primera experiencia se desarrolló durante el invierno de 1942-1943, en dos salas bajo la dirección de Wilfred Bion y John Rickman. La segunda, más larga (que Lacan no alcanza a comentar), se extendió hasta 1946, incluyendo a Sigmund Foulkes, Tom Main y Harold Bridger. Ambas experiencias, con distintos matices, a partir de un enfoque psicoanalítico, ponían el acento en la psicoterapia de grupos y en las virtudes terapéuticas de la vida comunitaria, subrayando las ventajas –para mejorar la moral de la tropa y fomentar el espíritu de grupo– del manejo concienzudo, por parte del animador, de las “identificaciones horizontales y verticales” y de las transferencias grupales. Por otra parte, y Lacan lo destacaba, quedaban de manifiesto los efectos de responsabilización que sólo podían producirse en un contexto no coercitivo, incluso con aquéllos que, según los métodos tradicionales, habían sido considerados como ineptos.

En esa época, en Estados Unidos, ya había varios métodos de psicoterapia grupal. De hecho, la *American Association of Group Psychotherapy* había sido fundada en 1943. Sin embargo, se trataba de psicoterapias que no se emparentaban con las ideas analíticas. Por ello, un grupo de psiquiatras de la clínica Menninger, que visitaron Northfield en 1944, quedaron tan impresionados por la experiencia que en 1946 terminaron dedicándole un número entero de la revista de la clínica. Queda claro, entonces, que los discursos sobre la salud mental producidos en Inglaterra y Estados Unidos estaban íntimamente relacionados.

Volviendo ahora al contexto francés, es interesante destacar algunas cuestiones en el debate posterior, en el que participó el psiquiatra argentino Gregorio Bermann.

1) La recepción francesa de estos discursos de la salud mental no dejaba de ser mucho más dificultosa que en sus países de origen, tanto por razones ideológicas como epistemológicas.

2) En la psiquiatría de izquierda, particularmente en los grupos vinculados con el Partido Comunista, los discursos sobre la salud mental suscitarían desconfianza, al principio, para generar luego una oposición abierta, a medida que se profundizaba la guerra fría. El psicoanálisis y las relaciones humanas aparecían como una nueva cara de la dominación cultural norteamericana, que por ende no era conciliable con el marxismo. De hecho, los comunistas franceses y soviéticos terminarían boicoteando el congreso de Londres, en 1948. Sin embargo, la intervención de Lucien Bonnafé, un psiquiatra comunista, era en ese momento bastante favorable a lo que en esos discursos había de “social”. Pero hay que subrayar que se trataba de 1946. En 1949, Bonnafé estaría entre los firmantes de un documento que acusaría al psicoanálisis de “ideología reaccionaria”.

3) Los psiquiatras vinculados a la fenomenología, como Henry Ey y Eugène Minkowski tampoco estaban muy entusiasmados con esas innovaciones que sí defendía Gregorio Bermann. Frente a la importancia de los factores sociales, Minkowski defendía la “estructura mórbida propia” de los trastornos mentales. Ey, por su parte, tampoco admitía la “sociogénesis” de los fenómenos psicopatológicos. Temía que en ese marco la psiquiatría terminara perdiendo de vista la especificidad de su propio objeto.

5. *Nikolas Rose: la psicología y el “gobierno” de los sujetos*

Con el texto de N. Rose abordamos una *bibliografía* actualizada sobre el período y los problemas tratados en los documentos de Menninger y Lacan. Al mismo tiempo, este autor presenta el interés de aportar un enfoque *foucaulteano* de la historia de la psicología, que aborda una etapa que el autor francés no consideró: el *siglo XX*, que es el de la definitiva expansión e implantación de la psicología profesional.

Algunas aclaraciones del vocabulario de Rose muestran lo que recibe de la obra de Michel Foucault:

Alma. En el comienzo de *Vigilar y castigar* Foucault afirma que la penalidad moderna se propone alcanzar no sólo el cuerpo sino el “alma” (“el corazón, el pensamiento, la voluntad,

las disposiciones”) del delincuente. El foco ya no estaría en el delito sino en el *individuo* criminal, su constitución física y psíquica: así nace la antropología criminal; y por esa vía los profesionales “psi” (psiquiatras, psicólogos) pasan a integrarse, como “expertos”, en el dispositivo policial y penal. Sobre esa nueva realidad (que no se construye sólo en la prisión sino también en la escuela, el taller o el hospital), se edifican nuevos saberes y prácticas en las disciplinas humanas y sociales. (Véase M.Foucault, *Vigilar y castigar*, México, Siglo XXI, 1976, pp. 24-26 y 36-37).

Gobierno. Los problemas del “gobierno” aparecen en la obra de M. Foucault a partir de 1977 y 1978, como una prolongación y una especificación de sus investigaciones sobre la *biopolítica* y el surgimiento de la “población” como objeto y blanco del poder. Por una parte, respecto de la “disciplina”, aparece destacado el problema del *sujeto* y de los problemas de la relación “ética”, del sujeto consigo mismo. Por otra, el poder ya no es concebido simplemente como lucha o guerra (“hipótesis Nietzsche”) sino como gobierno, es decir, modos de “conducir conductas”; y esto supone admitir un margen de “libertades” en los sujetos. El gobierno se refiere al gobierno de los otros pero también de sí mismo; y lo que interesa a Foucault es justamente la relación entre las formas de gobierno de los otros y las del gobierno de sí. (Véase Edgardo Castro, *El vocabulario de Michel Foucault*, Bernal, UNQ, 2004, “Gobierno”)

Nikolas Rose busca prolongar la *genealogía* del sujeto occidental encarada por M.Foucault (que se remonta al mundo griego, romano y cristiano) en una exploración del mundo contemporáneo. Siguiendo esa inspiración, incorpora en su estudio histórico sobre el *dispositivo psi*, algunos de los rasgos de la investigación foucaultea sobre las *disciplinas*, en particular:

- a) Queda destacada la dimensión *tecnológica* de un dispositivo que integra saberes y formas de intervención y de poder.
- b) El “gobierno” (tal como queda expuesto en la “Introducción”) se refiere siempre a algo que es del orden de lo “privado” pero de un modo que no se separa del interés o el resultado en el orden “público”.
- c) El *examen* (que es para Foucault la matriz técnica y epistemológica de las “ciencias clínicas”) proporciona un modelo para un dominio *experto* que requiere de “inscripciones” y registros (el “caso”), y busca hacer del sujeto una entidad calculable. El propósito de Rose es pasar de la “población”, calculable en términos de estadísticas, a la *subjetividad*, que requiere de otras nociones y técnicas. En particular las formas del *autogobierno*, *autoinspección* y *confesión* (las “técnicas del yo”), que se articulan con las tecnologías aplicadas a la subjetividad.
- d) Finalmente, hay que tener en cuenta que el marco de los análisis de Rose son las sociedades occidentales centrales (y los Estados correspondientes) en el período dominado por las políticas liberales, en particular (para los fragmentos seleccionados) en la segunda posguerra (1945 -1950). Como se vio, es el período de consolidación de un dispositivo que, a través del movimiento de la *salud mental*, se extendió por el mundo y, como se verá en la Unidad IV, llegó a la Argentina hacia fines de los cincuenta.

Psicología de guerra. Las guerras mundiales proporcionaron la ocasión para una experiencia extraordinaria, en gran escala, y plantearon nuevos problemas y exigencias a la psiquiatría y la psicología.

- 1) Rose destaca dos grandes áreas, nacidas de la experiencia de la segunda guerra mundial: las *relaciones humanas* y el *grupo*. Señala las innovaciones tecnológicas y su impacto sobre ámbitos de acción del dispositivo “psi” en la familia, el trabajo y la sociedad en general.
- 2) Destaca algunas diferencias entre las enseñanzas dejadas por la primera guerra mundial y la segunda.

La *primera guerra mundial* (1914-1918) fue la ocasión de una amplia utilización, por los Estados Unidos, de *tests* de inteligencia y aptitudes con fines de selección y clasificación de soldados y oficiales. También sirvió para plantear un primer *sistema de personal* que se planteaba un ajuste entre los requerimientos de las tareas y las capacidades de los individuos. El autor muestra que estas experiencias (relacionadas con los primeros desarrollos de la psicología industrial) tuvieron un desarrollo mucho menor en Inglaterra. Por otra parte, muestra las dificultades para implantar y mantener esas nuevas formas administrativas y de gestión en las fuerzas armadas después de la guerra.

3) Un área destacada en la primera guerra fue el de las “neurosis de combate” (*shell-shock*) y sus efectos sobre la psiquiatría. Sobre todo:

a) convalida una concepción “dinámica” (Freud, Janet) de los trastornos;

b) pone de relieve su significación *social*, en una dirección que converge con el movimiento de la higiene mental, que se orienta hacia la consideración de la dimensión colectiva.

En el análisis de Rose se destacan las enseñanzas de esa primera experiencia de psiquiatría de guerra y sus efectos en el período de entreguerras, hacia los años treinta. Interesa, sobre todo, el modo como son retomadas durante la segunda guerra.

Los grupos en la guerra. La segunda guerra va a significar, para Rose, la entrada de la *subjetividad* bajo otras formas, sobre todo, la “personalidad” y “los grupos”.

1) Por una parte, se mantienen y se hacen más eficaces los procedimientos “administrativos” en el reclutamiento, selección y distribución de soldados y oficiales. Asimismo, surgen proyectos de *capacitación* y crece el trabajo de los psiquiatras. El empleo de los *tests* se orienta a “metas positivas”: ajustar las capacidades del individuo a las exigencias del puesto.

2) Por otra, hay un desplazamiento del individuo a la *organización* y a la “psicología social”. Un tema destacado es el de las *actitudes*, que definen una “relación subjetiva” del sujeto con la situación y que buscan ser examinadas, medidas y “calculadas” a través de diversos procedimientos: escalas, cuestionarios.

3) El *grupo* es “descubierto” en las experiencias de la guerra como una clave de la moral y la eficiencia; es el nexo entre el individuo y la “organización”. Una dimensión asociada al nuevo modelo intersubjetivo es la cuestión del *liderazgo* que exige cualidades personales y una capacitación especial de los oficiales. A partir de esas enseñanzas puede consolidarse el proyecto de una psicología social como “ciencia de la administración” y un nuevo papel para la psiquiatría.

4) Rose señala las diferencias entre las experiencias en Estados Unidos (que desarrollan procedimientos cuantificables) y en Inglaterra donde en verdad se consolidan las orientaciones de una *psiquiatría social* basada en los vínculos intersubjetivos:

a) El modelo del “espíritu de grupo” es aplicado a la rehabilitación de las neurosis y los trastornos de carácter.

b) Surgen nuevos criterios de *cura* que conducen a las experiencias de la *comunidad terapéutica*; y cambios en el papel del terapeuta que se orienta ahora a “interpretar” más que a dirigir.

c) La *psicoterapia de grupos* nace de esos grupos de discusión que ahora se focalizan sobre una patología que se considera social.

d) Ese nuevo paradigma social se extiende a distintos grupos de afectados y “desviados”, en la sociedad y en tiempos de paz, tal como puede verse en el texto de William Menninger.

Respecto de la biopolítica estudiada en la Unidad II, es importante ver lo que cambia en la idea de “población” y de “vida”: del peso de la biología y la herencia se pasa a la vida social y las relaciones humanas; correlativamente cambia la idea de la *adaptación* que ahora

se refiere no a un medio genérico sino al ajuste al grupo en términos de “solidaridad” e integración.

6. Anexo. Bion y los grupos

Fuente: Rafael E. López Corvo, Diccionario de la obra de Wilfred R. Bion, Madrid, Biblioteca Nueva, 2002. [Lós números entre corchetes remiten a las páginas de esta edición]

El Psiquiatra. Después de la primera guerra Bion estudió filosofía e historia en la Universidad de Oxford, así como francés en la Universidad de Poitiers, destacándose no sólo por su conocimiento enciclopédico, sino también con igual fluidez en las artes del cuerpo, en deportes como natación, fútbol y boxeo. Dos acontecimientos fueron determinantes: la ruptura de un cartílago de la rodilla limitó su actividad física, y la expulsión del Bishop's College, su propia escuela donde se habla empleado como profesor.

[..] Decidido a estudiar medicina volvió a Oxford, graduándose en 1930 después de haber ganado la medalla de oro en cirugía. «Bion no intentó adquirir calificaciones post-universitarias. Se lanzó directamente a practicar la psiquiatría» (Bleandonu, 1994, página 41), y en 1932 se inició como médico de la Tavistock.

Para Bion cualquier aglomeración de individuos interacciona mediante vínculos pre-determinados y representa un grupo: la familia, la oficina, el vecindario, el colegio, los amigos, un tour de turismo, etc.

Todo grupo, nos enseña Bion, se reúne con un propósito, el cual representa su realidad manifiesta, su razón de ser, constituye [39] el “grupo de trabajo” (*W*) (*work group*). Sin embargo, sumergido y oculto entre sus sombras yace una realidad virtual, un espacio indeterminado e indefinido que llamó el “sistema protomental”, un territorio donde se arman los llamados “supuesto básicos”, condiciones pre-determinadas que surgen en un momento dado y suplantando al grupo de trabajo, cambiando su rumbo y parasitando sus propósitos. Bion describió tres posibilidades: a) La creación de una pareja que produciría un *mesías*, una idea mesiánica o una esperanza salvadora, al cual llamó “supuesto básico de apareamiento”; b) El grupo de *ataque y fuga*, condicionado por tácticas paranoides semejantes a las observadas durante la guerra; c) Por último, el grupo de *dependencia*, reproduciendo la relación entre la vulnerabilidad del bebé y la omnipotencia del adulto.¹

Bion experimentó con su metodología sobre “grupos sin líder” (*liderless groups*) durante la Segunda Guerra Mundial, ayudando a soldados y oficiales víctimas de la ansiedad o pánico de las trincheras entonces llamadas “neurosis de guerra”. Posteriormente continuó tales experiencias durante su formación analítica en la clínica Tavistock, convirtiéndose en un grupo de estudio que posteriormente alcanzó fama mundial.

[..] En 1945 Bion inició análisis con Melanie Klein así como su formación psicoanalítica. [40]

El Psicoanalista. Bion recuerda que durante sus años de formación psicoanalítica, a una pequeña gata negra que acostumbraba hacer sus necesidades frente al instituto de psicoanálisis se le dio el nombre de Melanie Klein: Melanie por negra, Klein por pequeña² y Melanie Klein por lo descarada. En 1945 Bion inició su análisis personal con esta mujer, poseedora de una intuición clínica y una valentía poco común, el cual se extendió hasta 1953.

[..] Según Meltzer (1987), la creatividad de Bion se incrementó mucho después de la muerte de Klein en 1960, implicando un sometimiento de su originalidad a las ideas de su analista y maestra.

¹ Bleandonu (1994) sugiere que esta clasificación de los ‘supuestos básicos’ posiblemente fue inspirada en planteamientos hechos por J. A. Hadfield, uno de los psiquiatras fundadores de la Tavistock y posiblemente, según este mismo autor, primer terapeuta de Bion. Hadfield sostenía la existencia de tres instintos: el sexual, el agresivo o de auto-preservación y el impulso hacia la dependencia (pág. 43).

² Melanie proviene del griego *melanos*, que significa negro; mientras *Klein* en alemán significa pequeño.

[..] Al inicio de 1968 los Bion se mudaron a Los Ángeles, respondiendo a la invitación de un grupo de psicoanalistas innovadores que buscaban nuevos rumbos en los conceptos de Klein y seguidores.

[..] El cambio aportó a Bion esperanzas de libertad, una salida a la atmósfera inglesa que había en algún momento descrito como «sofocante», permitiéndole producir su *magnum opus* en la forma de una trilogía: *Una memoria del Futuro*. «De haber permanecido en Inglaterra», dice Francesca (1995), «no hubiese sido capaz de expresarse en esa forma franca y reveladora».

[..] No todo, sin embargo, fue color de rosas. Bion quien para entonces ya desbordaba los 70 años enfrentaría grupos anti-kleinianos que verían en él una amenaza al *statu quo*, a las viejas estructuras freudianas atrincheradas en la anacrónica «Psicología del yo».

[..] Para esta misma época, invitado por los argentinos, Bion fue recibido por Grinberg, quien, poco tiempo después, en 1972, publicó su bien conocido resumen sobre su trabajo. Grinberg (2000) recuerda el ataque verbal hecho por un analista senil que se había escurrido entre la audiencia y que llevó a Bion a expresar —después de un tenso silencio— que «alguien que había enfermado trabajando con algo tan terrible como la mente humana era digno de un gran tributo» (pag. XX). Una ovación en grande en ese momento mostró que Bion se había ganado el corazón de los argentinos. Sin embargo, fueron los brasileros quienes privilegiados por la exuberancia amazónica se acercaron más a sus reminiscencias infantiles de la India.

Diccionario

Grupo: Bion introdujo cambios estructurales dentro de la terapéutica de grupos, tanto en su noción teórica como en la práctica. Su experiencia se inició en el ejército británico durante las dos guerras mundiales, en las cuales participó, ante todo en la segunda, cuando a principios de los 40 la necesidad de tratar soldados que sufrían neurosis de guerra le llevó a conformar dinámicas grupales de orientación psicoanalítica en el hospital de Northfield en Birmingham, Inglaterra. La más importante fue la creación de “*grupos sin líder*” o “*auto-interpretativos*” manteniendo la neutralidad y abstinencia del terapeuta en forma parecida a un tratamiento psicoanalítico (individual). Bléandou (1994) expresa que la experiencia en el Northfield fue determinante en el desarrollo posterior de la «comunidad terapéutica».

Bion intenta disolver las diferencias entre la terapia individual y la grupal cuando asevera:

Una desventaja de la situación grupal es que al mirar digamos, seis o diez personas al mismo tiempo le hace a uno suponer que hay seis o diez personas diferentes presentes. En otras palabras, las distintas fisiologías de los participantes son tan dominantes que uno está inclinado a asumir que la personalidad se encuentra similarmente unida por la apariencia física. El efecto ‘dramático’ de tener a las personas presentes le hace a uno suponer que lo importante es aquello que cualquier individuo participante está diciendo o haciendo (otra CESURA*) (CS, pág. 298).

En igual forma afirma que en el grupo puede aparecer de forma espontánea, una reacción emocional común que en un momento dado une varios individuos, lo que permitiría la posibilidad de hacer una interpretación:

Esto es típico de una interpretación... ‘de grupo’. Uno debería desarrollar una sensibilidad sobre lo que parece ser la emoción común a la mayoría del grupo; el análisis de grupo dependería de la evaluación de lo ‘esencial’ de la emoción manifiesta. Tiene una semejanza con el análisis individual pero no es lo mismo (BL2, pág. 190).

La mentalidad grupal la definió en el concepto del “supuesto básico” (*basic assumption*), representando la forma en que los miembros de un grupo contribuyen selectivamente con elementos inconscientes que en forma involuntaria pueden formar un consenso que neutraliza toda aspiración individual (EG, página 59). Describe tres supuestos básicos: *dependencia*, *apareamiento* y *ataque-fuga*. Existe una polarización entre un nivel que llamó “grupo de trabajo” (W), el cual existe de acuerdo con una realidad, con una idea o propósito consciente, y otro nivel en donde se sabotea emocionalmente la consecución de esa idea y que corresponde a los supuestos básicos. El grupo puede por [166] circunstancias propias a su dinámica, cambiar de un sb a otro, pero cuando uno se hace manifiesto, los otros dos permanecen latentes (ibíd., pág.80).[167]

Grupo sin líder (Leaderless groups): La filosofía principal en esta técnica creada por Bion consiste en aplicar mecanismos de la terapia analítica individual, a la dinámica del grupo como un todo, esencialmente la ley de la abstinencia, es decir, que la intervención del analista deba ser siempre interpretativa, dirigida a la totalidad de la "fantasía inconsciente" predominante dentro del supuesto básico manifiesto del grupo, y evitando siempre hacer terapia individual en público: «El propósito que hago es el iluminar las oscuridades de una situación en el grupo con un pensamiento claro, nítidamente expresado» (EG, pág. 84).

Una de las innovaciones de Bion al tratamiento de grupos, para lograr un paralelismo con el análisis individual, fue su capacidad para lidiar con las ansiedades del grupo de dependencia por establecer y privilegiar al *statu quo* de la relación 'medico paciente'. Bion intentó a pesar de las complicaciones que esto generaba en la cultura grupal, mantenerse dentro de la dinámica y acontecer del grupo, como un miembro más en calidad de 'observador'.

[..] El grupo de dependencia tendría las siguientes desventajas: *a)* promueve la rivalidad por la atención del líder; *b)* el beneficio se siente que no viene del grupo, sino del líder y que sólo se logra mientras se hable con él, lo cual induce la creencia de que el tratamiento es algo simple que no amerita mayor esfuerzo; *c)* el juego de dependencia genera sentimientos de engaño y de hambre de afecto al sentir siempre que nunca reciben del líder lo suficiente; *d)* la creencia de que el terapeuta cuida de todos por igual no es nunca posible ni convincente.