



Reseña

Phyllis Chesler (2019)

Mujeres y locura.

Madrid: Continta Me Tienes

S. García Dauder

Recibido: 16/09/2019

Aceptado: 22/12/2019

Mujeres y locura surgió, como señala Phyllis Chesler, de la “productividad” de la rabia feminista. En 1970, la autora sorprendía en la conferencia anual de la APA exigiendo:

“un millón de dólares ‘en reparaciones’ para aquellas mujeres que nunca habían sido ayudadas por los profesionales de la salud mental y que en cambio sí habían sido objeto de abuso: etiquetadas negativamente, sedadas, seducidas sexualmente durante tratamiento, hospitalizadas contra su voluntad, objeto de descargas eléctricas, lobotomías, y sobre todo, rechazadas como demasiado ‘agresivas’, ‘promiscuas’, ‘depresivas’, ‘feas’, ‘viejas’, ‘desagradables’, ‘gordas’ o ‘incurables’” (en Chesler, 2005: 2-3).

El acto fue cubierto por el *New York Times* bajo el título “Women criticize psychology unit” donde se describía la estupefacción de una audiencia de 2000 miembros de la APA incapaces de tomarse en serio la crítica a una psicoterapia que había “perpetuado la dominación masculina y contribuido a la enfermedad mental en mujeres”. Fue la respuesta insensible e ignorante de esa comunidad de psicólogos hacia Chesler, lo que impulsó el libro publicado en 1972. “Mi análisis sobre la manera en que las etiquetas diagnósticas se usaban para estigmatizar a las mujeres y por qué muchas más mujeres que hombres se veían inmersas en una ‘carrera’ como pacientes psiquiátricas fue ignorado” (2005: 9). Frente a esta indiferencia desde la comunidad psicológica, sí interesó al

S. García Dauder es docente titular de Psicología Social en la Universidad Rey Juan Carlos (Madrid). Correo electrónico: dau.dauder@urjc.es. ID: <https://orcid.org/0000-0002-7978-5263>

Cómo citar este artículo: García Dauder, S. (2019). Reseña: Chester, Phyllis (2019). *Mujeres y locura*. *Atlánticas. Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4 (1), 386-401. doi: <http://dx.doi.org/10.17979/arief.2019.4.1.5734>

feminismo del momento, de hecho, el libro fue reseñado en el *New York Times* por una brillante Adrienne Rich.

El acto y el libro de Chesler fueron reflejo del despertar colectivo de mujeres feministas en psicología y psiquiatría posibilitado por la segunda ola del movimiento feminista. Las mujeres habían tomado conciencia como colectivo dentro de las disciplinas, planteándose su situación desigual como *sujetos* de conocimiento dentro de las comunidades científicas y las implicaciones que ello tenía en la “objetividad” con la que se abordaba a las mujeres como *objeto* de estudio, y su asociación con la locura. Ello supuso una crítica al sexismo, misoginia y androcentrismo tanto en las teorías como en la práctica clínica. *Mujeres y Locura* de Chesler representó ese paso “de la psicología/psiquiatría construye a la mujer/lo femenino al feminismo reconstruye a la psicología/psiquiatría” (Kitzinger, 1993).

El libro es un “híbrido” con partes de mitología, de historia que recupera el protagonismo de “mujeres locas”, de análisis crítico sobre el sexismo y el androcentrismo en salud mental, de análisis feminista sobre cómo los malestares de las mujeres están unidos a su opresión y de recogida de la voz diversa de mujeres que han pasado por experiencias de terapia o psiquiatrización, mediante entrevistas a mujeres lesbianas, negras y feministas. Todo ello intercalado además con citas cargadas de contenido e impacto.

La lectura de *Mujeres y Locura* da pie a dos reflexiones: por qué la locura importa al feminismo y por qué el feminismo importa a la locura (García-Dauder y Guzmán, 2019). Si bien es necesario contextualizarlo en los años 70, a pesar de su re-edición y actualización de 2005, el texto sigue teniendo una gran vigencia y su crítica sigue siendo novedosa, más para la formación de profesionales de salud mental que para feministas. Para “sobrevivientes de la psiquiatría”, poco escuchadas hasta el momento, el libro tiene sus partes criticables.

1. MODELO ANDROCÉNTRICO EN SALUD MENTAL: LOCURA=FEMINIDAD

Chesler (como más tarde harán Elaine Showalter en *The female malady* o Jane Ussher en *Women's madness*) introduce el análisis de la relación histórica entre locura y feminidad. A lo largo de los siglos, el constructo social patriarcal de la locura ha sido instrumental en la subordinación de las mujeres. Como el de brujería, funcionó como régimen discursivo que regulaba el ajuste de las mujeres a su rol. Así, la expulsión histórica de las mujeres como sujetos de conocimiento (particularmente de la medicina) se ha complementado con su construcción como locas.

Según Chesler, la locura y los psiquiátricos han funcionado como reflejos, a modo de espejo, de la experiencia femenina, “tanto como castigos por *ser* ‘mujer’, como por atreverse a desear *no serlo*” (Chesler, 2005: 76). También ambos, locura y encierro, han sido reflejo de la falta de poder de las mujeres y de su búsqueda desesperada de potencia. Probablemente una de las ideas más citadas de Chesler es que, tanto la adhesión rígida a los roles de género, como su rechazo, corrían el riesgo de un diagnóstico. “La locura, tanto si aparece en hombres como en mujeres, es o bien la ejecución de un rol femenino devaluado o el rechazo total o parcial del propio estereotipo de género” (Chesler, 2005: 116).

Chesler introdujo con este libro lo que hoy denominamos el análisis de los “sesgos de género”: identificó la insensibilidad de género de la psiquiatría y la anti-psiquiatría y los dobles raseros en la práctica clínica. En palabras de Chesler, “la ética de la salud mental sigue siendo masculina” (2005: 129). Existe un estándar único y masculino de salud humana y, como consecuencia, un doble criterio de salud mental por sexos. Para justificar este argumento, se basa en las investigaciones de Inge Broverman et al. (1970), según las cuales la descripción de un adulto sano coincide con el estereotipo masculino y el estereotipo femenino se asocia con características patológicas. Definiciones de salud mental adulta coinciden con las de salud mental masculina; mientras que definiciones de feminidad incorporan elementos de inestabilidad emocional. Así, una mujer normal, sana y del promedio resulta ser un ser humano loco. Si la mujer sigue su rol de género, adquiere características de personalidad

indeseables (pasividad, dependencia, emotividad); pero si desarrolla rasgos humanos deseables, pierde su feminidad (asertividad, independencia, sexualmente activa, etc.) y se arriesga a que la acusen de ser “anormal”. Desde esta lógica, sólo los hombres pueden ser mentalmente sanos (Chesler, 2005). “La insistencia en que la feminidad se desarrolla a partir de una masculinidad necesariamente frustrada convierte a la feminidad en una especie de ‘patología normal’” (Bardwick, citada en Chesler, 2005: 173).

Esta ceguera androcéntrica ha provocado no solo la asociación de lo femenino con la locura sino la no atención a su manifestación particular en las mujeres. “La mayoría de los profesionales consideran de forma irreflexiva que lo que les ocurre a los hombres es de alguna manera más importante que lo que les sucede a las mujeres” (Chesler, 2005: 126). Por otro lado, la conducta “desviada” en hombres tiende a ser interpretada desde un paradigma *legal* como criminal, mientras la misma conducta en mujeres es interpretada con frecuencia desde un paradigma *médico* como síntomas de enfermedad mental. Los hombres son malos, las mujeres están locas (Ussher, 1991).

Curiosamente, aunque la ética y el referente de salud mental es masculino - construido como universal-, la mayor parte de los teóricos clínicos han escrito sobre mujeres. Chesler (2005) atribuye este hecho, no tanto a una mayor colaboración de las pacientes mujeres o al deseo de los clínicos de curarlas o moldearlas, sino más bien a que pueden estudiar la locura sin amenaza. “Los hombres de ciencia difícilmente se identifican con sus sujetos femeninos, lo que les mantiene a salvo” (2005: 137). Por otro lado, según la autora, las mujeres locas -en tanto mujeres- no tienen poder; pueden ser impredecibles u hostiles, pero, a diferencia de los pacientes masculinos, no se las percibe como un peligro físico (p. 137).

Chesler analiza la ideología misógina y androcéntrica de clínicos clásicos y contemporáneos. Denuncia el sexismo en la práctica clínica que lleva a patologizar la ira de las mujeres (el “síndrome de la mujer enfadada-colérica”), a culpabilizar a las madres o a las propias mujeres violadas por seducir a los hombres. Tampoco los anti-psiquiatras se salvan de su crítica. Por ejemplo,

critica cómo Ronald Laing en *Cordura, locura y familia* no llega a entender el significado para las mujeres de la opresión de género y su relación con el sufrimiento psíquico. “La cuestión que me interesa es si el marco de referencia de un teórico para lo que se considera ‘humano’ es femenino” (Chesler, 2005: 146). Laing, con su modelo neutro-androcéntrico de salud mental, no se dio cuenta de que lo que él llamó “familias esquizofrénicas” eran “más de lo mismo” de la familia patriarcal, su extremo. Todas comparten (Chesler, 2005): la represión sexual e intelectual de sus hijas; patrones encubiertos o manifiestos de tiranía paternal; y una división profunda entre la madre y la hija, con un control obsesivo y falta de afecto por parte de la madre, y la preferencia por parte de ambas hacia el padre-marido y el sacrificio mutuo en aras de la estabilidad familiar. Según Chesler, “si Laing hubiese usado grupos de control ‘normales’ (de mujeres no hospitalizadas) habría encontrado los mismos patrones” (2005: 153).

David Cooper tampoco tuvo en cuenta la opresión de las mujeres: particularmente, que la conducta sexual no se interpreta igual en hombres que en mujeres. Su falta de revisión de las relaciones de poder le llevó, no solo a no revisarse su liderazgo masculino, sino a proponer la “terapia de cama” con pacientes (Chesler, 2005).

Mujeres y locura incorpora también lo que hoy llamaríamos “el análisis de los determinantes psicosociales de género” (Velasco, 2009). Va más allá de los datos estadísticos sobre “morbilidad diferencial”, y analiza la conexión entre “el rol social femenino y determinados síntomas psiquiátricos”. Chesler atribuye a diversos factores la mayor presencia de mujeres, tanto en las estadísticas de salud mental como en instituciones psiquiátricas: su opresión objetiva; el rol de la mujer que hace que busque ayuda y reporte la enfermedad con mayor frecuencia; y el estándar doble o masculino de salud mental, que lleva a percibir a la mujer como una “enferma”, tanto si acepta el rol femenino como si lo rechaza (2005: 94).

A las mujeres se las considera “enfermas” cuando desempeñan el rol femenino (cuando están deprimidas, son incompetentes y frías y cuando tienen

ansiedad) y también cuando lo rechazan (cuando son hostiles, tienen éxito y son sexualmente activas, especialmente con otras mujeres). Por regla general, el rango de comportamientos aceptables que se concede a los hombres es mucho mayor que el que se les permite a las mujeres.

Utilizando el lenguaje de la psiquiatría, Chesler analiza cómo determinados “síntomas” son correlatos de mandatos de género: asocia por ejemplo la feminidad con la depresión, los trastornos alimentarios o los intentos de suicidio. “En lugar de la ‘agresión’, la respuesta femenina ante la decepción o la pérdida es la ‘depresión’” (2005: 102); son más frecuentes en mujeres las actitudes estrictas, autocríticas, tendentes a la propia privación y autodestructivas. “Para las mujeres es más segura la ‘depresión’ que la violencia física” (2005: 103). Respecto al suicidio, los hombres se suicidan, o matan a otros, “como hombres”, es decir, físicamente. Las mujeres *intentan* suicidarse con mayor frecuencia que los hombres y fracasan en su intento más a menudo (p.108). Según Chesler, la esquizofrenia, tanto en hombres como en mujeres, implica un comportamiento típico del sexo opuesto y también del mismo sexo (una “alienación del rol de género”). También la frigidez puede considerarse, según la autora, tanto un rasgo “femenino” como “no femenino”, puede significar una incursión en la “feminidad”, pero también una huida de ella (p.116).

2. LA LOCURA COMO PROTESTA FEMINISTA

La locura femenina ha tenido una doble lectura: como intrínseca a la naturaleza femenina –lo irracional, la inestabilidad emocional-, pero también como protesta ante las injusticias de las mujeres (Showalter, 1985). Si la locura femenina es resultado de la opresión, sus síntomas son su protesta. Un efecto inesperado de la asociación médica entre mujeres y locura, y del uso de la patología como amenaza para todas las mujeres si se saltaban las normas de género, ha sido la resignificación de la “loca” como figura emblemática de protesta feminista (García Dauder y Guzmán, 2019).

En ese sentido, tanto en la Introducción a la edición del 2005 como en el capítulo primero, Chesler recupera y visibiliza la cultura feminista loca. Por ejemplo, son nombrados ahí *Viaje al manicomio* de Kate Millett o *Airless Space* de Shulamith Firestone, entre otra mucha bibliografía. Destaca la parte del primer capítulo dedicada a recuperar la resistencia de cuatro mujeres psiquiatrizadas en los siglos XIX y XX: Elizabeth Packard, Ellen West, Zelda Fitzgerald (Scott) y Sylvia Plath.

Chesler señala: todas ellas eran tercas, talentosas y agresivas (p.63). Se oponían al rol de mujer de forma desesperada y desafiante; “enloquecieron” para tratar de huir de la vida incompleta que este conllevaba. Para ellas, la demencia y la reclusión eran, por un lado, la expresión de la impotencia femenina y, por otro, un intento infructuoso de rechazar y vencer ese estado. “La locura fue tanto una forma de romper el rol femenino, como una consecuencia de ello” (2005: 76).

Destaca la figura de Elizabeth Packard, como “madre” en la defensa de los derechos de las personas psiquiatrizadas; en concreto, de las mujeres casadas psiquiatrizadas por sus maridos contra su voluntad en el siglo XIX. Fue la primera en establecer una analogía entre la institución psiquiátrica y la inquisición. Tras tres años en un manicomio de Illinois (encerrada por su marido), Packard publicó el relato de su experiencia en el hospital y luchó por los derechos legales de las pacientes. En su trabajo, propuso como primera reforma que “ninguna persona deberá ser considerada o tratada como demente, u obsesiva, por la mera expresión de sus ideas, independientemente de lo absurdas que estas puedan parecer a los demás”.

Chesler insiste varias veces en el libro en que la mayoría de las mujeres en los manicomios no estaban locas; y que temían, con razón, que la brutalidad de la propia institución y la falta de derechos legales como mujeres, y como prisioneras, las hiciera enloquecer. Lo que no señala Chesler es que, aunque lo hubieran estado, tampoco se justificaría semejante brutalidad y violencia frente a ellas. Como señaló la activista Judi Chamberlin (1994) en su crítica al libro, separar entre quienes sí están locas y quienes no, no ayuda en nada al movimiento de resistencia loca.

Con Sylvia Plath y Zelda Fitzgerald, Chesler aborda el tema de la locura y el arte en las mujeres. Por un lado, la escritura o la creatividad artística como formas de resistencia feminista, que han dado lugar a un buen número de cartas, diarios, autobiografías, novelas, pinturas, etc. sobre experiencias psiquiatrizadas en primera persona. Por otro lado, la locura da pie a abordar la batalla de muchas artistas ante las restricciones que imponía la condición femenina para sobrevivir como seres singulares y creativos.

Chesler sostiene que la creatividad masculina está tan valorada que las excentricidades, las crueldades, el infantilismo emocional, el alcoholismo, e incluso la locura se suelen pasar por alto, se perdonan. “A diferencia de los hombres, a las mujeres se les niega categóricamente la experiencia de la supremacía y la individualidad cultural” (2005: 91). De distintas maneras, este hecho hace enloquecer a algunas mujeres; otra forma de autosacrificio. Dicha demencia es, según la autora, “una experiencia intensa de la castración sexual y cultural femenina y una búsqueda fracasada de poder” (p.91).

3. LAS VIOLENCIAS PSIQUIÁTRICAS COMO VIOLENCIAS DE GÉNERO Y PARTE DE LA AGENDA FEMINISTA

Algo que está presente en el libro, y que es preciso señalar, es que las diferentes violencias psiquiátricas deberían estar más presentes en la agenda política del feminismo como parte de las violencias de género. Por un lado, la denuncia de los psiquiátricos como instituciones patriarcales peligrosas y violentas, que han fomentado “la carrera de la mujer como paciente psiquiátrica”. Para los profesionales, los pacientes psiquiátricos son de algún modo “menos ‘humanos’ que el resto de pacientes clínicos o criminales” (2005: 95). En los psiquiátricos, las mujeres encerradas (en muchos casos contra su voluntad) recibían sobremedicación, eran sometidas de forma rutinaria a terapia de electrochoque y/o a terapia del coma insulínico, y a veces, a lobotomías. Este tipo de “tratamientos” físicos violentos se daban más frecuentemente en mujeres, pues se creía que las consecuencias de daño cerebral que conllevaban eran menores para las mujeres en su ajuste a su rol.

Chesler insiste en que muchas mujeres que sufrieron hospitalización psiquiátrica no estaban “locas”, solo unas pocas mujeres oían o escuchaban “cosas”; “la injusticia y la crueldad familiar y social pueden originar o empeorar eso que llamamos locura” (2005: 27). De nuevo aquí tenemos que hacer una crítica a la autora, pues, aunque sí escucharan voces, ello no justificaría el trato inhumano o el “encarcelamiento forzado”.

Chesler denuncia la reproducción de la estructura jerárquica de la familia patriarcal en los psiquiátricos. No solo la infantilización de las pacientes, sino la adaptación al rol “femenino” (en apariencia y conducta) “como medida de la salud mental de la mujer y del progreso psiquiátrico” (2005: 96). El “arréglate para papi” como prueba de salud mental. Denuncia que mientras el abuso sexual que sufren las pacientes por parte del personal o de otros internos es común, se desalientan las relaciones sexuales elegidas libremente (particularmente el lesbianismo o la masturbación).

No solo el encierro psiquiátrico, en *Mujeres y locura* también hay una importante crítica a la terapia privada o “terapismo”: la convicción de que un médico de pago puede “curar” la condición humana (2005: 94). Siguiendo a otras feministas, Chesler señala el papel de la terapia, basada en la jerarquía, como calmante de la opresión, como forma de control social y político. Según la autora, las instituciones de la terapia y el matrimonio son un reflejo mutuo, se apoyan la una en la otra. Ambas permiten a las mujeres “expresar y calmar su ira experimentándola como una forma de enfermedad emocional” (2005: 167). Tradicionalmente, el psicoterapeuta ha ignorado los hechos objetivos de la opresión de la mujer. Por lo tanto, según Chesler, la paciente no puede mantener una conversación “real” ni con su marido ni con su terapeuta: “¿cómo es posible mantener una conversación ‘real’ con aquellos que se benefician directamente de su opresión?” (2005: 169). Finalmente, la terapia funciona como disolvente de la ira; una ira que puede ser muy transformadora.

Chesler denuncia además el clasismo y racismo en el trato diferencial ante el sufrimiento psíquico: la segregación de mujeres blancas y/o ricas en los

hospitales o terapia privados y las mujeres negras y/o pobres en los psiquiátricos públicos. Las mujeres negras no eran simplemente diagnosticadas, sino que solían ser hospitalizadas. Cuando buscaban ayuda, no se las remitía a la terapia privada. Y argumenta: tal vez, sus síntomas eran más graves; tal vez, eran víctimas de criterios diagnósticos racistas y también sexistas; tal vez no podían permitirse la terapia privada o la rechazaran. “Cuando por fin sabemos qué hacer por las víctimas de trauma, hay muy pocos hospitales universitarios y clínicas que traten a las mujeres pobres de forma feminista” (2005: 30).

También denuncia en el libro de forma clara el heterosexismo en terapia (hasta 1973, el lesbianismo era considerado un trastorno mental en el DSM). Tanto en psiquiátricos como en terapia privada, a las mujeres lesbianas se les disuade de pensarse como lesbianas y se les anima a tener citas o relaciones sexuales con hombres. Básicamente, que acepten abusos sexuales o violaciones como terapia (algo que por otro lado ocurría en las que eran internadas en psiquiátricos). Chesler describe, a través de la voz de lesbianas que pasaron por terapia, el consejo de sus terapeutas de que se obligaran a ser tocadas por hombres (“que en algún momento les gustaría...”).

Otro tipo de violencia psiquiátrica es la patologización de mujeres que han sufrido violencias de género, violación, acoso, discriminación, etc. Cuando las mujeres alegan acoso sexual o violación a veces sufren descrédito o son culpabilizadas por ello; otras, son diagnosticadas, por tener una reacción humana normal frente al trauma (2005: 19). Chesler denuncia a este respecto algo que tiene resonancias actuales: las mujeres que han sido violadas, a menudo en el seno de sus propias familias, son personas con trauma y se les diagnostica muchas veces de trastorno límite de la personalidad. En los casos en que son institucionalizadas, rara vez reciben tratamiento como las víctimas de tortura que son (p.27). En lugar de formar a los profesionales para que entiendan esto, la mayoría no creen a las víctimas de violación.

En esta línea, Chesler insiste en que necesitamos apoyar a las mujeres que han luchado frente a sus maltratadores y violadores y que se consumen en la cárcel por haberse atrevido a salvar sus propias vidas. Para ella, son “prisioneras

políticas” (2005: 37); de hecho, la propia Chesler actuó como experta en defensa de Aileen Wuornos, sobre quien se hizo la película *Monster*.

Chesler le dedica un capítulo también al sexo entre paciente y terapeuta, y a lo largo de su libro denuncia las violaciones en centros psiquiátricos. Psicólogas y psiquiatras feministas de la época consiguieron demostrar, mediante un análisis feminista de las relaciones de género y poder, que semejante violación de los límites es análoga al incesto psicológico (Hare-Mustin, 1974). Consiguieron además que la APA lo regulara en su código deontológico. Chesler explica la dinámica de dichas relaciones y su “consentimiento”.

“El sexo en terapia generalmente implica una figura masculina mayor y una figura femenina más joven. El hombre transmite señales ‘inconscientes’ de poder, ‘amor’, sabiduría y protección, ante las cuales la mujer ha sido condicionada para responder de forma automática. Dicha transacción entre la paciente y el terapeuta, que se denomina eufemísticamente ‘seducción’ o ‘parte del proceso terapéutico’, es, en términos legales, una forma de violación y, en términos psicológicos, una forma de incesto” (2005: 194).

Lo interesante es que en dicho capítulo analiza además la “psicología del terapeuta abusador” y sus estrategias, así como los mecanismos subjetivos que llevan a las mujeres a “compadecer” y “comprender” a sus terapeutas (y a culpabilizarse ellas). También las resistencias de la APA a cambiar estas prácticas. Pero quizá, en lo que psicólogas y psiquiatras feministas no pusieron suficientes esfuerzos fue en la denuncia de las violaciones en los psiquiátricos, sobre mujeres todavía más desprotegidas y menos creídas que en la terapia privada. Algo que sí hizo el incipiente activismo loco del momento.

Por último, otro tipo de violencia son los diagnósticos psiquiátricos erróneos de enfermedades médicas. La ignorancia sobre el cuerpo y la salud de las mujeres, el sesgo de atribuir causas psicológicas a síntomas inespecíficos, junto con diferentes formas de “injusticia epistémica”, provocan que se psicologicen y psiquiatricen enfermedades como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, etc. (y antaño otras). Este tipo de violencia (cuando no te creen por pura ignorancia y prejuicio) también ocurre cuando personas con diagnósticos en salud mental son mal-tratadas, porque el profesional no cree la información sobre sus síntomas (como ocurrió recientemente en Asturias con Andreas, que

murió por meningitis y sobre todo por la negligencia de no escucharla y creerla por tener “antecedentes mentales” familiares).

4. EL FEMINISMO COMO ALTERNATIVA A LA PSIQUIATRÍA: POLITIZAR EL MALESTAR

“Ninguno de mis profesores dijo nunca que las mujeres sufrieran opresión o que la opresión provoca traumas, especialmente cuando se culpa a las personas que la sufren de su propia desgracia y esta se diagnostica como una patología. Tampoco que la libertad, las reformas legales radicales, la lucha y la amabilidad son cruciales para la salud psicológica, moral y mental” (Chesler, 2005: 1).

Tristemente, cualquier estudiante de psicología o de psiquiatría del siglo XXI podría repetir estas palabras que Chesler escribió en los años 70. Todavía hoy, la crítica feminista a la psiquiatría y a sus diagnósticos está ausente en los manuales de psicopatología, ni por supuesto se habla de sesgos de género en las teorías y en la práctica clínica. Todavía hoy resuenan las preguntas de Chesler: ¿Qué piensan los psicólogos y psiquiatras contemporáneos sobre del feminismo y cuál es su reacción ante él, como movimiento y como teoría crítica?

Mujeres y locura recupera el valor del feminismo como alternativa a la psiquiatría, particularmente, el valor de los grupos de autoconciencia de mujeres (“lo personal es político”) para politizar malestares (Hanisch, 1969). Como señala Chesler, la liberación de las mujeres era más “terapéutica” que el matrimonio o la psicoterapia: “hizo que las mujeres fuesen más felices, más seguras, más audaces y más honestas y que estuviesen más enfadadas y, además, produjo una serie de cambios conductuales” (2005: 297). En los grupos feministas, muchas mujeres disfrutaron de un refugio temporal frente a entornos familiares, académicos y laborales que les eran hostiles o indiferentes; y crearon una cierta sororidad entre ellas (con esa experimentación con el cuerpo y el sexo o esos espacios donde se permitía la expresión de la ira). Si bien ni la terapia ni los grupos en sí tenían el poder de resolver los problemas de las mujeres, en estos últimos sí se validaban, se colectivizaban y se politizaban.

Chesler se vale de las herramientas de la teoría feminista para analizar, en el primer y último capítulo, lo que Butler ha llamado los “mecanismos psíquicos del poder”. Siguiendo el hilo de su análisis mitológico, desarrolla cómo se ha construido una genealogía de subordinación a través de la relación entre madres e hijas; resbalando a veces en ese “es culpa de las madres” que critica, pero a la vez identificando mecanismos de reproducción del patriarcado en la subjetividad de las mujeres. Las madres inician a sus hijas en la sagrada hermandad de la insatisfacción y, mediante el “control femenino”, tratan con dureza a las hijas “rebeldes” o posibles desertoras de género. “Suele pasar que las madres ensalzan su esclavitud, subliman su sexualidad e intelecto y castigan a sus hijas cuando estas se rebelan contra dicho rol. Estas condiciones conducen al desarrollo de ciertos rasgos psicológicos” (2005: 320). Las hijas aprenden a sobrevivir tal y como han visto sobrevivir a sus madres. Es aquí donde probablemente más se aprecie la época en la que se escribió el libro y los cambios en la subjetividad y en las relaciones madre-hija que se han producido en estas cinco décadas que nos separan.

También se apoya en la teoría feminista para analizar la relación entre subjetividad femenina, autonomía y violencia. Chesler sostiene que la mujer ideal evita cometer actos de violencia física directa y no pone en práctica su instinto de supervivencia. “Desde el punto de vista psicológico, el instinto de supervivencia es precisamente lo que la sociedad patriarcal les prohíbe a las mujeres” (2005: 343). Frente a ello, defiende una inversión mayor en la supervivencia, el poder y el placer femeninos (y no centrarse en los masculinos); “las mujeres debemos alejarnos del odio patriarcal hacia los cuerpos femeninos y de nuestra adicción a las relaciones a cualquier precio”. Para Chesler, la salud implica autonomía e independencia en la mujer, algo compatible con su capacidad de emocionalidad y cuidado.

Por otro lado, Chesler plantea en la Introducción (y retoma en el capítulo tercero) los debates sobre la posibilidad o no de una terapia feminista. Cita a Sheila Jeffreys, para quien la terapia representa una estrategia patriarcal para ajustar o reconciliar a las mujeres con su situación de opresión: el antídoto frente a la transformación social. Para esta autora, la terapia diluye y privatiza

el dolor y la rabia que el patriarcado genera en las mujeres y que es el combustible necesario de la revolución feminista; canaliza las “emociones feministas” por otras vías, en lugar de dirigirlas hacia el opresor.

En esta línea, Chesler se plantea: “¿De qué manera puede ‘ayudar’ la terapia a las mujeres? ¿Pueden las mujeres terapeutas ‘ayudar’ a las pacientes de forma distinta a como lo hacen los terapeutas varones? ¿Pueden ‘ayudar’ las terapeutas feministas o ‘radicales’ a las pacientes de algún modo especial?” (2005: 170). Para Chesler, “trasladar la propia ideología a la acción terapéutica sigue siendo un problema” (p.171). Cita a Judith Herman, autora de *Trauma y recuperación*, como ejemplo posible de terapia feminista: lo cual implica escuchar a las mujeres, crearlas, normalizar sus emociones, no etiquetarlas, y promover la horizontalidad. Para Herman, “el estudio sistemático del trauma psicológico depende del apogo de un movimiento político” (en Chesler, 2005: 36). O en palabras de Chesler: “todas aprendimos de las propias víctimas, a las que la liberación feminista, y no el psicoanálisis, había empoderado para que hablaran” (p.33). Es precisamente el Movimiento loco y el Feminismo los que están haciendo posible que el proceso activo de dar testimonio sobre las violencias de paso a la defensa de derechos humanos y no quede en el olvido. Por último, Chesler se posiciona ante el debate de si la terapia feminista es un oxímoron o no:

“a pesar de mi propia crítica inicial a las terapias patriarcales privadas dirigidas esencialmente a usuarias de ingresos elevados, he acabado creyendo que las mujeres pueden beneficiarse, y de hecho lo hacen, de una *buena* terapia. Algunas feministas (y antifeministas también) han puesto en duda que exista alguna terapia, incluida la feminista, que sea deseable. Han apuntado, y con razón, que en realidad el ‘terapismo’ puede desviar las energías activistas. Tienen razón, pero las mujeres que sufren traumas severos no siempre pueden responder a la llamada a la acción política” (2005: 37).

5. UNA TRADUCCIÓN NECESARIA

En los años 90, cuando comencé mi tesis doctoral, apenas existía literatura traducida al castellano sobre la crítica feminista a las disciplinas de la psicología

y la psiquiatría. Conocí el libro de Chesler porque era probablemente el más citado por las pocas autoras que por entonces la habían leído en inglés. Agradecer, desde aquí, libros como *El malestar de las mujeres* de Mabel Burin o los libros de Carmen Sáez Buenaventura *Mujer, locura y feminismo* y *Sobre mujer y salud mental*.

Lo que queda pendiente es la traducción de textos críticos, escritos desde la voz experta de las supervivientes de la psiquiatría. Por ejemplo, un clásico del activismo loco: *Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System* de Judi Chamberlin de 1978. En ese sentido, es muy buena noticia que se haya traducido también *Viaje al manicomio* de Kate Millett.

Quizá, lo que más impresione de la lectura de *Mujeres y locura* es su actualidad. No es muy diferente la situación de las mujeres descrita por Packard en el siglo XIX, que la denunciada por las entrevistadas en el libro de Chesler (en los años 70), o la vulneración de derechos humanos evidenciada por el actual Movimiento loco con sus especificidades de género. Se siguen produciendo violencias e injusticias epistémicas, y se sigue no creyendo a las mujeres locas. Chesler contribuyó con su libro a identificar y ponerle nombre al sexismo en las teorías y en la práctica terapéutica, a la patologización de la respuesta normal al trauma o a las violencias en los psiquiátricos. Sigue siendo necesaria su denuncia.

La principal pega del libro de Chesler es que, si bien recogió la voz de las “verdaderas expertas” mediante entrevistas, intentando lo que hoy llamaríamos una perspectiva interseccional, luego la interpretó desde su “deformación profesional” y, sobre todo, no reconoció (por ignorancia o con intención) todo el conocimiento que el activismo loco estaba produciendo en ese momento (Chamberlin, 1994). Un activismo loco que también era feminista.

6. BIBLIOGRAFÍA

Burin, Mabel; Moncaraz, Esther y Velázquez, Susana (1990). *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Paidós: Buenos Aires.

Chamberlin, Judi (1994). II. A psychiatric survivor speaks out. *Feminism & Psychology*, 4(2), 284-287.

Chesler, Phyllis (1972/2005). *Women and Madness*. New York: Doubleday.

Firestone, Sulamith (1998). *Airless Spaces*. Pasadena: Semiotext(e).

García Dauder, Dau y Guzmán, Grecia (2019). Locura y feminismo: viajes de sujeción y resistencia. *Átopos*, 20, 57-82.

Hanisch, Carol (1969). Lo personal es político. Disponible en: http://www.diariofemenino.com.ar/documentos/lo-personal-es-politico_final.pdf

Hare-Mustin, Rachel (1974). Ethical considerations in the use of sexual contact in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 11(4), 308-310.

Kitzinger, Celia (1993). "Psychology Constructs the Female": A Reappraisal. *Feminism & Psychology*, 3(2), 189-193.

Millett, Kate (1990/2019). *Viaje al manicomio*. Barcelona: Seix Barral.

Sáez de Buenaventura, Carmen (1988). *Mujer y salud mental*. Barcelona: La Sal.

Sáez de Buenaventura, Carmen (ed.). (1979). *Mujer, locura y feminismo*. Barcelona: Dédalo.

Showalter, Elaine (1985). *The Female Malady*. London: Virago.

Ussher, Jane (1991). *Women's Madness*. Amherst: The University of Massachusetts Press.

Velasco, Sara (2009). *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva Ediciones.