

# La Condena de ser loco y pobre

Alternativas al manicomio

Franco Basaglia

 BORRAR  
LIBROS =  
QUEMAR  
LIBROS



**TopiA**  
EDITORIAL

Colección Fichas para el Siglo XXI



*Colección FICHAS PARA EL SIGLO XXI*

Título original: Conferenze Brasiliane

© Raffaello Cortina Editore, 2000

Traducción: Florencia Molina y Vedia

Diseño de Tapa:

Víctor Macri

Basaglia, Franco

La condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio:

1a ed. - Buenos Aires: Topía Editorial, 2008.

204 p.; 23 x 15 cm. - (Fichas para el siglo XXI)

Traducido por: Florencia Molina y Vedia

ISBN: 978-987-1185-26-9

I. Psiquiatría. I. Molina y Vedia, Florencia, trad. II. Título

CDD 616.8

Fecha de catalogación: 16/10/2008

ISBN: 978-987-1185-26-9

© Topía Editorial

Editorial Topía

Juan María Gutiérrez 3809 3º "A" Capital Federal

e-mail: [editorial@topia.com.ar](mailto:editorial@topia.com.ar)

[revista@topia.com.ar](mailto:revista@topia.com.ar)

web: [www.topia.com.ar](http://www.topia.com.ar)

Queda hecho el depósito que marca la Ley 11.723. La reproducción total o parcial de este libro en cualquier forma que sea, idéntica o modificada, no autorizada por los editores viola derechos reservados.

Cualquier utilización debe ser previamente solicitada.

---

**LA CONDENA DE SER  
LOCO Y POBRE  
ALTERNATIVAS AL MANICOMIO**

**FRANCO BASAGLIA**

**BAJO LA SUPERVISIÓN DE  
FRANCA ONGARO BASAGLIA Y MARÍA GRAZIA GIANNICHELLA**

**TopiA**  
EDITORIAL

*Colección Fichas para el Siglo XXI*



## INTRODUCCIÓN PARA LA PRESENTE EDICIÓN

*Las conferencias en Brasil en el recorrido de Franco Basaglia*  
Maria Grazia Giannichedda  
Presidenta de la Fundación Franco Basaglia

*Lo importante que hemos demostrado es que lo imposible se ha vuelto posible. Diez, quince, veinte años atrás, era impensable que un manicomio pudiera ser destruido. Tal vez los manicomios vuelvan a ser cerrados, incluso más cerrados que antes, yo no lo sé, pero de todas maneras nosotros hemos demostrado que se puede asistir a la persona loca de otra manera, y el testimonio es fundamental. No creo que el hecho de que una acción logre generalizarse quiera decir que se ha vencido. El punto importante es otro, es que ahora se sabe qué se puede hacer.*

Franco Basaglia, Río de Janeiro, 28 de junio de 1979

### Las conferencias

Estas catorce conferencias que Franco Basaglia dio en Brasil en junio y en noviembre de 1979 son quizás hoy, la mejor manera de acercarse a su trabajo, y de recorrer las ideas, las experiencias y las propuestas que han inspirado la reforma psiquiátrica italiana, que en el año 2008 ha cumplido treinta años.

Es Basaglia mismo quien se presenta, con estas conferencias, frente a un público de estudiantes, profesores, médicos, psicoterapeutas, sindicalistas alentados por las oportunidades **que se estaban** presentando en Brasil con el inicio de la transición **democrática** y preocupados por la complejidad de los problemas del **país**, muchas veces divididos, como se intuye a partir de los debates, **en torno** a los nuevos caminos a seguir. De esta manera Basaglia, **mientras** habla de su trabajo, de sus elaboraciones teóricas y del **primer** impacto de la reforma, despliega con sus interlocutores **una relación** cómplice y a la vez

crítica, que deja surgir tanto su extraordinaria capacidad comunicativa -lo que hace a estos textos, entre otras cosas, particularmente disfrutables- como su modo de pensar y de actuar.

Estas conferencias se desarrollan en base a temas propuestos por las varias asociaciones que en San Pablo, Río de Janeiro y Belo Horizonte han organizado los seminarios. Basaglia acepta estos temas pero casi siempre los desarticula desde sus primeras palabras. Por lo tanto los títulos de las conferencias, que son los originales, cuando no son explícitamente rebatidos, (“el tema resultó un poco estereotipado” observa Basaglia y decide dar absolutamente otra dirección a la conferencia sobre “poder y violencia en el hospital psiquiátrico”), constituyen la ocasión, el punto de partida para una reflexión que él desarrolla sin aceptar la lógica del discurso “técnico”, pero redefiniendo y ampliando siempre las posibilidades del tema, bien atento a no perder el anclaje en lo concreto, al “motivo por el cual estamos aquí”, a la necesidad de la acción práctica y de la política, que es reflatada constantemente, algunas veces incluso con dureza: “la realidad es que aquí entre nosotros estamos viviendo una experiencia de libertad” dice al finalizar el primer ciclo de seminarios en San Pablo, “pero es el Juqueri, el gran manicomio, el que determina todo, y no nuestra buena voluntad...”.

El contenido de estas conferencias resulta entonces en gran parte inesperado, pero no sólo porque es bastante menos específico de la disciplina de lo que se podría esperarse de acuerdo a los títulos. Es el mismo desenvolvimiento del discurso entre las presentaciones y los debates, el que muestra una particular tensión interna, y transmite la sensación de que verdaderamente está ocurriendo algo entre Basaglia y los brasileros y entre los mismos brasileros, que se están jugando relaciones reales, de las cuales el que lee puede percibir algunas veces la dificultad, la distancia, otras veces las implicancias morales, el clima cómplice o explícitamente afectuoso. Basaglia por otra parte aclara muchas veces que no fue “para enseñar, para llevar un modelo”, que lo que le interesa es “organizar algo que vaya más allá de las reuniones, algo que sea como un cemento que pueda unir en todo el mundo a las personas que quieren trabajar de manera distinta”. De esta manera, lo que Basaglia cuenta, explica, propone, es sobre todo una cierta postura tanto técnica como política y existencial, una cierta manera de “estar en el mundo” que él trata de poner en práctica y de estimular también aquí, a través de los seminarios y de

las diversas actividades alrededor de ellos, a las que se presta y de las que varias veces hace comentarios en sus conferencias: visitas a institutos psiquiátricos públicos y privados y a servicios sanitarios de base, entrevistas en los diarios, encuentros con sindicatos, asociaciones y grupos de personas.

Todo esto hace muy especial al material de este libro. Se tiene como la percepción de que el pensamiento de Basaglia es aquí enfocado justamente en el interior de una práctica real, de un tentativo de encuentro con los otros “para ver si juntos podemos cambiar nuestro rol de opresores”, en el interior del tentativo de construir, rápidamente, concretamente, “la esperanza de vivir de una manera distinta”. Esto restituye veracidad, también histórica, a la palabra de Basaglia, cuyo trabajo teórico ha tenido siempre una ligazón estrechísima, directa, con la práctica y por lo tanto con la política. Pero sobre todo devuelve fuerza a la palabra, a las palabras, que aquí recobran vida, vigor, significado, enjuician a las cosas, crean realidad.

En la época de aquel viaje a Brasil, Basaglia recién había dejado la dirección del hospital psiquiátrico de Trieste en el cual había trabajado desde 1971. El personal y los recursos del hospital habían sido totalmente reconvertidos en centros de salud mental abiertos las 24 horas y con camas, ya había nacido la red de alojamientos asistidos y cooperativas de trabajo que habían permitido dar de alta a 1200 internados, una centena de los cuales, los más ancianos, se habían quedado a vivir en departamentos en el interior del terreno del hospital. Se iniciaba así la nueva fase: una ciudad sin manicomio, un sistema de salud mental enteramente comunitario. Basaglia había aceptado la propuesta de la región del Lazio<sup>1</sup> de trabajar en la reorganización de las políticas de salud mental, en una metrópoli (Roma) que tenía uno de los más grandes manicomios públicos y que estaba viviendo el comienzo dramático del problema de las dependencias a las drogas y de la nueva marginalidad urbana, en una región que tenía la mitad de camas de internación psiquiátrica privadas del país. En aquel año que sería, casi repentinamente, el último de su vida<sup>2</sup>, Basaglia se sentía atraído por este nuevo desafío práctico, que percibía como necesario para el desarrollo de la reforma, pero al mismo tiempo sentía el deseo de retomar la reflexión sobre algunos temas de fondo de su trabajo teórico y de volver a recorrer la crisis de la psiquiatría y de sus instituciones que había comenzado, ya en la posguerra, en algunos países occidentales y más tarde en Italia. Y

justamente sobre estos temas Basaglia reflexiona en estas conferencias en Brasil, que se transforman así en una suerte de balance de su trabajo y del largo, original recorrido que había tomado forma en Gorizia pero que había comenzado ya en los años de la universidad.

### Las raíces

En 1979 Franco Basaglia tenía cincuenta y cinco años. Había nacido en Venecia el 11 de marzo de 1924, en 1949 se había recibido de médico en Padova, en 1952 se había especializado en neuropsiquiatría y se había quedado a trabajar en la *Clinica delle Malattie Nevrose e Mentali* de la Universidad de Padova, dirigida por Giovanni Battista Belloni, un profesional de formación organicista. De la cultura de la clínica, Basaglia había tomado distancia muy pronto, y ya en un ensayo en 1953, sobre el mundo del “incomprensible esquizofrénico”<sup>3</sup> se pueden encontrar las raíces del recorrido que luego hará con absoluta coherencia a lo largo de su vida<sup>4</sup>. La elección, por ejemplo, de la *Daseinsanalyse*, el método del “análisis existencial” fundado por Ludwig Binswanger y por Eugène Minkowski, para el muy joven Basaglia “es importante porque pone directamente en juego a la persona del médico, que no puede quedar afuera como examinador sino que debe participar directamente, (...) vivir enteramente e intensamente la descripción del síntoma”, “compenetrándose en la vida del propio enfermo”<sup>5</sup>. Incluso una explícita valoración de la “insuficiencia” de la nosografía de Kraepelin como “catálogo de síntomas” está ya presente en este texto. En esos años son bastante pocos los psiquiatras italianos insatisfechos con los modelos positivistas del ochocientos, de manera que Basaglia comienza a trabajar sustancialmente en soledad sobre el entrecruce entre psicopatología y fenomenología, utilizando la psiquiatría del novecientos más rica sobre el plano metodológico y más interesada en la dimensión terapéutica (Binswanger, Minkowski, Strayss, Freud) y construyendo su formación filosófica sobre la reflexión europea más atenta a la complejidad del ser humano (Husserl, Heidegger, Merleau Ponty, Sartre). Los textos de estos años dan testimonio de “la continua y exasperada confrontación de Basaglia con la tradición, hasta la superación de esquemas que sin embargo no son descartados apresuradamente mientras puedan ser usados útilmente en el plano del método”, en conclusión, dan testimonio de “cuán profundamente Basaglia tiene

en su interior aquella tradición que luego ha en gran parte odiado, por citar el aforismo de Adorno”<sup>6</sup>. De esta tradición le quedará hasta el final la cultura fenomenológica, y de los psiquiatras la única referencia que permanecerá será la de Minkowski, de quien Basaglia admiraba el modo de pensar y de trabajar, además del método. Pero la relación más sólida y duradera será con Sartre, la única persona que Basaglia consideró un “maestro”. En estos años de formación Basaglia leyó a Sartre apasionadamente, como referencia global de su estar en el mundo. En los años de la madurez, la influencia de Sartre será ulteriormente evidente y signará de manera explícita puntos clave del trabajo de Basaglia, como la concepción de la responsabilidad del técnico y del intelectual, la centralidad de la “*praxis*”, la crítica de la ideología, el rechazo de la utopía, como por otra parte, el respeto a la perseverancia de cada uno en el aquí y el ahora. El diálogo entre Sartre y Basaglia relatado en la introducción de *Crimini di pace*<sup>7</sup> da un efectivo testimonio de la cualidad de esta relación, también personal, que duró toda la vida.

El “filósofo Basaglia”, como lo llamaba Belloni, se quedó en la universidad trece años, hasta 1961, cuando ganó el concurso para ser director del Hospital psiquiátrico de Gorizia y, por primera vez en su vida<sup>8</sup>, entró en un manicomio. Esta experiencia fue chocante y, al mismo tiempo, reveladora. Lo que vio se superpuso al recuerdo de la que para él, estudiante burgués de veinte años, había sido una experiencia traumática, su ingreso a la cárcel “en el horario en que, en las celdas, se vaciaban los recipientes con excrementos”<sup>9</sup>. Había tenido “la impresión de entrar en una enorme sala de anatomía, donde la vida tenía el aspecto y el olor de la muerte” y la cárcel le había parecido “un chiquero impregnado de una pestilencia infernal (...) donde carcelero y presidiario habían perdido toda cualidad humana, adquiriendo el sello y la impronta de la institución”. También el hombre que veía en el manicomio “había perdido toda dignidad humana: también el manicomio era un enorme chiquero”, pero con un agravante: aquí “hay médicos, camisas blancas, enfermeros, como si se tratara de un hospital para curar. En realidad, es sólo un instituto de custodia”, donde además “el psiquiatra tiene autorización total” que no pone límites a lo que le puede hacer al enfermo. Basaglia, que se adiestró en la búsqueda de una “empatía con el enfermo”<sup>10</sup>, percibe de manera aguda, dramática, la violencia del manicomio, también porque se presenta como violencia sobre el cuerpo, tema so-

bre el cual, en esa época, Basaglia ya había largamente reflexionado<sup>11</sup>, aprendiendo de Merleau-Ponty que “el cuerpo es la experiencia más profunda y a la vez la más ambigua de las percepciones. Contemporáneamente presente y olvidado, el cuerpo a través del cual nosotros vivimos es la más frágil de las experiencias humanas”, pero al mismo tiempo “es aquello que me da la posibilidad de actuar, de favorecer la realización de mis posibilidades”<sup>12</sup>. ¿Qué ocurre entonces con una persona si su “vehículo del ser en el mundo”, aquel cuerpo que tiene “asegurado a la realidad”<sup>13</sup>, está totalmente forzado al artificio absoluto de la vida institucional?

El impacto con el “cuerpo-institución”, con los cuerpos expropiados, abandonados, prisioneros como “para expiar una culpa de la cual no se conocen los límites, ni la condena, ni la duración del sacrificio”<sup>14</sup> permanecerá siempre para Basaglia como una experiencia dramática que le produce indignación y al mismo tiempo le demanda asumir una responsabilidad directa, personal. La visita de Basaglia al manicomio de Barbacena, en el estado de Minas Gerais, que se produce casi veinte años después del ingreso a Gorizia, y sobre todo el duro debate que siguió a su conferencia, ilustran bien cómo Basaglia se situaba frente al manicomio. A la intervención del presidente de la Asociación Brasileira de Psiquiatría, quien sostenía que el cambio del manicomio, implicaba la reforma de toda la sociedad y que él como ciudadano podía estar de acuerdo, pero como psiquiatra creía que debía ocuparse sólo de curar al enfermo, Basaglia responde secamente: “no es verdad que el psiquiatra tiene dos posibilidades, una como ciudadano y otra como psiquiatra. Tiene una sola: como hombre”.

### **La destrucción del hospital psiquiátrico**

El trabajo de Basaglia en Gorizia duró casi ocho años, y se hizo famoso a través de dos libros: *Che cos'è la psichiatria?*, publicado por primera vez en 1967, y sobre todo *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, que se publicó en marzo de 1968 y fue rápidamente traducido a varios idiomas<sup>15</sup>. Estos textos colectivos, que cuentan y argumentan la experiencia de Gorizia a través de las palabras de sus protagonistas, habían sido precedidos por un ensayo que representa un punto de inflexión en el pensamiento de Basaglia y constituye una piedra fundamental en el debate en psiquiatría: *La destrucción del*

*hospital psiquiátrico como lugar de institucionalización*<sup>16</sup>. Este texto que nace como comunicación al Primer Congreso Internacional de Psiquiatría Social que se desarrolla en Londres en agosto de 1964, coloca por primera vez en la escena pública una cuestión crucial siempre abierta en las sociedades democráticas: el manicomio como contradicción del principio de libertad. Además, Basaglia argumenta aquí por primera vez la propuesta de la que para él, ya en aquel momento, era la única salida de la crisis de la psiquiatría occidental: destruir aquello que desde hace dos siglos es su soporte central, el manicomio.

El comienzo del ensayo es provocador y duro. Las primeras palabras citan la carta de los surrealistas a los directores de manicomio: “mañana a la mañana, a la hora de visita, cuando sin ningún caudal de palabras tratarán de comunicarse con estos hombres, sepan ustedes recordar y reconocer que en relación a ellos ustedes tienen una sola superioridad: la fuerza”. El texto sigue argumentando, sobre la base del trabajo que desde hace tres años se hace en Gorizia, las razones por las cuales “la destrucción del manicomio es un hecho urgentemente necesario, si no simplemente obvio”. El hecho de que “dos siglos después de la espectacular disolución de las cadenas”, propiciado por Pinel, “reglas forzadas y mortificaciones, marquen todavía el ritmo de la vida de los internados”, hace necesaria, para Basaglia, la búsqueda de “fórmulas que tengan finalmente en cuenta al hombre en su libre elección frente al mundo”, ya sea del hombre enfermo, que “ha perdido individualidad y libertad primero con la enfermedad” y luego “con la pérdida definitiva de sí mismo en el manicomio”, como del hombre psiquiatra, que debe formularse preguntas “sobre su libertad personal”, sobre el hecho de ser “delegado y portavoz no desinteresado” de esta sociedad que le encomienda hacerse cargo del “mundo alienado”. Basaglia coloca de esta manera en una clave netamente signada por el pensamiento de Sartre, el problema de la exclusión y de la institucionalización de los enfermos mentales. Las corrientes reformadoras en Francia, Inglaterra y Estados Unidos, habían puesto de manifiesto este problema, aclara Basaglia, pero lo habían rápidamente clausurado como problema puramente técnico, de revisión de los métodos de curación y de la organización institucional<sup>17</sup>. Tal premisa les había impedido comprender cómo era posible que, “a pesar de la llegada de la era farmacológica, de las teorías psicodinámicas y de los servicios psiquiátricos exter-

nos”, hubiese quedado en pie “el problema del manicomio como hábitat forzado, como lugar de perpetua institucionalización”. Basaglia cree que esto “no se puede no imputar a la actual clase psiquiátrica, que acepta reflejar”, en una posición sustancialmente “ejecutiva, la actitud de la sociedad y de los administradores de los manicomios”.

En este texto de hace más de cuarenta años, Basaglia plantea tres temas centrales de su trabajo, que volvemos a encontrar en estas conferencias y que siguen siendo hasta ahora extraordinariamente actuales. El primero trata sobre el manicomio, que para Basaglia no es sólo una institución pública con modalidad de campo de concentración, sino en el fondo, “hábitat forzado y lugar de perpetua institucionalización”. Esta clave de lectura permite hoy valorar el proceso de reducción de puestos-cama psiquiátricos ocurrido en muchos países occidentales<sup>18</sup>, proceso que muchas veces se ha convertido en una colosal re-institucionalización en lugares más chicos, con gestión privada, la mayor parte de las veces, y con un modelo más asistencial que sanitario, hábitat obligado y generalmente definitivo, para distintas categorías de personas, entre las cuales, enfermos mentales, que están afuera o en los márgenes del mundo productivo y del contrato social<sup>19</sup>.

Un segundo tema crucial de aquel texto es el llamado “a tomar finalmente en cuenta al hombre en su libre elección frente al mundo”. Basaglia piensa ciertamente en el hombre de Sartre “condenado a ser libre”, porque “no es ser sino existencia en sí”, “condenado a hacerse, a elegirse, en lugar de a ser”<sup>20</sup> y está convencido de que el psiquiatra no deba nunca quitar al enfermo esta difícil libertad constitutiva del ser humano. Pero piensa también en el ciudadano libre de la Constitución italiana de la posguerra, que es parte de su historia antifascista y de su indignación respecto al manicomio. En 1964, Basaglia no sabe todavía hasta qué punto y cómo las instituciones de la psiquiatría podrán atenerse al principio de libertad. La destrucción del manicomio se coloca aquí como necesidad, como tensión de una búsqueda que sólo en Trieste podrá desarrollarse y que desde el principio tiene como punto de partida científico y ético, el valor de la libertad de cada uno.

No es casualidad que Basaglia use aquí, y este es el tercer tema importante de aquel ensayo, la palabra “destrucción”. “Por mucho tiempo, (hablando del manicomio) hemos preferido usar en lugar de la palabra transformación, de una manera más cruda, la palabra

destrucción”, subraya Basaglia en una conversación en 1979. “Ella logra hacer comprender nuestra aspiración a que sea eliminado lo que no debe aparecer más, el exterminio del hombre realizado en su trayectoria institucional”<sup>21</sup>. Esta palabra logra también hacer comprender que “la psiquiatría debe quemar las naves”, si no quiere continuar “escondiendo la violencia con respuestas manipuladoras”, “debe destruir el manicomio pedazo por pedazo, de no ser así continuará a contaminar los servicios territoriales” y “el reflejo del manicomio seguirá construyendo la imagen de la locura”<sup>22</sup>.

Basaglia trabajará toda la vida para construir en la práctica y para fundar culturalmente un servicio público que corte radicalmente con el manicomio, es decir un sistema de instituciones en las cuales no deban ser pagados con el precio de la libertad, la tutela, el amparo, el “asilo” del que una persona sufriende puede tener necesidad. Para Basaglia, de hecho, la libertad del hombre enfermo no se afirma en la “no intervención”, en la “no interferencia” por parte del psiquiatra: este comportamiento, típico de las técnicas terapéuticas que implican de parte del paciente un consenso previo para su tratamiento, puede incluso traducirse en la ulterior violencia del abandono, del insulto al derecho a la salud. La libertad, del enfermo y del médico, impone para Basaglia un drástico repensar el trabajo del médico, su rol social y su responsabilidad. Sin esta reflexión, no será posible poner fin verdaderamente a las prácticas de custodia. Basaglia trabajará intensamente para que los principios y el cuadro jurídico de la relación médico-paciente sean redefinidos, pero está convencido de que la fuerza de la empresa que ha llevado adelante está en el haber abierto un proceso de transformación en la conformación material de esta relación, demostrando bajo qué condiciones libertad y derechos de la persona enferma pueden estar juntos. Ahora que “hemos demostrado que se puede asistir a la persona loca de otra manera”, ahora “que se sabe qué se puede hacer” la pelota pasa, por decirlo de alguna manera, a la política, que debe proceder con su capacidad de transformar en sentido democrático las instituciones sanitarias y las estructuras de la vida social, contando con el patrimonio que han construido las experiencias de transformación.

### **Reforma y transformación**

En el invierno de 1978, la propuesta del Partido Radical de someter a referéndum la vieja ley de 1904 indujo al Parlamento italiano a

excluir del proyecto de reforma sanitaria, los artículos sobre salud mental, y a acelerar la discusión. Basaglia se comprometió en primera persona: estaba convencido de que era necesaria una ley y que los tiempos estaban maduros para marcar finalmente un corte con el cuadro de principios que se había afirmado con la ley francesa de 1838, “madre” de todas las leyes psiquiátricas que del Estado liberal llegaron, inalteradas en los principios, a las democracias constitucionales. La ley n° 180 fue aprobada el 13 de mayo de 1978. Cuatro días antes había sido encontrado el cuerpo de Aldo Moro asesinado por las Brigadas Rojas. Esta coincidencia hace recordar lo dramática que era en aquel momento la situación general de Italia, mientras que una segunda coincidencia, la aprobación el 22 de mayo de la ley n° 194 sobre el aborto, recuerda los cambios profundos que estaban sucediendo, largamente diferidos y finalmente sancionados por el Parlamento, que a fin de año aprobará también el texto de la reforma sanitaria, la n° 833/78, en la cual se inserta la “180”.<sup>23</sup>

Basaglia había colaborado particularmente en la configuración del tratamiento sanitario obligatorio<sup>24</sup> (Tso), convencido de que este dispositivo era necesario para obligar al médico a responsabilizarse respecto de la persona enferma que sin embargo no pedía el tratamiento, y que fuese posible no desmentir en absoluto, en este punto, el principio de la plenitud de los derechos del ciudadano. No es posible analizar aquí el significado de la pequeña parte de la disciplina del Tso en la legislación italiana. Es importante, sin embargo, subrayar que el Tso, desde el comienzo y luego en el curso de la larga vida de la reforma, fue en algunos lugares traducido en servicios, procedimientos y culturas coherentes y eficaces, mientras en otros fue llevado a cabo como reproducción en otros términos de la internación coercitiva del viejo régimen normativo<sup>25</sup>. Lo mismo ocurrió con el segundo punto clave de la reforma, la superación de los manicomios existentes, que si en muchas sedes ha seguido caminos similares a los de Trieste, en otros ha significado “que los internados fueron dejados en la calle, abandonados al control social de la miseria”, como dice Basaglia en estas conferencias hablando de Estados Unidos. Basaglia sabe que la realización de esta reforma, que en el fondo “es solamente la inserción en la normativa sanitaria de un elemento civil y constitucional que debería haber sido implícito”<sup>26</sup>, que es al fin de cuentas “un acto de reparación que la democracia realiza hacia los ciudadanos”, no será “lineal ni despojada de conflictos”,

dadas “las características del terreno en el cual interviene, donde confluyen pesados prejuicios culturales e intereses estratificados”<sup>27</sup>. Prevé por lo tanto que “la aplicación de esta normativa será tanto más posible cuanto más se acompañará desde abajo, en las administraciones locales, en las instituciones por separado, en las uniones periféricas de técnicos y de usuarios, en los movimientos políticos y sindicales, la voluntad de superar tanto históricas carencias y retrasos, como la histórica ausencia o distancia de la población de la gestión de las instituciones”<sup>28</sup>. Este fue en efecto el recorrido luego seguido por el proceso de aplicación de la reforma, que hoy está afinada en muchas realidades locales con una difusión, sobre el territorio nacional, que desmiente el argumento de los primeros años sobre su imposibilidad de ser aplicada, aunque una suerte de “techo de cristal”, invisible y rígido como el que impide a las mujeres el acceso a los niveles altos de poder, parece hasta ahora relegar en el nivel local las políticas de aplicación de esta reforma. El resultado es que en casi todo el país, en el interior de la misma región, conviven sistemas de servicios totalmente distintos, frente a una autoridad política que en ciertas regiones trata de eliminar el terreno mismo sobre el cual la reforma puede crecer, el servicio sanitario nacional, mientras en otras se limita a administrar lo existente como se fue configurando, más que a empujar activamente la transformación de los órdenes organizativos que la reforma implica<sup>29</sup>.

En estas conferencias, Basaglia habla muchas veces sobre la reforma, muestra estar convencido del valor de esta ley pero no usa nunca tonos de vencedor, es más, recalca que es necesario comprender las nuevas contradicciones que se abren “fuera de la lógica de la victoria y de la derrota”. También en Italia usa este mismo registro. En la introducción a un libro de entrevistas que sale pocos meses después de la aprobación de la “180”, subraya que ésta “abre una crisis de identidad” también en el movimiento que la promovió, y aparece preocupado sobre todo por percibir en los operadores el deseo de llenar “el vacío ideológico e institucional que se ha creado, el momento de suspensión, de perplejidad y de incertidumbre (...) con ideologías ya probadas -psicoanálisis, *behaviorismo*, terapias relacionales- que racionalicen nuestras incertidumbres”. Este, en cambio, es “un momento feliz”, escribe Basaglia, “porque, desarmados como estamos, privados de instrumentos que no sean una explícita defensa nuestra frente a la angustia y el sufrimiento”, se podría “empezar a

afrontar los problemas de manera distinta”<sup>30</sup>. De ninguna manera piensa que haya llegado el momento de abandonar la crítica para “construir la nueva ciencia” y es más, en los ensayos y en las intervenciones durante este período, como por otra parte en estas conferencias, refuerza muy a menudo el llamado de atención, en esa época totalmente impopular, sobre el riesgo de que “los técnicos que han promovido el cambio, oculten y obturen con nuevas ideologías científicas, con saberes especializados, las contradicciones que han contribuido a abrir.” Como en Brasil, también en Italia, Basaglia se muestra interesado sobre todo en filtrar lo esencial de su experiencia, en transmitir y reproducir su comportamiento ético-político junto con los contenidos concretos de su práctica. Por esta razón trabaja más sobre las categorías que sobre los análisis, usa el relato, el hecho, más como ejemplo que como crónica, insiste sobre “la lógica del cambio” más que sobre “las técnicas del cambio”.

Este proceder no sólo da testimonio del estado de ánimo de Basaglia en aquella época, sino que además corresponde a los lineamientos típicos, originales del pensamiento político de Basaglia, que ya veinte, treinta años atrás lo hacían extraordinariamente distinto en el panorama de los intelectuales críticos que fascinaban a los jóvenes y a los movimientos. A Basaglia, que toma al enfermo mental como punto de observación y patrón de enjuiciamiento de la sociedad, los dos mundos en ese momento divididos por el muro de Berlín le parecen sorprendentemente similares, como lo dice en estas conferencias, especialmente cuando se dirige a los militantes de izquierda. Está convencido de que el cambio de estructuras sociales no es en absoluto suficiente para dejar fuera de juego las relaciones de opresión, y con más razón cree que una reforma legislativa no sea para nada suficiente para poner fuera de juego el manicomio y su lógica. “¿Qué podemos decir entonces? Se terminó todo, ¿cerramos el libro y volvemos a casa?”. Basaglia choca repetidamente, también en estas conferencias, con “el pesimismo de los intelectuales que piensan que no se puede hacer nada, que se puede solamente escribir libros”. A este pesimismo él le contrapone la voluntad política “optimista” de imaginar, construir, dar testimonio de nuevas posibilidades, “trabajando dentro de la ideología ya que estamos inmersos en ella” y usando el poder del propio rol social, pero tratando de transformar este rol y los resultados a través de la transformación de la práctica, es decir del hacer y de la manera de ser.

Este tema es fundamental para Basaglia. Se lo puede observar también en estos textos en los cuales se afirma “la necesidad de que el cambio parta de cada uno de nosotros”, y que “desde mañana nuestra práctica sea distinta”, conceptos que son recalcados desde el comienzo y llegan a tener, incluso porque algunas veces Basaglia se abandona a hablar sobre sí mismo y sobre su vida, una fuerza convincente y cautivante que puede hacer desestimar lo difícil que fue sostener estos contenidos, que provocaban hostilidad incluso entre el que estaba ideológicamente orientado al cambio, y que desorientaban también a quien luego quedaba fascinado y se transformaba en compañero de ruta. Para Basaglia, trabajar en el cambio social significa esencialmente superar las relaciones de opresión y “vivir la contradicción del vínculo con el otro”, aceptar las oposiciones, dar un valor positivo a los conflictos, a la crisis, a la suspensión de las creencias, al debilitamiento de los roles y de las identidades. Sólo en estas situaciones de abierta contradicción, “cuando el médico acepta el cuestionamiento del enfermo, cuando el hombre acepta a la mujer con su propia subjetividad”, puede nacer aquel “estado de tensión que crea una vida que no se conoce” y que representa “el inicio de un mundo nuevo”.

Basaglia logra muy bien, en estas conferencias, hacer comprender cómo fue posible imaginar y construir, en lugares concretos de nuestro país y en nuestro tiempo, condiciones institucionales, estructuras organizativas, procesos culturales, formas de lucha, en las cuales era posible “vivir las contradicciones” e incluso transformarlas en riqueza y fuerza. De aquí el sentido positivo de calidez, de una finalidad común posible, que transmiten estos textos de Basaglia, conjuntamente con la rigurosa aceptación de una cierta soledad política e incertidumbre existencial. Estos sentimientos y convicciones, junto a los análisis, a las intuiciones, a los relatos, vuelven a estos textos, como decíamos antes, extraordinariamente cercanos, y capaces de arrastrar consigo, más que en la memoria, en el ejercicio fuera del tiempo de utilizar las categorías de Basaglia y su ética para tratar de comprender y de cambiar el pedazo de mundo sobre el cual tenemos poder y responsabilidad.

## Bibliografía

- Basaglia, Franco, 1967, *Che cos'è la psichiatria?*, Baldini, Castoldi, Dalai, 1997.
- Basaglia, Franco, 1968, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini, Castoldi, Dalai, 1998.
- Basaglia, Franco; Gallio Giovanna, 1978, *La vocazione terapeutica. Per un'analisi critica della via italiana alla riforma psichiatrica (1950-1978)* en Debernardi, Mezzina, Norcio (a cura di) *Salute e malattia. Pragmatica e complessità*, Centro Studi e ricerche regionale per la salute mentale, Trieste, 1992.
- Basaglia, Franco, *Scritti*, Vol. I y II, a cura di Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, 1981 e 1982.
- Basaglia, Ongaro Franca (a cura di), *L'utopia della realtà*, Einaudi, 2005.
- Bignami, Giorgio, 1982, *I modelli della "malattia" di fronte alla sofferenza* en *Sapere*, n. 851.
- Colucci, Mario; Di Vittorio, Pierangelo, *Franco Basaglia*, Bruno Mondatori, 2001.
- Gallio, Giovanna, *Franco Basaglia e l'utopia della realtà* en *Soggetto e istituzione. L'eredità di Franco Basaglia*, L'ippogrifo, 1999.
- Giannichedda, Maria Grazia, *Sui trattamenti sanitari obbligatori* en *Democrazia e diritto*, n. 4/5, 1988.
- Giannichedda, Maria Grazia, *La democrazia vista dal manicomio. Un percorso di riflessione a partire dal caso italiano* en *Animazione sociale*, n. 5, 2005.
- Mistura, Stefano, *Sei tesi su Franco Basaglia* en *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Vol. CXXIV, n. 4, diciembre 2000.
- Pirella, Agostino, *Il giovane Basaglia e la critica della scienza* en *Sapere*, n. 851, 1983.
- Rotelli, Franco, *Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra*, edizioni E, 1994.
- Sartre, Jean-Paul, *L'essere e il nulla*, il Saggiatore, 1965.
- Venturini, Ernesto (a cura di), *Il giardino dei gelsi*, Einaudi, 1979.

## Notas

1. Basaglia podrá trabajar en Roma sólo pocos meses, en los cuales comenzará algunos proyectos: un concurso de ideas abierto a toda la ciudad sobre nuevos usos para el manicomio cerrado; la reorganización de la guardia de uno de los hospitales más difíciles del centro histórico, para buscar respuestas alternativas a los problemas de la población marginal que circula por allí; el involucrar a algunas clínicas privadas en un programa de reconversión de sus propias estructuras en servicios comunitarios.

2. Luego de una corta enfermedad, Basaglia morirá en su casa de Venecia el 29 de agosto de 1980.

3. *Il mondo dell'incomprensibile schizofrenico attraverso la Daseinsanalyse. Presentazione di un caso clinico*, publicado por primera vez en el *Giornale di Psichiatria e di*

*Neuropatologia* ( 81, f3, 1953 ) y actualmente en Basaglia, *Scritti* vol. I, bajo la supervisión de Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, 1981, págs. 3-31.

4. Sobre la formación de Basaglia y sobre la totalidad de su obra, reenvío a diversos trabajos. Agostino Pirella, *Il giovane Basaglia e la critica della scienza en Sapere* n. 851, 1982; Franco Rotelli, *L'uomo e la cosa en Rotelli Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra*, edizioni E, 1994; Giovanna Gallio, *Franco Basaglia e l'utopia della realtà en Soggetto e istituzione. L'eredità di Franco Basaglia*, L'ippogrifo 1999; Stefano Mistura, *Sei tesi su Franco Basaglia en Rivista Sperimentale di Freniatria*, Vol. CXXIV n. 4, dicembre 2000; Mario Colucci e Pierangelo Di Vittorio, *Franco Basaglia*, Bruno Mondadori, 2001; Maria Grazia Giannichedda, *L'utopia della realtà. Franco Basaglia e l'impresa della sua vita*, en *L'utopia della realtà*, bajo la supervisión de Franca Ongaro Basaglia, Einaudi 2005, págs. 1-55.

5. *Il mondo dell'incomprensibile schizofrenico*, cit., págs. 3-4.

6. Giorgio Bignami, *I modelli della malattia di fronte alla sofferenza en Sapere*, n. 851, 1982, pág. 47.

7. *Crimini di pace: Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione* (a cura de Franco e Franca Basaglia) fue publicado por Einaudi en 1975. La introducción se encuentra hoy en la antología *L'utopia della realtà* cit., págs. 208-274.

8. Que no parezca raro este hecho. El sistema universitario y el de las instituciones públicas estaban en esa época totalmente separados, y en gran parte lo están todavía. Del manicomio Basaglia conocía el reparto de admisión, el más parecido a la clínica universitaria, pero no había visitado nunca los otros repartos.

9. Basaglia había sido detenido seis meses en la cárcel de Venecia, acusado de actividad antifascista. Habla de aquella experiencia en el texto del cual se extrajeron estas citas: Franco Basaglia, *La giustizia che punisce en Basaglia, Scritti*, vol. II, Einaudi, 1982, pág. 185.

10. Empatía que sirve para construir “un lugar de encuentro, una reciprocidad en la relación, un diálogo en el cual no esté ausente la emotividad, y que pueda permitir encontrar el camino por el cual iniciar la acción terapéutica” como escribe en el ensayo *Su alcuni aspetti della moderna psicoterapia: analisi fenomenologica dell'incontro en Scritti*, vol. I, cit., pág. 38.

11. Sobre el tema del cuerpo y de las formas de dominio sobre el cuerpo llevadas a cabo por la institución total pero también por la medicina y por las nuevas técnicas de control más penetrantes, Basaglia vuelve en todo su trabajo, an-

ticipando ampliamente las reflexiones más recientes sobre la “vida desnuda”. En los últimos años el retorno de este interés se ve en las frecuentes referencias al tema del “cuerpo orgánico”, “cuerpo económico” y “cuerpo social”, que se encuentran en estas conferencias y en los ensayos *Legge e psichiatria. Per un’analisi delle normative in campo psichiatrico* (con María Grazia Giannichedda) y *Follia/delirio* (con Franca Ongaro Basaglia), los dos en *Scritti*, vol. II, cit.

12. Franco Basaglia, *Corpo, sguardo e silenzio. L’enigma della soggettività in psichiatria* (1965) actualmente en *L’utopia della realtà*, cit., págs. 27-42.

13. Franco Basaglia, *Il corpo nell’ipocondria e nella depersonalizzazione* en *Scritti*, vol. I, cit. pág. 169.

14. *La giustizia che punisce*, cit., pág. 185.

15. Los dos publicados por Einaudi, estos libros fueron reeditados en 1997 y en 1998 por Baldini, Castoldi e Dalai.

16. El ensayo *La distruzione dell’ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello “spazio chiuso”. Considerazioni sul sistema “open door”* fue presentado por primera vez en el congreso de Londres y fue publicado en italiano al año siguiente en los *Annali di Neurologia e Psichiatria* (49, I, 1965). La versión original inglesa fue republicada en el volumen bajo la supervisión de Mario Maj y Filippo M. Ferro, *Anthology of Italian Psychiatric Texts*, World Psychiatric Association, 2002, pág. 399. Actualmente se encuentra en *L’utopia della realtà*, cit., págs. 17-26.

17. Esta valoración está desarrollada por Basaglia en distintos textos, entre los cuales *Ideologia e pratica della comunità terapeutica* (con Franca Ongaro Basaglia); *Legge e psichiatria. Per un’analisi delle normative in campo psichiatrico* (con María Grazia Giannichedda), los dos en Basaglia, *Scritti*, vol. II, cit.; *La vocazione terapeutica* (con Giovanna Gallio) en *Salute mentale. Pragmatica e complessità*, a cura di Debernardi, Mezzina, Norcio, Trieste, 1992.

18. La Organización Mundial de la Salud estima que en los últimos veinte años se han eliminado, sobre todo en los países industrializados, alrededor del 40% de camas en hospitales psiquiátricos.

19. También en Italia han aparecido estas nuevas formas de internación, sobre todo luego del cierre de los últimos manicomios en 1998, y a pesar de un cuadro normativo que no lo consentiría, y que las propuestas de revisión de la “ley 180”, presentadas por los parlamentarios del centro derecha entre 2001 y el 2008, tratan de modificar con el fin de, entre otras cosas, instituir un “tratamiento obligatorio por período largo” que legitime aquellos sitios privados que actualmente son lugares de una institucionalización que de hecho no tiene fin.

20. Jean-Paul Sartre, *L'essere e il nulla*, il Saggiatore, 1963, pág. 534-535.

21. *Conversazione con Venturini* en Ernesto Venturini ( a cura di ) *Il giardino dei gelsi*, Einaudi, 1979, pág. 218.

22. *Ibidem*, pág. 246-247.

23. La legislación italiana de salud mental está actualmente constituida por un conjunto de medidas: la ley nacional sobre los principios, contenida en los artículos, arts. 33, 34, 35 y 64 de la ley 833 y las diversas leyes regionales sobre los servicios y las políticas. En síntesis extrema, tres puntos clave de la ley nacional: 1) La prohibición de construir hospitales psiquiátricos y la superación de los existentes, que se concluyó en 1998 dejando en parte sin resolver el problema de la reutilización de las estructuras. 2) El principio de que las funciones de prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con disturbios mentales deben ser por norma desarrolladas por servicios de salud mental territoriales. La ley instituye además, dentro de los hospitales generales, los Servicios psiquiátricos de diagnóstico y tratamiento (SPDC), que pueden tener no más de 15 camas cada uno. 3) La disciplina del tratamiento sanitario obligatorio (TSO).

24. Como en el caso del TSO para otras enfermedades, que la ley disciplina en el artículo 33, el TSO por enfermedad mental (art. 34) tiene que desarrollarse "con respeto por la dignidad de la persona y de sus derechos civiles y políticos, (...) y debe ser acompañado por iniciativas dirigidas a asegurar el consenso y la participación por parte de la persona obligada". El TSO es pedido por dos médicos, uno de los cuales debe ser psiquiatra. Es dispuesto por el alcalde o por un delegado suyo. Está autorizado por el juez de tutela, que es además responsable de la tutela jurídica del TSO. El TSO puede ser efectuado en los SPDC dentro de los hospitales generales y dentro de los servicios de salud mental. Si el TSO se prolonga más allá del séptimo día o en el caso de ulteriores prolongaciones, el servicio psiquiátrico debe seguir el procedimiento indicado (alcalde y juez) y debe explicar por escrito las razones de la prolongación de la obligación.

25. Giannichedda Maria Grazia, *Sul trattamento obbligatorio* en *Democrazia e diritto*, n. 4-5, 1988.

26. Prefacio de *Il giardino dei gelsi* en *L'utopia della realtà*, cit., pág. 302.

27. Basaglia Giannichedda, *Legge e psichiatria*, cit., pág. 465.

28. *Idem* pág. 445-446.

29. Giannichedda Maria Grazia, *La democrazia vista dal manicomio. Un percorso di riflessione a partire dal caso italiano* en *Animazione sociale*, n. 5, 2005.

30. En Venturini Ernesto (a cura di) *Il giardino dei gelsi* (cit.), actualmente en *L'utopia della realtà*, cit., pág. 306.

**PRIMERA SECCIÓN**  
**LAS CONFERENCIAS EN SAN PABLO**



## LAS TÉCNICAS PSIQUIÁTRICAS COMO INSTRUMENTOS DE LIBERACIÓN O DE OPRESIÓN

*San Pablo, Instituto Sedes Sapientiae  
18 de junio de 1979*

Cada vez que hablo en público sobre los problemas de la psiquiatría tengo la impresión de sentirme cada vez más tímido y confuso. Esta noche me han comparado con Moreno<sup>1</sup>, y no me disgusta, porque Moreno fue una figura importante en la historia de la cultura europea entre las dos guerras y aun después de la Segunda Guerra Mundial. Agradezco a los amigos que han propuesto esta comparación, que yo creo sincera, no un mensaje desde los meandros del inconsciente.

Bueno, esta noche debo hablar sobre la psiquiatría como técnica, como instrumento de liberación o de opresión, tema que me fue asignado, por los amigos de la organización.

Es difícil establecer esta diferencia, esta división bizantina entre libertad y opresión, y es difícil decir si la psiquiatría es por sí misma instrumento de liberación o de opresión. Tendencialmente la psiquiatría es siempre opresiva, es una manera de manifestarse el control social, pero es justamente desde este punto de vista que la cuestión se vuelve más compleja.

Si partimos del origen de la psiquiatría, nacida como elemento de liberación del hombre, debemos recordar a Pinel<sup>2</sup>, que liberó a los locos de las prisiones, pero desgraciadamente, luego de haberlos liberado, los encerró en otra prisión que se llama manicomio. Empieza así el calvario del loco y el gran destino del psiquiatra. Luego de Pinel, si examinamos la historia de la psiquiatría, vemos surgir nombres de grandes psiquiatras; pero del enfermo mental existen sólo denominaciones, etiquetas: histeria, esquizofrenia, manía, astenia, etc. La historia de la psiquiatría es la historia de los psiquiatras y no la historia de los enfermos.

Desde 1700, este tipo de relación ha ligado indisolublemente el enfermo a su médico, creando una condición de dependencia de la cual el enfermo no ha logrado liberarse. Diría que la psiquiatría nunca fue otra cosa que una mala copia de la medicina, una copia en la cual el enfermo aparece siempre totalmente dependiente del médico que lo atiende: lo importante es que el enfermo no se coloque nunca en una posición crítica en relación con el médico.

Cuando el pueblo, en el siglo XIX, comenzó a rebelarse en contra de la autoridad del Estado, se comprendió que quería participar de una parte de la gestión del poder, y sobre todo que el pueblo no era un animal que podía ser dominado fácilmente. Así se pudo distinguir netamente, en el siglo XIX, la existencia de dos clases: la clase de los trabajadores, que no quiere más ser dominada y quiere participar del poder, y la clase dominante, que quiere continuar a dominar sin ceder espacio a quien pretende repartir su poder. La historia es clara: fueron más de cien años de luchas, de sangre, de guerras civiles. La clase trabajadora conquistó un espacio relevante en nuestros países. Pienso que es fundamental que los médicos y los psiquiatras que atienden a los enfermos sepan estas cosas.

El médico que presta asistencia en una comunidad, de hecho, debe saber que en ella están presentes por lo menos dos clases, una que quiere dominar y la otra que no quiere dejarse dominar. Cuando un psiquiatra entra en un manicomio encuentra una sociedad bien definida: por un lado los “locos pobres”<sup>3</sup>, por otro lado los ricos, la clase dominante que dispone de los medios para el tratamiento de los pobres locos. Desde esta perspectiva ¿cómo podemos pensar que la psiquiatría pueda ser liberadora? El psiquiatra estará siempre en una situación de privilegio, de dominio en relación con el enfermo. Esto también es algo que la historia de la psiquiatría nos hace comprender. Ella es la historia de los poderosos, de los médicos, y nunca de los enfermos. Desde este punto de vista, la psiquiatría es desde su nacimiento una técnica altamente represiva, que el Estado siempre usó para oprimir a los enfermos pobres, es decir la clase trabajadora que no produce.

Sin embargo, algo nuevo sucedió en esta segunda mitad del siglo XX, algo especial que dio a la ciencia en general, y en particular a algunos aspectos de la medicina y de la psiquiatría, elementos de liberación y no sólo de opresión.

Luego de la Segunda Guerra Mundial el pueblo y algunos técni-

cos comenzaron a poner en discusión a las instituciones del Estado. En los años 60 hemos visto rebelarse, como en una gran llamarada, a la juventud del mundo entero. En ese levantamiento, nosotros, los técnicos de la represión psiquiátrica estábamos presentes y dimos nuestro apoyo a esa rebelión. Luego, mientras la revuelta del '68 se perdía en varias direcciones y era reformulada en una suerte de nueva opresión y restauración, hubo una serie de situaciones bastante interesantes que unieron las luchas en las instituciones con las luchas de los trabajadores.

Los grandes movimientos de estos últimos veinte años fueron: la revuelta de los estudiantes, las grandes huelgas obreras que hicieron suyas algunas de las luchas de los estudiantes, la lucha en las instituciones psiquiátricas y finalmente, uno de los más importantes, la lucha de los movimientos comunistas. Este momento hizo tener esperanzas en que el mundo pudiera cambiar. Hubo ilusiones, pero también una serie de certezas. Hemos visto, por ejemplo, que cuando el movimiento obrero toma en sus manos luchas reivindicativas, de liberación, antiinstitucionales, esta ilusión se vuelve realidad. En Italia, por ejemplo, luego de 1968 hubo grandes huelgas durante las cuales los obreros reivindicaron el derecho a la salud, es decir que llevaron su lucha a nivel de las instituciones públicas. Paralelamente algunos técnicos demostraron que el manicomio era un lugar de opresión y de dolor, no de cuidado. Finalmente, en aquellos años y en los siguientes, las mujeres demostraron que la opresión del hombre y de la familia les impedía tener una subjetividad propia.

En otras palabras, todos estos movimientos y estas luchas han puesto en evidencia que, además de la lucha del movimiento obrero que reivindicaba el cambio en las condiciones de vida y la participación en la gestión del poder, había además otra lucha fundamental: la voluntad de afirmación no sólo como objetividad sino como subjetividad. Esta es una fase muy importante, ya que es la fase que estamos viviendo, y es un desafío a aquello que somos, a la relación entre nuestra vida privada y nuestra vida como hombres públicos y políticos.

Cuando el enfermo pide al médico explicaciones sobre su tratamiento, y el médico no sabe o no quiere responder, o cuando el médico pretende que el enfermo se quede en la cama, es evidente el carácter opresivo de la medicina. Cuando el médico en cambio acepta el reclamo, acepta ser el polo de una dialéctica, entonces la medici-

na y la psiquiatría se transforman en instrumentos de liberación.

También en lo que se refiere a la cuestión del movimiento feminista, vemos que en la relación hombre-mujer, cuando el hombre acepta a la mujer como elemento no pasivo, sino activo, cuando la acepta con su subjetividad, entonces los dos polos de la relación indican el inicio de una relación dialéctica, el inicio de un mundo nuevo.

Es sobre esta cuestión que tenemos que elegir nuestro camino: si preferimos quedarnos en la oscuridad, o queremos estar presentes en nuestro tiempo y cambiar en la práctica nuestra vida.

Les agradezco y pienso que podemos iniciar el debate.

*En relación con lo que ha expresado Basaglia, ¿cómo se explica la ausencia de mujeres en la mesa de debate?*

En esta mesa hay una mujer pero en un rol de inferioridad, porque traducir no es un rol activo sino pasivo. Pero esto no es culpa mía. Yo traté de poner en discusión a mí mismo y a todos los presentes. Ahora, quisiera invitar a intervenir a la señora, o señorita. Ella quiere estar presente con su subjetividad y su protesta. Bien, cuando nos encontremos uno frente a la otra estaremos en condiciones de comenzar un diálogo.

Si usted quisiera sentarse aquí con nosotros e intervenir.

*En la psicoterapia ¿no existe tal vez opresión del terapeuta hacia el paciente?*

Pienso que, independientemente del problema de la relación médico-paciente, de la rebelión del oprimido contra quien lo domina, nace una unión que antes no existía. Yo no soy un psicoterapeuta, pero pienso que la psicoterapia para ser funcional necesita continuamente un estado de tensión tanto del terapeuta como del paciente. No quiero entrar en el problema de la psicoterapia porque debería ser muy crítico y este no me parece el momento adecuado. Por otra parte pienso que si no hay tensión, en la relación no hay vida.

Por ejemplo hemos hablado de Moreno: pienso que fue un gran manipulador, pero también fue una figura importante porque estimuló muchas contradicciones, en parte probablemente sofocadas justamente por aquella codificación técnica que yo llamo manipulativa. Moreno, según pienso, era como un fuego artificial que producía contradicciones continuamente. De Moreno fueron importantes no tanto las técnicas que produjo sino las contradicciones que con-

tribuyó a abrir. Es más complicado hablar de Freud, pero podemos decir que, frecuentemente, las personas que cobran un significado en la historia del hombre son aquéllas que determinan las tensiones en las contradicciones, las aperturas. Pienso que la humanidad siempre estuvo dividida en dos: los inventores y los narradores. Los narradores no hacen otra cosa que estudiar las técnicas de quien ha inventado las leyes de las contradicciones. Probablemente son los dos necesarios, pero lo importante es que entren realmente en contradicción. Esta al menos es la esperanza.

*Cuéntenos un poco más acerca de su hospital en Trieste y de su experiencia en Gorizia.*

Les agradezco mucho que me hagan esta pregunta. Yo siempre hablo de esto, pero tardíamente, porque soy bastante esquivo cuando se trata de algo que me atañe directamente.

Diría que Gorizia, Trieste y toda la diáspora que se verificó en Italia están ligadas a la historia política italiana después de la Segunda Guerra Mundial. Sé que ya me referí a esto, disculpen si vuelvo sobre lo mismo, pero no se puede inventar una historia distinta...

Después de la Segunda Guerra Mundial Italia era todavía un país campesino a nivel económico y cultural. En los años 50 comenzó un proceso de cambio determinado por el desarrollo de la sociedad industrial y, consecuentemente, de una clase obrera cada vez más fuerte. Así fue como comenzaron las luchas sindicales por un cambio en la organización del Estado. En aquellos años iniciamos el trabajo en Gorizia, una pequeña ciudad en la frontera con Yugoslavia.

En Gorizia había un hospital con 500 camas dirigido de manera totalmente tradicional, en el cual era usual la práctica de electroshock e insulina, un hospital dominado en primer lugar por la miseria, la misma que encontramos en todos los manicomios. En el momento en que entramos dijimos no, un no a la psiquiatría, pero sobre todo un no a la miseria.

Vimos que desde el momento en que dábamos respuesta a la pobreza del internado, su posición cambiaba totalmente, dejaba de ser un loco para transformarse en un hombre con el cual podíamos entrar en relación. Habíamos ya comprendido que un individuo enfermo tiene como primera necesidad, no sólo la cura de la enfermedad, sino muchas otras cosas: necesita una relación humana con quien lo atiende, necesita respuestas reales para su ser, necesita dinero, una

familia y todo aquello que también nosotros, los médicos que lo atendemos, necesitamos. Este fue nuestro descubrimiento. El enfermo no es solamente un enfermo, sino un hombre con todas sus necesidades. Por ejemplo, yo recuerdo que después que abrimos los pabellones en Gorizia, en 1963-1964, todos esperábamos ver cosas terribles. ¿Qué podía suceder? No sucedió nada. Casi se diría que fue triste, porque estábamos listos, listos a quién sabe qué cosa...

Habíamos visto que en reuniones como ésta que estamos haciendo ahora, las personas se comportaban correctamente, pedían cosas muy justas, querían comida mejor, posibilidad de relaciones hombre-mujer, tiempo libre, libertad para salir, etc. cosas que un psiquiatra ni siquiera imagina que el enfermo pueda pedir<sup>4</sup>. Sería como si una hija pidiera al padre salir de noche, en una sociedad fundada sobre el puritanismo. Sería una cosa terrible para el padre, ¿cómo iba a poder saber cuándo su hija volvería a casa? Ocurre lo mismo con el enfermo mental, porque el psiquiatra siempre confundió la internación del enfermo con la propia libertad. Cuando el enfermo está internado, el médico está en libertad; cuando el interno está en libertad, el interno es el médico. El médico no acepta esta situación de paridad por la cual el enfermo es encerrado o bien es el médico el que es encerrado.

Entonces, cuando nosotros comenzamos a organizar algo tendencialmente igualitario, vimos por ejemplo que un hombre se encontraba con una mujer y no sucedía nada violento. Se enamoraban. Naturalmente, luego podían tener una relación sexual, como sucede en las mejores familias y ¿por qué no habría de suceder en el manicomio liberado? Ocurrían muchas cosas y eso era un escándalo. Comenzamos a divulgar todo esto para demostrar que era posible dirigir el manicomio de otra manera. Todo esto nos llevó también a una reflexión política: los internados pertenecían a las clases oprimidas y el hospital era un medio de control social.

En Gorizia organizamos una comunidad con el objetivo de curar y de mostrar que era posible una vida distinta. Lo sorprendente fue que muchos jóvenes y mucha gente que venía a vernos, percibía que la vida dentro de la comunidad era mejor que la vida afuera. La cuestión era que dentro de aquella comunidad, el egoísmo que domina nuestras vidas era afrontado de otra manera: mi sufrimiento era el sufrimiento del otro. Comenzamos con este tipo de lógica.

Esto es lo que sucedía en Gorizia. Luego, la mayor parte de las

personas que habían trabajado en Gorizia fue a dirigir otras instituciones psiquiátricas y fue así como comenzaron a formarse cuatro, cinco, seis experiencias diferentes. Pero todos nosotros, que habíamos hecho este trabajo, sabíamos que el manicomio, aun el dirigido de modo alternativo, era siempre una forma de control social, porque la gestión no podía no estar en manos del médico, y la mano del médico es la mano del poder.

Entonces, cuando en 1971 empezamos a trabajar en Trieste, seguimos con la experiencia de Gorizia teniendo en mente desde el comienzo el proyecto de eliminar el manicomio y sustituirlo por una organización mucho más ágil, para poder afrontar la enfermedad allí donde se producía, donde tenía origen. Empezamos con un manicomio que tenía 1200 personas y hoy, luego de ocho años de trabajo, no quedó casi nadie en esa estructura. No piensen que los matamos. El hecho es que estas personas han tratado de reinsertarse socialmente, con nosotros, con la sociedad, con la comunidad.

Podríamos decir que somos personas que transforman en oro lo que tocan, aunque en realidad nuestro trabajo fue muy simple. Como dije antes, nuestro descubrimiento en la experiencia de Gorizia fue que la clase trabajadora, en caso de enfermedad, era destinada al manicomio. Entonces pensamos que esta clase debía tener responsabilidades y poder en la gestión del problema de la salud y que esto podría cambiar las cosas.

Comenzamos, por ejemplo, discutiendo cuándo se podía dar de alta a un paciente. La discusión no era sólo entre nosotros, los médicos, sino también con las personas del barrio donde el enfermo iba a ir a vivir. De esta forma, el vecino del barrio se daba cuenta que las necesidades del paciente no eran distintas de las suyas. Cuando existía el problema de dar de alta a una persona pobre, que no tenía dinero, ni casa, ni familia, muchos percibían que estaban o que podían llegar a estar en las mismas condiciones. Comenzaba de esta manera la identificación entre el sano y el enfermo, y el inicio de la integración del enfermo. Entonces, día a día, año a año, paso a paso, desesperadamente, encontrábamos la manera de llevar al que estaba adentro, afuera, y el que estaba afuera, adentro. Así, en la medida en que el número de los internados disminuía, comenzábamos a crear en la ciudad los centros de salud mental. Teníamos una estructura externa muy ágil, en la cual se hacía frente a la enfermedad fuera del manicomio. Veíamos que los problemas referidos a la peligrosidad

de los enfermos comenzaba a disminuir: empezábamos a afrontar ya no una “enfermedad”, sino una “crisis”.

Actualmente nosotros ponemos en evidencia que cada situación que nos llega es una “crisis vital” y no una “esquizofrenia”, o bien una situación institucionalizada, un diagnóstico. En aquel momento, nosotros veíamos que aquella “esquizofrenia” era la expresión de una crisis, existencial, social, familiar, no importa cuál, era de todas maneras una “crisis”. Una cosa es considerar el problema como una crisis y otra cosa es considerarlo como un diagnóstico, porque el diagnóstico es un objeto, mientras que la crisis es una subjetividad, subjetividad que pone en crisis al médico, creando esa tensión de la que ya hemos hablado.

He hablado de manera muy general del camino que tuvimos que hacer para tratar de eliminar el hospital psiquiátrico y crear una situación tendencialmente terapéutica. No puedo decir más que “tendencialmente” terapéutica, porque no puede ser plenamente terapéutica: yo trato de curar a una persona, pero no puedo tener la certeza de si la curo o no. Es lo mismo que cuando digo que amo a una mujer. Es muy fácil decir esto, incluso es falso, porque el hombre tiende a un tipo de relación y la mujer a otro. Cuando se crea una relación, ésta no es más que una crisis, una crisis en la cual hay vida, siempre que no haya dominación, del hombre sobre la mujer o de la mujer sobre el hombre. Entonces, en esa situación que es tendencialmente de amor, se puede crear una relación muy libre.

*En el hospital donde ustedes llegaron entre 1963-1964 había personas que antes de ser internadas mantenían relaciones con instituciones del Estado, con una familia, con otras instituciones de la sociedad, que quizás habían provocado la internación. ¿Qué sucedió cuando estas personas, transformadas por lo que había sucedido en el hospital, volvieron a la sociedad y encontraron la misma familia y las mismas instituciones?*

Muy correcta la pregunta, porque la razón por la cual muchas de estas personas habían terminado en el hospital, mucho antes, era una consecuencia de lo insoportable de la vida social. El manicomio no hacía otra cosa que capturar a estas personas indeseables y contenerlas en la institución, en una especie de muerte civil. Esta es todavía la terapia de los manicomios.

Es cierto que cuando entramos en el manicomio y lo abrimos se **presentan** las mismas contradicciones que cuando estaba cerrado.

Creo que en el fondo la terapia más importante es que estos pacientes, reprimidos por el manicomio, puedan tomar conciencia de su represión. Pero es también muy importante la situación en la cual las familias, cuando entran al manicomio, empiezan a tomar contacto con los familiares internados.

Cuando un interno sale y vuelve a la vida social se crea una nueva contradicción que tiende a mandarlo nuevamente al manicomio. En ese momento es importante que pueda nacer en la comunidad una toma de conciencia y también es fundamental que yo como técnico nuevo no esté del lado de la clase dirigente sino que esté directamente ligado a la clase que sufre estas contradicciones. Es importante que yo penetre directamente en el tejido social para crear los presupuestos de un consenso que lleve no tanto a una mayor tolerancia, sino a una toma de responsabilidades, a un hacerse cargo por parte de la comunidad de los problemas que le pertenecen. Ciertamente la persona que toma conciencia de la causa de su internación tendrá la posibilidad de una nueva integración social, aunque no pienso que el internado en un manicomio deba ser un revolucionario: es simplemente una persona que trata de expresar su propia subjetividad en la sociedad.

Por otra parte, como los técnicos ofrecen respuestas que les sirven a ellos mismos y nunca a los enfermos, es evidente que en el momento en el cual el enfermo toma conciencia de sí, se transforma en un enfermo difícil, no es más el enfermo dócil del principio. En el siglo XIX los grandes clínicos dividían a los enfermos en enfermos buenos, y enfermos malos. Los enfermos malos eran los que no querían curarse.<sup>5</sup>

*Pienso que Basaglia no ha hablado de la resistencia opuesta por parte del gobierno y de la clase dominante a la pérdida del poder burocrático y económico. Este poder trata al enfermo mental como mercancía y necesariamente se apoya en el mantenimiento de las instituciones manicomiales.*

No he hablado de los aspectos "sucios" de la situación porque el manicomio es tan sucio que cuando se trata de eliminarlo aparece algo que de todas maneras es más limpio. Si contara todas las dificultades que hemos encontrado en nuestro trabajo, correría el riesgo de cubrirme de heroísmo, y eso no me gusta.

Hemos encontrado todos los obstáculos posibles e imaginables. Hemos sufrido la represión jurídica y así como hoy estoy en esta tri-

buna, quince años atrás tuve que sentarme en el banco de los imputados. He pasado por varios procesos y muchas veces me han iniciado juicio<sup>6</sup>, pero siempre me han absuelto. ¿Por qué? Porque soy un técnico. En Italia decimos: “*cane non mangia cane*” (el perro no come al perro). Quiero aclarar que nuestra técnica de reacción al poder no fue una novedad, fue la vieja técnica de “infiltrar a los infiltrados”, es decir usar sustancialmente las mismas armas del poder y buscar aquellos espacios de libertad que permiten afrontar las contradicciones sin eliminarlas. Hubo maniobras de todo tipo para impedir nuestra acción. Pero, ¿qué sucedió en Italia cuando los movimientos obreros y los sindicatos tomaron en sus manos nuestra lucha? Llegamos al punto en el cual nuestra acción se transformó en ley del Estado. Hoy en Italia hay una ley que prohíbe la construcción de manicomios y establece la eliminación de los existentes, en el curso de unos años. Esta fue una gran victoria de la clase obrera, que forzó al Parlamento a votar una ley que lleva la problemática social al interior mismo de la medicina.

*Quisiera que Basaglia dijera algo referente a las dificultades que encontró para lograr que la sociedad viera al enfermo mental de otro modo ¿cómo la sociedad ha dejado de estigmatizarlo?*

Esta pregunta pone de manifiesto un problema muy importante. Cuando iniciamos nuestro trabajo de transformación, en realidad violentamos a la sociedad, la obligamos a aceptar al loco, y esto creó grandes problemas que antes no existían. Pero lo más importante es que en el momento en el que violentábamos a la sociedad, estábamos allí presentes para hacernos cargo, como técnicos nuevos, de la responsabilidad de nuestras acciones, para ayudar a la comunidad a comprender qué quería decir la presencia de una persona loca en la sociedad.

Puedo darles miles de ejemplos. Uno tiene que ver con el modo en el que hemos tratado de cambiar la cultura sobre el loco. Pienso en el ejemplo de uno de los centros de salud mental, un centro que se encuentra en la zona industrial de la ciudad, donde está ubicada también una fábrica importante. En ese centro desde el comienzo se incluyeron tanto los habitantes del barrio como los trabajadores de la fábrica. En el momento en el cual los habitantes de este suburbio y los obreros comenzaban a participar, conjuntamente con nosotros, de la vida del centro, comprendían lo que estaba sucediendo y el

preconcepto contra el loco desaparecía o se atenuaba. Son importantes estas cosas para una toma de conciencia.

En la misma ciudad donde trabajamos, no todos están de acuerdo con nosotros. Tenemos todavía muchos enemigos y hay también muchas personas que piensan que el enfermo mental debe estar en el manicomio. El problema es que día a día tenemos que encontrar argumentos para convencer a las personas. Yo creo que ante una persona totalmente extraña al problema, si realmente queremos cambiar la cultura, no debemos vencer, sino convencer.

*Quisiera que hablara un poco sobre las diferentes figuras profesionales del equipo con el que ha desarrollado esta experiencia. ¿Cómo se ha afrontado la lucha por el poder al interior del equipo?*

Eso fue verdaderamente una locura. En principio existía solo el psiquiatra, estaba solo, dominaba la escena y no había nunca nadie que cuestionara su poder. Pero la creación de una nueva cultura hace aparecer al psicólogo, el asistente social, el terapeuta ocupacional, etc., y de esta manera al diagnóstico del psiquiatra se le agregan los de todas estas otras figuras profesionales. Para mí, que se hable de psicólogo o de esquizofrénico, de maníaco o de psiquiatra no marca ninguna diferencia, son tantas las etiquetas en el interior de un manicomio que no se sabe más quién es el sano y quién el enfermo.

Yo creo que una de las cosas afortunadas de nuestro trabajo fue el hecho de que nuestra unión no nacía del afuera, de la profesionalidad, de los aspectos técnicos, sino de la finalidad política que nos unía a todos. Ser psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional, o ser un internado, era lo mismo, porque cuando nos encontrábamos en asamblea para discutir, todos trataban de dar su propia contribución al cambio. Comprendimos, por ejemplo, que un loco era mucho más terapeuta que un psiquiatra y entonces también el psicólogo y el asistente social fueron puestos en discusión.

También para nosotros es importante descubrir por qué estamos juntos esta noche. Creo que muchos de ustedes vinieron para verme y hablar conmigo, pero creo que mi valor, en este momento, es ser el detonador de una situación. Veo aquí muchos técnicos que están de acuerdo con lo que digo, y evidentemente son personas que quieren discutir y comprender mejor el significado de aquello sobre lo que se interroga. Naturalmente, existe el juego de las partes. El nuevo equipo psiquiátrico o de salud mental puede atravesar situa-

ciones de dificultad cuando no hay una finalidad política compartida, cuando las personas están guiadas solamente por el salario que reciben cada fin de mes. El salario es muy importante, sin lugar a dudas, pero el dinero tiene un significado, y en el momento en el que se comprende este significado, el significado político del dinero, yo descubro que a través del dinero, el poder, se pueden hacer muchas cosas. La lucha en el interior del equipo puede volverse una lucha por su emancipación, y no por su destrucción.

*¿Cuál ha sido la reacción popular?*

La reacción popular puede ser todo o nada. La reacción de una comunidad depende de lo que dije antes: una comunidad está constituida por dos clases, yo puedo ver la reacción popular observando la reacción en el interior de las organizaciones políticas populares. Porque es muy fácil en una asamblea o un discurso público manipular a las personas, mientras que es difícil tener personas que sostengan verdaderamente tal tipo de trabajo. Por eso nosotros hemos pedido el apoyo de fuerzas populares organizadas. Yo pienso que es más importante obtener el apoyo de los sindicatos y no el de un gran orador popular, al que hoy pueden seguirlo y mañana abandonarlo.

*En la búsqueda de una psiquiatría democrática ¿cómo comportarse, en la comunidad, con las personalidades psicopáticas?*

No sé si el que ha hecho esta pregunta es un técnico o no, y si conoce la definición de personalidad psicopática. El que dio esta definición, hace muchos años, fue un psiquiatra alemán de nombre Kurt Schneider<sup>7</sup>, y su definición era más o menos ésta: las personalidades psicopáticas son aquellas que sufren y hacen sufrir a otros. No sé quién entre nosotros no sufre o no hace sufrir a otros. Respondiendo su pregunta, no pienso que una psiquiatría democrática pueda dar una respuesta al problema de la personalidad psicopática, sobre todo porque los psiquiatras democráticos no son omnipotentes. Yo podría reformular la pregunta de esta manera: aquéllos que forman parte de la psiquiatría democrática ¿cómo responden a los problemas de crisis que surgen de una sociedad en transformación? Pienso que un grupo de operadores puede dar una respuesta coherente cuando logra mantenerse ligado a las estructuras del lugar donde vive, cuando en la práctica, como decía antes, tiene una finalidad compartida con la persona que sufre. No veo posible otro tipo de ayuda para la persona que sufre.

*Parece que en el círculo vicioso -de la represión a la enfermedad, de la enfermedad al hospital, del hospital a la terapia, de la terapia a la reinserción social, de la reinserción social a la represión y así de seguido- la solución no podrá darse sino a través de un cambio del sistema, en caso contrario, el círculo se perpetúa, sin que se produzca una ruptura dialéctica.*

La pregunta es clara pero no es en absoluto dialéctica. Obviamente una persona internada en un manicomio, cuando sale encuentra la misma situación social precedente. Pero la sociedad no puede cambiar de un día para otro. Es la historia del hombre, la historia de este último siglo. Hemos visto una revolución importante, la Revolución de Octubre, que debía cambiar el mundo. Luego de esta revolución hubo otros cambios que transformaron las condiciones de vida de algunos pueblos. En el siglo XX, luego de la Revolución Rusa, se produjo la Revolución China y luego también Cuba ha cambiado su estructura social. Y en cada uno de estos momentos, nosotros hemos esperado que la situación cambiase. Bien, hemos tenido muchas desilusiones, si bien en estos países había personas que morían de hambre y ahora no mueren más. Hubo buenos resultados pero el hombre en estos países no se puede expresar o bien está sometido a limitaciones en su expresión. Hablamos de los manicomios y de la represión en nuestros países y sabemos que en los países socialistas existen los *gulag*, hay personas recluidas en el sentido manicomial, manicomios terribles y personas que no pueden expresar sus desacuerdos. ¿Qué podemos decir? ¿Todo ha terminado, cerremos el libro y volvamos a casa? No, yo pienso que, si somos buenos militantes, debemos profundizar la lógica de esta falsa dialéctica, y si no realizamos esta operación estaremos siempre esperando algo que no llegará jamás.

Cuando nuestro compañero observa que se debe cambiar la sociedad, yo estoy de acuerdo. No creo que una persona enferma pueda vivir en esta sociedad, porque esta sociedad la mata. Está claro que nuestra tarea es cambiar la sociedad porque queremos vivir y queremos que el enfermo viva. Sin embargo no podemos quedarnos en la ilusión de que, una vez cambiada la sociedad, nosotros podremos vivir mejor que hoy. Seguramente viviremos mejor, pero siempre existirá una contradicción entre lo que somos y aquello que quisiéramos ser, entre lo que es nuestra "objetividad" y aquella que es nuestra "subjetividad". El hombre siempre es vencido en este nivel: nunca logra expresar lo que quiere. El desafío del mundo y el desafío del

hombre siempre ha sido poder encontrar la manera de expresarse. El mundo no tiene sólo dos mil años, tiene muchos más. Según mi opinión, desde la época en la que el hombre vivía en las cavernas se hicieron grandes progresos. Lo más importante es que se mantenga siempre esta “radicalidad”, que es la única variable por la cual el hombre mejora siempre. Si no tuviéramos esta visión, esta imaginación de futuro, sería mejor que nos suicidáramos todos. Esta sería la lógica consecuencia del “pesimismo de la razón”, que la pregunta que me hicieron en el fondo expresa, y sin duda es verdad todo lo que dice, no falta ni una coma. Pero pienso que si alguien realiza algo es en la práctica que lo hace. Entonces yo propongo la siguiente alternativa: del pesimismo de la razón al optimismo de la práctica. Es solamente así como podemos cambiar el mundo, de otra manera nos mantendremos siempre esclavos de dictadores, de militares y de médicos.

*Su lucha se desarrolló en el interior de las contradicciones del capitalismo. Su concepto de cura está ligado a la lucha por la liberación del trabajo. ¿Cómo explicar la necesidad de continuidad de esta lucha en las sociedades que han resuelto estas cuestiones fundamentales? ¿Cómo y cuándo se puede mejorar esta lucha con la propuesta política de la revolución cultural permanente, al interior de la sociedad socialista?*

Yo pregunto: ¿cuál es la sociedad que ha resuelto este problema? Yo no conozco ninguna. El que me hace esta pregunta ¿cree que en algún lugar del mundo exista esa sociedad tan feliz? Yo pienso que el problema de la locura está en el interior del problema de la organización del trabajo; ciertamente, si resolviéramos este problema podríamos afrontar muchos otros.

Pienso que debemos encontrar, y en esto estoy de acuerdo con la pregunta, no solamente la práctica sino también una teoría para continuar con nuestra lucha. Para decir la verdad, nosotros no tenemos todavía ideas muy claras sobre este punto. El capitalismo por ahora domina la escena y nos coloca en una condición muy difícil respecto de los problemas teóricos de nuestra lucha. Yo creo en el triunfo del socialismo, pero no sé cuándo llegará. Pienso que en la actualidad el buen marxista se plantea el problema de la práctica marxista, que asume como prioridad la subjetividad en la lucha cotidiana, en medio de las contradicciones del capital. Yo creo que ese debe ser hoy el compromiso. Por ejemplo, si todos los operadores aquí pre-

sentos comenzaran a hacer un trabajo de transformación institucional, independientemente del poder que tengan, sería ya un gran paso hacia la conquista del socialismo. Mientras que si en cambio muchos de nosotros, mañana, luego de esta reunión, volviéramos a nuestro trabajo en las instituciones psiquiátricas como si nada hubiese sucedido, pienso que el capitalismo vencería siempre.

*¿Es posible una reestructuración del hospital psiquiátrico en Brasil, teniendo en cuenta que nuestra organización popular está todavía en sus comienzos?*

Hoy hablaba de esto con un estudiante. No he venido aquí para dar soluciones imperialistas; no he venido trayendo una receta europea para los problemas de Brasil. Creo que deben ser los brasileros los encargados de encontrar las soluciones a sus problemas. Sé que no es fácil desde el momento en que existe el inconveniente de una clase obrera en vías de organización. Pero ya se puede hacer algo a partir de los técnicos, de la misma clase médica que está aquí entre nosotros, y que es muy reaccionaria, todavía muy ligada a los principios médicos yankees y a las decadentes técnicas europeas. Esto no resolverá el problema pero pondrá a prueba a aquellos de ustedes que quieren ser los técnicos de un nuevo Brasil.

*En la relación médico-paciente ¿no habrá siempre un sujeto dominado y otro dominador?*

Siento mucho que se haya ido la muchacha que hizo la primera pregunta y que seguramente pertenece al movimiento feminista. Sería importante que este tema fuese tratado en comparación con el vínculo hombre-mujer. Como hombre pienso que soy machista. Creo que no existe el hombre de buena voluntad porque ante una situación práctica, cada hombre reacciona de la manera más reaccionaria posible. Evidentemente si coloco la cuestión de esta manera puedo ser criticado e incluso puedo anular todo lo que he dicho hasta ahora. Puedo decir que un médico y un psiquiatra van a ser siempre un médico y un psiquiatra, no pueden cambiar, **y que no existen** médicos ni psiquiatras democráticos. **Sin embargo, se ha demostrado** que sí puede existir una relación distinta entre el "curado" y "aquel que lo está curando", tanto como puede existir **una relación** distinta entre un hombre y una mujer, entre **marido y mujer**. Si no fuese así, sería muy triste.

Por ejemplo, cuando algo me toca yo tiendo a escapar del problema, porque es mucho más fácil convivir con un preconcepción que con la libertad. Cuando yo mantengo una relación de igualdad con mi mujer, ese estado de tensión crea una vida que no conozco. Y vivir sin identidad es terrible, principalmente para el hombre. Obviamente estas consideraciones no justifican nada, sino que son un análisis del problema. Personalmente tengo esperanzas de poder vivir las cosas de otra manera, de poder vivir las contradicciones que se producen en la relación con la mujer.

*¿La elección de la igualdad sexual en el manicomio abierto no podría ser motivo de desorden y confusión?*

Usted ha hecho referencia a un problema que hasta ahora he tratado de afrontar indirectamente. Digamos que, cuando se abre un manicomio, el problema del sexo, que parece un enorme problema, desaparece. Porque el problema del sexo en una comunidad que se abre se transforma en un problema de todos. En un hospital cerrado, en cambio, el problema del sexo es la homosexualidad, que no es practicada por elección sino producida por una necesidad. Usted habla de elección desordenada, de problemas sexuales-afectivos confusos; quisiera ver cuántas son las personas normales que realizan elecciones sexuales confusas. Y el resultado de esta elección puede ser un niño. Estas personas normales se descubren progenitores y el niño está obligado a ser hijo de dos personas confusas. En el manicomio las personas no tienen identidad, no tienen nombre, están acostumbradas a no asumir responsabilidades. En ese caso el niño será hijo de nadie, lo cual es lo mismo que le puede suceder a otros, para los cuales la situación puede volverse todavía peor: la madre por ejemplo podrá encontrarse en una situación neurotizante y transformarse en cliente de un psiquiatra.

*Yo trabajo en una institución cerrada, donde son muy comunes los problemas de tipo sexual. ¿Cómo los podría resolver?*

En el manicomio cerrado no hay solución. Cuando el hospital se abre, el problema del sexo se transforma en el problema afectivo de dos personas que se aman, como sucede en todos lados. La represión produce una desviación del sexo. No creo que pueda haber una solución para los problemas sexuales al interior de una institución cerrada. En Italia, cuando había instituciones cerradas, los enfermeros

acompañaban a algunos enfermos a tener relaciones sexuales con prostitutas. Esto era terrible, porque una persona oprimida iba a oprimir a otra persona no menos oprimida. No veo ninguna posibilidad de resolver el problema. Lo mismo ocurre en una familia muy cerrada. Todos conocemos la rebelión de los hijos a propósito de la vida sexual, y el resultado es dramático: los hijos pueden tener una evolución sexual muy retardada y neurótica. En conclusión, no hay soluciones en una institución cerrada.

¿Y qué se puede hacer hasta que la institución no se abre?  
¡Abrir la institución!

## Notas

1. Jacob Levy Moreno, psicólogo originario de Rumania, desarrolla a partir de los años treinta, primero en Viena y luego en Estados Unidos, un conjunto de técnicas de terapias de grupo y de gestión de grupos: el llamado “teatro terapéutico”, el sociodrama, el psicodrama. Estas técnicas, luego de la Segunda Guerra Mundial, tuvieron un gran éxito, sobre todo aunque no solamente, en el mundo anglosajón. Uno de sus principales textos es *Who shall survive?*, Beacon House, New York, 1953, tr.it. *Principi di sociometria, di psicoterapia di gruppo e sociodramma*, Etas Kompass, Milano, 1964.

2. Philippe Pinel, en 1793 fue médico en la cárcel-hospicio de Bicetre y dos años después médico principal de enfermos mentales en el hospital de Salpêtrière, es considerado uno de los fundadores del manicomio moderno junto con el cuáquero Samuel Tuke, que en 1791 abre el *Retrait di York*, primer asilo para enfermos mentales. Basaglia comparte aquí la lectura de la figura de Pinel propuesta por Michel Foucault en el capítulo “Naissance de l’asile” del libro *Histoire de la folie à l’age classique*, Plon, París, 1961, pp. 249-291; tr.it. *Storia della follia nell’età classica*, Rizzoli, Milano, 1963.

3. El sistema de los manicomios públicos que se desarrolla en los países industrializados hasta la crisis luego de la Segunda Guerra Mundial nació para el tratamiento a cargo del Estado de los “locos pobres”, tal como lo decían las disposiciones legales.

4. La lectura de la transcripción de algunas de esas reuniones sigue siendo muy interesante. Dos reuniones están recopiladas en: Franco Basaglia (a cura di) *Che cos’è la psichiatria?*, Baldini&Castoldi, Milano 1997, pp. 47-163, una asam-

blea está incluida en la “Introduzione Documentaria” de Nino Vascon en: Franco Basaglia (a cura di) *L'istituzione negata*, Baldini&Castoldi, Milano, 1998, pp. 34-46. Varios momentos de una asamblea se ven en el documental de Pirkko Peltonen *La favola del serpente* (1967). Todos estos documentos se refieren a la experiencia de Gorizia contada y analizada en los dos libros precedentemente citados.

5. Sobre el “enfermo malo” y el “enfermo bueno” ver en particular *Che cos'è la psichiatria?* Cit. Pp. 20-25.

6. En los primeros tres años de trabajo en Trieste, entre 1972 y 1975, se produjeron hasta 15 denuncias contra Basaglia, la mayor parte de las veces imputado conjuntamente con médicos y enfermeros del equipo. Ver María Grazia Giannichedda, “Note sull'intervento della giustizia nella trasformazione del campo psichiatrico” en: G.Gallio, M.G. Giannichedda, O. De Leonardis, D. Mauri, *La libertà è terapeutica?*, Feltrinelli, Milano, 1983.

7. Kurt Schneider, *Die Psychopathischen Personallichkeiten*, Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1934.

## EL TRABAJO DEL EQUIPO DE PSIQUIATRÍA EN LA COMUNIDAD

*San Pablo, Instituto Sedes Sapientiae  
19 de junio de 1979*

Hoy quisiera iniciar diciendo que estamos aquí porque queremos tratar de encontrar juntos los puntos comunes de nuestra acción práctica y social.

Esto es muy complicado porque es muy difícil, tanto para ustedes como para mí, tratar de ir más allá de un encuentro como este de hoy, que no se ha desarrollado sólo aquí en el teatro. Creo que tanto para mí como para ustedes es necesario profundizar en el porqué estamos aquí, aprovechando el hecho de que estamos aquí juntos.

Como dijeron las personas que me precedieron, esta serie de reuniones tienen el propósito de organizar algo que vaya más allá, algo que sea como un cemento que pueda unir a las personas que quieren trabajar de una manera distinta. No buscamos un trabajo en nombre de la sociedad de psicodrama, o de la psiquiatría social, o de la psiquiatría democrática italiana, sino algo nuevo, más avanzado, que se encuadre en el contexto brasilero, pero que sea de alcance internacional. De esta manera, una vez que vuelva a Italia, podré llevar noticias, no importa si buenas o malas, pero con seguridad reales, ligadas al lugar del cual provienen. Lo importante es que cada encuentro exprese la voluntad de ir más allá del provincialismo en el cual se produce. Será importante saber, cuando estoy trabajando en Italia, que conmigo trabajan todas las personas que encontré en Brasil, y será importante para ustedes cuando trabajen en Brasil, saber que otras personas trabajan como ustedes en Italia. Así superaremos una barrera y tendremos más fuerza para actuar, porque sabremos que los brasileros, los italianos, los ingleses, los argentinos, no trabajan aislados sino en una unidad internacional que tiende a una acción liberadora. Una acción liberadora que no es la liberación del loco, ya que esto sería muy triste, sería volver únicamente al rol de psiquiatra. Nosotros queremos ser psiquiatras, pero sobre todo quere-

mos ser personas comprometidas, militantes. O quizás mejor, queremos transformar, cambiar el mundo a través de nuestro lugar específico, a través de la miseria de nuestros pacientes que son parte de la miseria del mundo.

Cuando decimos no al manicomio, decimos no a la miseria del mundo y nos unimos a todas las personas que en el mundo luchan por una situación de emancipación. En ese momento nosotros no somos más una sociedad de psicodrama, ni una sociedad de psiquiatría social, somos personas unidas que luchan por una libertad real en el mundo.

Muy probablemente, si estuvieran presentes psiquiatras tradicionales dirían que yo soy un paranoico, que tengo un delirio de omnipotencia, que quiero dar vuelta el mundo ¡y es verdad! Pero este delirio que hoy nos incluye a todos nosotros es un delirio colectivo, una locura generalizada. Sería hermoso que hubiera en el mundo en este momento muchas otras locuras como ésta; podríamos decir que el mundo estaría cambiando verdaderamente.

Pero éstas son afirmaciones de principios, el problema está en el colocar ladrillo tras ladrillo y esto es lo difícil. De todas maneras creo que en estos encuentros colocaremos algunos ladrillos, con los cuales lograremos construir una casa, que podríamos llamar simbólicamente “casa de la libertad”. Una libertad que no será hecha de palabras sino construida sobre hechos.

Hoy a la tarde estuve en un centro de salud mental en donde hablamos de cosas muy concretas y reales. Mi carisma provocó mucha oposición. Hoy aprendí muchas cosas sobre la realidad brasilera y sobre todo cómo trabajan los operadores de salud mental en San Pablo. Pienso que la experiencia de esta tarde fue mucho más importante para mí, que para ellos. Aprendí muchas cosas y estoy muy agradecido con el médico que me dijo: “¡No sabes en la miseria que nosotros trabajamos!” La cosa más importante es que no hablamos sobre psiquiatría, sino que hablamos de la miseria de la vida, porque ésta es la real situación, el verdadero contexto en el cual se construye la psiquiatría. Pienso que la pregunta que nos debemos hacer es ésta: si la miseria desapareciera, ¿la psiquiatría continuaría existiendo?

En realidad, esto que dije es un poco abstracto, porque la miseria existe, y existe la psiquiatría. Pero es justamente por eso que noso-

tros debemos, antes que nada, abolir la miseria para ver qué sucede después.

Creo que esta noche se me ha pedido hablar, a través de mi experiencia, sobre lo que sucede cuando se da de alta a una persona. Pienso que este tema es importante y también clarificador, dado que es el mismo problema del cual hemos hablado ayer de manera más general.

Es verdaderamente un drama dar de alta a una persona que está en un manicomio. Esta persona ha pasado años y años internada y ahora deberá afrontar la realidad que la ha rechazado y empujado al manicomio.

Ayer me hicieron algunas preguntas sobre este tema, preguntas que traté de responder, pero pienso que mis respuestas no fueron satisfactorias. Las preguntas eran importantes y ponían en foco este punto: una persona que entra en un manicomio porque fue rechazada por la organización social, la sociedad, cuando es dada de alta, encuentra una sociedad que no ha cambiado en absoluto. Entonces, esta sociedad la mandará nuevamente al manicomio. Una de las últimas preguntas era: si la sociedad hubiera cambiado verdaderamente, si hubiera cambiado su lógica interna, el problema de la enfermedad mental ¿cambiaría o no?

Creo que podríamos hablar hasta el infinito sobre este tema sin lograr agotarlo. La cuestión es que la sociedad en la cual vivimos es ésta que conocemos. No es realista hablar de una sociedad en la cual no vivimos. Debemos hablar de esta sociedad, de lo que se puede hacer en el interior de esta sociedad, debemos preguntarnos de qué manera podemos actuar para cambiar la lógica institucional y lograr dar una respuesta a la persona que está sufriendo.

Sin duda para nosotros, técnicos, es un problema dar de alta a un enfermo, porque se crean tales situaciones; es como en la división del átomo, se desencadenan reacciones, contradicciones, en cadena. Cuando una persona vive en el hospital, se producen cambios increíbles en la familia. La familia se reorganiza de otro modo, independientemente de la persona internada. El padre o la madre encuentran otros compañeros, los hijos no recuerdan más a la madre o al padre. Luego esta persona, en ese momento totalmente extraña al grupo familiar, vuelve a la familia.

Bueno, es en una situación como ésta que interviene nuestra acción práctica. ¿Qué podemos hacer? ¿Podemos recrear nuevamente la familia? Nuestro problema es encontrar una solución de vida para el que es dado de alta, no ya en el grupo familiar, sino en el grupo social, tratando de mostrar a este grupo, quién es la persona que está volviendo. Esta es la dificultad mayor, la que exige mayor habilidad por parte del operador social que, en la miseria extra institucional, debe encontrar un lugar para el indeseado. Yo pienso que esta presencia puede ser un detonador muy importante para una toma de conciencia política por parte de la sociedad, porque habiendo sido excluida la persona y volviendo a ser integrada, puede aparecer como un espejo de la política de la organización social en la que vivimos, de su significado, de sus valores. En el ejemplo del que es dado de alta, nosotros podemos encontrar elementos muy importantes, a través de los cuales la comunidad puede tomar conciencia de la propia opresión.

Ayer a la noche decía que cuando nosotros dábamos el alta a un internado queríamos hacer ver a la gente que esa persona, además de estar enferma, tenía carencias sociales, afectivas, psicológicas y humanas, las mismas que cada uno de nosotros tiene. Si por ejemplo analizáramos las carencias que cada uno de nosotros tiene esta noche, veríamos que son carencias de una unidad que hemos perdido o que no hemos tenido nunca. Tenemos un tremendo miedo y nos sentimos reasegurados por el hecho de estar juntos. Imaginen en este momento una persona que vivió diez años en un manicomio: nos pide protección, y nosotros debemos dársela. Finalmente éste es nuestro trabajo, nuestra habilidad. No es cuestión de hacer grandes elaboraciones psicológicas para llegar a la conclusión de que esta persona tiene un complejo de Edipo no resuelto o cosas por el estilo. Lo importante para ella es tener algo de comer, tener dinero, una cama para dormir. Ese es el problema. Esto lo aprendí de las personas con las que he hablado. Y es sobre esto que los invito a discutir y no sobre el hecho de que el poder recupera mucho o poco terreno, porque el poder siempre tiende a recuperar. Nuestra tarea consiste en encontrar una estrategia para no dejarnos reconquistar. Yo creo que estas reuniones y estos diálogos que estamos realizando difícilmente serán invalidados.

Aquí hay una voluntad, un gran optimismo, y no el pesimismo del cual se hablaba ayer a la noche. Es decir, tenemos el optimismo de lograr una solución, de encontrar algo distinto, una esperanza. Pero una esperanza que no debe ser mesiánica, porque el mesías es siempre un falso profeta. La esperanza debe estar en nosotros, como expresión de nuestras contradicciones, porque el otro, el enfermo, es uno de nosotros.

Es en este contexto que tenemos que colocarnos y es en este contexto que debemos encontrar una solución para nuestra práctica profesional. Nuestra práctica profesional es muy difícil, nunca logramos vencer, y sufrimos siempre grandes derrotas. Debemos aprender a perder, y a retomar de nuevo la lucha, porque solamente así logremos convencer. Como dijimos ayer, siempre son los dictadores los que vencen. El pueblo, con sus razones, debe convencer.

Así es, como introducción a este encuentro, no tengo más nada que decir. Pienso que, como ayer a la noche, esta es una base de discusión y espero que las preguntas sean estimulantes y también muy virulentas.

*¿Cómo funciona la terapia en la comunidad? ¿Existe en el interior del proceso terapéutico la preocupación por afrontar el tema de la conciencia de clase?*

Quizás puedo interpretar su pregunta dado que no me parece muy correcta. Antes que nada es importante comprender qué es “terapia”, especialmente si se coloca la palabra terapia al lado de la expresión “lucha de clases”. La pregunta es muy estimulante porque actualmente “terapia” quiere decir farmacología, electroshock, insulina y todas las técnicas de psicoterapia que no van más allá de la manipulación del enfermo: en el fondo, todas técnicas que se mueven en el interior del lenguaje del poder.

Por otro lado, como usted dice, está el problema de la lucha de clases, que es algo que compete al pueblo organizado, algo que no tiene nada que ver con el código del poder, el código que siempre orientó la creación de las técnicas de poder. Pienso que en algún sentido, la lógica terapéutica y la lógica de la **lucha de clases** son dos cosas muy cercanas, y que solamente con **pasos hacia adelante** en la **lucha de clases**, se podrá crear un nuevo código para una nueva cien-

cia, una ciencia que esté al servicio del enfermo. En este sentido sostengo que la conciencia de las personas podrá crear técnicas que serán funcionales a una nueva estructura social. No se puede pensar que las técnicas terapéuticas de comienzos del siglo XX sean válidas hoy, en esta sociedad que está cambiando. Es evidente que las personas que están aquí no están conformes con las enseñanzas que reciben y con las técnicas que están aprendiendo. Es evidente que estamos esperando algo, algo que debemos crear poco a poco, mientras trabajamos, teniendo en cuenta la lucha de clases y el hecho de que estamos al servicio del pueblo.

*Presuponiendo que exista una patología "interna" en el individuo y que, en esta patología, el factor económico entre como cuestión relevante, pregunto: ¿cómo podría actuar un equipo de psiquiatría en el caso de que no hubiese patología "interna" y donde no fuese posible el recurso de la institución psiquiátrica?*

Es una pregunta, según mi punto de vista, un poco retorcida, porque está formulada con muchos "si" y "cómo". Quisiera que las preguntas fueran más precisas. Usted me pregunta cómo podría ser la situación si fuera distinta. Pero el problema es que la situación no es diferente, la situación es la que es. Sería como si usted me preguntase: si en Brasil no existieran los militares y la miseria, ¿cómo sería? Es muy difícil responder, pero probaré hacerlo.

Quizás no fui claro, pero yo no dije que existe una patología "originaria" en el hombre. Yo dije que no sé qué cosa es la locura. Puede ser todo o nada. Es una condición humana. En nosotros la locura existe y está presente como lo está la razón. El problema es que la sociedad, para decirse civil, debería aceptar tanto la razón como la locura. En cambio esta sociedad acepta la locura como parte de la razón, y entonces la transforma en razón a través de una ciencia que se encarga de eliminarla. El manicomio tiene su razón de ser en el hecho de que vuelve racional lo irracional. Cuando uno es loco y entra en un manicomio **deja de ser loco para transformarse en enfermo**. Se vuelve racional por ser enfermo. El problema consiste en cómo desatar este nudo, cómo ir más allá de la "locura institucional" y reconocer la locura en donde tiene su origen, es decir, en la vida.

Este fue el tema que me propuse tratar. Usted me pregunta cómo

podemos afrontar este problema. Yo di una solución tentativa, explicando cómo nosotros tendemos a afrontar el problema. No estoy seguro de que las cosas se den así, pero la nuestra es una posibilidad, una manera tentativa de afrontar el problema.

*Quisiera poner de relieve un tema del cual se habla y es motivo de mucha preocupación hoy en Brasil, que es el de la prevención de la enfermedad mental. ¿Qué piensa de esto?*

Creo que una de las principales prevenciones de la locura y de la enfermedad mental es la lucha contra la miseria. Me parece muy difícil que en un barrio pobre se sepa quién es loco y quién no. Lo mismo ocurre en un manicomio. Cuando entramos en un manicomio tenemos frente a nosotros la miseria. ¿Cómo se puede saber si un habitante de Juqueri<sup>1</sup> está loco? La primera cosa que hace cuando nos ve es pedirnos una limosna y preguntarnos: “¿cuándo vuelvo a casa?”. Este loco tiene dos características muy importantes: la conciencia de la prisión y la conciencia práctica de la miseria. Como ustedes pueden ver, en este caso sería muy fácil la prevención, bastaría liberar a esta persona y dar una respuesta a su carencia real, a su problema. Ustedes me dirán que con esto no habremos resuelto todo, porque debemos definir el concepto de prevención para una organización social compleja. Me temo que todo conduzca siempre al mismo problema.

Vemos, por ejemplo, que en las sociedades más industrializadas los tumores están en aumento. Entonces ustedes me podrían preguntar: ¿cómo se puede prevenir el problema de los tumores? Podría decir que un tipo de prevención es aumentar las indagaciones, por ejemplo, haciendo hacer a todos, exámenes preventivos de manera de poder actuar cuando los tumores pueden ser operados. Pero si hacemos una investigación epidemiológica sobre los tumores, veremos que en las regiones muy industrializadas los tumores prosperan. No sé si en las zonas industriales de San Pablo existen investigaciones de este tipo, pero sabemos que en áreas como éstas los tumores prosperan en gran escala. Deberíamos entonces deducir que es necesario eliminar las fábricas. Pero esto es imposible. Entonces los obreros deberían por lo menos exigir condiciones de seguridad en su ambiente laboral. Esto puede hacer que el obrero tome concien-

cia de su opresión y de la falta de protección en su trabajo.

En el momento en el que salimos de la fábrica, que es ya un instrumento de producción de enfermedades muy graves, y vamos hacia un barrio pobre, la primera prevención de la enfermedad mental, repito, es la lucha contra la miseria, la toma de conciencia de la miseria del barrio, que en el estado de degradación en el cual vive es fuente de malestar social y también de locura. Pienso que en esto consiste nuestro trabajo como médicos, militantes y psiquiatras.

*La respuesta que me fue dada hace visible una cuestión que para mí es muy importante. Si Basaglia identifica el trabajo en salud mental con la lucha contra la pobreza, entonces nuestro rol de técnicos, médicos, psicólogos y conocedores de los instrumentos de gestión técnica, se transforma en una cosa secundaria. ¿No sería preferible eliminar las profesiones psiquiátricas y volverse políticos? ¿Cómo se mide la identidad profesional dentro de una visión como la de Basaglia?*

Este es un punto muy importante. Pienso que nosotros debemos mantener en pie contemporáneamente las dos situaciones, los dos roles, el de técnico y el de militante político. En el momento en el cual yo llevo a una persona a tomar conciencia de las contradicciones en las cuales vive, no estoy realizando una acción técnica sino política. Es verdad que de esa manera yo desarrollo también mi ser psiquiatra.

Pongamos un ejemplo: en una familia de obreros hay un hijo discapacitado y cada mañana el padre y la madre, que deben ir a trabajar, llevan al niño un poco aquí, un poco allá, un día a casa de un amigo, otro día a casa de otro. Pero la solidaridad no es eterna y, tarde o temprano, esta familia estará obligada a internar al hijo en un instituto, lo cual no es la situación ideal para un niño discapacitado. Bien, esta circunstancia conlleva graves consecuencias, porque produce angustia en los padres, crea ya una situación neurótica. Y yo como psiquiatra, en mi trabajo de salud mental, soy llamado por esta familia que siente culpa por haber internado al niño. ¿Qué debo hacer? ¿Curar la neurosis de la madre o la depresión del padre? Ciertamente yo tengo los instrumentos para hacerlo, pero esta intervención no sería otra cosa que un modo de represión de la familia. El problema es que yo debo explicar al padre y a la madre porqué fue-

ron obligados a internar al hijo en un instituto. Fueron obligados porque la organización social les impidió dar al niño el afecto que necesitaba. Esta es una acción al mismo tiempo política y técnica, y mi tarea como psiquiatra es ésa. No es dar remedios a los padres, sino más bien crear una toma de conciencia, un nuevo código que permita a estas personas entender las cosas.

*Quisiera enfocar la situación de un trabajador de salud mental que va a las favelas donde no hay otra cosa que miseria. Allí las personas no tienen qué comer, no tienen dinero para moverse, sus "casas" están destruidas. ¿Cómo hacer un trabajo específicamente psiquiátrico, después de darse cuenta de que, como dice Basaglia, no tiene sentido interpretar el complejo de Edipo a quien tiene como problema principal la falta de comida? ¿Qué hacemos entonces? ¿Nos transformaremos todos en agentes de ayuda social? ¿O debemos mantenernos distantes de la realidad? Ciertamente los aspectos políticos tienen mucho peso, pero ¿cómo mantener la identidad profesional? ¿Cómo es que se pudo sostener Basaglia, tratando estas angustias que son una agresión a la identidad profesional?*

Quisiera agregar algo a lo que el compañero dijo recién. Me interesó mucho su modo de afrontar el problema de la pérdida de identidad y la adquisición de una nueva identidad por parte del técnico. Pienso que hay un aspecto verdaderamente importante que es éste: cómo el nuevo técnico puede encontrar una nueva identidad además de la vieja, en la cual se colocaba como dueño de la situación, vieja identidad que marcaba su poder, el poder de etiquetar al otro a su gusto. Realmente en el manicomio, la identidad del técnico es la de ser el dueño absoluto, el patrón medieval de muchas almas, diez, veinte, treinta, mil, dos mil almas. El problema es que cuando se habla de destrucción del manicomio, la tierra tiembla bajo los pies del técnico, porque pierde su identidad y entra en una situación anómala, porque no sabe más quién es.

Normalmente, el médico que trabajaba en un manicomio público ejercitaba también una actividad privada. Yo no quisiera ofender a nadie, pero pregunto: ¿qué diferencia hay entre una prostituta que vende su cuerpo y el médico que se prostituye en su consultorio, cuando debería dar el máximo de su actividad a las instituciones públicas? El problema es de difícil solución, como el rescate de la pros-

tituta. Aquí el problema se vuelve muy complejo, muy difícil, y creo que la redención y la rehabilitación del médico deben ser hechas poco a poco, en la medida en que se hace la rehabilitación del enfermo. Cuando el médico se entrega totalmente a la institución, en el sentido de transformarla y eliminarla, cambiará realmente también el rol del médico y del psiquiatra. No tenía intención de ofender a nadie cuando he comparado la prostituta con el médico, porque verdaderamente tengo un gran respeto por las prostitutas.

*¿Qué piensa de la enfermedad mental en las clases media y alta? ¿Cuál es la finalidad de la terapia para estas clases?*

Se puede hablar de terapia solamente si nos referimos a las clases media y alta, porque esas clases tienen los medios de producción y con esos medios crean instituciones en las que se pueden rehabilitar. Hay clínicas para enfermedades mentales que mantienen siempre una situación de intercambio, donde hay personas pagadas que están disponibles para rehabilitar a una persona enferma mental que tiene dinero para el tratamiento. Tenemos el ejemplo del ejército de psicoanalistas que están dispuestos a prestar servicios, pagados copiosamente, a quien va a su consultorio. Los psicoanalistas tienen siempre una gran lista de espera, como los aviones. Esto para decir que tal tipo de organización responde a los problemas de la pequeña parte de la población que tiene los medios para defenderse. No sé si he respondido a la pregunta, pero recuerdo un dicho calabrés que dice: "*chi non ha no è*" (El que no tiene no es). Entonces, el que no tiene dinero para la terapia, no existe, y como consecuencia está en el manicomio.

*Si el sufrimiento humano está ligado a una situación de contraposición antagónica, parecería que en una sociedad sin clases el sufrimiento dejaría de existir. Quisiera comentar este punto porque yo pienso que aun en una sociedad sin clases el sufrimiento continuará existiendo.*

Estoy de acuerdo. El sufrimiento humano no se puede eliminar. Está en la vida, está en el hombre, es una condición humana. El problema de la vida es la contradicción entre lo que es la organización social y el sufrimiento que se expresa en cada uno de nosotros. El problema es que los que pueden sobrevivir económicamente tienen

también la posibilidad de expresar el dolor, es decir de expresarse subjetivamente, porque expresar un sufrimiento existencial es expresarse subjetivamente. Quien no tiene los medios económicos para sobrevivir no puede expresarse de ningún modo, no conoce el sufrimiento existencial, conoce sólo el sufrimiento de la supervivencia, porque no puede expresar la contradicción y la disconformidad. Nosotros tenemos el derecho, como ciudadanos, de expresar lo que somos, aunque en realidad luego nos expresemos como el poder quiere.

*¿Cómo puede el paciente psiquiátrico recibir una terapia en un ambiente de manicomio, si este ambiente no permite al internado expresarse?*

En el manicomio la condición de poder del médico y de dependencia del enfermo no ofrece ninguna posibilidad de aplicar una terapia. Es por esto que nosotros proponemos la eliminación de estas instituciones que se llaman manicomios. Porque en el manicomio no se puede practicar ninguna terapia dada la relación de poder del médico sobre el enfermo. La terapia tiene sentido cuando hay una reciprocidad entre el enfermo y el médico. La terapia analítica como procedimiento es muy significativa en este aspecto. Dentro de la terapia analítica la cosa más importante es el dinero, es decir el hecho de que el paciente debe pagar. Esta situación -y no estoy diciendo que sea justa o equivocada- coloca al médico y al paciente en una situación de igualdad: el médico tiene obligaciones por el dinero que recibe, y el paciente tiene derechos por el dinero que le dan. Esta es una situación de reciprocidad porque los dos están comprometidos en el tratamiento terapéutico.

Cuando hablamos de miseria, cuando enfrentamos la locura en medio de la miseria, la persona que está mal debe poder comprender que el médico está allí para darle una mano, para ayudarla, que no está en una situación de poder, sino de reciprocidad, es decir de "terapeutividad". Pero en el manicomio no puede existir terapia porque existe sólo una relación de poder. En cambio nosotros debemos ir en busca de una situación de complicidad y de reciprocidad hacia y con el enfermo. Solamente así podemos **hablar de terapia**. En el caso contrario sólo podemos hablar de **dependencia y de esclavitud**.

*Quisiera saber en qué sentido está usada la palabra "miseria", dado que*

*la locura se manifiesta también cuando la miseria no es material. Usted habló de las necesidades fundamentales del enfermo que fue dado de alta: alimentos, dinero, una cama... Yo pienso que todos nosotros tenemos sobre todo necesidad de amor y de aceptación...*

Ciertamente cuando hablamos de miseria y de locura, estamos hablando de la miseria y de la locura. Nunca hemos superpuesto miseria y locura. Hemos visto que algunas veces la locura no puede expresarse porque está dominada por la miseria. Cuando, por ejemplo, vamos a un manicomio y vemos personas miserables que se nos acercan, yo desafío a cualquier psiquiatra a que haga un diagnóstico de esquizofrenia, de manía o de cualquier otra cosa. Sólo puedo ayudar a esta persona dándole la libertad de salir de esa miseria. Luego, evidentemente, se puede incluso hacer un diagnóstico clínico. Antes es imposible. Yo pienso que miseria y locura caminan a la par. Es justamente por eso que es imposible descubrir la locura en la fase de la miseria. En cuanto a la segunda observación, yo estoy de acuerdo que el amor es fundamental en las relaciones humanas. Recuerdo ahora un libro de Bettelheim: *L'amore non basta*<sup>2</sup> (*El amor no es suficiente*). No es suficiente, cuando el amor es entre las nubes, abstracto. El amor se debe apoyar sobre vínculos reales en la sociedad y en la familia, y puede haber nacido en la opresión y no en la libertad. No quiero entrar en la cuestión de la relación hombre-mujer, pero desde ese lugar podemos ver que el amor puede ser un medio de opresión y no de liberación.

*No estoy de acuerdo con el paternalismo con el cual la sociedad acepta al individuo que no tiene capacidad de inserción. Mi pregunta es: ¿es válido limitarse únicamente a aceptar a este individuo o no es más justo que luche por la realidad en que cree?*

Creo no haber caído en propuestas paternalistas. Es ya mucho que esta sociedad acepte, aun de manera pasiva, a la persona salida del manicomio. Pero sobre todo debe aceptar que luche por su supervivencia. Debe darle armas para luchar porque además de resolver el problema de su enfermedad, necesita afecto, dinero, trabajo. Estas son cuestiones de base con las cuales se puede competir con los otros. Cuando yo tengo estos recursos básicos, esenciales, me vuelvo competitivo y puedo expresarme. Si estoy en la miseria, estoy siempre sometido a otro.

*Según usted, liberar al hombre de la miseria es el primer paso para realizar una psiquiatría más humana, más social. En la Unión Soviética la miseria fue abolida. ¿Qué explicación pueden tener entonces la institución psiquiátrica y los gulag?*

Tarde o temprano este tema de los disidentes soviéticos iba a salir a relucir. Bien, hablemos. No creo en absoluto que en la Unión Soviética haya una situación de libertad en la cual el individuo se pueda expresar, y pienso que los *gulag* soviéticos son expresiones de las contradicciones sociales no resueltas en el mundo socialista. Yo hago una protesta clara contra la internación de los disidentes soviéticos en manicomios, similares a nuestras terribles instituciones. En todo caso no entiendo porqué levantamos voces de horror contra la Unión Soviética y no levantamos las mismas voces también contra los *gulag* americanos, por ejemplo.

*En la Unión Soviética el electroshock y la insulina son muy frecuentes como tratamiento terapéutico. ¿Por qué este predominio?*

Porque la psiquiatría de la Unión Soviética es una de las psiquiatrías más reaccionarias que existen en el mundo.

*Quisiera que discutiésemos el problema de dar de alta a los pacientes desde el punto de vista del trabajo, porque aquí en San Pablo este es un problema relevante. En nuestra experiencia estos pacientes se insertan en trabajos independientes: se transforman en artesanos o trabajadores a domicilio. Mi impresión es que el paciente, en general, tiene pocas posibilidades de ser aceptado en el mercado de trabajo ya que tiene que competir con personas que no han tenido problemas de internación.*

Hay un *film* italiano que se llama *Matti da slegare*<sup>3</sup> (*Locos para desatar*). De este “desatar” tiene que ver parte del trabajo de integración en las fábricas, que se presenta en este *film*. Sería interesante dedicar una noche a su proyección, espero que se pueda realizar. Se trata de un documental de dos horas. Pienso, realmente, que los enfermos mentales pueden encontrar más fácilmente trabajos artesanales. Pero no entiendo su preocupación por el hecho de que encuentren trabajos artesanales más que trabajos en fábricas. El problema grave al cual es difícil responder es el hecho de que el mundo del trabajo,

actualmente, es contradictorio y acepta más fácilmente mano de obra más calificada. Nosotros hemos tratado de superar este problema creando cooperativas de trabajo, nuevos lugares de trabajo donde el ex enfermo se vuelve competitivo con otras cooperativas, pero competitivo como grupo y no como individuo. Esto es muy importante.

*Según usted, ¿qué tipo de estrategia o de táctica debe ser adoptada para afrontar aquellas formas de resistencia que aparentemente aceptan las innovaciones? Digo aparentemente, porque las innovaciones luego se diluyen en las normas.*

Pienso que por el momento es importante que estas innovaciones sean aceptadas, tratando de ver cuáles son los elementos que luego pueden transformarse en momentos de rechazo del problema en sí mismo. Si actualmente existe una aceptación, sería absurdo no favorecerla. Sería necesario estudiar el campo, de otro modo es muy difícil dar una respuesta, y yo siento que no puedo darla al final de esta noche. Mañana podemos comenzar, si ustedes quieren, con esta pregunta.

Ahora, estoy cansado y les pido disculpas.

### Notas

1. Juqueri es el nombre del manicomio más grande de San Pablo, una terrible ciudad de los locos donde hasta 1978 estaban internadas dieciocho mil personas. Después de algunas protestas y una campaña internacional el Juqueri se redujo a cinco y luego a tres mil internados con la creación de otros manicomios. Al día de hoy está todavía funcionando con cerca de dos mil internados.

2. Bruno Bettelheim, *Love is not enough. The treatment of emotionally disturbed children*. Free Press, New York, 1955; tr.it. *L'amore non basta*, Ferro, Milano, 1967.

3. Basaglia se refiere al documental *Matti da slegare* (Locos para desatar), de Silvano Agosti, Marco Bellocchio, Sandro Petraglia y Stefano Rulli, filmado en 1974 en Parma, propuesto por la administración provincial y en particular por el asesor de los Servicios Sociales, Mario Tommasini.

## ANÁLISIS CRÍTICO DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA

*San Pablo, Instituto Sedes Sapientiae*

*20 de junio de 1979*

En estos últimos años los diarios de todo el mundo han publicado muchas noticias relativas a la locura... Muchas veces han hablado de manera escandalosa y sensacionalista, pero también para reclamar la necesidad de un nuevo tipo de asistencia, de una forma alternativa de intervenir sobre el problema de la locura. El mundo entero está indignado por la manera en la que son tratados los enfermos mentales. De manera que el tema que me fue asignado hoy, "Análisis crítico de la institución psiquiátrica", es de actualidad no sólo en Brasil, sino en todo el mundo. En los debates de días anteriores hablamos de un hecho escandaloso de la asistencia psiquiátrica local: el hospital psiquiátrico de Juqueri. Pero yo conozco el mundo psiquiátrico internacional y puedo asegurar que el Juqueri es la norma. En Estados Unidos, en Nueva York, hay hospitales como el Juqueri. También en Francia, existen situaciones de este tipo, tanto como en Inglaterra y en Italia. Por lo menos desde este punto de vista Brasil no se puede considerar subdesarrollado. Yo creo que se pueden hacer muchas comparaciones, ya que la situación escandalosa del manicomio y de la internación de masas de personas, es una situación general.

Se pensaba que en los países liberados por la revolución socialista se hubiese desarrollado una psiquiatría distinta, pero desgraciadamente en estos países, no sólo los manicomios normales son prisiones parecidas al Juqueri, sino que fue creado otro tipo de manicomio, el manicomio político. En resumidas cuentas estamos en una situación de escándalo general, en un mundo donde el hombre para sobrevivir mete preso a otro hombre. Nosotros estamos hoy aquí reunidos, como muchas otras personas en el mundo, para discutir de qué manera el hombre puede lograr sobrevivir sin tener necesidad de destruir al otro.

Creo que para lograr comprender a este Juqueri planetario debemos tratar de entender cómo y por qué se originó. Es importante observar que los manicomios nacieron en un momento en el que el mundo estaba cambiando y nacía un nuevo humanismo. Las ciencias humanas, de hecho, nacen luego de la Revolución Francesa, cuando se reafirman tanto la razón, como la fraternidad. Estas se transforman en emblemas del nuevo mundo. Una sociedad para ser civil, debe ser racional. Es por eso que desde ese momento todo aquello que es irracional debe ser controlado por la razón. Es así como nace la institución racional del manicomio, que encierra a la irracionalidad. Una persona loca se vuelve nuevamente racional en el momento en el que es internada en un manicomio. Loco, desequilibrado, son palabras genéricas, abstractas. Pero cuando se dice “enfermo mental” esta persona se vuelve concreta y es aceptada por el mundo en el que vivimos, y cuando se dice “esquizofrénico” es todavía más aceptada porque está claro para todos que la casa del enfermo mental, del esquizofrénico, es el manicomio. Este es el lugar que hace posible su aceptación por parte de la sociedad racional.

Semejante al manicomio tenemos otra institución con una función similar de buscar la integración: la cárcel. Esta institución en todos los países del mundo tiene como finalidad la rehabilitación del encarcelado, como por otra parte el manicomio tiene como finalidad la cura del enfermo mental. Pienso que cada uno de nosotros sonríe irónicamente cuando se dice que la prisión y el manicomio tienen como objetivo la rehabilitación de sus “huéspedes”. En realidad, tanto el manicomio como la cárcel sirven para confinar las desviaciones de los pobres, para marginar a quien ya ha sido excluido de la sociedad. En gran medida, el manicomio y la cárcel son intercambiables: podemos tomar un preso y colocarlo en el manicomio o tomar un loco y meterlo en la cárcel. Las funciones institucionales son las mismas.

La primera vez que entré en una cárcel yo era estudiante de medicina. Luchaba contra el fascismo y me llevaron preso. Recuerdo la situación alucinante que me tocó vivir. Era la hora en que eran llevados afuera los recipientes con excrementos de todas las celdas. Había un olor terrible, un olor a muerte. Recuerdo haber tenido la sensación de estar en una sala de anatomía mientras se diseccionan los

cadáveres. Trece años después de recibirme me nombraron director de un manicomio y cuando entré por primera vez tuve la misma sensación. No había olor a mierda pero había como un olor simbólico de mierda. Tuve la certeza de que aquélla era una institución completamente absurda, que servía sólo al psiquiatra que trabajaba allí, para tener un sueldo a fin de mes. Nosotros dijimos no a esta lógica absurda, infame, del manicomio. Luego comprendimos que la internación de los “locos pobres” era una consecuencia del hecho de que estas personas no eran productivas, en una sociedad basada en la productividad, y si seguían enfermas era por la misma razón, porque eran improductivas, inútiles para una organización social como ésta.

Incluso una enfermedad orgánica, si no se puede curar, rápidamente se vuelve crónica, y cronicidad significa que la persona es improductiva. Dicho de otra manera, todo lo que no produce, está enfermo, no va. Si observamos el mundo de la desocupación, en particular en los países europeos, vemos que las personas desocupadas reciben un subsidio, que luego es la antesala de la dependencia del sistema asistencial. Al desocupado le conviene ser una persona inerte que se aprovecha del sistema social, que depende de sus servicios sociales (esto no existe aquí en Brasil). La lógica es la siguiente: si el sistema social no da trabajo, se debe de alguna manera usufructuar del sistema. Esta situación puede ser la antesala del hospital psiquiátrico. Las personas marginadas del mundo del trabajo son colocadas en una situación pasiva, de anulación, antisocial, y una de las instituciones para las personas antisociales es el manicomio.

Evidentemente un mundo civil no puede aceptar instituciones como ésta. Hoy todo el mundo sabe que el manicomio es un lugar de dolor y sufrimiento. ¿Qué podemos hacer entonces? Verdaderamente, no somos sólo nosotros, los rebeldes, los que nos preocupamos por cambiar las cosas. También aquéllos que gestionan esta sociedad, la clase dominante, se pregunta cuál es hoy el rol de los manicomios. La proliferación de la marginalidad actualmente es muy alta. Es mucho mayor que en la época en la que se construyeron los primeros manicomios. Entonces ¿son todavía necesarios y útiles los manicomios?

Para contener a todos los marginados, todos los improductivos, sería necesaria una ciudad grande como **San Pablo**. Entonces, el pro-

blema es que los técnicos deben encontrar otros medios para controlar a estos marginales, medios que no sean la segregación y la internación, dado que de todas maneras el poder debe transformar en productiva, la improductividad. Sabemos que en los Estados Unidos, por ejemplo, la población no productiva representa la mayoría.<sup>1</sup> Es necesario pensar cómo controlar a esta mayoría. El sistema del manicomio o de la prisión no son más adecuados, es necesaria una nueva lógica, una nueva visión, en sustancia un nuevo sistema de control, para esta sociedad capitalista que se está transformando. Es por esto que comienzan a aparecer las nuevas técnicas de control social en las cuales la violencia y la represión no son más tan necesarias. Aun en los países totalitarios más duros comienza un nuevo amanecer, una época de permisividad, como entre nosotros, aun dentro de los manicomios que no están más de moda.

En los Estados Unidos la ley Kennedy de 1963, primer paso del fin de los manicomios, había decretado la apertura de una red de centros de salud mental financiados y controlados por el gobierno federal. Trabajé seis meses en una de estas instituciones y puedo contar algunos hechos interesantes de una gestión sustancialmente represiva que sin embargo tenía una apariencia, un tono de libertad.

Todas las mañanas los operadores mantenían una reunión en la cual se discutían todos los problemas del día anterior. En una de estas reuniones, una vez se presentó el rector de la *New York University*. Era durante las rebeliones estudiantiles. El rector pedía que algunos psiquiatras dieran una evaluación psiquiátrica acerca de los líderes de la revuelta de los estudiantes. Evidentemente el centro era usado para reprimir una iniciativa tomada por personas normales. El centro comprendía un área que en inglés se llama *catchment area*, del verbo *to catch* que originariamente quiere decir “tirar la red” de pesca para retirarla con los peces. De esta manera los psiquiatras y los servicios sociales tiran su red y pescan a los enfermos...<sup>2</sup>

Para comprender cómo se lleva a cabo este control, se debe tener presente que en los Estados Unidos el servicio social ofrece un subsidio en dinero a las personas que no trabajan: el no trabajo, entonces, está controlado. Los asistentes sociales realizan visitas domiciliarias para controlar cuántos reciben el subsidio. En una de las reuniones del centro, la asistente social contó que en la casa de una mujer

que recibía asistencia se habían encontrado calzoncillos de hombre: había un hombre, entonces, el hombre probablemente mantenía a la asistida. El subsidio le fue inmediatamente quitado. Ustedes comprenderán en qué sentido la lógica del centro era represiva.

La situación que acabo de describir es la de una especie de manicomio muy grande, que envuelve a la ciudad y ha sustituido al antiguo manicomio.<sup>3</sup> En una situación como ésta los extremistas dirían que es inútil hacer cualquier cosa porque el poder retoma todo. Yo en cambio pienso que frente a un manicomio que mata a la gente es mejor mantenerse vivo, aun si nos sacan los calzones...

Imaginar en Brasil una organización como la norteamericana es imposible. Repito que Brasil no debe aceptar ningún modelo de los países desarrollados. Si Brasil importase la lógica de los centros de salud mental americanos, sería un desastre, una importación estereotipada de técnicas imperialistas de las cuales Brasil no tiene ninguna necesidad.

En una ciudad como San Pablo, la primera cuestión es que los técnicos comprendan la lógica de muerte del Juqueri. La nueva técnica de gestión de la locura sólo podrá salir a la luz a través de la transformación del Juqueri. No se destruye nada transportando a las personas en otros manicomios o en otros lugares.<sup>4</sup> Es un mito, una cosa absurda. La transformación ocurrirá cuando, día a día, vayamos destruyendo los mecanismos de la institución. Y esto debe suceder con la participación de la comunidad.

No sé qué técnica servirá para la destrucción de los manicomios brasileiros. Pero no será ni inglesa, ni francesa, ni italiana y mucho menos americana. Será una técnica brasileira. Es esto lo que Brasil necesita.

*Quisiera que me dijese qué quiere decir "técnica brasileira".*

No sé qué quiere decir "técnica brasileira". Es usted quien debería tratar de descubrirla, trabajando y estudiando día a día. Usted no está satisfecha, y esto es bueno, porque usted a través de su trabajo puede encontrar un significado para su vida, una pertenencia a su país. Usted ha estudiado y probablemente ha vivido su identificación con la profesión de manera ahistórica. No sé si usted es psicóloga, asistente social, o psiquiatra. De todas maneras, en el período de estu-

dios usted ha incorporado elementos “neutros”, por decirlo de alguna manera, mientras que en cambio, todos estos elementos, todos estos saberes forman parte de una historia. Usted debe encontrar estos elementos día a día en su trabajo. Me permito hablarle así porque ayer, en el centro de salud, mientras discutíamos, yo tenía la sensación de que allí estaba sucediendo algo que yo no llegaba a comprender, y me sentía desalentado porque no lograba entender la realidad que tenía enfrente. Luego la entendí, pero solamente cuando entré en la historia de la creación de aquel centro.

*Algunos centros de salud mental de San Pablo se apoyan en el trabajo de médicos que se drogan... ¿qué piensa de esto?*

Usted me pone en el lugar de censor de los centros de salud mental de San Pablo. Yo puedo decir qué hubiera hecho en la misma situación. Pienso que este médico que se droga debería ser motivo de discusión para todo el centro, una discusión sobre la contradicción de la droga. Porque si el médico que debe curar a los drogadictos, se droga, quiere decir que la lógica de la droga es totalitaria. Existe un problema cuando la cuestión droga se vuelve generalizada.

De todas maneras yo no pienso que el médico deba ser un ejemplo. El médico no es el padre, y ni siquiera los padres dan un buen ejemplo...

*La mente de la persona humana puede experimentar la sorpresa de estar en un lugar y contemporáneamente en otro. Este descubrimiento es una dura realidad y causa un trauma psiquiátrico.*

Su afirmación enseña muchas cosas. Algunas veces descubrimos que tenemos un cerebro para pensar. El tipo de vida que llevamos, muy confuso, nos impide darnos cuenta que tenemos la capacidad de pensar... Esta capacidad es siempre dependiente del poder. Cuando nos demos cuenta de tener una mente, nos daremos cuenta de ser humanos. Le agradezco su intervención.

*¿Cómo puede trabajar en una institución predicando su destrucción, sin ser despedido?*

Es una pregunta que me hacen siempre. Probablemente fue el momento histórico particular de Italia, lo que permitió todo esto.

Mientras fui director, yo tenía el poder de manipular, determinar, autorizar... No fue fácil, tuve que hacer frente a muchas represiones: políticas, jurídicas, administrativas, disciplinarias. Un gran estímulo me lo daba el hecho de que mi trabajo era seguido por la opinión pública, y esto me ha ayudado mucho a seguir en esta dirección.

*¿La población italiana estaba de acuerdo con los cambios?*

No, pero no podría ser de otra manera... cuando se introducen cambios, estos son siempre vividos con dificultad, aun cuando el cambio tiene efectos positivos para las personas. En realidad nosotros violentamos las ciudades en las que producimos cambios. El problema es que nosotros no hemos llevado a los enfermos mentales a la ciudad, sino que hemos devuelto a la ciudad su miseria.

Cuando la ciudad entendió que los enfermos eran también pobres, éste fue el comienzo del diálogo, un diálogo muy difícil al principio, que nos ha colocado en la condición de sufrir la intervención de la magistratura. Pero, por lo menos en la ciudad, el problema "locura" se volvió motivo de comunicación, de diálogo. Es muy difícil explicar en pocas palabras lo que sucedía... A un periodista que un día había venido al hospital para escribir un artículo sobre nuestro trabajo, el chofer del taxi que lo había traído le contó esta historia. "Hace un tiempo me paró un señor a quien le pregunté dónde quería que lo acompañase. 'Quiero ir a Beirut', me contestó. 'De acuerdo', dije yo, y di una gran vuelta. Lo llevé a ver las ruinas del teatro romano y le dije 'aquí estamos, Beirut'. El señor bajó y pagó". Esta historia muestra el compromiso de la ciudad con el problema. El chofer no llamó a la policía porque encontró otro modo de actuar, y también hay un hecho importante y es que el pasajero tenía dinero para pagar el viaje...

Otra historia, pero ésta no es divertida, puede ilustrar el compromiso de la ciudad con nuestro trabajo. Había una joven que cuando estaba sola tenía la costumbre de herirse. Un día, por protestar contra nosotros, subió a un edificio muy alto frente a una comisaría y decía que se iba a tirar, se iba a suicidar. Se juntó una multitud que trataba de convencerla de no matarse, y más tiempo pasaba, más personas se reagrupaban debajo del edificio. Incluso los bomberos con la red le pedían que bajase. Desgraciadamente la muchacha se tiró, fa-

talmente cayó fuera de la red y quedó gravemente herida. Luego de este hecho, la gente discutió por varios días si Basaglia tenía o no razón, si era justo o equivocado liberar a los locos. El problema ya no era más el loco que trata de suicidarse, era nuestro trabajo, la opinión sobre nosotros, y la lucha por la liberación del loco del manicomio se había encarnado en una persona concreta, Rosanna, la muchacha que había intentado suicidarse.

## Notas

1. Sobre estos temas Franco Basaglia y Franca Ongaro Basaglia habían compilado un volumen colectivo titulado *La maggioranza deviante* (Einaudi, Torino, 1971) con contribuciones de Jurgen Ruesch, Edwin Lemert y Gianni Scalia y con una conversación con Ronald Laing, David Cooper, Leon Redler y otras figuras significativas del “network di Londra”, el grupo que en 1967 había organizado en Londres, el congreso “La dialéctica de la liberación”. Los dos ensayos de Basaglia “L’ideologia della diversità” (La ideología de la diversidad) y “La malattia e il suo doppio” (La enfermedad y su doble) están incluidos en el segundo volumen de los *Scritti* (Escritos) de Basaglia, el primero con el título *La maggioranza deviante* (La mayoría marginada) y el segundo con el mismo título. Los escritos del congreso de Londres fueron traducidos en Italia en 1969, bajo la supervisión de David Cooper, *La dialettica della liberazione*, Einaudi, Torino, 1969.

2. Basaglia contaba su experiencia en el *Maimonides Hospital* de Nueva York en “Lettera da New York. Il malato artificiale” (Carta desde Nueva York. El enfermo artificial), 1969 en: *Scritti* (Escritos), vol. II, Einaudi, Torino, 1981, p. 96.

3. Retoma este concepto la introducción al III Encuentro del *Réseau* internacional de alternativas a la psiquiatría (Trieste, 1977) publicada con el título “Il circuito del controllo. Dal manicomio al decentramento psichiatrico” (El circuito del control. Del manicomio a la descentralización psiquiátrica), en el segundo volumen de los *Scritti* (Escritos), cit. p. 391.

4. Basaglia se refiere al hecho de que desde hace un año el Juqueri, que era una terrible concentración de dieciocho mil personas, había sido redimensionado mediante la transferencia de los internados a varios manicomios e institutos asistenciales.

## LA INTEGRACIÓN DE LA PSIQUIATRÍA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA

*San Pablo, Instituto Sedes Sapientiae  
21 de junio de 1979*

Esta noche termina este primer ciclo de debates. Pienso que lo más importante que ocurrió no fue lo que yo dije, ni las preguntas y respuestas de ustedes, sino el hecho de que nos hemos encontrado por tres días consecutivos y hemos producido experiencias. Juntos, hemos hecho algo práctico, real: hemos discutido sobre la posibilidad de realizar cambios en nuestro interior y en la realidad de este país. No sé si todos ustedes tienen conciencia de esto, de la importancia del hecho de que cuatrocientas personas vinieron aquí por tres noches seguidas a discutir, no sobre cuestiones personales, sino sobre temas que nos atañen a todos nosotros y a nuestros países. Si bien me repetí muchas veces, pienso que las cosas anduvieron bien y que hemos abierto el panorama.

Ahora no nos dejemos frenar por problemas técnicos. Un poco por inexperiencia, un poco por problemas con el proyector y porque las diapositivas desaparecieron, debemos dejar las imágenes para la próxima vez. Vamos entonces al tema de hoy que debería ser un resumen de las reuniones anteriores, es decir la integración de la psiquiatría en los programas de salud pública.

No es fácil, en una conferencia, decir cómo históricamente se llegó a este dilema. Como ustedes saben, la psiquiatría nació como elemento separado de la medicina y fue integrada sucesivamente, de modo bastante falso, en el interior de aquello que para el pensamiento médico es la salud pública. Se colocaron juntos asnos y burros, no sé quién sea uno o el otro. La medicina tiene una lógica diferente de la psiquiatría, pero las dos tienen una visión completamente falsa de lo que es el ser humano.

La clínica, la medicina clínica, nace en un momento histórico en el cual la ciencia expande su práctica hasta **llegar a la organización** de la vida humana. La clínica había nacido como cosa muerta, en las salas de anatomía, es decir había tratado de conocer al enfermo a

través del cuerpo de un muerto, de conocer no el hombre vivo, sino el muerto. Es en el curso de la historia de la anatomía patológica que se ha construido el modelo que los médicos estudian para llegar a curar hombres. El hombre está construido a imagen de sí mismo, pero de un sí mismo muerto. Si nos fijamos bien, toda la clínica se basa en la anatomía patológica. La vida del hombre y su organización social se expulsan totalmente de su cuerpo enfermo. Una cosa es el cuerpo, otra la enfermedad y otra todavía la vida.

También el hospital, como construcción, es un cuerpo artificial que contiene otros cuerpos artificiales. Creo que ningún hospital funciona bien: el hospital en sí mismo está enfermo. Actualmente todos dicen que la organización hospitalaria no está bien, pero es difícil salir de esta jaula porque así está hecha la organización de la medicina. Sería necesario cambiar la lógica de la medicina para salir de este drama. De esto he tratado de hablar estos días: no estamos conformes ni con los médicos, ni con los hospitales, ni con la medicina, ni con el modo en el cual se organizan los servicios de salud pública. En realidad no estamos conformes con nada.

Veamos ahora cómo la medicina llega a incorporar a la psiquiatría. Si la enfermedad es un hecho orgánico, la psiquiatría no tiene nada que ver con la medicina. La psiquiatría siempre fue la ciencia de la locura, con una visión podemos decir un poco “filosófica” de la locura, por lo menos hasta cuando no entra en el juego del positivismo, es decir hasta cuando los psiquiatras no empiezan a crear modelos de una mente que no existe. Así como la medicina se edificó sobre un cuerpo muerto, también la psiquiatría se construyó sobre una mente muerta. Por analogía, podemos llamar a la psiquiatría “anatomía mental”. De esta manera, la psiquiatría entró en el mismo juego de la medicina: el trastorno del comportamiento fue incluido en el trastorno del cuerpo, cuerpo y comportamiento se tornaron la misma cosa, y análogamente trastorno del cuerpo y trastorno de la mente se transformaron en lo mismo, los dos en el interior de la lógica positivista de la relación causa-efecto. De esta manera la psiquiatría entró con gran énfasis en la medicina, pero no fue nunca bien aceptada, quedo siempre relegada.

Podemos decir que, como el hospital es la tumba del cuerpo y de la enfermedad y es la derrota de la medicina, el manicomio es la derrota de la psiquiatría. En estos tres días nos hemos reunido para discutir y llegamos a la conclusión de que el manicomio es horrible. El

problema está claro para nosotros. Pero ¿cómo podemos salir de la lógica del hospital o del manicomio?

Si ustedes se disponen a reflexionar sobre estos días, sobre las cosas bellas, llenas de entusiasmo que se dijeron, sobre las propuestas y sobre las experiencias vividas, se van a encontrar obligados a analizar estas propuestas teniendo en cuenta que fuera de aquí existe el Juqueri... Porque esa es la realidad. Nosotros estamos viviendo una experiencia de libertad, pero es el Juqueri que determina todo, no nuestra buena voluntad. Si queremos salir de esta situación, debemos tratar de construir un nuevo humanismo, debemos dar una nueva forma al hombre, debemos crear los postulados por los cuales el otro no sea un enemigo. El médico verdaderamente es un enemigo del loco no porque el médico sea malo o porque la medicina sea en sí misma portadora del mal. Sucede que tanto la medicina como el médico proponen, en el contexto de la enfermedad, la misma violencia y opresión que existe en la vida cotidiana. ¿Qué diferencia hay entre el director de un hospital psiquiátrico y el gerente de una fábrica? Ninguna. Los dos mantienen una cadena de montaje que deben hacer respetar. Nosotros no queremos una cadena de montaje. No queremos ser jefes de un equipo de trabajadores ni tampoco confesores de almas. Queremos ser personas realistas, con posiciones válidas, serias, que combaten la lógica de la división del trabajo en nuestro mundo. Para nosotros, el enfermo es una persona entera, no un fantoche. Es una persona real que sufre y que tiene muchas necesidades, pero esto no se puede encarar desde una perspectiva genéricamente humanitaria, ideal, abstracta, sino que debe hacerse a través de las relaciones concretas de nuestro trabajo, en nuestra realidad material e histórica.

Tanto para el enfermo como para nosotros hay una contradicción práctica entre lo que somos y lo que nos circunda. Es muy difícil mantener juntas la realidad de la cual somos parte, incluido el deseo egoísta de ser diferente de los otros, y la perseverancia en elegir la transformación de esa realidad. La mayor parte de las veces esta contradicción no tiene solución, y es justamente a lo que nos enfrentamos cuando nos colocamos como militantes en un mundo que queremos transformar. Y yo no creo que éste, **nuestro mundo**, pueda ser transformado teniendo en cuenta sólo **nuestros intereses**. Debemos considerar también a los otros.

En general, cuando se habla del **enfermo mental**, lo que acabo de

decir sobre esta contradicción se acentúa aún más, porque la medicina y la psiquiatría son motivo de opresión y son un medio violento utilizado por el poder contra los hombres. Sólo si cambia este tipo de lógica, la situación puede cambiar. Hay una regla matemática que dice: el orden de los factores no altera el producto. Pero los hombres no son objetos que puedan ser colocados en cualquier orden. Más precisamente, debemos tener claro que el hombre es un animal social, es una persona, un individuo, un sujeto. Cuando tengo enfrente un hombre en su dimensión colectiva, social, puedo resolver algún que otro problema material. Llevando esto al absurdo, podría alimentar a todos los hombres, ofrecerles casa a todos, crear condiciones materiales confortables para todos. Sin embargo, el dolor que oprime al hombre, la angustia de cada día que se puede producir en la relación con los otros hombres, todo esto yo no puedo resolverlo. Esta angustia existencial forma parte del hombre, es una realidad, y tal relación entre el orden social y la dimensión existencial representa la contradicción y el conflicto de nuestra vida. No hay receta, ni desde el punto de vista político, ni a nivel de buena voluntad, que pueda resolver esta contradicción. Pero yo pienso que el significado de estas reuniones, la enorme voluntad de cambiar las cosas, el optimismo de nuestra práctica, deben ir más allá del egoísmo que se encuentra en nuestras corporaciones profesionales, ir más allá de nuestros intereses, por encima de falsas justificaciones que siempre encontramos para no producir un cambio político real en nuestra vida. Yo no digo que debemos jugarnos completamente la vida en pos de una esperanza futura abandonándonos a algún falso profeta, como en el caso de la psiquiatría podría ser yo... Esto sería un grave error. La verdad está en nuestra práctica cotidiana, en el romper ideas preconcebidas, en el tomar distancia del pesimismo de nuestra razón dándonos fuerza para poner en acto una práctica optimista.

*Usted estuvo en la cárcel y la ha comparado con el manicomio. Quisiera saber algo acerca de su experiencia en el manicomio judicial.*

No he tenido experiencia personal acerca del manicomio judicial. Mi conocimiento es indirecto. Tal vez usted puede contar su experiencia y hacérsela conocer.

De todas maneras, el manicomio judicial nació en el ochocientos. En Italia su inspirador fue Cesare Lombroso, padre de una psiquiatría de base antropológica-criminal, horrendamente reaccionario,

aunque era un socialista. Era la época del materialismo vulgar, del socialismo científico en el sentido positivista de la palabra. En este período la psiquiatría buscaba la homologación a la medicina a través de la búsqueda de causas de la enfermedad mental lo más cercanas a la lógica biológica de la medicina. Lombroso se encargó de buscar los orígenes físicos de la enfermedad mental. El cometió, no sé si deliberadamente, graves errores científicos. Toda su investigación la realizó sobre criminales vivos o muertos, en quienes buscaba tipificar características somáticas. Trataba de demostrar, por ejemplo, que un cierto tipo de criminal tiene orejas con una forma particular, con una punta hacia arriba (si eso fuese cierto nuestro ministro Andreotti sería un criminal...). Lombroso también decía que desde el punto de vista anatómo-patológico los criminales tienen cráneos distintos de los hombres normales. En un libro suyo de medicina legal<sup>1</sup> se reproducen fotografías y dibujos de personas que son, según su teoría, ejemplos típicos de sujetos criminales. Algunas cosas son hasta divertidas. Hay por ejemplo, una foto de una mujer con vestimenta tradicional, con un epígrafe que dice: "típica mujer de bandido sardo". Científicamente estas cosas son absurdas, pero los principios jurídicos de la medicina legal se basan todavía sobre este tipo de cultura. No creo que la medicina legal brasilera sea más avanzada, probablemente es de tipo lombrosiano.

En las pericias psiquiátricas hay una lógica, un léxico de la psiquiatría orgánica. Por ejemplo se habla de comportamiento, de personalidad "epileptoide". Efectivamente es verdad que vivir con epilepsia puede dar lugar a comportamientos típicos, pero luego de esto la medicina legal crea lo que es llamado el tipo "epileptoide", o sea alguien que no es en absoluto epiléptico, pero se le parece.

En algunos procesos penales sucede que el juez pide una pericia psiquiátrica. Por lo tanto el psiquiatra debe hacer un diagnóstico, y no puede sustraerse a este requerimiento, lo mismo que el médico que debe diagnosticar cuando alguien, enfermo o no, lo consulta. A partir de la pericia, todo el debate se desarrolla según una lógica particular. Por ejemplo, si se demuestra que en el momento del delito el imputado estaba bajo los efectos de una crisis epiléptica, no es condenado pero se lo considera "socialmente peligroso": según la ley debe entonces pasar un cierto número de años en un manicomio judicial.

Es interesante notar que el reo no es enviado a la cárcel porque

no puede comprender lo que significa una pena, ni la reeducación. Entonces se lo envía al manicomio judicial, donde bajo la forma de una cura, expía una pena que se entiende todavía menos.

En Italia, al día de hoy, funcionan cinco manicomios judiciales: verdaderos nidos de serpientes, con personas atadas a las camas o encerradas y aisladas durante meses. Hace alrededor de cuatro años, en uno de estos lugares, una mujer murió quemada, atada a la cama de contención.<sup>2</sup> Fue un escándalo. El gobierno prometió cerrar los manicomios judiciales, que naturalmente siguieron abiertos y funcionando. Ahora, luego de haber conquistado la reforma de los hospitales psiquiátricos civiles, el movimiento que en Italia llamamos “Psiquiatría democrática”, comienza a pedir la abolición del manicomio judicial. Será una lucha dura y difícil de sostener hasta el final, porque el manicomio judicial es garantía de un lugar donde se pueden colocar un cierto tipo de personas consideradas peligrosas. El manicomio judicial tiene mucho que ver con la cárcel, es una especie de cárcel especial, y las cárceles especiales representan una seguridad para el Estado.

*Quisiera saber lo que usted piensa acerca de las violencias psicoanalíticas para comprender la angustia del hombre.*

También para el psicoanálisis debemos referirnos a la historia. No puedo decir simplemente que no estoy de acuerdo con el psicoanálisis. Es indispensable aclarar una premisa.

El psicoanálisis nace en un momento histórico particular. En Viena, en los inicios del novecientos, en un momento crítico para la burguesía, Freud elabora una teoría muy importante que contiene un mensaje claro para el hombre: “tu no logras comprenderte a ti mismo; hay cosas escondidas que es necesario traer a la luz”. Este mensaje, que todos conocen, fue como el huevo de Colón. Aparentemente banal, pero fundamental en la historia del hombre. El inconsciente se vuelve el elemento clave para comprender determinadas situaciones de transformación del hombre, algunas maneras de vivir “equivocadas”, por decirlo de alguna manera, y se origina así un tipo de terapia cuyo código, comprensible para pocos, es el código del pensamiento burgués. El psicoanálisis, en resumen, utiliza una técnica que pertenece a la historia de la burguesía.

Esta técnica se presenta desde sus comienzos como una terapia de clase ya que es accesible sólo a pocas personas que pueden pagar las

sesiones. Y aquí nace el problema de lo que yo llamo “la multinacional del psicoanálisis”.

Otro dato: el psicoanálisis nace como ciencia al comienzo del siglo XX. Yo me pregunto: ¿qué hizo el psicoanálisis por el enfermo mental del manicomio en el curso del siglo? Tuvo mucha importancia en la literatura, en el arte, en la historia del pensamiento humano, pero nunca entró en el manicomio. Es más: los médicos psicoanalistas siempre tuvieron dos modos distintos de curar, uno en el manicomio y otro en la tranquilidad del consultorio.

Esta es mi interpretación del psicoanálisis desde el punto de vista general. Puede ser justa o equivocada, pero mi impresión es que el psicoanálisis es una técnica y, a la vez, una teoría que no tiene nada que ver con la psiquiatría institucional. Es una ciencia completamente marginal que no entra, no puede entrar en la lógica de los debates de estos, nuestros encuentros. Yo pienso que el psicoanálisis como psicoterapia puede ser útil para resolver los problemas de algunas personas que tienen dinero y una cierta cultura. Sobre la relación entre las angustias personales y la lógica global de la organización social, y sobre lo que el psicoanálisis puede hacer a este nivel, yo personalmente no sé qué decir.

*¿Cómo encarar concretamente la situación en Brasil?*

No puedo responderle porque lo que usted dice va más allá de mis palabras, pero me parece que puede ser el inicio de una discusión entre ustedes. Usted me pide una propuesta concreta para afrontar el problema de la salud mental en Brasil, y sería ridículo que yo diera una respuesta para el contexto social en el cual ustedes trabajan. Usted no podrá ejercitar su función de psiquiatra si la institución, con el tiempo, no resulta eliminada y si usted mismo no trata de organizar una alternativa estructural en el ambiente en el cual trabaja. Varias veces, esta noche, he hecho propuestas técnicas de cambio de la lógica de la situación social.

Pienso que es importante el final de su intervención: “si nosotros aceptamos lo que Basaglia ha dicho no podemos seguir trabajando en el consultorio, debemos cambiar la lógica de nuestro trabajo”. Me parece que ésta es una propuesta práctica de trabajo para todos.

*Me gustaría que usted hablase un poco más de la ley italiana ya que pienso que no todos aquí la conocen. ¿Cómo llegaron a su aprobación y qué ins-*

*trumentos usaron para que fuera aplicada?*

En Italia hay un proverbio que dice “fatta la legge, trovato l'inganno” (hecha la ley, hecha la trampa). En mayo de 1978 fueron aprobadas en Italia dos leyes fundamentales para la transformación de la medicina: la reforma de la psiquiatría y las normas sobre el aborto.<sup>3</sup> No pienso que la ley sobre el aborto deba ser considerada la liberación de la mujer, así como la ley sobre la psiquiatría no constituye la solución del problema de la salud mental. Lo importante es que estas leyes nacieron por la presión de movimientos populares que obligaron al parlamento a aprobarlas.

La ley sobre el aborto es el resultado de una lucha de muchos años. El movimiento feminista, que se constituyó entorno a esta lucha y que está ligado a los partidos políticos, no está satisfecho con esta ley, pide una transformación posterior y una vuelta a la lucha. En esto reside la importancia de esta ley que estimula a la sociedad a tomar conciencia acerca de los problemas de la vida de las mujeres. El embarazo no es una enfermedad, pero cuando una mujer embarazada es internada en un hospital se transforma en una enferma, y el movimiento feminista no quiere esto. El aborto no es una intervención médica sobre una enfermedad, sino sobre un acto natural, que es no-natural. Por todas estas implicancias, la ley es difícil de aplicar. Muchos médicos italianos, aduciendo razones de conciencia, personales y religiosas, se niegan a practicar abortos. Improvisadamente los médicos italianos, en su mayoría, se volvieron religiosos. ¿Por qué? Porque no pueden más hacer abortos clandestinos a precios altísimos. El movimiento feminista ha denunciado a muchos médicos y ha ocupado hospitales para exigir la aplicación de la ley. El resultado de esta lucha es que la ley ahora empieza a ser aplicada y esto representa una gran conquista social, no tanto por el aborto en sí mismo, sino por el proceso de concientización de las mujeres. La mujer sabe que tiene un cuerpo, que es dueña de su cuerpo y que puede obligar al médico a ejercitar una violencia sobre ella porque ella lo desea.

Hablemos ahora de la ley sobre la psiquiatría, que es una ley muy difícil de aplicar, sobre todo porque el prejuicio contra el enfermo mental es antiguo y no puede ser eliminado con una ley, como tampoco con una ley será eliminado el problema de la locura. Los principios de esta ley, como ya dije, tienen origen en una práctica real. El trabajo de quince años ha demostrado que se puede vivir sin mani-

comio y es a partir de experiencias prácticas que los legisladores han elaborado la ley. Pero es importante saber que estas experiencias fueron pocas y que en Italia hay todavía muchos manicomios y que no todas las administraciones han dispuesto en estos años servicios territoriales en grado de atender a la persona que sufre, sin internarla.

De todas maneras, inmediatamente después de la aprobación de la ley se produjo un pánico generalizado por el hecho de que los nuevos enfermos no serían más atendidos en manicomios. Los hospitales psiquiátricos y los hospitales generales no sabían qué hacer. En la prensa reaccionaria se iniciaron ataques, exactamente como ocurrió con la ley sobre el aborto. Pero tampoco la reforma psiquiátrica nació en el Parlamento, por voluntad de los legisladores, sino que fue por la voluntad popular: las fuerzas democráticas que la han requerido, vigilan para que sea aplicada. A un año de la reforma hubo sin embargo un resultado importante porque un nuevo mecanismo se puso en marcha. Antes de la ley, la mayor parte de las personas eran llevadas al manicomio contra su voluntad. Ahora, con la nueva ley, el tratamiento obligatorio es mucho más difícil porque quien lo decide no es más el director, como antes, sino el intendente de la ciudad, es decir una persona que fue elegida democráticamente (espero que dentro de algunos años esto pueda suceder también en San Pablo...). El intendente debe hacerse cargo de sus acciones frente a quienes lo han elegido y por esto quizás tendrá más motivaciones para tener cuidado también con los ciudadanos enfermos mentales, o por lo menos estará más controlado: este es el juego de la democracia.

*Quisiera saber cómo encaran, incluso los marxistas, el estudio del psicoanálisis, hoy en Italia. Me pregunto cómo puede ser difundido el psicoanálisis en todas las clases, ya que la categoría profesional de los psicoanalistas no ha logrado acercarse al proletariado, por el hecho de que su técnica está dirigida exclusivamente a quien puede pagar.*

La pregunta es muy interesante, pero interrumpió lo que estaba diciendo sobre la ley italiana que me parece que aquí no la conocen. Estoy hablando de los resultados prácticos de la ley italiana y me sorprende ser interrumpido con una pregunta abstracta, que incluso es interesante, aunque muy teórica porque sugiere que el psicoanálisis no obtiene resultados porque no ha formado técnicos que provengan de la clase obrera; que la difusión del psicoanálisis puede alcan-

zar a todas las clases; y que es la categoría profesional que no ha alcanzado al proletariado.

Teniendo en cuenta que quien hace la pregunta, si no es psicoanalista, de todas maneras tiene un gran amor por el psicoanálisis, me permito interpretar su pregunta. Yo no estoy de acuerdo con el hecho de que el psicoanálisis pueda penetrar en todas las clases sociales y que los técnicos no hayan entrado en contacto con los proletarios porque estos no pueden pagar. La relación entre psicoanálisis y marxismo es muy importante. El problema del análisis del inconsciente, la problemática marxista sobre la subjetividad, el joven Marx, son cosas muy importantes y en Italia hay flor de cultores de la materia. Pero si seguimos hablando de estas cuestiones nos iremos del tema propuesto para estas reuniones, que es la organización psiquiátrica en la ciudad de San Pablo, en Brasil. Esto no significa excluir la posibilidad de hablar de teoría, pero yo pienso que la teoría sale de la práctica y me parece que la práctica de la psiquiatría en Brasil no permite hablar del complejo de Edipo o de temas tan poco realistas.

*¿La psicoterapia es una técnica de dominio o bien se ha vuelto una técnica de dominio?*

La psicoterapia en sí misma no es una técnica de dominio. Pienso que el tratamiento psicoterapéutico es como la relación médico-paciente, que puede ser de dominio o de libertad. Habíamos dicho en nuestro primer encuentro que si la relación no es de reciprocidad y hay sólo dependencia, esta psicoterapia o esta relación será solamente de dominio, y esto desnaturalizará la lógica de la psicoterapia que es un medio para ayudar a las personas que sufren.

*Quisiera saber si en Italia la salud mental logró entrar en el sistema general de la salud y si la ley tuvo la fuerza de crear una alternativa para sustituir al manicomio.*

Esta es la aspiración de la ley. En la práctica de construcción de alternativas que hemos hecho estos últimos años, hemos demostrado que es posible vivir sin manicomios y que la psiquiatría, para liberarse, debe ser incluida en la medicina general y la problemática de la salud debe ser única. La ley parte de esta experimentación práctica y no de una teoría.

*Usted dijo que la medicina y la psiquiatría nacieron de conceptos ligados*

*al hombre muerto, mientras que para usted el hombre es un animal social. ¿No sería el caso de repensar el esquema de base y hacer valer la distinción entre el hombre muerto y el hombre vivo?*

No sé qué entiende usted por “animal social”. Para mí, es el hombre oprimido, manipulado, que no puede expresar su propia historicidad, derivada de la dialéctica de las contradicciones en las cuales vive. El hombre es una contradicción. Es esta contradicción que somos nosotros mismos, la que nos hace ser hombres, de otra manera seríamos animales y nosotros en lugar de ser médicos podríamos ser veterinarios. Entonces, desde este punto de vista, no veo contradicción si mis afirmaciones dejan problemas abiertos, situaciones sin resolver. Para que nuestra sociedad pueda cambiar debe utilizar un nuevo modelo de hombre, un modelo mucho más dinámico, sobre el cual fundar una nueva medicina consciente del hecho que el hombre además de ser un cuerpo, es un producto de luchas, es un cuerpo social además de un cuerpo orgánico. Y es sobre este cuerpo social que la nueva medicina debe trabajar, no más sobre el cuerpo orgánico.

*¿Como se distinguen el cuerpo muerto y el cuerpo social?*

El modelo, que es el cadáver, es la parte inerte del hombre y es el esquema oficial de la medicina. Cuando yo prescribo medicinas, y sé que esto está equivocado, yo estoy actuando sobre el cuerpo muerto y no sobre el cuerpo que cambia. Al mismo tiempo yo sé que debo encontrar otro esquema aunque todavía no lo tenga.

*Me parece que ustedes quieren cambiar el esquema que parte del cuerpo muerto.*

Esta acotación se corresponde con lo que ya dije y mi respuesta será muy breve. Ha sido muy feliz la definición de nuestro trabajo, hecha en este momento: nosotros queremos cambiar el esquema que hace del enfermo un cuerpo muerto, y tratamos de transformar al enfermo mental muerto en el manicomio, en persona viva, responsable de su propia salud. No dejamos a la persona que está mal sólo en las manos del médico, sino que tratamos de construir un nuevo esquema de vida junto con otras personas, que no son sólo enfermos. Cuando tratamos de comprometer a la comunidad en la cura del paciente, estamos tratando de eliminar el cuerpo muerto, el manicomio, y de sustituirlo con la parte activa de la sociedad. Este es

el modelo que proponemos y que no es funcional a la lógica de la sociedad en la cual vivimos. Tanto es así que la autoridad política, social y administrativa ha tratado de impedir nuestro trabajo. Esto me parece que es un intento de cambiar la lógica de nuestro ser médicos.

*¿Hay otras experiencias como la suya?*

El mundo está lleno de intentos de este tipo. Hoy visité una comunidad psiquiátrica que trata de cambiar la lógica del sistema. En todos los países se trata de hacer esto y no solamente en relación a la psiquiatría, sino a todas las instituciones del Estado. No debemos olvidar que en 1968 hubo movimientos muy importantes. El mundo está cambiando y, aunque existe la impresión de que hay algún retroceso, podemos decir que la situación es alentadora.

*Su propuesta además de revolucionaria es un estímulo para nosotros técnicos de la salud. Nosotros, claramente, debemos tomar conciencia de nuestra condición de técnicos.*

Yo también soy un técnico y, como médico, invito a los médicos a salir del propio consultorio privado. Esto puede traer consigo una esperanza de cambio en la organización social, y al médico le debe ser dada la posibilidad de ganar un salario suficiente de manera de no tener necesidad del consultorio privado. Yo soy director de un hospital psiquiátrico y si lo comparo con lo que ganan los médicos privados, gano un salario ridículo, pero que me permite vivir sin consultorio. Nosotros queremos un cambio en las organizaciones públicas para que los médicos puedan vivir dignamente.

## **Notas**

1. Basaglia se refiere al libro de Cesare Lombroso *La medicina legale delle alienazioni mentali studiate col metodo sperimentale* (La medicina legal de las alienaciones mentales estudiadas con el método experimental) publicado por primera vez en 1865. Para profundizar la reflexión de Basaglia sobre el manicomio judicial y sobre las problemáticas entre psiquiatría y justicia véanse en el segundo volumen de los *Scritti* (Escritos), cit., el prefacio de “La marquesa y los demonios” (p. 209) y los ensayos “La justicia que castiga. Apuntes sobre la ideología del castigo” (p. 185) y “Psiquiatría y justicia: Apuntes sobre psiquiatría y criminalización de la pobreza” (p. 222).

2. Se trata de la señora Albina Bernardini, muerta quemada en la cama de contención, el 5 de marzo de 1975, en el manicomio judicial de Pozzuoli, que fue cerrado poco tiempo después.

3. La ley nº 180 "Verificación y tratamientos sanitarios y obligatorios" fue aprobada el 13 de mayo de 1978, mientras que la ley nº 194 "Normas para la tutela social de la maternidad y sobre la interrupción voluntaria del embarazo" fue aprobada el 22 de mayo de 1978.



## SALUD Y TRABAJO

*San Pablo, sede del Sindicato de trabajadores de las industrias químicas y farmacéuticas.*

*22 de junio de 1979*

Quisiera aclarar que yo no soy sindicalista, soy un médico que trabaja en una sociedad en la cual la división del trabajo es un elemento fundamental para conocer la condición del que trabaja. Esto coloca al técnico en una posición que no es puramente técnica sino que es también política, posición que debe asumir, para comprender el sentido del propio trabajo.

Como médico y psiquiatra de manicomio, veo que mis enfermos son todos trabajadores y pobres. Entonces me pregunto: ¿por qué? Y ¿por qué mi intervención debe ser exclusivamente técnica y no tiene que tomar en consideración el hecho de que mis enfermos son todos pobres y destruidos por la institución? Estas preguntas colocan al médico en una situación de confrontación con el poder, situación que no todos aceptan. Muchos técnicos, de hecho, se limitan a ejercitar su función de especialistas y no van más allá.

Este comportamiento no se verifica sólo en el campo de la medicina, tiene que ver con todas las profesiones. Por ejemplo, un ingeniero, un arquitecto, un químico, pueden incluso ser buenos técnicos, pero si ejercitan su profesión sin tener conciencia de cómo se establecen las relaciones de trabajo, sin tener conciencia de qué cosa es el trabajo, entonces creo que en realidad son malos técnicos.

Este problema es todavía más grave ya que no sólo atañe a los técnicos sino también a los políticos y a los sindicatos, los cuales generalmente no comprenden la relación existente entre el problema de la salud y el problema del trabajo. Hay partidos políticos que se preocupan por los problemas estructurales del Estado y no toman en consideración problemas fundamentales de la vida del hombre, como su existencia y su salud. Este no es un problema de los sindicatos brasileños o de los partidos de izquierda de los países europeos: es un problema general, porque es muy difícil para el político comprender las conexiones entre el problema de la salud y la política.

Por muchos años los partidos políticos y los sindicatos han legislado apuntando a aumentar el salario de los trabajadores. Esto, sin duda, es muy importante, pero desgraciadamente por mucho tiempo ni siquiera fue tomado en consideración el problema de transformar el lugar de trabajo, la fábrica, que además de pagar poco, es instrumento de alienación y enferma, a raíz de las condiciones laborales. Este problema fundamental no es tomado en suficiente consideración por parte de los partidos políticos y de los sindicatos, que sin embargo quieren la emancipación del trabajador. El sindicato y los partidos políticos tienen dos preocupaciones fundamentales: la primera es la de llevar adelante una política sindical que responda a las necesidades del trabajador desde el punto de vista material; la segunda es el temor de perder las afiliaciones al sindicato, los carnets del partido.

Por muchos años en Italia los sindicatos no han tomado partido frente a los grandes problemas de la salud, ligados a los problemas de la estructura asistencial pública. El problema de la salud ha comenzado a emerger gracias a la acción de movimientos de presión extra-sindicales y extra-partidarios. Uno de éstos ha sido el movimiento que ha afrontado la psiquiatría. La acción práctica que nosotros hemos desarrollado, para la transformación institucional de la psiquiatría, ha tenido un rol importante en estimular en Italia una conciencia de responsabilidad hacia los temas de la salud, por parte de los partidos de izquierda y de los sindicatos. Esto ha llevado a la comprensión de un concepto fundamental que es, que toda la vida social está signada por la división del trabajo, a través de la cual el poder puede continuar esclavizándonos. Si examinamos los mecanismos de funcionamiento de las instituciones, vemos que tendemos a soportar, a aceptar acríticamente la división del trabajo. Es por esto que debemos tomar conciencia de estos mecanismos, analizarlos, comprenderlos.

Hubo un hecho muy importante en Italia y en Europa en estos últimos años: la toma de conciencia por parte de los trabajadores de su propia opresión en el mundo del trabajo. Sucedió durante la gran rebelión del '68, esta rebeldía encendida que recorrió todo el mundo: la revolución cultural en China, las rebeliones en Europa y en América. También en Brasil hubo una reacción contra el autoritarismo. Todas estas situaciones han aportado nuevos contenidos a las luchas de los trabajadores. Ustedes saben bien cuáles fueron los temas del '68: la lucha contra el autoritarismo, contra la opresión, contra

el mundo de las instituciones... No quiero decir que las luchas de esos años hayan sido luchas contra la estructura de la sociedad. La revolución de los jóvenes aparentemente quería una transformación, el dar vuelta la lógica del poder, pero en realidad era una lucha contra las instituciones, desde la familia hasta la cárcel. También esto fue importante, por la toma de conciencia política, sobre todo de las organizaciones sindicales. Luego del fervor que irrumpió en Europa, hubo, por ejemplo en Italia, grandes huelgas por el derecho a la salud que contaron con el apoyo de trabajadores de todas las organizaciones sindicales, para pedir que la organización sanitaria fuese modificada en función de las necesidades del trabajador.

Para que un sindicato tenga mucha fuerza debe basarse en masas de trabajadores que sean capaces de pensar y que tengan un salario decente. Pienso entonces que el sindicato tiene que constituirse y reforzarse como organización que tiene peso contractual y fuerza política, pero creo también que el sindicato debe crear en el trabajador una conciencia de sí, haciéndole comprender que no es sólo un trabajador, sino también un ser humano. El Estado y el gobierno no dan este tipo de conciencia al ciudadano, quien puede dársela son las organizaciones que quieren la emancipación del hombre: sindicatos, partidos y organizaciones populares.

Para aclarar este punto, debo volver al problema de mi rol de médico. Cuando rechazamos la lógica del manicomio porque reprime y destruye al enfermo, nosotros cambiamos las condiciones de vida del enfermo, le damos una situación de vida normal, es decir, comer, dormir, beber, de una manera podríamos decir “correcta”, es decir no como si estuviera en prisión, o en un campo de concentración de trabajos forzados. Cuando hacemos esto, nosotros creamos un hombre que tiene la posibilidad de establecer relaciones con otros hombres, no un bruto como querría el patrón, sino un hombre informado, consciente, capaz de discutir. En este sentido somos, podríamos decir, los “sindicalistas” de nuestros enfermos porque tratamos de darles, a través de un cambio de vida, y también a través de un beneficio, una conciencia humana, la conciencia de un nuevo modo de relacionarse con los otros. En este proceso el médico no es sólo un técnico, un experto. El médico es aquel que da las medicinas, pero sobre todo es una persona que puede dar un sentido a la vida del enfermo desde el momento en que logra entablar una relación distinta con él. Hay por lo tanto un significado político fundamental en

nuestra acción, que va más allá de la división del trabajo entre técnica y política.

Cuando hemos comprendido esto, se transforma también la relación con la organización política y sindical y con las personas que forman parte de ella. Nosotros hemos visto que nuestro trabajo práctico y nuestra lucha por cambiar el significado de nuestro trabajo han transformado, poco a poco, la lógica de los sindicatos. El Parlamento votó, hace menos de un año, una ley de reforma sanitaria que tuvo el consenso de muchos partidos políticos y de los sindicatos. Y los sindicatos, que actualmente en Italia tienen un poder cada vez mayor en contraposición con el gobierno, tienen un rol fundamental en esta reforma. Italia no es un paraíso, es más, la situación política en este momento es difícil, pero los sindicatos tienen un poder real para hacer frente a la crisis que está viviendo Europa y abrir el camino de las soluciones. El problema es evidentemente político y nosotros estamos comprometidos y aliados con los sindicatos, porque queremos, unidos, cambiar la calidad de la vida. Esto será posible solamente si tomamos conciencia de que ésta no es la vida que queremos. Nosotros no queremos hacer ninguna revolución, sino que queremos cambiar radicalmente las relaciones que se establecen entre nosotros. Y cuando digo nosotros, me refiero a todos los compañeros, sindicalistas y no sindicalistas, a los trabajadores que quieren comenzar una lucha contra el poder.

Nosotros queremos cambiar esta sociedad en la cual, por ejemplo, en una fábrica o en el trabajo en general, el homicidio está legalizado. Se dice que el enfermo mental es peligroso y puede matar. Pero si un patrón construye un andamiaje sin protección y un obrero se cae y muere, ¿quién de los dos es más peligroso? Debemos oponernos a esta sociedad que destruye a la persona y mata a quien no tiene medios para defenderse. En cierto sentido, vivimos en una sociedad que parece un manicomio y estamos dentro de este manicomio, internados luchando por la libertad. Pero no podemos esperar que nos liberen desde afuera, porque si esperamos a los salvadores seremos nuevamente prisioneros y oprimidos. Es lo mismo que sucede con el obrero que no debe esperar que la dirección del sindicato lo libere. Es él mismo que debe luchar y dar a los dirigentes del sindicato los elementos para liberarlo. Esta es nuestra función de líder en una sociedad que está cambiando. Debemos resolver lo que debemos hacer, junto con los otros y no dirigirlos, sea la manera que sea,

porque si hacemos eso seremos nosotros mismos nuevos patrones.

*En Brasil existe una comisión intersindical permanente para la salud del trabajador, compuesta por unos cincuenta sindicatos. El trabajo de esta comisión, relativamente reciente, va más o menos en la dirección de las propuestas de Basaglia, es decir la modificación del ambiente de trabajo, que nosotros creemos que debe ser la reivindicación más importante de la clase obrera en los próximos meses. En un país con características de subdesarrollo como el nuestro las cosas suceden rápidamente. En un tiempo relativamente breve se formaron una serie de organizaciones y una de ellas, en un modo verdaderamente nuevo para nuestro país, ha tomado una posición con respecto a la lucha por la transformación del ambiente de trabajo. Esta lucha es muy dura porque las condiciones de trabajo son muy precarias: Brasil tiene uno de los índices más altos de accidentes laborales. Por lo tanto este movimiento, que ha comenzado hace pocos meses, está tomando mucha fuerza, y al mismo tiempo encuentra muchos obstáculos. Nosotros no tenemos dudas de que podrá lograr victorias y conquistas sólo en la medida en que el movimiento obrero sepa luchar de manera unitaria. Yo no sé si nosotros podemos construir una nueva sociedad de una manera armónica, sin una revolución, aun teniendo en cuenta que el concepto de revolución tiene varios significados e interpretaciones. De todas maneras, la realidad de nuestro país es muy dura. El movimiento sindical en Brasil es un movimiento todavía frágil y el gobierno, con los poderes de los que dispone, puede ejercer intervenciones en los sindicatos cuando se le da la gana. De todas maneras, el encuadramiento de los técnicos liberales en esta lucha es un buen inicio.*

No quisiera dar una respuesta, sino agradecer al compañero por la lección política que nos ha dado. Pienso que ha dicho incluso aquello que yo no dije. No se puede pensar en una solución del problema de la salud, si este problema no es llevado adelante por la clase obrera, si no es el resultado de la lucha de la clase obrera. Si este problema no es asumido por la clase obrera, si queda sólo en manos de los técnicos, nuestro futuro será muy oscuro.

*Quisiera saber si Basaglia piensa que la locura está aumentando en el mundo.*

Un aumento de las enfermedades mentales **no quiere** decir necesariamente un aumento de la locura... Yo creo que la **lógica** de la organización sanitaria brasilera lleve a muchas **personas a refugiarse** en la enfermedad mental. La enfermedad **mental en Brasil**, por lo que

tengo entendido, es un gran negocio. Hay clínicas privadas que viven gracias a los locos: más locos, más dinero. Esta es una manera de destruir sobre todo al trabajador que, de esta manera, no puede tomar conciencia de su malestar, de su sufrimiento y no puede combatirlo. Así, en lugar de disminuir, el número de enfermos mentales aumenta, gracias a estos empresarios de la locura. Sus técnicos cómplices no son, ciertamente, los aliados que necesita la clase obrera.

Yo puedo sugerir, como forma de lucha en el campo de la salud mental, que los sindicatos busquen la manera de lograr que las instituciones para la internación de los enfermos mentales sean públicas y no privadas. Las instituciones públicas pueden ser controladas por la clase obrera, mientras que las privadas, evidentemente no. Ustedes me dirán que existen instituciones públicas donde no existe ninguna forma de derecho, como es el caso de los manicomios tipo el Juqueri, que internan a los más pobres, el subproletariado, y estoy convencido de que ninguno de ustedes piensa que se deban abrir otras instituciones del tipo Juqueri. Pero el sólo hecho de que el Juqueri pueda transformarse porque la clase obrera así lo quiere, modificará la lógica de la asistencia psiquiátrica. Cuando en Italia tomamos como punto central de la lucha no las clínicas privadas sino los manicomios públicos, entonces comenzó a modificarse la lógica no sólo de los manicomios, sino de toda la asistencia psiquiátrica, especialmente porque la lucha se apoyó en la toma de conciencia de todos los que trabajaban en los manicomios, y no sólo de los médicos.

*Usted habló de la transformación de las instituciones públicas como alternativa para dar comienzo al cambio en la asistencia médica. Yo trabajo en una institución pública y pienso que este cambio no puede aparecer de manera aislada, es decir sin otros cambios en la estructura social. ¿Cómo se hizo este cambio en Italia?*

En Italia la transformación “institucional” ocurrió sin que se haya producido una transformación “estructural”. Este es el aspecto original de nuestra lucha, que nosotros llamamos lucha “anti-institucional”, y que podríamos también definir como “superestructural”. El problema es si está primero el huevo o la gallina... Esperar que los técnicos cambien es esperar en vano, y entonces sería necesario cambiar la estructura de la sociedad para hacer cambiar a los técnicos... Pero la estructura de la sociedad no cambia porque, como lo demuestra la lógica del mundo en el que vivimos, el capitalista no quie-

re de ninguna manera perder sus privilegios. Entonces, es necesario pensar en otro modo de trabajar para el cambio.

Por ejemplo, actualmente en el mundo hay una nueva moda, la de los derechos humanos. Algunos demócratas norteamericanos, Carter en particular, denuncian que los derechos humanos están cada vez más pisoteados. Habría que preguntarse de dónde viene esta denuncia... Nosotros en cambio cuando hablamos de derechos humanos, queremos y debemos hablar realmente de derechos humanos. Por eso, cuando nosotros los médicos, enfermeros, asistentes sociales, trabajadores, vemos las condiciones en las cuales viven nuestros pacientes, no podemos hacer otra cosa que rebelarnos, porque es una situación en la cual los derechos humanos están realmente pisoteados. Por lo tanto, nuestro deber como técnicos es informar a la opinión pública la manera en que están dirigidas estas estructuras. Esto es importante para que las personas tomen conciencia acerca de que son violentadas, más que curadas. Pero el escándalo por sí mismo no hace avanzar las cosas, porque finalmente sirve sólo para lograr más ventas de periódicos: en todos los diarios del mundo, en los últimos años, fueron denunciadas las condiciones de vida de los enfermos mentales en los manicomios, también en Brasil, pero me parece que muy poco es lo que ha cambiado con estas denuncias. El problema es que mientras denunciemos estos hechos debemos también cambiar la realidad de nuestra vida profesional. La denuncia debe ser práctica, real, es decir debe ser una práctica de cambio.

Es así como respondo a su pregunta. Si la estructura no cambia es usted quien como operadora debe cambiar, cambiando su trabajo y su práctica, ayudando a la toma de conciencia de su paciente, desarrollando sus instrumentos críticos (somos muy buenos para la crítica, y menos para la autocrítica...). Nosotros decimos: la estructura es muy fuerte, no podemos hacer nada, pero es indispensable hacer algo inmediatamente. Es necesario que nosotros, como técnicos, nos unamos a la clase que quiere realmente la emancipación de la sociedad, es decir a la clase obrera. Porque si no hay clase obrera que lleve adelante nuestro discurso, nosotros terminamos siendo predicadores, santos...

*Nosotros sabemos que el salario que los trabajadores perciben es motivo de locura, y no solamente en la clase obrera. De recientes estadísticas oficiales resulta que el empleado público es parte de la categoría más resignada y menos*

*remunerada; según estas estadísticas parece que en Brasil el salario mínimo está entre los más bajos del mundo. Yo creo que esto hace enloquecer a casi todos los trabajadores de las escalas más bajas de salario: sería justo explicar a la gente las diferencias entre el mundo socialista y el mundo capitalista. Las cosas que suceden aquí entre nosotros las sabemos: alguien, por ejemplo, mata a la mujer y al hijo y no sé a cuantos otros porque se ha vuelto loco, pero no se habla de que esta locura es debida a la pobreza. No sé si se puede responder a esta pregunta, pero ¿es posible que en el mundo capitalista el índice de locura sea mayor que en el mundo socialista?*

Cuando usted habla de locura debida a la sociedad usa la palabra locura en un sentido “histórico”, y esto es muy importante, sobre todo porque este análisis proviene de un trabajador y de un hombre comprometido con el sindicato. En conclusión, usted está usando un concepto de locura que no es igual al de los médicos y es más justo y más real. La locura en la que piensan los médicos puede ser enfrentada sólo con medicamentos, electroshock, insulina, etc. El hecho de que usted exponga este concepto y me pregunte cómo nace la locura, es un paso fundamental porque nosotros juntos queremos luchar contra la locura y contra la enfermedad mental.

¿Por qué los jóvenes se drogan? Simplemente porque no aceptan esta vida, quieren otra, y nosotros debemos crear esta nueva vida para los jóvenes y para nosotros, evidentemente. El problema de la droga muestra una cosa curiosa que produce el capital: la droga se coloca en el mercado y al mismo tiempo se la combate. Pero es una lucha falsa porque, verdaderamente, su presencia en el mercado es una forma de control. El problema del alcoholismo demuestra este hecho todavía más claramente: se produce una gran cantidad de alcohol y al mismo tiempo se combate el hábito de beber. Es una contradicción, pero la sociedad capitalista está también caracterizada por estas contradicciones.

A la segunda pregunta, sobre los índices de locura en los países capitalistas y socialistas, es difícil responder. En los últimos años hay una fuerte polémica sobre los *gulag* soviéticos, es decir sobre los manicomios políticos soviéticos. Yo considero un grave error de la Unión Soviética no haber sido capaz de controlar de otra forma el problema de la disidencia. Indudablemente no estoy de acuerdo con la Unión Soviética que criminaliza a los disidentes y los mete en un manicomio, evidentemente estoy contra los *gulag* soviéticos.

Sobre las diferencias entre el mundo capitalista y el mundo socia-

lista hay que decir que en el mundo socialista no existe el hambre, las personas trabajan y comen. Basta pensar en Cuba, que fue el lugar más saqueado por los Estados Unidos. Si la vemos ahora, luego de veinte años, sabemos que no es una isla feliz, pero sin embargo es un lugar en el cual todos saben leer y escribir, todos trabajan, todos tiene la esperanza y la posibilidad de vivir mejor, de una u otra manera. Pero también en Cuba hay limitaciones de la libertad: la disidencia política, por ejemplo, es vigilada, reprimida. ¿Debemos elegir entre un capitalismo salvaje y un socialismo que no se ha realizado como imaginábamos? Ni una cosa ni la otra, yo creo. Teniendo en cuenta estos errores, debemos buscar un camino propio: la vía brasilera, la vía italiana, la vía americana, o sea el camino para responder a las necesidades de nuestros países, a las necesidades de la clase obrera brasilera, italiana, etc. Luego de hacer esto podremos ser internacionalistas. De lo contrario nuestro internacionalismo será absolutamente abstracto.

De todas maneras me interesa aclarar que yo estoy de acuerdo con un mundo socialista, siempre y cuando se mantenga continuamente la posibilidad de crítica.

*Creo que en esta sala hay un deseo real de saber qué es la locura en un sistema que no sea el capitalista. Entonces ¿la locura existe en los países socialistas? ¿Cuál es su difusión y cómo se puede interpretar esta locura en un país socialista?*

En los países socialistas la locura existe porque forma parte de la condición humana. Como existe la razón existe también la "sin razón". Indudablemente una de las terapias más importantes para combatir la locura es la libertad. Cuando un hombre es libre, cuando se tiene a sí mismo y a su propia vida, le resulta más fácil combatir la locura. Cuando hablo de libertad, hablo de libertad de trabajar, de ganarse el sustento, y esta es ya una forma de lucha contra la locura. Ciertamente, la locura se hace más evidente en medio de una vida inquieta, tensa, opresiva y violenta como la nuestra. Actualmente lo vemos de muchas maneras: por la calle encontramos a cada paso personas que no tienen un techo, personas marginales. Hoy existe la locura del vivir: nosotros vivimos como locos, quizás ni siquiera sabemos si somos locos o no. El hecho de reunirnos aquí para discutir acerca de la locura en un mundo loco podría ser una locura...

En el mundo socialista, por un lado hay más respeto por la vida

humana, pero por el otro lado, si falta la posibilidad de expresarse, puede surgir otra locura. Por ejemplo, la cuestión del *gulag* soviético demuestra la falta de libertad, que impide al hombre expresarse, expresar su razón. Por otro lado, es necesario comprender cómo profundizar esta cuestión sin caer en conductas pasionales, porque esto nos llevaría a cometer errores. Yo soy un comunista, pero un comunista que hace autocrítica, y hay muchos que no la hacen. En este sentido, yo considero a los países socialistas de una manera mucho más crítica respecto a la evaluación que estos países hacen de la propia política. También a Italia la veo críticamente, como un país falsamente democrático, con su capitalismo, por decirlo de alguna manera, “semi salvaje”. Vendrían ganas de irse pero no sabría a dónde, porque “*se non è zuppa è pan bagnato*” (si no es sopa es pan mojado) como se dice en italiano.

## ESTRUCTURA SOCIAL, SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

*San Pablo, Teatro de Cultura Artística*

*22 de junio de 1979*

Este es el último encuentro de esta serie de debates luego de los cuales espero que sigan otros. Es muy importante para mí el hecho de que ustedes existan, es importante saber que mientras se trata de cambiar la propia vida, en otros países otras personas tratan de cambiar su propia existencia. Esta es la única manera de aproximarse a una alternativa frente a la opresión institucional.

El problema de la opresión, de la institucionalización, no tiene que ver sólo con el enfermo mental o el manicomio, sino con la estructura social en su totalidad, el mundo del trabajo en todas sus articulaciones. La fábrica en la que el obrero trabaja es tan alienante como el manicomio; la cárcel no es un lugar de rehabilitación del preso sino un lugar de control y de destrucción; la universidad y la escuela, que son de las instituciones más importantes de la sociedad, no enseñan nada ni a los niños ni a los jóvenes, son sólo un punto de partida o una sala de espera antes de entrar en el juego de la productividad. Los niños entran en la escuela a los seis años, a los dieciocho van a la universidad y a los veinticuatro o veinticinco años están listos para la organización productiva. Realmente me gustaría saber qué han aprendido en todo ese tiempo. Claramente, si pertenecen a una determinada clase social, han aprendido a ejercer el poder, a dar órdenes y contraórdenes a aquellos menos afortunados, de otro origen social que tal vez han entrado en el mundo de la producción siendo muy jóvenes o incluso niños. Es la lógica de la estructura social en la cual vivimos. Las instituciones de las cuales hemos hablado no son otra cosa que una red destinada a defender la estructura del Estado, sirven al Estado y no al ciudadano. Evidentemente, en una situación como ésta, o eliminamos estas instituciones o las transformamos para que se vuelvan útiles a los ciudadanos, para que respondan a sus necesidades.

He comenzado con este razonamiento para poner en evidencia lo

que pienso, lo que nuestro grupo piensa acerca de las instituciones. *En las otras reuniones hemos hablado, incluso demasiado, del hecho de que el manicomio no sirve para curar la enfermedad mental, sino solamente para destruir al paciente, para controlar su desviación, su improductividad. El otro día hablé también del hospital general comparándolo con el hospital psiquiátrico. Creo que en el fondo no hay una verdadera diferencia entre los dos, porque la lógica de la relación médico-paciente es siempre la misma, una relación de dependencia del enfermo con respecto al médico. Evidentemente no se trata de una relación de reciprocidad, y si no hay reciprocidad no hay libertad entre dos personas. La cuestión a resolver se transforma en cómo cambiar este tipo de vínculo.*

Pienso que podemos cambiarlo en el momento en el cual comprendemos qué es lo que determina nuestra relación de poder. Podemos hablar de la escuela, de la universidad, de la cárcel, del hospital y también de la familia. En todas estas instituciones existen dos polos, uno que domina y otro que es dominado. Tomemos por ejemplo la relación entre padre e hijo. El hijo es chico y el padre es grande, no sólo físicamente sino también grande en la fantasía que el hijo se hace del padre. El niño se dirige al padre y le pregunta el por qué de cada cosa. Seguramente un comportamiento pedagógico correcto sería iniciar cada vez un debate para ir develando el mundo al muchachito. *En cambio, en la mayor parte de las familias, sino en todas, la respuesta de los padres es “quédate callado y come”. Así el niño se acostumbra desde chico a introyectar esta relación de poder y a colocarse en una posición de inferioridad, esperando el momento en el cual podrá, a su vez, dominar a su propio hijo. Es una reacción en cadena que no termina nunca. En la relación hombre-mujer vemos que el hombre domina a la mujer y todos conocen estos mecanismos, el mecanismo del poder es el problema fundamental en el vínculo entre el hombre y la mujer.*

También en la escuela se reproduce este mismo mecanismo de poder. Por ejemplo, cuando el maestro mientras enseña aritmética explica que uno más uno es dos y los chicos más despiertos preguntan por qué, si el profesor fue educado de la manera que hemos apenas señalado, no sabe qué responder y entonces impone silencio. De esta manera también el maestro transmite al niño la lógica del poder y de la opresión. El problema es que el maestro no sabe que su libertad como maestro es la de enseñar que uno más uno puede no ser

dos, sino tres... Quizás ustedes estén pensando que estoy loco, pero si esto es verdad en matemática, y les aseguro que lo es, con mayor razón es verdad en las relaciones reales, que no son ciertamente un juego de sumas, sino un producto histórico-social, por lo cual lo que hoy es dos, mañana puede ser diez.

Lo que hoy ponemos en discusión en las relaciones de las que hemos hablado es un problema, una contradicción bien precisa, la contradicción entre saber y poder. El maestro tiene algunos conocimientos pero sobre todo tiene poder. Su función es mantener viva esta contradicción con el alumno para transmitir, a través de esta contradicción, su saber.

Sobre este terreno de la escuela y de la universidad hay una cuestión muy interesante que ocurrió en Norteamérica. Un grupo de estudiantes fue entrevistado acerca de las motivaciones que los habían hecho estudiar medicina. La mayoría respondió haber hecho esa elección por motivaciones sociales, pensando poder ser útiles a otros, poder responder a las necesidades de las personas. Seis años después, al final de los estudios, fueron nuevamente entrevistados. El resultado fue que esas mismas personas, en ese momento, querían el diploma sólo para hacer dinero. Los seis años de estudio universitario habían anulado sus buenas intenciones y habían gestado los médicos que encontramos todos los días en Norteamérica, Brasil, Italia, Inglaterra, etc., los médicos que venden la medicina, se venden a sí mismos y al cuerpo de los enfermos. Digo esto para hacer ver la relación entre saber y poder en el caso del médico, es decir cómo el saber se transforma en poder y viceversa.

Otro caso típico es cuando el pariente de un enfermo se dirige al médico para saber cómo está su familiar y el médico le responde con un lenguaje incomprensible. Este es un mecanismo de defensa del médico, es la conservación de su saber a través de una relación de poder, que finalmente es la única verdad que sostiene su saber. Esto se manifiesta en toda la medicina, en la cual por ejemplo el dolor de cabeza se llama "cefalea". Discúlpame si juego un poco con estos ejemplos, pero yo creo que es bueno violentar a los médicos porque no se entiende porqué el médico deba dirigirse a los otros humillándolos. La relación de poder es un instrumento fundamental frente a la imposibilidad de resolver la contradicción entre el poder y el saber del técnico. Todo esto no cambiará hasta que el técnico no revise su elección profesional, las razones de esa elección. Sin esta veri-

ficación, el dolor de cabeza será siempre cefalea, el padre dirá al hijo: “quédate callado y come”, el hombre continuará diciendo a la mujer “te amo”, aunque en la práctica no sea verdad. Hasta que no cambie la relación de poder, no podrán cambiar las condiciones de la salud, de la vida. Estaremos siempre más enfermos, siempre más locos, siempre más niños y no seremos nunca personas, porque el que manda determinará siempre nuestro pensamiento en una única dirección, y uno más uno será siempre dos. En los encuentros precedentes hemos hablado del optimismo de la práctica, y en esta óptica yo pienso que podrán cambiar las relaciones de poder y la organización social, porque el poder no podrá más soportar las propias contradicciones. Nosotros que sostenemos “el optimismo de la práctica” queremos derrotar definitivamente a los técnicos que trabajan en la lógica que hemos llamado del “pesimismo de la razón”. Quedémonos con esta esperanza de, en un futuro, poder organizar un mundo mejor.

*En Brasil hay grupos con orientación religiosa que usan técnicas de condicionamiento de la voluntad ¿Usted piensa que se trata de enfermos mentales?*

Desde la óptica de la psiquiatría tradicional debería responder que sí y podría incluso citar varios tratados de psiquiatría. En la historia hubo movimientos “místicos” que querían mejorar la vida a través de las técnicas de las que usted habla. Sin embargo, creo que actualmente es muy difícil imponerse normas y conductas de vida, y esto es válido también para el enfermo. Para un grupo dirigente, en cambio, es más fácil disponer de instrumentos para guiar y manipular a la opinión pública. Por ejemplo, usted seguramente sabe lo que ha ocurrido en Irán en los últimos tiempos: hubo una revolución justa que ha derrocado el régimen del *sha* de Persia, pero no podemos dejar de preguntarnos cómo el pueblo fue motivado para realizar esta revolución. Los jerarcas religiosos han incitado al pueblo iraní con recursos místicos, usando algunas veces temáticas delirantes, con tal de destruir el imperio del *sha*. Dicho de otra manera, esta revolución fue hecha de manera *totalmente adialéctica*, o sea sin ninguna relación crítica entre las aspiraciones del pueblo y todo aquel aparato ideológico que agudizaba los problemas de Irán. Actualmente el ayatollah y el Irán sufren las consecuencias de esta revolución *adialéctica*. El delirio místico, como el delirio en general, es una situación *adiléc-*

*tica*, que luego no logra encontrar el modo de hacer frente a la realidad. De esta incapacidad de confrontación con la realidad puede derivarse la internación en el manicomio, porque la persona que delira es obstinada, no escucha razones. Pero pienso que es difícil internar en un manicomio a un país entero y pienso también que es muy complejo afrontar el problema de Irán, místico como es hoy en día, para reconducirlo a una lógica política dialéctica.

*Quisiera saber cómo se relaciona su trabajo en las instituciones con lo que sucede hoy en Italia a nivel político general.*

Nuestro trabajo surge desde sus comienzos orientado hacia la transformación del hombre. Hemos tratado de “humanizar” a las instituciones, por decirlo de alguna manera, y esto nos ha ayudado a clarificar y verificar teóricamente nuestra posición de técnicos, no sólo frente a la enfermedad sino también a la estructura político social en la cual vivimos. Hemos tratado de cambiar nuestro rol rechazando el que el poder nos había dado y buscando en cambio asumir el rol que nos era dado desde la relación con nuestros pacientes y con las organizaciones populares que representaban sus intereses. Para ser claro: yo creo que los sindicatos y los partidos de izquierda representan la organización del pueblo oprimido. Los enfermos internados en el manicomio pertenecen a una clase social bien determinada, el proletariado. Nosotros queremos llevar adelante la transformación de la medicina como transformación que forma parte de la lucha del proletariado.

*¿Por qué los locos pierden el control de sus impulsos?*

Yo pienso que no solamente los locos, muchas otras personas no saben controlar sus propios impulsos. Me parece que los últimos decenios han demostrado que la mayor parte de las personas no saben controlar sus propios impulsos, especialmente aquellos que tienen responsabilidad política... Sería muy fácil y fundamentado responder así, pero debemos en cambio considerar con más atención la vida, la experiencia cotidiana. Una persona va a trabajar, otro va a comprar el pan, otro a pasear, uno al cine, otro pide limosna... este es el fluir normal del día, con el ritmo de un orden social que no permite la liberación de impulsos que vayan contra la lógica cotidiana del vivir. Cuanto más la sociedad se esquematiza y se subdivide en ámbitos separados, menos tolerantes son las relaciones y más fácilmente los im-

pulsos explotan de manera agresiva. En este momento se hace necesario crear nuevas instituciones que controlen estos impulsos. Si queremos cambiar la sociedad en la que vivimos, debemos también cambiar la vida cotidiana y debemos preguntarnos por qué una persona libera sus impulsos. El manicomio, como también la cárcel, más que estructuras reales son fantasmas, símbolos. Son lugares de internación y son también lugares de los que surge el terror de ser internados. En este sentido son instrumentos de control de los impulsos. Esto es válido también para otros medios de control social de los cuales dispone el Estado. El manicomio representa el “lugar de la locura”, y ninguno está loco en la ciudad desde el momento en que todos los locos están en el manicomio. Es el juego de los fantasmas.

Querer destruir el hospital significa amenazar a la institución hospital y también amenazar con llevar la locura a las calles. El teatro de la locura termina, el director del espectáculo sube al escenario y dice “señores, el espectáculo ha terminado”. Entonces comienza el sufrimiento de toda la población que piensa que sin aquel teatro, el espectáculo se desarrollará en las calles. Aquí entra en juego la habilidad de los nuevos técnicos para demostrar que el problema de los impulsos no está ligado a la locura, sino a la condición humana. La locura puede ser la expresión de una situación, de una condición loca. Se nos ha enseñado que es necesario conocer las enfermedades para dar un significado al síntoma, que debemos circunscribir un elemento en un cuadro clínico. Debemos tener esta misma actitud pedagógica para cambiar la relación entre el médico y el ciudadano, entre el médico y el paciente.

#### *La locura ¿es sólo un producto social?*

Si pensara que la locura es sólo un producto social estaría dentro de una lógica positivista. Decir que la locura es un producto biológico o bien orgánico, un producto psicológico o social, significa seguir la moda de un determinado momento. Yo pienso que la locura y todas las enfermedades son expresión de las contradicciones de nuestro cuerpo, y cuando digo cuerpo, quiero decir cuerpo orgánico y social. La enfermedad, desde el momento en que es una contradicción que se verifica en un contexto social, no es solamente un producto social, sino una interacción entre todos los niveles de los cuales nosotros estamos compuestos: biológico, social, psicológico... De esta interacción forman parte una enorme cantidad de factores, de varia-

bles, muy difíciles de exponer en este momento. Pienso que la enfermedad, en general, es un producto histórico-social, algo que se verifica en la sociedad concreta en la cual vivimos, que tiene una cierta historia y una cierta razón de ser. Como hemos dicho, los tumores, por ejemplo, son un producto histórico-social porque aparecen en este ambiente, en esta sociedad y en este momento histórico, y pueden ser el resultado de la alteración ecológica, por lo tanto producto de una contradicción. El tumor, en la forma orgánica que nosotros lo estudiamos, es otra cosa. El problema radica en la relación entre nuestro cuerpo orgánico y el cuerpo social en el cual vivimos.

*Quisiera una impresión personal del hombre Basaglia sobre los hombres brasileiros.*

Yo pienso que los hombres y las mujeres brasileiros tienen una cabeza, dos brazos, dos piernas, etc. Las personas que encontré quieren cambiar. Quieren comprender la lógica del cambio más que las técnicas del cambio. Esto es importante. La Sociedad de Psicodrama fue una de las primeras organizaciones que me han invitado. Yo dudaba acerca de si aceptar o no esta invitación porque temía que nuestro encuentro terminara por ser un teatro en el cual cada uno jugará su rol. Pero no sucedió nada de esto. El diálogo con las personas de este instituto que han participado fue muy político, interesado en el cambio, abierto. Estuve en la Comunidad terapéutica Diadema<sup>1</sup>, una organización muy interesante que se está preguntando sobre la lógica de la transformación. Los centros de salud que he visitado, que se teme que puedan ser cerrados, son centros muy importantes que tienen como aspiración la transformación democrática de la medicina. Lo que me ha estimulado mucho esta semana en San Pablo fue el entusiasmo que percibí en las personas que tratan de aprovechar la pequeña brecha de libertad que el Estado ha abierto. Me ha maravillado positivamente que personas de distintas tendencias, psiquiatras infantiles, psicodramatistas, psiquiatras, psicoanalistas, tengan todos, una meta en común: cambiar. ¿Por qué no seguir adelante por esta vía?

*¿Podría aclarar más la contradicción entre poder y saber?*

He hablado en general de la relación entre poder y saber. El campo de la psiquiatría es quizás el ejemplo más simple para comprender esta contradicción. Podemos decir que desde el punto de vista

del saber el psiquiatra es el médico más ignorante: no sabe nada pero compensa esta carencia con el poder. En el manicomio esto es evidente. Están además los variados psicoanalistas, psicoterapeutas, psiquiatras, etc. Cada uno trata de dar una respuesta a aquello que es la enfermedad mental, pero si nosotros habláramos con cada uno separadamente escucharíamos decir que no saben qué es la locura, y cada uno admitiría también que la relación con el paciente es una relación de poder. El ejemplo del psicoanalista es el más típico. Un psicoanalista que quisiera tener con su paciente una relación distinta, alternativa, debería poner en discusión su poder en cada sesión. Sobre este problema del dominio del psicoanalista sobre el psicoanalizado Abrahams polemiza en un texto famoso *L'uomo al magnetofono*<sup>2</sup>. Un día un paciente va al psicoanalista con un grabador y dice: “esta vez el que hace psicoanálisis soy yo, usted es el paciente y yo el psicoanalista”. El psicoanalista se sorprende, trata de disuadirlo... Un amigo mío dice que yo cuento esta historia un poco novelada, quizás un poco cambiada, porque el texto dice que el paciente tenía el grabador escondido... pero esto para mí no es importante... lo importante es que las cartas estaban dadas vuelta y el psicoanalista no podía trabajar más. Él trataba de convencer al paciente de retomar, como era normal, su lugar y, como el paciente se negaba y continuaba la grabación de la sesión, el psicoanalista tomó el teléfono y llamó a la policía.

## Notas

1. Diadema es una de las ciudades satélite de San Pablo, donde se encontraba en esa época una comunidad terapéutica para niños con problemas psiquiátricos.

2. J. J. Abrahams, *L'uomo al magnetofono*, tr. it. L'erba voglio, Milano, 1977.

**SEGUNDA SECCIÓN**  
**LAS CONFERENCIAS DE RÍO DE JANEIRO**



## PODER Y VIOLENCIA EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

*Río de Janeiro*

*26 de junio de 1979*

Quisiera ir más allá del tema que me fue propuesto, “poder y violencia en el hospital psiquiátrico”, porque tengo la impresión de que esta premisa se ha vuelto un poco estereotipada. Todos sabemos que el manicomio es un desastre, que es violento, etc. Sería importante buscar alternativas a esta violencia, a este poder. Supongamos, si dios quiere, que el manicomio desaparezca. ¿Qué hacemos? ¿Qué ponemos en su lugar?

En Europa entre los años cincuenta y el inicio de los años sesenta han aparecido diversas propuestas de alternativas al manicomio. El primer país que se movió en esta dirección fue Inglaterra, que había ganado la guerra pero perdido todas las colonias y tenía necesidad de renovar la organización de la sociedad, sus infraestructuras. De hecho el partido laborista gana las elecciones con un programa de renovación social e institucional, en el cual la salud pública era una de las cuestiones prioritarias. En 1959 el gobierno laborista promueve la reforma sanitaria y crea el servicio sanitario nacional que incluye a la psiquiatría. De esta manera, por primera vez en los países occidentales, medicina y psiquiatría están juntas en el esquema de un sistema sanitario público. Esta situación introduce un problema: no es posible colocar una y otra en el mismo sistema, hospitales cerrados y hospitales “libres”, a los cuales se accede libremente. El manicomio, de hecho, debía funcionar con todas las características del hospital general, así como el hospital general debía relevar las funciones del hospital psiquiátrico. Es en esta situación que los psiquiatras y los psicólogos descubren que la institución puede ser dirigida sin recurrir a la violencia.

Durante la guerra, las experiencias de algunos campos de concentración para prisioneros habían demostrado que, si a los internados se les daba un objetivo en la vida, los campos podían ser manejados tranquilamente, sin problemas de rebeliones ni necesidad de repre-

sión. Quizás muchos de ustedes han visto *El puente sobre el río Kway*<sup>1</sup>, que se desarrolla en un campo de concentración donde el “enemigo” acepta que los internados se junten en torno a una finalidad común porque descubre que el objetivo de control se puede obtener de otra manera, con la manipulación, en lugar de la represión. En este *film* se ve también cómo un internado puede ser terapeuta de otro internado, más que el médico, cosa que sucede también en el interior de las instituciones, especialmente de las psiquiátricas, y se ve también cómo la dirección de la organización puede pasar del grupo dirigente, a la comunidad, con la participación de todos en la gestión de las instituciones.

Es con esta lógica que nace en Inglaterra la experiencia de apertura del manicomio y el primer concepto de comunidad terapéutica. Una comunidad se vuelve terapéutica porque funciona sobre principios compartidos, que no pertenecen sólo al vértice de la institución y que llevan a todos a trabajar juntos: de esta manera el grupo logra curarse a sí mismo y la enfermedad pierde alguna de sus características esenciales porque hasta el enfermo más grave, el más delirante, empieza a ser parte activa de la comunidad.

Este tipo de comunidad fue un verdadero descubrimiento y mostró otro modo de enfrentar los problemas y las contradicciones sociales. Los hospitales psiquiátricos ingleses empezaron a abrirse, la gestión comenzó a ser diferente y cambió la disponibilidad del médico hacia la institución. Estuve en Inglaterra en 1961-1962 y recuerdo haber visto una realidad completamente distinta de la de los manicomios europeos. En el interior del servicio sanitario nacional, el enfermo mental se había transformado en un “enfermo informal”<sup>2</sup>, igual a cualquier otro. El número de internos comenzaba a disminuir; el mercado del trabajo necesitaba mano de obra; aparecían las técnicas para “desinstitucionalizar” el manicomio, y entre éstas la comunidad terapéutica; surgía por primera vez de manera clara el aspecto social de la psiquiatría.<sup>3</sup> Esto podía cambiar totalmente la visión del problema psiquiátrico, porque en la medida en que la comunidad terapéutica se considera una verdadera comunidad y da un significado histórico-social al enfermo, el enfermo empieza a tomar verdadero contacto con la historia del mundo y con la historia de la sociedad.

Pero este proceso duró poco y rápidamente los manicomios comenzaron a llenarse de nuevo. La mano de obra que la industria ha-

bía inicialmente demandado fue descartada y esta fuerza de trabajo improductiva tuvo que encontrar otra institución. La comunidad terapéutica se redujo a pequeñas islas y los manicomios ingleses retomaron las características de institución represiva, aunque más abierta y tolerante. Como simulacro de comunidad terapéutica quedan actualmente la comunidad de Maxwell Jones<sup>4</sup> y otra en Cambrige<sup>5</sup>, que ya forman parte de la historia de la psiquiatría inglesa.

La psiquiatría inglesa fue por lo tanto la primera en acentuar el aspecto social en el funcionamiento del manicomio. Sin embargo su evolución nos lleva a la conclusión de que la psiquiatría comunitaria no es otra cosa que el reciclaje de la vieja gestión del manicomio, porque cuando la organización social no necesita más a la persona rehabilitada la manda de nuevo al manicomio. Por lo tanto la nueva gestión comunitaria no es nada más que una gestión blanda del manicomio, en lugar de una gestión violenta. Ciertamente una gestión mejor, porque es mejor ser manipulados que torturados...

Cuando en Inglaterra se abrió el manicomio, cuando la nueva gestión obtuvo como efecto la disminución de la agresividad del enfermo, se hizo evidente que el manicomio no servía para otra cosa que para controlar al internado; se hace entonces evidente la naturaleza política de la institución manicomial. Pero la evidencia de una problemática de este tipo se transforma en un quiebre, un punto de debilidad: por eso es necesaria una ciencia que justifique el cambio de gestión. De esta manera la contradicción que se abrió con el nuevo tipo de conducción comunitaria se cierra al interior de la ideología científica, en la "ciencia de la gestión comunitaria".<sup>6</sup>

También en Francia, durante los mismos años, sucedió más o menos lo mismo, pero con una cultura bastante más politizada que la inglesa. De hecho, muchos psiquiatras franceses habían participado en la resistencia contra los alemanes y los primeros programas de humanización del manicomio habían surgido en Francia en aquel período. En aquellos años se verificó también un hecho bastante singular, pero en Italia. Había sido bombardeada una pequeña provincia, Ancona, en la cual había un manicomio. Una bomba había caído en el manicomio y no lo había destruido pero la mayor parte de los enfermos se habían fugado. Se estaba en plena guerra y nadie tenía tiempo de pensar dónde estaban los locos y los no locos... había problemas mucho más urgentes, otros locos se disparaban entre ellos... Después de la guerra, cuando se volvió a la normalidad, la gente co-

menzó a preguntarse dónde estaban los enfermos mentales. A muchos no los encontraron, pero finalmente se descubrió que algunos de ellos estaban cerca del manicomio, viviendo y trabajando como cualquier otra persona. Esto indujo a algunos psiquiatras a pensar que el tratamiento de esos enfermos, de los internados, se podía hacer de otra forma. Pero este hecho no tuvo continuidad.

En Francia hubo una batalla real por la apertura del primer manicomio. Hay un número muy importante de la revista *Esprit* que se titula “La miseria de la psiquiatría”<sup>7</sup> que recoge las ideas y las propuestas de los psiquiatras que querían humanizar el manicomio. Un pequeño hospital psiquiátrico en el macizo central de Francia, en Saint-Albain, fue abierto por primera vez por un exiliado de la guerra civil española<sup>8</sup>. Es muy importante reflexionar sobre este hospital donde se reunía toda la *intelligentzia* francesa... Bueno, este manicomio fue abierto y desde allí la movilización se difundió a otros manicomios franceses y nació el movimiento de la “psicoterapia institucional”.<sup>9</sup> Esta fue la primera oleada pero también el fin de esa gran primavera. La contradicción que la apertura del manicomio había producido, con todo lo que implicó políticamente, fue avalada por la ciencia psicoanalítica, que dio luego origen a la psicoterapia institucional lacaniana. Esta fue la segunda oleada. La psiquiatría inglesa, con su pragmatismo científico, y la psiquiatría francesa, con la ideología psicoanalítica, han cubierto así las contradicciones que habían evidenciado. Volveré sobre esta cuestión después de haber hablado sobre la psiquiatría italiana.

Cuando comienza el proceso de renovación, la psiquiatría italiana está, en su conjunto, muy atrasada y es muy reaccionaria. En los inicios de los años sesenta, la economía italiana rural comienza a transformarse en economía industrial. Hay en esa época una ilusión de haber realizado un gran salto cualitativo en esta transformación. En esos años, un grupo de psiquiatras llega al manicomio de Gorizia, en la frontera con Yugoslavia, y trata de humanizar el manicomio. Nada extraordinario, nada excepcional, esto estaba ya sucediendo en Inglaterra y en Francia. El hecho es que, en la medida en que el manicomio se humanizaba, a los ojos de aquellos psiquiatras se hacían evidentes una serie de elementos de naturaleza política. El manicomio les parecía a ellos una organización totalmente inútil que controlaba el desvío del pobre, sobre todo el desvío improductivo. Haciendo una reseña de la historia del manicomio llegaron a la con-

clusión de que había surgido y continuaba a existir no con la finalidad de curar, sino de controlar.

Tal comprobación llevó a los técnicos a pensar en cómo modificar esta institución. Nosotros usamos de una manera particular, la técnica de la comunidad terapéutica importada de Inglaterra, técnica que permitía a la persona expresarse en asambleas diarias, con libertad, en un espacio abierto y en una nueva relación médico-paciente. Empezó a aparecer la idea de que era posible otro tipo de relación pero, sobre todo, nos dimos cuenta de que si seguíamos con la lógica de la comunidad terapéutica, íbamos a cerrar en la nueva ideología comunitaria -tanto nosotros como los ingleses- una institución que en cambio debía ser permanentemente abierta.

Se presentó, entonces, para nosotros, el problema de cómo seguir con este nuevo descubrimiento técnico y político. Si hubiésemos enfatizado la comunidad terapéutica como nuevo método de administración del manicomio, pienso que hubiéramos sido aceptados de buen grado y valorados positivamente por el *establishment* psiquiátrico italiano. De todas maneras nosotros dimos nuestro aporte científico al desarrollo de la psiquiatría, ya que pusimos en evidencia que la gestión de la comunidad terapéutica, que trataba de humanizar el manicomio, era igualmente un medio de control social; era, para decirlo en términos de Marcuse, una forma de "tolerancia represiva"<sup>10</sup> (no se me considere marcusiano por esto...).

Nosotros seguimos con la elección de mantener abierta esta contradicción. En cualquier forma en que fuera administrado el manicomio, sería de todas maneras un lugar de control y no de cura. Entonces la única manera de afrontar la enfermedad mental o la locura era la eliminación del manicomio. Así comenzamos esta lucha del pequeño contra el gigante.

Luego de la experiencia de Gorizia, muchos psiquiatras de nuestro grupo fueron a dirigir otros hospitales, tanto en el centro como en el norte de Italia. Conozco bien la experiencia de los otros, pero puedo hablar sólo de la mía. Después de Gorizia, fui a Trieste, una ciudad mucho más grande (trescientos mil habitantes) y el equipo comenzó a trabajar con la finalidad específica de destruir el manicomio. En esta fase, junto con el problema de la gestión práctica de la institución, teníamos una preocupación teórica (no éramos para nada pragmáticos, empiristas, cosa de la cual muchos nos acusaban...). El problema era que, en la medida en que rechazábamos la ciencia

que los colegas franceses e ingleses proponían, debíamos colocar alguna otra cosa en su lugar. Estábamos convencidos de que la ciencia en la cual habíamos sido formados no era capaz de producir nada de nuevo, era simplemente la reproducción de sí misma: un perro que se muerde la cola. La ciencia es un producto de la clase dominante y cuando en la ciencia se produce un cambio, esto sucede en el interior de los códigos de la clase dominante. Por eso pensamos que no era posible encontrar una nueva ciencia con los viejos códigos. Las experiencias inglesa y francesa lo demostraban. Si analizamos lo que ocurrió en Francia, luego de la gran conquista de Saint-Albain, vemos que los manicomios siguen existiendo como antes, y que la ciencia lacaniana de la psicoterapia institucional se limita a una pequeña institución privada con ciento veinte enfermos, en *Château de La Borde*, donde continúan con la saturación farmacológica, los electroshock y los shocks de insulina. Ciertamente, hay en el equipo una gran discusión sobre el psicoanálisis, lacaniano u otro, pero los ciento veinte pacientes siguen siendo institucionalizados y esto no le interesa a nadie. Para nosotros, en cambio, el problema era transformar la ciencia en una nueva ciencia, era encontrar un nuevo código que sólo se podía encontrar a través de nuevas respuestas a la otra clase, la clase oprimida, el proletariado y el subproletariado, que eran los que estaban en el manicomio.

La cosa no es para nada fácil porque el oprimido no tiene voz, y encontrar el código de la no-voz es muy difícil... Pero el pueblo tiene sus organizaciones y el problema era saber con quién podíamos aliarnos para encontrar esta nueva voz. Seguramente no con la ciencia oficial. Con seguridad con las organizaciones sociales en cuanto referentes prácticos.

Es importante decir que no fue en absoluto fácil convencer a los partidos de izquierda de participar activamente en nuestra lucha (grandes revolucionarios han dicho que los peores reaccionarios están en el interior del partido...). Se trataba entonces de educar a estos grandes reaccionarios, y asumimos también esta tarea. Descubrimos que nuestro trabajo no podía limitarse a la relación con los enfermos y con la locura, sino que debíamos trabajar sobre todo con la población. Nosotros debíamos confrontarnos con las ideas de la gente sobre la enfermedad mental. El pueblo en general, y en particular sus organizaciones, debían tomar las riendas de nuestra lucha, porque de otra forma sería "*cientificada*" y volvería al nivel precedente, es

decir se transformaría en una nueva ideología científica, nuevamente una ideología burguesa. Fue ésta la diferencia sustancial entre Italia, Francia e Inglaterra.<sup>11</sup> En estos dos últimos países las reformas psiquiátricas fueron hechas desde la jerarquía, desde la elite intelectual. La historia de la psiquiatría sigue siendo la historia de los psiquiatras y no del pueblo que sufre, permanece como la historia de diversas visiones científicas que de todas maneras han producido sólo nuevas formas de control social. En Francia, además de la experiencia de apertura del hospital psiquiátrico, fue creada la denominada “psiquiatría de sector”, o sea una organización en la cual el equipo psiquiátrico atiende a las personas en el territorio, pero en realidad transporta fuera del manicomio la lógica psiquiátrica del manicomio. También ésta es una forma de control social, y no un modo para afrontar la crisis del enfermo.

Nuestra tendencia fue en cambio poner a la asistencia psiquiátrica en relación con las organizaciones políticas que quieren la emancipación del pueblo. De esta manera hemos obtenido éxitos porque, luego de haber desmantelado el manicomio en algunos lugares, en colaboración con la población, los sindicatos y los partidos políticos, fue llevada al Parlamento una propuesta de ley que modificaba la vieja ley represiva y violenta sobre la enfermedad mental. Hoy, en Italia, hay una ley realmente avanzada que abolió el concepto de peligrosidad y lo ha sustituido por otro concepto: las organizaciones médicas y sociales tienen el deber de responder a las necesidades reales de la gente. Es obvio que un esquizofrénico es un esquizofrénico, pero sobre todo es un hombre que necesita afecto, dinero, trabajo; es un ser humano total, y nosotros debemos dar una respuesta no a su esquizofrenia, sino a su ser social y político.

Traje algunas diapositivas que tal vez faciliten la comprensión de nuestro modo de trabajar y de cómo tratamos de convocar y comprometer a la población en nuestro trabajo. Se ve una fiesta de barrio que parte de un centro de salud mental y se mueve por las calles. Las personas hablan, escuchan, piensan, reflexionan, y esto tiene que ver con nuestra idea de cómo se puede hacer ciencia tratando de ser tendencialmente orgánicos con la persona que sufre y no con la clase dirigente. Repito lo que dije en otra ocasión: nuestra ciencia parte de un dato fundamental que es la derrota del técnico tradicional, es decir de aquel técnico que piensa que “no se puede hacer otra cosa” y tiene como ideología el pesimismo de la razón. El nuevo técnico de-

be tener un objetivo muy preciso: llevar adelante su trabajo con el optimismo de la práctica. Si esto no sucede, no hay remedio. Esta frase no es mía, es de un gran revolucionario, Antonio Gramsci, que dio a los intelectuales elementos muy importantes sobre los cuales reflexionar.<sup>12</sup> Es sobre la base de esta ciencia política que queremos fundar la nueva ciencia. Estas diapositivas muestran cómo, con el optimismo de la práctica, es posible dar una alternativa a la violencia institucional.

Perdonen si estuve un poco confuso, o demasiado largo, pero era necesario hablar de la experiencia de tres países europeos. Espero que en la discusión, eventuales incomprendiones se puedan resolver.

*En el hospital del cual usted habló seguramente había pacientes internados desde hacía muchos años. ¿Qué se hizo con ellos? ¿Cómo se realizó en la práctica esta apertura del manicomio?*

En Trieste había mil doscientos pacientes y actualmente hay muy pocos, y yo no los maté... En los edificios donde estaba el hospital viven hoy <sup>13</sup> doscientas personas, que no son necesariamente los enfermos más retrasados y los crónicos. Son personas que no han encontrado mejor colocación en la ciudad.

Les hemos dado a estas personas todas las dependencias que se encontraban en el interior del hospital: los departamentos del director, del administrador, del cura, están todos habitados por ex internados. Son cuatro áreas prácticamente autogestionadas. Luego hay personas que se han organizado en pequeños grupos de cinco o seis para alquilar un departamento y vivir juntos. El alquiler en la ciudad es muy alto, como aquí en Río. Pusieron cada uno el dinero de sus pensiones y por otro lado son ayudados a administrar solos, cosa muy importante para la rehabilitación del paciente crónico. El problema principal es el enfermo agudo, porque el enfermo crónico termina siempre encontrando un lugar donde vivir. Queda siempre el problema de cómo afrontar una crisis aguda sin internación. Volviendo al enfermo crónico, nosotros sabemos que las personas que están en el manicomio cinco, diez, quince años, no son más "enfermos de enfermedad", son "enfermos de institución". Entonces, si nosotros logramos crear una situación de reciprocidad en el trabajo de cambio de la institución, cambia también la lógica del internado. Cualquiera que tenga un mínimo de experiencia institucional conoce bien el problema.

El enfermo agudo representa en cambio un problema mayor. En la crisis aguda, ¿qué se debe hacer? Hasta ahora se han desarrollado técnicas de intervención que son sustancialmente técnicas represivas. Pero si nosotros queremos afrontar el problema del enfermo agudo sin internación debemos destruir el lugar de internación, porque si tenemos la posibilidad de internar a un paciente terminaremos por internar a muchos. Nosotros debemos encontrar el sistema para que esto no suceda y este sistema se obtiene involucrando en el problema el mayor número posible de personas. En Trieste tenemos seis centros de salud mental. Cada centro cubre un área de aproximadamente cincuenta mil habitantes, y cada uno tiene un equipo de cerca de treinta y cinco operadores.<sup>14</sup> Hay también un equipo de emergencia -que es llamado por teléfono por los hospitales generales o desde cualquier punto de la ciudad- que se parece mucho a la policía. Una organización como ésta puede ser policíaca o no: depende del contacto que establece con la comunidad, depende del control, de la verificación que la comunidad ejerce sobre esta estructura. Existe en cada barrio un comité elegido por la población, y nosotros queremos que a este comité se lo involucre en la gestión del centro. Este es el tipo de control y verificación popular que nosotros queremos. La policía no tiene este tipo de control popular, y también para nosotros sería muy fácil evitarlo y transformarnos en policías. Hablaré mejor de todo esto en uno de los próximos encuentros, pero era importante mencionar ahora esto para mostrar qué cosa hemos creado, qué tipo de organización tratamos de crear para desarrollar un nuevo saber, una nueva ciencia.

*¿De dónde provienen las contribuciones para la financiación?*

El balance de la psiquiatría fue hasta ahora responsabilidad de la administración provincial. Italia tiene noventa y cuatro provincias y cada provincia tiene en su balance una suma destinada a la asistencia psiquiátrica. A fines de 1978 fue votada por el Parlamento una ley para la creación del servicio sanitario nacional que comprende también la psiquiatría.<sup>15</sup> Italia está dividida en regiones que tienen un gobierno propio (tenemos una especie de régimen federal), y cada región administra la organización sanitaria según la orientación del gobierno regional, que naturalmente no puede ser contradictoria con respecto a la ley del Estado. De todas maneras, cada región tiene características propias en cuanto a la gestión de la asistencia sani-

taria. El Ministerio de Salud tiene a su cargo la supervisión general. Luego de la Segunda Guerra Mundial hubo en Italia una tentativa de descentralizar todo lo que fuera posible, con la idea de que la descentralización permitía formas de participación popular: cuanto más descentralizada es la política mayor puede ser el control popular. Cuando hablo de Italia parece que estuviera hablando de un paraíso terrestre, y en cambio es una mierda, pero es también un lugar donde hay elementos que hacen posible una dialéctica muy interesante. Es un país democrático, pero donde desde hace treinta años gana siempre las elecciones la Democracia Cristiana, y no se sabe el porqué... les dejo a ustedes descubrirlo.

*¿Cómo fueron seleccionadas las cuarenta personas que forman parte del equipo territorial?*

Así como no se deben seleccionar los pacientes, tampoco se pueden seleccionar los operadores. Evidentemente, hubo una cierta selección política, en particular en lo que se refiere a los enfermeros: han elegido dejar el manicomio enfermeros que son en su mayoría comunistas, como también lo son los otros operadores. En la administración, la mayoría es demócrata cristiana. No logro entender cómo puede ser posible seleccionar a un operador. ¿Cuál debe ser el criterio para esta selección? No sé. ¿Los que son como yo, todo bien, los que no, todo mal, desde el momento en que yo marco la norma? Lógicamente, el operador no podrá ser un oligofrénico o un psicótico... pero verdaderamente no lo digo por demagogia o por hacerme el ocurrente, encuentro que es muy difícil seleccionar a un operador...

## Notas

1. *El puente sobre el río Kway* (1957) de David Lean, con Alec Guinness y William Holden, es un film que Basaglia amaba mucho y citaba a menudo. Se describe primero el clima de revuelta, tensión y violencia entre los internos de un campo de concentración, producido por la gestión ciegamente autoritaria de los japoneses, que tienen a los prisioneros ociosos y sometidos a reglas degradantes e inútiles, y luego se muestra el clima de ordenada "autogestión" que se produce cuando los oficiales ingleses, preocupados por la moral y la supervivencia de los propios soldados, negocian la posibilidad de hacerlos trabajar en la construcción del puente sobre el río Kway, que se transforma en un potente mecanismo de reconstrucción del sentido de pertenencia y por lo tanto de rehabilitación de los internos. El film termina

con la disputa entre quien quiere sabotear el puente y quien no puede aceptar ser desleal hacia el pacto institucional y, en el fondo, no quiere destruir un producto en el cual todos se reconocen.

2. El *Mental Health Act* de 1959 había instituido la figura del “paciente informal”, paciente voluntario internado con un procedimiento informal (“*informal admission*”) muy similar a la admisión en un hospital civil, es decir sin controles ni garantías por parte de las autoridades judiciales.

3. Significativamente, el primer libro compilado por Maxwell Jones sobre la experiencia de las comunidades terapéuticas inglesas se titulaba *Social Psychiatry: A study of Therapeutic Communities*, Tavistock, London, 1952.

4. Se trata del *Diggleton Hospital* de Melrose, en Escocia.

5. Aquí Basaglia cita la experiencia, iniciada en 1953, por David H. Clark en el hospital psiquiátrico de *Fulbourn* en Cambridge, que se transforma en uno de los lugares de experimentación de la “terapia social”. El título del trabajo más conocido de Clark es *Social Therapy in Psychiatry* (Penguin Books, 1973, tr. it. *Psichiatria e terapia sociale*, Feltrinelli, Milano, 1976).

6. La crítica de la comunidad terapéutica, ya sea como fenómeno histórico o como ideología, es desde sus comienzos un tema central del recorrido de Basaglia. El primer trabajo sobre este tema, “La distruzione dell’ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione” fue de 1964 y está contenido actualmente, como otros trabajos sobre el mismo tema, en el primer volumen de *Scritti*, cit., mientras que en el segundo volumen se encuentra el prefacio de Franco y Franca Basaglia al libro de Maxwell Jones, *Social Psychiatry in Practice* (Penguin Books, London, 1968; tr. it. *Ideologia e pratica della comunità terapeutica*, Etas Kompass, Milano 1970).

7. La prestigiosa revista de filosofía *Esprit*, fundada por Emmanuel Mounier, publicó en 1952 un número monográfico (n. 197) titulado *Misère de la psychiatrie*, en la que colaboraron protagonistas de la renovación de la psiquiatría francesa como Lucien Bonnafé, Françoise Tosquelles, Henri Ey, Paul Sivadon y Georges Daumezon.

8. Se trata de Françoise Tosquelles, quien en 1939 se encontraba en Francia en un campo de refugiados españoles y fue “admitido” en Saint-Alban por quien era en ese momento director, Balvet, como el mismo Tosquelles cuenta en la monografía de la revista *Recherches* sobre la *Histoire de la psychiatrie de secteur* (n. 17, 1975), donde se reconstruye entre otras cosas la atmósfera de discusión y movilización política en el hospital de Saint Albain, del cual habla Basaglia (pp. 62-95).

9. El grupo toma el nombre de la revista *Psychothérapie institutionnelle* dirigida por Tosquelles.

10. Es el título del ensayo de Marcuse en el volumen de Robert P. Wolff, John

Barrington Moore jr. y Herbert Marcuse, *Critica della tolleranza*, tr. it. Einaudi, Torino, 1968.

11. Sobre esta confrontación entre las experiencias en los tres países Basaglia vuelve muchas veces, en particular en los dos ensayos "Appunti di psichiatria istituzionale" (1969) y "Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico" (1979) los dos en: *Scritti*, vol. II, cit., pp. 47-67, 453-463.

12. En uno de los ensayos más articulados y más críticos sobre el rol de los intelectuales, "Il tecnico del sapere pratico" (en: *Crimini di pace*, Einaudi, Torino, 1975, hoy en *Scritti*, cit.) Basaglia retoma explícitamente dos reflexiones de Antonio Gramsci, una sobre la formación de los intelectuales y otra sobre la "cuestión de los jóvenes", la dos sacadas de los cuadernos y reagrupadas bajo el título de *Gli intellettuali e l'organizzazione della cultura* (Einaudi, Torino, 1949).

13. Veinte años después, en 1999, viven todavía en espacios del ex hospital psiquiátrico de Trieste, ahora parte de la ciudad, 58 personas que habían sido internadas. Sobre el ordenamiento actual de los servicios de salud mental en Trieste, consultar el ensayo de Dell'Acqua, Colucci y Mezzina "La comunità possibile" (cit. en bibliografía).

14. Sobre la organización de los servicios de salud mental en esos años y en general sobre la experiencia de Trieste a principios de los ochenta, consultar G. Gallo, M. G. Giannichedda, O. De Leonardis, D. Mauri, *La libertà è terapeutica?*, Feltrinelli, Milano, 1983.

15. Se trata de la ley de reforma sanitaria n. 833 del 23 de diciembre de 1978, que ha absorbido la ley de reforma psiquiátrica n. 180 aprobada el 13 de mayo del mismo año. Las disposiciones en materia de tratamiento psiquiátrico se encuentran hoy en los artículos 33, 34, 35 y 64 de la ley 833.

## REPRESIÓN Y ENFERMEDAD MENTAL

*Río de Janeiro*

*27 de junio de 1979*

Me han dicho que en la conferencia de ayer se planteó una temática que ha creado polémica. Por lo cual me parece más lógico no limitarme a seguir el programa de hoy, que preveía un tema también importante, "represión y enfermedad mental", porque creo que vale la pena continuar el discurso de ayer, ya que hacia el final había disminuido la atención, tal vez por cansancio.

Ayer hablamos de la situación psiquiátrica en la Europa de la posguerra y de cómo en Inglaterra, Francia e Italia, fueron enfrentando el problema del ingreso de la asistencia psiquiátrica en el sistema de salud pública. Hemos hablado también de la experiencia italiana, tal vez de manera excesivamente positiva, quizás un poco triunfalista, mientras que hemos criticado la experiencia inglesa y la francesa. Pero lo que me interesaba poner en evidencia era el hecho de que las experiencias francesa e inglesa fueron pensadas, propuestas y llevadas a la práctica por técnicos, mientras que la experiencia italiana fue formulada por técnicos pero su cultura fue tomada como propia por movimientos y fuerzas políticas, que encontraron en ella un contenido nuevo para las luchas de emancipación de la población. Ésta fue la originalidad de la experiencia italiana.

El técnico italiano, o por lo menos una parte de los técnicos italianos, no se conformó con una ciencia reciclada, una ciencia que cambia de ropaje, que se pone un vestido moderno en lugar de uno viejo, como sucedió con la comunidad terapéutica inglesa o la psicoterapia institucional francesa. Estas experiencias han demostrado una vez más que el rol, el significado de la psiquiatría, no radica en la curación del enfermo, sino en su control.

Es importante que se entienda qué quiero decir cuando hablo de curación y control, porque es fácil caer en una visión estereotipada de estos problemas. Sucede lo mismo con otra palabra que hoy está muy de moda, revolución. Curación, control y revolución son tres pa-

labras que han escapado a nuestro control de militantes y han terminado en manos del poder. Por esto es importante reformular estos conceptos en relación a las personas de las que se trata.

Cuando yo hablo de curación, esta palabra debe tener un significado a partir del sujeto de esta curación. Igualmente, cuando digo control, estoy hablando de la persona que es sujeto de este control. Cuando digo revolución, no es tan fácil encontrar su sujeto...

Si hablamos de curación, vemos que la persona que cura, el médico, no considera al paciente sujeto de la curación, sino objeto. Así, el tratamiento se transforma, objetivamente, en puro calco del médico y no permite al enfermo ninguna posibilidad de expresarse subjetivamente. En este sentido nosotros decimos que la curación es una forma de control porque, desde el momento en que no hay expresión subjetiva por parte del enfermo, el tratamiento no genera otro resultado que la reproducción objetiva del juego del capital. Sucede lo mismo en la fábrica, donde el obrero se reproduce a través de los objetos que produce y la fábrica controla al trabajador a través de su producto. Como el producto del trabajo del obrero es del patrón, de la misma manera el producto de la curación del enfermo pertenece al médico. En los dos casos, el enfermo no existe y el trabajador no existe: el hospital no es otra cosa que una consecuencia de lo que sucede en la fábrica.

Este análisis, que tiene la ambición de ser marxista, nos permite examinar el contenido de la ciencia que opera esta curación. En el fondo, volvemos al tema de hoy, "represión y enfermedad mental", porque, si es verdad el análisis que hemos hecho, debemos afirmar que todo el contenido del saber médico está orientado al control y a la represión del enfermo. No se cura al enfermo como subjetividad, sino que se lo cura para su retorno al circuito productivo. En este punto debemos poner en discusión todo, el saber psiquiátrico, el psicoanálisis, la cura farmacológica, el electroshock, la insulina, la neurocirugía, en fin, todos aquellos métodos y medios que los médicos han usado hasta el día de hoy para afrontar el problema de la enfermedad mental.

Pienso que estas afirmaciones ofrecen diversos puntos de discusión, y pienso también que dan a todos los presentes la posibilidad de descargar la agresividad sobre mí, ya que puse todo en discusión, desde el psicoanálisis hasta el electroshock, los fármacos, la psicoterapia y la neurocirugía. En mi opinión, los tratamientos que actual-

mente proponen médicos y psiquiatras al enfermo mental, no pueden dejar de tener un significado alienante, desde el momento en que la única finalidad es devolver al enfermo al circuito productivo, mercancía primero como trabajador, mercancía luego como enfermo. Este tratamiento, evidentemente, impide a la persona expresarse subjetivamente. Así, la relación médico-enfermo es una relación de dominio y de poder, y es difícil salir de esta contradicción.

Mientras hablaba ayer de lo que tratamos de hacer en Italia yo quería proponer la hipótesis de que, llevando a la práctica una nueva relación de poder, fuese posible para el enfermo expresarse subjetivamente. Creo que éste es el punto central, que no tiene que ver sólo con la relación médico-paciente: al contrario, éste es sólo un aspecto de lo que son las relaciones interpersonales.

Las relaciones padre-hijo, hombre-mujer, joven-viejo, etc., son siempre relaciones de dominio, porque si no fuera así esta organización social no podría funcionar. Cuando, por ejemplo, en la relación médico-paciente, el paciente pide una explicación, la "relación terapéutica" se destruye porque la subjetividad del paciente impide la normal relación terapéutica alienada. Sucede lo mismo en la relación padre-hijo, cuando el hijo pide explicaciones y el padre le responde, en un lenguaje que creo que es universal, "cállate y come". Lo mismo ocurre en la relación hombre-mujer. Entonces, en una situación como ésta, es importante decir que las terapias y las curas propuestas hasta el día de hoy, no dan a la persona la posibilidad de expresarse como sujeto, reproduciéndolo como mercancía, como objeto. Yo veo esto como consecuencia, no como culpa, como resultado de toda una lógica general de la cual la psiquiatría no logra sustraerse. Sólo si la psiquiatría logra salir de este círculo infernal y comienza a dejar de ser psiquiatría y a transformarse en vida, en reciprocidades, puede comenzar a tomar forma la voluntad por construir una nueva ciencia del hombre, un nuevo humanismo.

Sin embargo, este humanismo nuevo tiene necesidad de un nuevo contenido, ya que el de la lógica mercantil es incompatible con la posibilidad de una nueva ciencia, con una nueva visión de los vínculos. En otras palabras, querer refundar una ciencia sobre bases viejas quiere decir, como lo recordaba ayer, comer el propio vómito: el vómito no produce otra cosa que vómito. la mierda, produce mierda. En cambio el problema consiste en buscar lo que nace de la tierra, es decir permitir que el oprimido tome posesión de su propia voz.

Cuando se abre un manicomio, el enfermo habla finalmente con su voz, no más con la voz que quiere el médico. Cuando en los manicomios cerrados el enfermo pregunta “¿cuándo vuelvo a casa?” El médico responde “mañana”. Esta es la respuesta que quien tiene poder da siempre al oprimido. Cuando la mujer dice al marido “no tengo dinero, tengo que comprar para comer” y el marido le responde “mañana”, es la misma lógica del manicomio, la misma que se manifiesta en la relación padre-hijo, viejo-joven. Cuando, en cambio, el viejo, el joven, la mujer, el negro, el enfermo, tienen la palabra, entonces el vínculo cambia, y quien tiene el poder o el rol de poder debe tener en cuenta la voz del otro. Esta es la contradicción, esta es la razón por la cual el mundo en estos últimos años reclama cambiar. Esta es también la razón por la cual muchos brasileros hoy están aquí escuchando una persona que vino de Italia para decir que ha abierto un manicomio. La esperanza de cambiar está, el problema es cómo cambiar.

Yo quiero plantear un discurso abierto a la contradicción. No puedo resolver esta contradicción. Si quisiera resolver mi contradicción como hombre, debería castrarme y como médico debería restituir el diploma. Pero como hombre yo digo que quiero vivir esta contradicción, digo que mi libertad se logra sólo aceptando la oposición del enfermo, aceptando la oposición de la mujer, aceptando la oposición del niño. Entonces yo debo encontrar otros “agentes revolucionarios”, personas que como yo quieran cambiar y con las cuales podamos verdaderamente cambiar nuestra existencia. Y cambiar la existencia significa cambiar el manicomio, cambiar la familia, cambiar las instituciones. Yo espero que esto sea posible y los invito a abrir la discusión con esta esperanza.

*Quisiera saber qué piensa de la sexualidad como uno de los instrumentos de dominio, y de las luchas por la liberación sexual, como por ejemplo la legalización del aborto.*

Pienso que el problema de la libertad sexual es muy importante ya que la sexualidad es uno de los medios de control social, un medio para colocar al otro en un vínculo dominador-dominado. Sin embargo, es indispensable saber desde qué punto de vista se afronta este problema. El poder, por ejemplo, ha afrontado de una manera muy interesante la cuestión de la libertad sexual.

Una verdadera libertad sexual, en la cual la persona pueda expre-

sar subjetivamente su propia sexualidad es muy peligrosa. Puede ser un acto revolucionario verdaderamente real, sustancial. Tomemos por ejemplo la mujer que quiere tener la libertad de abortar, cosa que se discute en todos los países de mundo. El aborto es ciertamente un hecho no natural, pero precisamente la mujer quiere hacer el amor sin consecuencias. En este punto el poder no se manifiesta más contra el derecho de la mujer al aborto: lo que preocupa es más bien el hecho de que la mujer tome posesión de su cuerpo, que decida sobre su cuerpo. Cuando una mujer dice “el cuerpo es mío y lo administro yo”, está diciendo “soy yo la que decido sobre mi sexualidad y no será ni el médico ni el hombre el que dirá si debo abortar o no”. Esta es la verdadera razón de la gran dificultad del derecho al aborto. Es verdad que el aborto es algo no natural, sería natural continuar con el embarazo, tener el hijo. Cuando la mujer decide abortar ejerce una violencia sobre sí misma, pero me parece una gran conquista de las mujeres el hecho de que pueda ser ella quien tome esa decisión. No nos olvidemos de que el aborto está ligado a un mercado preciso: en Italia, cuando la ley entró en vigor gran parte de los médicos se declararon objetores de conciencia. ¿Se habían transformado todos en católicos practicantes? El hecho es que no podían hacer más abortos clandestinos, pero los “*cucchiai d'oro*” (cuchara de oro), como las mujeres llaman a los médicos que practican abortos clandestinos, no querían perder sus privilegios, en este caso concreto, las ganancias.

También es interesante ver cómo el poder se defiende cuando el ciudadano pide una libertad sexual en conflicto con el falso puritanismo anterior. Como no puede más reprimir esta liberación del sexo, se da libre curso a todo aquello que es sexo deteriorado, en particular a la pornografía, que es una falsa libertad sexual, es más, precisamente es un instrumento de control de la sexualidad. En Europa esto fue muy evidente. En España, país que fue el último en liberarse de una opresión católico-sexual impresionante, los ricos iban al exterior a ver *El último tango en París*.<sup>1</sup> Finalmente con la muerte de Franco y la democracia, se abrió una situación de liberación a todos los niveles, en la cual aparecieron una cantidad increíble de revistas pornográficas, que le hacían la competencia hasta a las suecas: la nueva realidad de los medios de comunicación masiva había instrumentado una nueva modalidad de control del sexo.

Lo que acabo de decir -el hecho de que frente a las exigencias de

libertad de las masas, el poder propone pseudolibertades, que una vez más son instrumentos de control- significa ciertamente que estamos siempre en una situación de peligro, que vivimos en una organización social en la cual cada conquista de libertad se puede dar vuelta y transformarse en una nueva opresión. Comprender esto es importante, pero no significa que no se puede hacer nada, ya que el poder retoma todo, como parece que piensa cierta izquierda europea. Si esto fuera verdad deberíamos decir que las Brigadas Rojas tienen razón, cosa que no es para nada cierta, porque son ellas también manipuladas por el poder: el terrorismo en Europa es una imagen especular del Estado.

Entonces, es cierto que en una situación contradictoria como ésta en la cual nos encontramos, es difícil encontrar una solución que sea justa, que sea la solución real; es cierto que siempre existe el peligro de caer en la trampa, pero nuestro esfuerzo debe ser dejar de todas maneras la reflexión abierta. Volviendo a la psiquiatría y al caso de los franceses del que hablé ayer, lo que debemos combatir sobre todo es el pesimismo de la razón, el pesimismo de los intelectuales que piensan que no se puede hacer nada, que se puede sólo escribir libros. No quiero ser agresivo, quiero sólo dejar claro lo que para mí es la contradicción, consciente de que ciertamente el poder recupera siempre posiciones, porque el poder es el poder.

*Si el cambio en la relación dominador-dominado no puede surgir de otra manera que no sea por iniciativa del dominado, sea una mujer, un negro, un enfermo mental, ¿cómo se explica que, en el caso del enfermo mental, somos nosotros, operadores de la salud mental, los que abrimos el manicomio? ¿No es quizás también la nuestra una modalidad de ejercicio del poder?*

Sí, esto es verdad si hablamos en términos globales, si generalizamos. Es verdad que la conquista de la libertad llega con esfuerzo, trabajo del dominado, y no llega nunca de parte del dominador. Pero el caso del enfermo mental es distinto porque el grado de represión que sufre es tal que no tiene la posibilidad de expresar su propia agresividad. Sin embargo, cuando hay un clima general que da espacio a la voz de los oprimidos, es posible que este clima contagie un poco a todos, aun a los que están marginados de la vida social. Yo creo que no es casualidad que el problema de la mujer, por ejemplo, de su liberación, no haya surgido antes, sino ahora, en una situación de cambio generalizada. Hoy la mujer es un elemento de lucha cen-

tral: las contradicciones del sistema la colocan en la condición de dominada pero ahora la mujer dice “no quiero ser dominada, quiero luchar”. Hoy son también muy importantes los movimientos de liberación de los detenidos además de los internados en instituciones psiquiátricas: el desviado se libera y deja de serlo cuando se transforma en agente del cambio...

Teniendo en cuenta todo esto nuestro movimiento siempre buscó aliarse con todos los movimientos que luchan por la propia liberación. El movimiento estudiantil y el movimiento de las mujeres fueron fundamentales para el éxito de nuestra acción, para lograr que nuestro grupo espontáneo, político, lograra ligarse con los grandes partidos populares organizados.

*En los enormes manicomios de enfermos crónicos, en Brasil, los pacientes tienden siempre a volver. No saben vivir afuera, pareciera que no fueran los muros de la institución los que los tienen prisioneros...*

Yo tengo la impresión que en Brasil los enfermos no quieren salir del manicomio por dos razones. La primera es una razón universal: la persona que quedó veinte o treinta años en un manicomio acepta la internación como su situación habitual; la otra tiene que ver con las necesidades más elementales, como beber, comer, que es más fácil satisfacer en el manicomio que en la vida en la calle. Este hecho nos lleva a una reflexión más profunda. Si esta persona no quiere salir del manicomio, que se quede, pero nuestro problema es luchar para que esta persona tenga la posibilidad de ser, de expresarse de alguna manera, porque el manicomio le ha quitado esta posibilidad.

*¿No le parece que si la psiquiatría controla a los poderes, el psicoanálisis controla a la burguesía?*

El psicoanálisis ejercita un poder sobre todos, no sólo sobre la burguesía. Basta pensar en la frecuencia con la cual la publicidad utiliza los saberes del psicoanálisis. Sin embargo, pienso que el psicoanálisis ejercita una forma de control que reproduce los códigos de referencia de la burguesía a través de la técnica psicoanalítica. El psicoanalista posee una técnica que nació con la impronta, el lenguaje de la burguesía, y por lo tanto yo pienso que el psicoanálisis es un instrumento de reproducción de la burguesía, más que un verdadero aparato represivo.

*¿Qué criterio utiliza cuando habla de “natural” y “no natural”?*

Es natural lo que se refiere a la naturaleza. Por ejemplo, la diferencia entre el hombre y la mujer es una diferencia natural. El problema es que esta diferencia puede ser usada y racionalizada de manera de transformarse en no natural: concretamente, se vuelve una diferencia artificial que no contempla más la existencia del otro, de dos polaridades distintas. Otra diferencia natural es aquella entre el viejo y el joven: pero ¿qué sucede después, en la vida social, del joven y del viejo? Ni siquiera el manicomio es natural, pero es “vendido” como natural y necesario. Todo el problema reside en la ideología y la falsa conciencia, y nosotros crecemos con conceptos falsos que parecen verdaderos: la mujer es inferior al hombre, el viejo es más feo que el joven, etc.

*Me pregunto si el final del tratamiento del enfermo consiste verdaderamente en su retorno a un circuito productivo: en Brasil no es necesario ser psicótico para quedarse sin trabajo, es más que suficiente una simple crisis nerviosa para ser despedido y sustituido rápidamente por otro trabajador...*

Estoy de acuerdo con su análisis: recuperar a un enfermo significa recuperar su fuerza de trabajo, pero es necesario que el trabajo exista. Y si este trabajo no existe no hay más motivo para la rehabilitación. Ayer di un ejemplo de esto cuando hablé de Inglaterra en un primer período: en una primera fase, fueron dados de alta de los manicomios y rehabilitados muchísimos pacientes, pero en un segundo momento la recesión económica volvió a llevar a muchos nuevamente al manicomio. En Brasil, la estructura privada de la asistencia psiquiátrica hace del enfermo mental una mercancía muy importante (este uso del enfermo mental como fuente de lucro no es algo sólo de los países subdesarrollados, de todos modos...). Esta mercancía es el subproletariado, que de esta manera se transforma en económicamente útil, productivo a través de su integración en el manicomio que lo controla. Así trabajador y desocupado, internados en un manicomio privado o en una clínica privada, entran los dos en una cadena de montaje que permite al sistema tanto ganancias como control social. *Grosso modo* se puede hacer este análisis, que de todas maneras me resulta de un marxismo muy tradicional. En realidad sería necesario comprender las estructuras económicas y sociales de cada país para hacer un análisis adecuado, aunque luego al final los términos de la cuestión son siempre los mismos, lucro y control.

*En Italia, ¿qué uso se le da a la pericia psiquiátrica respecto al delincuente que tiene un problema mental? Este es un mecanismo muy importante de control en general. Por ejemplo, la represión del terrorismo se apoya en este mecanismo.*

No, esto no se relaciona con la represión del terrorismo, porque a los terroristas no se les hace ninguna pericia psiquiátrica, pero lo que usted dice es muy importante ya que la pericia psiquiátrica es un instrumento de control social extremadamente peligroso. Actualmente un individuo al que se le hace una pericia psiquiátrica y se lo declara enfermo mental se lo manda a un manicomio criminal. Esta situación es muy peligrosa, porque el que sale del manicomio civil tiene el riesgo de entrar en un manicomio criminal. Por esto es necesario reforzar la lucha contra el manicomio criminal.

*¿Cuál es la diferencia entre el trabajo del psicólogo y el del psiquiatra?*

No me corresponde a mí aconsejar el tipo de trabajo que debe hacer un psicólogo o un psiquiatra. Según el modo en el cual psiquiatra y psicólogo transforman su propio trabajo, es posible que encuentren su propio rol. No estoy en condiciones de decir en abstracto lo que debe hacer el psicólogo o el psiquiatra. Creo que la señora que hizo la pregunta podrá encontrar sola la respuesta, teniendo en cuenta lo que dije hasta ahora.

*Si el enfermo mental es alguien desviado, inadaptado, y desde el momento en que la sociedad industrializada es una productora de descariados, ¿no es quizás ideológica la apertura del manicomio? Esta sociedad ¿no utiliza quizás al psiquiatra para controlar lo que se desvía de la sociedad misma, en lugar de hacerlo a través de la reclusión?*

Usted ha tocado un punto muy delicado. El problema actual de la psiquiatría comunitaria se funda sobre este principio. Los manicmios todavía existen en todo el mundo, pero son objetos de anticuario, porque la nueva visión de control de los desvíos se hace por medio de los "sectores" del tipo francés o de la política comunitaria de tipo anglosajona. Creo que podré hablar mañana de esta ideología de control social a través de las nuevas técnicas.

*En la dialéctica del proceso terapéutico ¿tiene mayor importancia la relación médico-paciente o la de institución-paciente?*

Pienso que la relación institución-paciente tiene el mayor conte-

nido de control. En las instituciones el paciente pierde siempre, porque la institución no da nunca una respuesta a sus necesidades. La institución no introduce nunca en el proceso terapéutico el objetivo de responder a las necesidades del paciente. En cambio en la relación médico-paciente se puede producir una relación entre hombre y hombre, si se crea la tensión de la cual hablé más de una vez.

### **Nota**

1. Film de 1972 de Bernardo Bertolucci, con Marlon Brando y María Schneider, considerado “escandaloso”, muchas veces censurado y secuestrado para evitar su proyección. Finalmente fue proyectado libremente en los años ochenta.

## La ciencia y la criminalización de las necesidades

*Río de Janeiro*

*28 de junio de 1979*

En el estado de derecho, que nace luego de la Revolución Francesa, todos los individuos son formalmente iguales en el plano jurídico. El Estado se encarga de crear una serie de instituciones que por un lado sirven para defender al ciudadano de las interferencias y del poder del mismo Estado, y por otro lado sirven para hacer concretos los principios abstractos de libertad, igualdad y fraternidad, sobre los cuales se funda el pacto social.

En este contexto, en los países occidentales, se fundan las ciencias humanas que van ampliando poco a poco su territorio. Es desde el naciente Estado moderno que Pinel recibe el encargo de separar, en las prisiones, a los locos de los criminales. La institución se divide en dos partes, manicomio y cárcel, y para la gestión de cada una, el Estado le da el mandato a un representante suyo. Nace así la figura del frenólogo, de los cuales Pinel es el representante más interesante y digno. El Estado que se va organizando y comienza de esta manera a crear los saberes, las disciplinas: nace la frenología, que luego se llamará psiquiatría, se desarrolla la pedagogía a medida que se crea la institución escuela, de la misma manera que la policía, el ejército moderno, etc. En el Estado democrático estas instituciones se dicen democráticas.

Luego de muchos años que han pasado, debemos decir que estas instituciones han fallado en el logro de sus objetivos: debían defender al ciudadano y en cambio lo reprimen. Tomemos por ejemplo la policía, institución nacida para defender al ciudadano en el territorio del Estado. En Italia, en la entrada de los puestos de policía hay una inscripción que dice: "la policía está al servicio del ciudadano", pero no es esto lo que sucede (no sé cómo están las cosas en Brasil). Si entramos en un tribunal italiano, detrás de la corte que enjuicia al imputado, hay una leyenda que dice: "la ley es igual para todos", pero no es cierto, porque la ley es igual sólo para algunos. Entramos en

la escuela y vemos que la escuela enseña a algunos y no a otros (y además de todo no se sabe qué enseña....). Para los que provienen de la burguesía o de la clase media, la escuela es una fase de preparación para el ingreso en el circuito productivo, para otros esto no existe, es más, ni siquiera llegan a la escuela. La escuela construida para satisfacer las necesidades de las personas, sirve en realidad para estigmatizar a algunos. El que entra en un manicomio es un loco, y loco significa estigmatización negativa de una persona. El que va a la cárcel, cualquiera que sea el porqué, es criminal, y la palabra criminal tiene una connotación negativa de la persona. En cuanto al estudiante, si aprueba quiere decir que va bien; si es reprobado entonces es un idiota.

Estos son ejemplos de cómo los saberes que representan las instituciones pueden criminalizar a las personas.<sup>1</sup>

Entonces, ¿para qué sirven las instituciones? Evidentemente no sirven para tutelar al ciudadano sino para defender y conservar al Estado. El estado de derecho defiende a quien tiene, de quien no tiene. No me quiero hacer el sociólogo o el politólogo, pero si examino la realidad de las instituciones llego a la conclusión de que una ciencia creada para responder a las necesidades de la persona, sirve en realidad para destruirla, para criminalizarla.

Nuestra vida social está llena de este tipo de criminalización, y la condición del enfermo mental es una de éstas. Nosotros nos hemos preguntado cómo podíamos superar estos mecanismos de criminalización de las necesidades a través de la creación de un nuevo tipo de organización, en la cual tenga poder quien hoy está sometido, una organización que permita la expresión de la contradicción entre los dos polos de la relación, entre las dos individualidades que conviven. Como ya lo dije otras veces días atrás, hemos llegado a la conclusión de que el problema del médico, del vínculo psiquiatra-paciente, seguirá siendo como es, mientras siga basando en un saber determinado en su totalidad por los médicos, por los hombres de ciencia. La ciencia seguirá teniendo como fin la criminalización de las necesidades, en la medida en que continúe siendo elaborada por estos señores que no socializan sus propios descubrimientos, sus propios conocimientos. El problema de la investigación debería ser, en cambio, cómo ayudar al hombre a ser capaz de afrontar las contradicciones de la propia existencia.

Ayer alguien me preguntaba cómo era posible que la libertad lle-

que siempre y solamente por la liberación de los oprimidos. Pienso que nosotros también debemos elegir este camino, usando la libertad de quien está oprimido, poniendo mucha atención en no usarla para oprimir todavía más, sino para vivir juntos, abiertos a la libertad del otro.

*¿Pero esto vale sólo para el manicomio y para la psiquiatría?*

Hasta ahora hemos hablado sobre el manicomio y la psiquiatría, pero si discutiéramos sobre la escuela llegaríamos a la misma conclusión. La violencia con la cual se ejercita la enseñanza y se institucionaliza a los niños en la escuela, se parece mucho a lo que sucede en el manicomio. Pero es el mismo adiestramiento escolar lo que no tiene sentido. ¿Por qué razón los niños deben iniciar la escuela a los cinco años y no a los tres o cuatro años? No hay ninguna razón, ya que lo que el niño aprende a los cinco años puede aprenderlo también a los tres, y de hecho en las familias burguesas los niños comienzan la escuela sabiendo leer y escribir, al contrario de los hijos de proletarios. La diferencia de cultura entre los dos determina ya desde la infancia la relación entre el oprimido y el opresor. El niño proletario ya está estigmatizado cuando entra en la escuela, como está estigmatizado el enfermo cuando entra en el manicomio.

Volviendo a la observación de la señora, quiero subrayar que los conceptos de infancia y adolescencia nacieron en el siglo XIX, con todas sus regulaciones y mitologías. No es que antes la infancia no existiese, sino que fue en ese siglo que fue regulada e institucionalizada, como sucedió luego con la adolescencia. La medicina ha tenido un rol importante en varios mecanismos de control de la adolescencia. Piensen en el problema de la masturbación, cosa muy normal y común, que en un tiempo era reprimida como pecado y generaba culpa. Hasta se decía que podía provocar enfermedades. Así comenzaba entonces el control social de la sexualidad, criminalizando al adolescente que se masturbaba. Otro ejemplo es la criminalización de la mujer: la mujer que no se somete al hombre es considerada una puta, porque no entra en las reglas que una **mujer** debe seguir en el vínculo con un hombre.

En este sentido, el problema de la **enfermedad mental** es algo totalmente inventado. Como fue inventada **la infancia**, como fue inventada la mujer, fue también inventada **la enfermedad mental**. Los que dicen que la enfermedad mental **no existe**, y de esta manera

quieren negar la existencia de la locura, son imbéciles que no tienen el coraje de llevar hasta el fondo el análisis de la vida que vivimos.

Decir que el niño no existe es una manera de afirmar su existencia, y dar toda la fuerza al niño, para que no sea controlado y viva nuestra vida. El niño, en el cuatrocientos o en el quinientos, hacía la misma vida que los adultos. La típica casa florentina tenía, en el espacio del baño, varios recipientes por la eventualidad de que toda la familia tuviese problemas de evacuación, y el niño estaba siempre junto con sus padres. En esos siglos, la evolución de la sexualidad ocurría de manera no puritana, más espontánea. Repito, decir que el niño no existe es afirmar su existencia. En el momento en el que digo que la enfermedad mental no existe en la forma en la cual actualmente se presenta, yo afirmo la existencia de la locura y me opongo al control, a la opresión del loco.

*Considerando que el enfermo mental es un descarriado, y que la sociedad industrial produce estas desviaciones, la apertura del manicomio podría ser invalidada por la aparición de nuevos mecanismos de control. ¿Qué se puede hacer para evitar que la psiquiatría sea nuevamente usada como control social?*

El sistema social crea siempre nuevos operadores para afrontar el problema del control, que va más allá de la psiquiatría. Actualmente la gran “*nouvelle vague*” de la salud mental es que no se debe curar, sino prevenir la enfermedad, o sea crear un número infinito de operadores para controlar la vida social. Prevenir la enfermedad en general, y no solamente la locura, es muy importante, pero el problema es que esta prevención hoy tiene como único fin la productividad, el modo de producción.

Nosotros sabemos que cuanto más se amplía la sociedad industrial, más aumentan las enfermedades profesionales. Incluso la medicina del trabajo empieza a ser una ciencia muy importante para el sistema. Tanto para la psiquiatría como para la medicina del trabajo, nuestro sistema sanitario trata de organizar una red fuerte, importante, porque debe hacer entrar en la producción a las personas que eventualmente se enferman. Yo pienso que es difícil evitar esto, y en el fondo me parece inútil ir predicando sobre lo que el sistema social hace o deja de hacer. El problema es que las personas deben tomar conciencia política de la alienación y de la violencia en la cual viven. Por ejemplo, si en una familia hay un niño discapacitado, los

padres que necesitan trabajar tienen dos posibilidades: o uno de los dos no va a trabajar y se queda a cuidar al niño, o lo meten en un instituto. Nuestro deber como médicos es explicar a los padres que no deben mandar al niño a un instituto porque allí se volverá todavía más discapacitado. Es evidente que así se estimula la conciencia política de la familia, que puede pretender, por ejemplo, la creación de jardines de infantes donde el niño pueda ir cuando los padres trabajan. Se trata de un derecho de los ciudadanos, y nosotros como técnicos debemos promover esta conciencia de los derechos.

*¿Cuando una persona es criminalizada, se lo hace en función de sus necesidades o en función de la expectativa de los otros?*

Pienso que cualquiera de nosotros puede ser estigmatizado, criminalizado cuando no es más útil para la organización social, que puede también apartarlo con prejuicios y preconceptos. Por ejemplo, si quiero expulsar a una persona que me resulta antipática, puedo decir que es estúpida: es la manera más tranquila de excluir a alguien. En la medida en que convengo a los otros de que esta persona es estúpida, será considerada verdaderamente estúpida. Es como la historia de aquel paciente que va al psicoanalista y dice “doctor, tengo un complejo de inferioridad, todos me dicen que soy cretino y esto agrava mi complejo de inferioridad”. Por sugerencia del psicoanalista este cliente comienza a hablar, hablar y hablar. El psicoanalista le dice “razone, por favor” pero el paciente continúa hablando y hablando. El psicoanalista entonces se queda callado y luego de algunas sesiones, con su autoridad psicoanalítica le dice “ahora entendí, usted no tiene un complejo de inferioridad, usted es realmente un cretino”. Este es un ejemplo de cómo el paciente puede ser criminalizado, y me parece que hace comprender mejor el concepto de criminalización.

*La psiquiatría y todas sus técnicas están codificadas por la clase dominante. En el trabajo que ustedes han desarrollado, orgánicamente ligado a la clase obrera, ¿de qué manera ocurrió operativamente la decodificación?*

Es necesario saber cuál es el código de la clase oprimida. Si nosotros no conocemos este código, o mejor dicho, si la clase oprimida no expresa un código de referencia verdaderamente nuevo, que no sea otro código de opresión, no podremos crear ningún saber nuevo. No digo esto porque piense que debemos encontrar el paraíso te-

restre. Pienso, en cambio, que debemos construir códigos de referencia de manera suficientemente dialéctica, porque cada código puede volverse represivo aun si contiene elementos de liberación.

*Como ya fue dicho, el poder trata siempre de reciclar las conquistas. Me parece que esta conquista en el sector de la salud mental debe incluir a otros movimientos institucionales, porque verdaderamente es indispensable superar no sólo el manicomio, sino también la escuela, etc. En resumen, para cambiar estas instituciones hace falta renovar la sociedad y su modo de producción.*

Ciertamente, la organización social, el poder, tienen siempre la posibilidad de apropiarse y utilizar las transformaciones para sus propios fines. Pero el poder no es infinito. Es muy difícil vaciar de contenido a la práctica, mientras que es muy fácil apropiarse de la ideología. Entonces debemos estar atentos a lo que consideramos revolucionario, que no es crear ideologías, sino reflexionar sobre las cosas que en la práctica transformamos. De esto es muy difícil apropiarse. En mi caso, por ejemplo, yo no voy por el mundo porque soy una *star* de la liberación, yo doy un testimonio, soy alguien que lleva un mensaje. Aunque los diarios de Italia hablan de mí, y tal vez de lo que hemos hecho como si fuese un paraíso terrestre, nuestra acción práctica no pudo ser reciclada.

Lo importante que hemos demostrado es que lo imposible se vuelve posible. Diez, quince, veinte años atrás era impensable que un manicomio pudiera ser destruido. Tal vez los manicomios vuelvan a ser cerrados, incluso más cerrados que antes, yo no lo sé, pero de todas maneras nosotros hemos demostrado que se puede asistir a la persona loca de otra manera, y el testimonio es fundamental. No creo que por el hecho que una acción logre generalizarse quiera decir que se ha vencido. El punto importante es otro, es que ahora se sabe qué se puede hacer. Es lo que dije mil veces: nosotros, con nuestra debilidad, en esta minoría que somos, no podemos ganar porque es el poder el que gana siempre. Nosotros podemos como máximo convencer. En el momento en que convencemos, ganamos, es decir determinamos una situación de transformación difícil de retrotraer.

*¿Qué relación hubo entre esta acción transformadora y algunos grupos políticos de izquierda existentes en Italia, los movimientos extremistas, por ejemplo?*

Algunos de estos movimientos y grupos, como el movimiento es-

tudiantil y el movimiento de las mujeres, fueron para nosotros muy importantes, y forman parte de los grandes sucesos del '68. Pero sucesivamente en Italia se organizaron movimientos cada vez más extremistas y cada vez menos dialécticos, que llegaron a las consecuencias extremas del partido armado, del terrorismo, de las Brigadas Rojas. Creo que el extremismo de los grupos tuvo sentido hasta un cierto punto, pero luego los grupos cayeron en una situación de falta de dialéctica determinada por su propia acción práctica. Se alejaron completamente de la lucha de la clase obrera y yo pienso que entraron en el juego manipulador del poder. Actualmente el extremismo está manipulado por el poder, le hace el juego al poder.

*¿Cómo se formaron los equipos de trabajo en su experiencia en Italia?*

El adiestramiento del equipo que trabajó conmigo consistió en aprender juntos, porque descubrimos, día a día, cómo la realidad que cambiaba era lo opuesto de la realidad que habíamos conocido hasta ese momento. Formar nuevos cuadros no es fácil, mientras que es fácil que una situación práctica pierda fuerza en una situación empírica. Pero es un hecho que los cuadros que hemos preparado llevaron adelante nuestra práctica y nuestra filosofía a muchos otros lugares de Italia. La nuestra es una teoría en formación.

*¿Qué dificultades aparecieron durante el proceso que culminó con la apertura del hospital?*

Hubo dos tipos de dificultades: una que tenía que ver con los operadores, en particular los enfermeros, que eran los más numerosos, cerca de quinientos. Eran personas ligadas al régimen antiguo, es decir que preferían ser guardianes más que técnicos de salud mental. La otra dificultad fue la resistencia de la ciudad que no aceptaba de ninguna manera la nueva situación de los manicomios abiertos, porque predominaba la ideología según la cual el loco es peligroso y debe estar encerrado en el manicomio. Entonces el comienzo del trabajo consistía en convencer a las personas mostrando que las cosas no eran así. Día a día tratamos de demostrar que cambiando el vínculo con el paciente, cambiaba el sentido de esta relación. El enfermero comenzó a convencerse de que su trabajo podía ser distinto, y a transformarse así en un agente de la transformación. Por otro lado, para convencer a la población era necesario, sobre todo, llevar al loco a la calle, insertarlo en la vida social. Con esto provocamos la

agresividad de la ciudad contra nosotros. Nosotros teníamos necesidad de crear una situación de tensión para mostrar el cambio que estaba sucediendo. Con el tiempo, la ciudad comprendió lo que estaba ocurriendo. Lo importante, en el adiestramiento a los enfermeros, fue que el nuevo tipo de realidad los llevó a no ser más dependientes del médico, a ser operadores que podían tomar decisiones propias.

*La situación italiana nos enseña que la denuncia debe partir de los operadores, y creo que nosotros debemos comprometernos a esto.*

Es muy importante lo que usted dice, la esperanza de que pueda nacer un movimiento de operadores capaces de denunciar la situación en la cual viven las personas. Pero lo importante es que la denuncia vaya más allá de la denuncia, de otra manera es reciclada como puro escándalo. Es necesario cambiar la realidad de la situación que se denuncia, y al mismo tiempo es importante dar voz a las personas para que tomen conciencia de la situación en los manicomios y en las clínicas privadas.

## Nota

1. Basaglia desarrolló estos temas en diversos textos, entre otros en “Le istituzioni della violenza” en: *L’istituzione negata* (1968), Baldini & Castoldi, Milano, 1998 y “La scienza e la criminalizzazione del bisogno” en: *Scritti*, vol. II, cit., p. 310.

## EL PODER DEL ESTADO Y LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA

*Río de Janeiro, Hospital de Clínicas Universitario  
29 de Junio de 1979*

Agradezco que me hayan invitado a un Hospital Universitario, a hablar con estudiantes y médicos que no trabajan en clínicas privadas sino en el ámbito público: es muy importante poder discutir sobre problemas análogos a los que nosotros tenemos en Italia.

Creo que si no cambia la lógica del hospital no se podrá realizar ninguna transformación de la medicina y de la asistencia psiquiátrica. Si cambia la lógica de la organización social pero la corporación médica no quiere cambiar, la medicina y la psiquiatría serán siempre un medio de opresión de aquellos ciudadanos que el médico tenga como pacientes. Pienso que el médico es uno de los peores enemigos del enfermo, no porque sea malo, sino porque la lógica en la cual está insertado lo obliga a sojuzgar y a violentar al enfermo. Esto es muy evidente en el manicomio y menos en los hospitales generales.

En el hospital general el vínculo médico-paciente es, por parte del médico, una relación de dominio y violencia. El paciente es un objeto sobre el cual el médico coloca todo su poder terapéutico. El resultado de esta relación debería ser la curación. Pero ¿qué curación? Si nosotros examinamos el tratamiento practicado en cualquier repartición, vemos que el enfermo en el hospital está en las mismas condiciones que el obrero en la fábrica: se entra como enfermo en la cadena de montaje hospitalaria, y se sale por una de las dos puertas: o curado, o muerto. Esta es la historia de la "fábrica de la salud", pero ¿qué es lo que se trata? Se trata sólo el cuerpo, y la persona no es sólo cuerpo.

Para que se comprenda mejor lo que quiero decir, citaré una investigación hecha en Estados Unidos. Un grupo de estudiantes de primer año de medicina fue entrevistado sobre las motivaciones que los habían llevado a estudiar medicina. El resultado fue que casi la totalidad estudiaba medicina por razones sociales y tenía el objetivo

de servir a las necesidades de la gente. Estos estudiantes fueron nuevamente entrevistados al finalizar sus estudios y se descubrió que la mayoría había perdido toda sensibilidad social y el único interés era el de hacer dinero para invertir el capital de seis años de estudio. ¿Qué había sucedido en esos años? ¿Había cambiado la cabeza de estas personas? Pienso que sí, porque la universidad tiene ese objetivo, cambiar la ética del estudiante, corromperlo, transformarlo en un arma dócil y maniobrable en manos del poder para crear una organización, la médica, entre las más opresivas, incluso más opresiva que el poder judicial.

Frente al cuadro apocalíptico que acabo de describir, se podría pensar que el médico es el torturador del enfermo. Y desde algún punto de vista pienso que lo es, mientras debería ser una persona que lo ayudara a curarse, que le restituyera la vida. ¿Qué hacer entonces? Cambiar la medicina y la organización médica es difícil. Pero la medicina es demasiado importante para dejarla en manos de los médicos. La medicina debe ser ejercitada por el médico como mediador de la relación entre la sociedad y el enfermo. Si no es así, el médico se convierte en patrón de su enfermo: sin una especie de “supervisión política” de su accionar, el médico ejercerá su autoridad más de lo imaginable, porque tiene una gran excusa: los límites de la ciencia. Cuando sucede que por alguna razón un enfermo muere, la respuesta inmediata es “la ciencia tiene sus límites”, y es verdad. Pero ¿quién controla esta ciencia? Otros médicos. Como se dice en mi pueblo, “*cane non mangia cane*” (el perro no se come al perro). Es por esto que nosotros, médicos democráticos hemos rechazado la complicidad de la mafia médica, no aceptamos más el manicomio, mejor dicho, lo destruimos. Por esto pedimos la ayuda de quien quiere la emancipación del oprimido. No la ayuda de la gente en general, sino la ayuda de las organizaciones populares, de las organizaciones de trabajadores. Hemos comprendido que la única vigilancia posible sobre la práctica médica es la que ejercitan los pacientes, estén o no organizados en partidos y sindicatos.

Ustedes que son médicos y operadores sanitarios y que me han escuchado hasta ahora, pensarán que no he hablado de medicina, y que este discurso es un evento político conducido de manera demagógica. Y como aquí no hay elecciones, es un acto totalmente inútil. También pienso que estas declaraciones emotivas incluso les han transmitido algo de lo que puede ser la nueva medicina y la nueva

psiquiatría. Nosotros, médicos democráticos, no queremos destruir nada, no queremos hacer ninguna revolución. Nuestra lucha es una revolución silenciosa que se combate día a día con el objetivo de cambiar la cabeza de la gente. Abrir el manicomio no quiere decir nada. Se lo puede hacer sin problemas, de manera burocrática: si el poder quiere destruir todos los manicomos que existen, lo hará, porque así como los ha construido, los puede también destruir. Dar vueltas y vueltas y siempre la misma mierda, y nosotros debemos oponernos a girar siempre alrededor de la misma rueda. En cambio queremos que la medicina exprese algo que vaya más allá del cuerpo, algo que sea la expresión de lo social, algo que tome en consideración la organización en la cual vivimos. Yo no pienso que el ser humano esté hecho solamente de aspectos psicológicos, o exclusivamente de un cuerpo biológico. Ni siquiera creo, por otro lado, que esté hecho sólo de aspectos sociales. Creo que el hombre es el resultado de una integración de todos estos niveles y, tomando en consideración todos estos factores, nosotros los médicos debemos ser al mismo tiempo biólogos, psicólogos, sociólogos. Si no sucede esto, seremos siempre torturadores de enfermos.

Lo que ocurrió en Italia es muy simple y banal. Hemos rechazado el poder que se nos había conferido con el rol de médicos, el poder que viene de la clase dominante y que nos da la posibilidad de someter al enfermo, y hemos buscado un nuevo pacto, un vínculo con la parte oprimida de la sociedad. Cuando abrimos el manicomio ponemos en crisis nuestra profesión, porque damos al enfermo la posibilidad y las condiciones para criticar nuestra acción práctica.

Si se entra en un manicomio en cualquier parte del mundo, el paciente pregunta siempre al médico: "doctor, ¿cuándo vuelvo a casa?". Y el médico siempre responde: "mañana". Un mañana que no significa nada, un mañana que será siempre un hoy de internación eterna. En cambio, cuando se abre el manicomio la persona tiene el derecho de hacer lo que quiere, quedarse o irse. Por lo tanto cuando el enfermo pregunta cuándo irá a su casa, el médico se verá obligado a iniciar un diálogo con él, y en este diálogo dejan de existir objeto y sujeto, hay dos personas que son dos sujetos. Si no aceptamos esta lógica de la contradicción en el vínculo entre dos personas, pienso que debemos ir a vender bananas, en lugar de trabajar como médicos.

Espero que en el debate podamos profundizar estos temas. Nosot-

tros, los médicos, tenemos un pesimismo increíble respecto a nuestro trabajo, que es el pesimismo de la razón. El médico ha estudiado que las cosas son como son. Como el niño en la escuela, el médico ha estudiado que uno más uno es dos. Esta es su lógica respecto al mundo en el que vive. Es pesimista porque se encuentra siempre con este límite, que uno más uno es dos. Es el pesimismo de la razón, patrimonio del técnico y del intelectual burgués. Nosotros, los médicos democráticos, proponemos otro tipo de lógica, aquella en la que uno más uno puede ser dos, o cuatro, o cinco, o diez. Decimos esto no porque hemos recibido la iluminación del Espíritu Santo, sino porque la práctica nos ha demostrado que uno más uno puede ser tres o cinco. Si el concepto básico de la psiquiatría era que el loco es peligroso, así como uno más uno es dos, nosotros demostramos que el loco es peligroso como cualquier otra persona que actúa en la sociedad, tiene la misma probabilidad de ser peligroso. La práctica ha cambiado el resultado de uno más uno. Hemos colocado el optimismo de la voluntad en el lugar del pesimismo de la razón.

*Creo que lo que Basaglia ha dicho es verdad. Como psiquiatras, con la responsabilidad del uso de los instrumentos que tenemos a disposición, no podemos defender una medicina caricaturesca y elitista, una medicina y una psiquiatría tan represivas. Con cuarenta años de práctica psiquiátrica, conozco el sistema psiquiátrico y lo que representa para nosotros esta psiquiatría represiva. Y nosotros también combatimos, también nosotros estamos buscando una solución humana y real para los problemas de salud mental y para los problemas del enfermo. No negamos las críticas hechas. Debemos analizar y buscar nuestro propio camino. La psiquiatría que hacemos es la que nos pone delante un modelo represivo que nosotros no defendemos. Cuando Basaglia dice que debemos defender al ser humano en sus tres aspectos, psicológico, biológico y social, es esto lo que hacemos. También es importante la crítica al pesimismo de la razón, contra el cual se desarrollaron todos los movimientos "anti" de los años sesenta: antipsiquiatría, antipsicoanálisis, anticiencia, antiliteratura... Nos encontramos, por lo tanto, en presencia de una crisis del racionalismo del siglo XX. Por otro lado, no podemos dejar de lado lo que ha dicho un gran economista: "Desafortunadamente la humanidad está condenada al progreso tecnológico", por lo cual tanto la nueva filosofía como el nuevo racionalismo deben ser analizados. Debemos verificar si la influencia de la ciencia y de la tecnología es realmente algo positivo para el hombre inclinado hacia el saber, y para nuestra acción frente al enfermo.*

Estoy de acuerdo con lo que dijo el profesor, pero quisiera hacer dos observaciones. Usted dice que lo que yo hago, lo que nosotros hacemos, es lo que los psiquiatras hacen. En Italia, la mayoría de los psiquiatras no hace lo que nosotros hacemos; prefieren mantener los manicomios cerrados en una gestión psiquiátrica funeraria, y esto se hace en todo el mundo. Actualmente, no me parece que en las instituciones brasileras se esté dando una acción de liberación, hay en todo caso una confrontación entre los deseos y la realidad. Estoy de acuerdo con el profesor cuando dice que quiere que la psiquiatría se transforme, pero es necesario hacerlo, no solamente decirlo. Pienso que en Brasil está apareciendo una voluntad de cambiar, y me permito decirle al colega que sería necesario que la Sociedad Brasiler de Psiquiatría apoyase todas estas tentativas de cambio. Sé que también aquí entre nosotros hay intentos de transformación, y es necesario dar una protección, un aval técnico-científico a esta transformación para que pueda representar un cambio real de la Sociedad Brasiler de Psiquiatría. Es necesario convertir el decir en hacer.

El otro tema al que hace referencia el profesor es el hecho de que en este siglo se habla mucho de “anti” esto y “anti” aquello. Quisiera precisar, y tengo muchas personas aquí que pueden dar testimonio, que nunca hablé de “anti”. Yo no soy un antipsiquiatra porque ese es un tipo de intelectual que yo rechazo. Yo soy un psiquiatra que quiere dar al paciente una respuesta alternativa a la que le fue dada hasta ahora. Pienso que afortunadamente tendemos hacia un nuevo humanismo y no creo que la humanidad esté condenada al progreso. Pienso que el hombre siempre combatió contra la naturaleza y hoy se encuentra con la contradicción de luchar contra la naturaleza y de obtener resultados que sin embargo lo matan. No está más en contradicción con la naturaleza sino en oposición. No es la contradicción la que mata al hombre sino la oposición. Debemos lograr que este progreso sea útil al hombre y no sea contra él mismo. Pienso que finalmente es una cuestión de control: si hay una oligarquía que controla el progreso, será fácil que sea **contra el hombre**, pero si es el hombre el que controla el progreso será **más fácil que sea a su favor**.

*Quisiera saber cuál fue, en la experiencia italiana, el apoyo dado por la población y por las organizaciones populares a la apertura de los manicomios.*

No es fácil responder a esta pregunta porque el apoyo de las organizaciones populares fue obtenido a través de luchas. No hay que

olvidar que las personas que están en los sindicatos y en los partidos tienen la misma ideología que cualquier otra persona, es decir, también para ellos el loco es peligroso. Es necesario demostrar en la práctica que esto no es verdad y convencerlos de que lo que se quiere es la emancipación del hombre. Sólo con la práctica logramos convencerlos de que la asistencia al enfermo mental puede ser diferente. Cuando demostramos a estas organizaciones populares que nuestros pacientes provenían de la clase obrera, y que nosotros no íbamos a poder actuar sin su apoyo, o por lo menos su respaldo político, logramos obtener ayuda en nuestro trabajo, primero tímidamente y luego de manera cada vez más comprometida y activa. Tan es así que hace un año los partidos presentaron en el Parlamento una propuesta de ley para la transformación de la asistencia psiquiátrica. Esta ley, que luego fue aprobada, establece que no se pueden construir nuevos manicomios y se deben eliminar, a lo largo del tiempo, los existentes.

Cuando una ley es aprobada eso no quiere decir que mañana será aplicada. Es necesaria mucha vigilancia para que la ley comience a operar. Porque cuando una ley del Estado decreta el fin de la era manicomial, esto quiere decir que el pueblo ha hecho grandes conquistas sociales, y esto no es mérito de los psiquiatras, no es mérito de los médicos, es mérito de todo un pueblo que quiere despegarse de la muerte, de la opresión. Italia no es un paraíso terrestre, es un país lleno de contradicciones, un infierno como todos, pero con una esperanza, la esperanza de vivir de manera distinta, la esperanza de que mañana sea verdaderamente otro día.

*¿De qué manera su experiencia se vio reflejada en la enseñanza de la medicina y en la formación de los psiquiatras en Italia? ¿Qué otras experiencias para la democratización de la medicina se desarrollaron en Italia?*

Pienso que desgraciadamente nuestra estructura universitaria es una de las más reaccionarias. Es muy difícil entrar en la universidad, cerrada como está dentro de un ámbito que defiende la institución, y la enseñanza está todavía en manos del viejo poder universitario. Diría que todo el aprendizaje real ocurre fuera de la universidad. La Sociedad Italiana de Psiquiatría, que está en manos de universitarios, es una de las más reaccionarias de Europa, y busca una situación de cambio con métodos manipuladores y con el reciclaje de viejas ideas. Habla, pero no hace. Yo entré en la universidad tres veces y las tres

veces me echaron. La primera vez, luego de trece años como asistente universitario cuando estaba como se dice "*alla vigilia della cattedra*" (próximo a obtener el nombramiento de titular de la cátedra), el profesor me dice: "escuche Basaglia, pienso que va a ser mejor que usted vaya a trabajar a un manicomio". Y así fue como me nombraron director del manicomio de Gorizia. La segunda vez, en plena rebelión del '68, fui el encargado de enseñar Higiene Mental en la Universidad de Parma, cargo que ejercí durante ocho años, durante los cuales fui segregado como un apestado. Afortunadamente tenía muchos alumnos que frecuentaban mis clases y así espero haber "corrompido" una buena cantidad de gente. La tercera vez gané el concurso nacional de profesor titular y me propusieron la cátedra de neuropsiquiatría geriátrica, con la evidente voluntad de marginarme. Yo preferí rechazarla y volver al manicomio. Esta es la respuesta a la pregunta sobre la universidad.

La segunda pregunta se refiere al problema de la medicina democrática. En Italia existe una organización que se llama Medicina democrática, pero que en cierto sentido no tiene una práctica real. Existen varias experiencias muy importantes de médicos del trabajo, que son nuestros aliados y trabajan con los obreros sobre el problema de la nocividad en los lugares de trabajo y en el ambiente.

*Hace cerca de veinte años, en ocasión de una autopsia que realizaba el doctor Mendonça, después de haber hecho un diagnóstico de tuberculosis generalizada, pronunció esta frase, que resultó famosa: "en la práctica, la teoría es diferente". Cuando nosotros decimos que los médicos son opresores del enfermo, teóricamente afirmamos una verdad. Pero en la práctica todo cambia, porque el poder médico, en particular el poder ejecutivo del médico, resulta ser muy grande. El médico ejerce una fuerte influencia sobre la sociedad y no quiere renunciar a su poder. Esto ocurre en cualquier sistema social: en Estados Unidos, en Inglaterra, en Italia y también en Rusia, que es un país comunista. En todos estos países el médico pertenece a una élite: es él el que decide quién está enfermo, quién deber ser tratado y quién debe curar. También los movimientos de los médicos surgidos últimamente constituyen un poder separado respecto a la población y a sus necesidades. En Estados Unidos, como en Italia, las universidades están en manos de la parte más reaccionaria de los médicos. En Brasil, tanto los hospitales universitarios como los hospitales públicos son bastiones que no están al servicio del Estado. Por lo tanto en la práctica las cosas son distintas. Todos conocen la historia del diván. Es la his-*

*toria del marido que sorprende una vez por semana a la propia mujer en el diván con el amante y para resolver la situación se limita a sacar el diván. Nosotros sabemos que la gran mayoría de las enfermedades mentales tiene un origen social y económico, por lo cual de nada sirve hacer un cierto tipo de psiquiatría en lugar de otro. Para resolver verdaderamente el problema de las enfermedades mentales debemos primero resolver los problemas sociales y económicos. Yo pienso que un cambio sólo a nivel médico no sirve para nada.*

Tengo la impresión de que usted es Dios y que hablamos lenguajes totalmente distintos. Nuestros conceptos y nuestra manera de ver el mundo son totalmente diferentes y me parece también que su visión del mundo es de un raro pesimismo. Ya que usted ha ironizado acerca del marido que saca el diván, yo le cuento otra historia, la del marido que se castra para contrariar a su mujer. Esta es la solución masoquista de una persona que no ve ninguna salida para la propia existencia. Si el médico siempre fue igual desde que el mundo es mundo, si su objetivo siempre fue el del poder y si luchará siempre por ese poder, entonces podemos cerrar todo y mandarnos a mudar. Pero nosotros en cambio estamos aquí, para ver si juntos podemos cambiar nuestro rol de opresores, y esto es posible. Usted dice que en Estados Unidos o en la Unión Soviética el médico es siempre el mismo, y yo le digo que no me interesa en absoluto, porque nosotros queremos un mundo distinto, tanto de la Unión Soviética, como de Estados Unidos, queremos una sociedad diferente tanto del régimen capitalista como del comunista. Nosotros no queremos, como dije otras veces, modelos de psiquiatría italiana o norteamericana, queremos que no exista una situación de imperialismo sino, al contrario, pensamos que el problema psiquiátrico se puede resolver "brasileramente". Y brasileramente quiere decir internacionalmente. El problema es que lo que sirve es una psiquiatría nacional ligada a la realidad internacional. El internacionalismo de la medicina puede estimular. ayudar al médico a transformar su rol y finalmente a dejar de ser el patrón del enfermo.

TERCERA SECCIÓN

**LAS CONFERENCIAS EN BELO HORIZONTE**



## LOS DOS VIAJES A BELO HORIZONTE

### EL TESTIMONIO DE ANTONIO SOARES SIMONE Y EL DEBATE DE JULIO\*

Pienso que es interesante tratar de situar al lector en el clima que se había creado luego de una semana con Franco Basaglia, a quien habíamos hecho ver toda la red de los hospitales psiquiátricos públicos que formaban parte de la *Fundação hospitalar do Estado de Minas Gerais*, es decir el hospital Galha Veloso, el instituto Raúl Soares y el *Centro hospitalar psiquiátrico* de Barbacena.

La visita a los primeros dos hospitales, ya lo había dejado impresionado y muy conmovido. La visita al tercero tuvo un impacto tan fuerte sobre él, que lo dejó profundamente deprimido. Basaglia, que debía hablar sobre comunidades terapéuticas, llegó a la sede pero no quería hablar. Al comienzo se hizo un silencio denso y depresivo pero el público lo incitaba a hablar, entonces Basaglia se puso a hablar de la historia de la psiquiatría, intercalando en su discurso frases como “es necesario luchar desde el interior de la institución”. Hablando de la época pre-pineliana, dijo: “hay lugares en el mundo en los cuales la historia se detuvo” y “hay situaciones en las cuales es imposible encontrar soluciones de compromiso porque si lo hacemos, estamos yendo al compromiso con la muerte, y con la muerte no hay compromiso posible”. Basaglia, que en estos días había visto una situación que él mismo definió “peor que un campo de concentración”, conmovió al público. Había visto mil seiscientas personas encerradas en patios inmundos, sentadas sobre sus propios excrementos, desnudas y atadas. Había visto el hambre y la degradación humana fabricada por el hospital psiquiátrico, había escuchado los lamentos y los pedidos de personas que no tenían otra esperanza que la muerte, y había escuchado también frases de una frialdad absoluta, como ésta del director de Barbacena: “frente a un enfermo, en quien ustedes saben que no tienen efecto ni fármacos ni ningún otro tratamiento, la solución es el método medieval: atarlo de pies y manos y

dejarlo pudrirse en una celda, hasta que llegue un neurocirujano que transforme esta persona en un vegetal sacándole la voluntad y las emociones”.

En los días siguientes, la propuesta de abrir el seminario al público y hacer ver el documental sobre Barbacena fue recibida calurosamente y Basaglia reorganizó el debate haciendo participar a los que habían intervenido en el documental. Comenzaron así a tomar cuerpo sugerencias y propuestas y comenzó a aumentar el número de personas y de organizaciones que se incluyeron. Además de los dirigentes de las asociaciones que habían promovido el seminario<sup>1</sup> encontramos representantes de los enfermeros, de los psicólogos, de los asistentes sociales, del sindicato de médicos, del movimiento de mujeres por la amnistía, las obreras de la lista de oposición del sindicato textil, diputados federales, ex prisioneros políticos y una mujer ex paciente. Llegaron también representantes de los consejos vecinales, periodistas, personas ligadas a grupos alternativos de San Pablo y Río de Janeiro y representantes del *Centro Brasil Democrático*.

Es en este clima de efervescencia que se desarrolla el debate del 7 de julio que da fin a este viaje de Basaglia en Brasil. Finalmente el mecanismo se había puesto en acción.

*Sabemos que en la Unión Soviética la psiquiatría se usa para controlar a los disidentes políticos. Pero también aquí en Brasil se producen situaciones similares. En San Pablo sucedió un hecho concreto, que tuvo como protagonista a un joven llamado Ivan Seixas. Ivan pertenece a una familia de militantes políticos. Su padre murió bajo tortura y en aquella ocasión Ivan fue encarcelado. El tiempo pasaba y las pruebas presentadas contra él no eran convincentes. Entonces, Ivan fue internado en el hospital psiquiátrico de Taubaté. Permaneció un largo tiempo internado en ese hospital y salió sólo gracias a las presiones de los movimientos de Amnistía Nacional y Ammesty International. Otro caso que se verificó en San Pablo es el caso Galdino. Él participó en un movimiento campesino y fue por esto declarado “esquizofrénico paranoide” e internado un largo tiempo en el manicomio judicial “Franco da Rocha”. La pericia psiquiátrica, hecha luego por dos colegas de San Pablo, demostró que no era en absoluto enfermo mental. Cité dos casos -Ivan y Galdino- pero si indagáramos más a fondo creo que descubriríamos otros guilag en Brasil.*

El problema de los disidentes políticos es un problema específico, es decir es el problema de una persona que es declaradamente disi-

dente y que por esta razón es internada como enfermo mental. Es esto lo que se denuncia en la Unión Soviética y que, según este testimonio, parece que existe también aquí en Brasil. Sabemos de dos casos, y esto significa que habrá muchos otros. Sin embargo ésta es sólo una parte del problema.

Quisiera hacer aquí alguna consideración sobre el significado del manicomio como instrumento de control social. ¿Qué problema psiquiátrico tiene un alcohólico o un drogadicto? Pienso que ninguno. Los suyos son problemas ligados a las contradicciones sociales. Deberíamos en todo caso preguntarnos: ¿por qué el alcohólico bebe y el drogadicto se droga? Porque, evidentemente, no soportan la presión, la violencia de la sociedad en la cual viven. Son, diría, las condiciones “políticas” las que los llevan luego a ser internados, como personas peligrosas para la sociedad. Entonces yo me pregunto: ¿qué diferencia hay entre un alcohólico, un drogadicto y un disidente político soviético? La diferencia es que el disidente político soviético es un intelectual y cuando se toca con un dedo a un intelectual, de cualquier país que sea, la prensa de todo el mundo se rebela; pero cuando un alcohólico pobre es internado en Barbacena, nadie protesta y todos aceptan la situación, aceptan la vergüenza y la violencia de Barbacena como una cosa inevitable. Yo pienso que todos los internados en manicomios son disidentes políticos.

Hace algunos años, los psiquiatras reunidos en el Congreso Internacional de Honolulu<sup>2</sup> cerraron el encuentro con una moción en la cual se condenaba la existencia de los *gulag* psiquiátricos en la Unión Soviética. Bien, estos defensores de la libertad, estos paladines de la democracia en Honolulu, no dijeron una palabra para denunciar los *gulag* que ellos mismos administran. Pienso que, de esta manera, en este Congreso Internacional, los psiquiatras firmaron la propia condena a muerte frente al mundo, porque si los *gulag* soviéticos son una vergüenza, no lo son menos los *gulag* civiles de nuestros países.

En un encuentro de hace unos días, Basaglia planteó el problema en estos términos: no sirve hablar, **debemos hacer**. Y es justamente éste el desafío que aceptamos asumiendo la presidencia de la Asociación Brasileira de Psiquiatria. Con seguridad **debemos** cambiar la psiquiatria, y nosotros no queremos una **psiquiatria** elitista sino una psiquiatria que pueda tratar a toda la población. Pero si para esto es necesario reformar toda la sociedad, esto **no es** una tarea del psiquia-

tra. Sería omnipotencia pensar que nuestro rol es cambiar la sociedad: nosotros tenemos un rol importante porque el enfermo nos necesita y nosotros debemos tratarlo como es debido. Si la sociedad está equivocada, es otro problema, que no está a nuestro alcance resolver.

Quiero decir sólo esto: que no estoy en absoluto de acuerdo con ninguna de las cosas que dijo el profesor. Sobre todo sobre un aspecto: no es verdad que el psiquiatra tiene dos posibilidades de actuar, una como ciudadano del Estado y otra como psiquiatra. Tiene una sola: como ser humano. Y como ser humano yo quiero cambiar la vida que hago, y por esta razón quiero cambiar la organización social, no con la revolución, sino simplemente ejercitando mi profesión de psiquiatra. Si todos los técnicos ejercieran su profesión, esto sí que sería una verdadera revolución... Transformando el campo institucional en el cual trabajo, cambio la sociedad, y si esto es omnipotencia, ¡viva la omnipotencia!

*Soy psiquiatra y también psicoanalista, y debería avergonzarme visto que hoy se nos informó sobre la función represiva de todo el sistema "psi". Quiero plantear el problema de cómo se puede realizar un cambio. En nuestro campo hay dos posiciones: por un lado la presión popular y por el otro lado las fuerzas del sistema que admiten posibilidades de cambio siempre y cuando coincida con sus intereses. Sé que hago un razonamiento no muy heroico, pero en este momento en lugar de protestar, de acusar, de denunciar, debemos publicitar las ventajas de un sistema psiquiátrico distinto del actual...*

Evidentemente usted no estuvo presente en estos días y sólo hoy tomó conciencia de lo que estaba sucediendo y del clima que hubo, diría que de entusiasmo. En estos siete días nosotros hablamos e hicimos propuestas, tal vez incluso heroicas, hemos tratado de comprendernos y de estar dentro de la situación que estamos viviendo, y hemos tratado de ver cuáles son las alternativas posibles en referencia a una situación práctica, que es la que he traído de Italia.

Pienso que la moción presentada aquí y que llevaremos al gobernador tal vez no tenga consecuencias prácticas pero, sin embargo, es la demostración de lo que sucedió estos días, del pensamiento y de los objetivos de centenares de personas que se pusieron de acuerdo y se orientaron hacia una acción práctica común. Ciertamente es verdad que no se hacen transformaciones o revoluciones, etc., con papeles y con protestas, especialmente si estos mensajes no parten de

quienes tienen el poder. Entonces, es fundamental que nosotros nos organicemos, que pongamos en acción situaciones alternativas, pero es importante que, al mismo tiempo, protestemos. Gramsci, que fue un gran político revolucionario, dijo algo parecido: que las masas deben protestar pero organizarse, organizarse pero también protestar.

Creo que es justa la observación de que los jóvenes, los nuevos trabajadores de la salud mental de Belo Horizonte deben prepararse para proponer alternativas, y deben también aprender a analizar estas alternativas. Pero lo que debemos hacer es encontrar el contenido real de esta ciencia humana que queremos construir, de esta psiquiatría alternativa. Por lo tanto la teoría deberá ser siempre volcada en la práctica, y de la práctica podremos obtener la teoría.

Luego pienso que es importante lograr acuerdos y en la medida en que nuestro trabajo es siempre disfuncional al poder, deberemos también tener una cobertura política. Pero si instauramos una organización alternativa que luego no hace otra cosa que reformular la situación represiva anterior, pienso que no cambiará nada, no habremos hecho ni rebelión, ni revolución, quedaremos en el *statu quo*.

En fin, estoy de acuerdo en que es necesario estudiar, que es necesario teorizar, pero en la práctica, no en la teoría... Por eso yo vuelvo a proponer el envío de la moción al gobernador de Minas Gerais, porque pienso que hoy esto tiene un significado.

## Notas

\* Franco Basaglia concluye su viaje de julio en Brasil con diversas conferencias en Belo Horizonte, de las cuales no fue posible conseguir las grabaciones. Volvió a Belo Horizonte algunos meses después, del 15 al 21 de noviembre de 1979, invitado, conjuntamente con el sociólogo Robert Castel, por la Asociación de Psiquiatras del Estado de Minas Gerais, en ocasión de su tercer congreso. Este segundo viaje fue una consecuencia directa del primero: Basaglia, de hecho, había sostenido con fuerza las denuncias de los operadores psiquiátricos y de las asociaciones locales sobre las condiciones inhumanas de los internados en algunos institutos psiquiátricos, en particular en el manicomio de Barbacena. Para hacer comprender el clima en el cual maduró el segundo viaje de Basaglia a Belo Horizonte, durante el cual se desarrollaron las conferencias, hasta este momento inéditas, que aparecen en este capítulo, nos pareció oportuno reportar aquí las intervenciones de Basaglia en el debate que se había producido en Belo Horizonte el sábado 7 de julio de 1979, al finalizar el seminario. Este debate fue publicado en la edición brasileira de las conferencias, precedido por

una breve introducción, que aquí se expone, de uno de los organizadores del seminario de julio y del segundo viaje de Basaglia en noviembre, el psiquiatra Antonio Soares Simone, que recientemente encontró y puso a disposición, las cintas grabadas de estas últimas conferencias.

1. La Associação Brasileira de Psiquiatria (Asociación Brasileira de Psiquiatria), la Associação Mineira de Saúde Mental (Asociación de Salud Mental de Minas Gerais) y el Centro de Estudios Galha Veloso.

2. Se trata del congreso de la WPA (World Psychiatric Association) la Asociación Mundial de Psiquiatras, que se había realizado en Honolulu en 1976.

## PSIQUIATRÍA Y PARTICIPACIÓN POPULAR\*

*Belo Horizonte, Associação Médica de Minas Gerais*

*17 de noviembre de 1979*

Me parece que en este momento nosotros estamos como en una clínica privada, los internados han pagado la internación, y diría que esta clínica privada no está del todo mal, se está bastante bien... Entonces, si nuestro objetivo es proteger nuestro egoísmo, entonces quedémonos aquí entre nosotros con nuestro dinero. Pero si el propósito es otro, abramos y socialicemos nuestro dinero. La elección que estamos por hacer es muy importante para nosotros como personas que luchan por la libertad de los derechos humanos.

No podemos ir por la calle gritando “muerte a los psiquiatras tradicionales” y luego ser nosotros mismos psiquiatras tradicionales. Entonces yo como persona que hace este curso sobre “psiquiatría y participación popular” sugiero votar la posibilidad de abrir la sesión a todos. Entonces pregunto: quién está de acuerdo con abrir la sesión, levante la mano. ¿Quién no está de acuerdo?... Bien, la moción por la apertura del curso está aprobada.\*\* No es simple la intervención que debo hacer esta mañana. Psiquiatría y participación popular: está claro qué quiere decir, la gente que participa en su propia asistencia. Dicho esto, podremos cerrar la sesión afirmando que nuestro intento es hacer participar a la gente en su propia curación, que todos puedan dar su propio aporte a la asistencia de todos. Pero para llegar a esta conclusión hace falta reiterar lo que fue necesario poner a foco de este aspecto, la gente debe saber cuál es el problema de la asistencia médica en general y de la asistencia psiquiátrica en particular.

Esta mañana el diario daba una noticia que parecía colocada a propósito para el inicio de esta conferencia: “Una mujer denuncia la tortura en el hospital de... ¿cómo se llama?...” (se dirige al traductor) no, no, “tortura”... el traductor evidentemente está de acuerdo conmigo porque tuvo un lapsus muy interesante, traduciendo “tortura” en lugar de “tratamiento”... El artículo se refería a un joven que había sido internado en ese hospital. Evidentemente, no aceptaba la in-

ternación, por lo cual fue tomado por la fuerza por un enfermero, llevado a una habitación y obligado a permanecer en la cama con una serie de inyecciones. Es muy importante que este hecho (que se verifica en todos los países del mundo, en todos los manicomios del mundo) lleve a una madre a denunciarlo para defender a su propio hijo de los insultos de la medicina. Otro episodio, que aparece en las páginas del diario, es el caso de José, que muchos de ustedes conocerán aquí en Belo Horizonte. También éste es un caso que sucede en todos los lugares del mundo. Un viejo, internado en un hospicio, protestó porque quería comer una cosa en lugar de otra. La protesta no fue soportada por la institución. Se trataba de un instituto para viejos normales que no protestaban, por lo tanto la protesta era una "anormalidad" que debía ser sancionada de alguna manera: el viejo, como consecuencia de su protesta, fue internado en un manicomio del cual logró escapar y refugiarse en una casa. En ese momento, las personas que lo acogieron en lugar de llamar a la policía llamaron a la prensa, llegó un periodista, se dio cuenta de la situación y en lugar de llevar al viejo al instituto psiquiátrico le buscó otra solución y denunció en un artículo, a la opinión pública, todo lo que había sucedido. Lo que ocurrió después no importa: el viejo encontró una solución positiva, en lugar de volver al manicomio, pero aquí el problema no es que las cosas terminen bien o mal. Para mí estos ejemplos representan dos situaciones que es importante poner en discusión, porque estos dos casos fueron denunciados a la opinión pública, discutidos por la población: el problema psiquiátrico o no psiquiátrico sale de la complicidad psiquiátrica y se vuelve patrimonio real de la gente, que puede sentenciar si la institución actúa bien o mal.

Prueben a pensar si uno, dos o tres años atrás, una madre hubiera denunciado a un hospital porque el hijo era sometido a un tratamiento violento, o si un periodista hubiera escrito un artículo porque un viejo fue internado injustamente en un manicomio. Evidentemente, esto significa una maduración democrática de la población, un control popular sobre la asistencia pública, por lo cual los políticos deben tener en cuenta la vigilancia que la población realiza sobre lo que ellos hacen. Otro ejemplo es lo que sucedió esta mañana entre nosotros. el hecho de que todos participamos de un problema que es nuestro. Y bien, esto es en síntesis el problema de la participación popular.

Escuché esta semana, en las sesiones del congreso en las que era espectador y no actor, que algunos de los que hablaban hacían una diferencia entre casos psiquiátricos y casos sociales, internados en los manicomios. Yo quisiera preguntar a los que hablaban, qué entienden por caso social y caso psiquiátrico. Estos días se habló mucho del manicomio de Barbacena, que se transformó en el eslogan de la lucha por la transformación psiquiátrica, pero yo diría que también por la transformación social. Quisiera preguntarles a los oradores cómo logran distinguir en Barbacena, los casos psiquiátricos de los sociales. Ustedes han visto las imágenes del audiovisual y de la muestra fotográfica. ¿Qué piensan de esta psiquiatría: que estos internados son, digamos, errores como el del viejo del que hablamos antes o que fueron internados porque estaban locos? Yo pienso que están todos internados porque son pobres. Serán también locos, habrán sido locos, pero el problema social, el problema de la pobreza fue la razón verdadera de su internación en Barbacena. Bien, si nosotros vamos a ver las historias de estas personas -cuando fui a Barbacena, el director del hospital me dejó ver algunas historias clínicas- todos los casos que examinamos eran casos de personas internadas porque molestaban la tranquilidad pública. Y entonces, ¿qué es la psiquiatría de internación, nos preguntamos, si no una ayuda al Estado para controlar la marginalidad social?

Se puede decir que el nacimiento oficial de la psiquiatría ocurre cuando, en la mitad del siglo XIX, en 1838, Francia instaura una ley que disciplina las modalidades de internación psiquiátrica. Dado que la psiquiatría era homologada a la medicina pero no se encontraba nada de objetivo que pudiese evidenciar el trastorno orgánico del enfermo mental, a la objetividad del trastorno se la hizo coincidir con trastornos del comportamiento social. Un cáncer, una pulmonía, una apendicitis, son razones para internar una persona en un hospital; el trastorno del comportamiento social, el ser asocial, es la razón para internar a alguien en el manicomio. De esta manera, cuerpo orgánico y cuerpo social son homologados.

Me interesa que puedan aferrar bien este concepto porque es determinante para la comprensión de todo el problema de la psiquiatría. En la historia de la psiquiatría fue necesario objetivar la persona loca: a la enfermedad se la hizo coincidir con el trastorno del comportamiento, cuerpo orgánico y cuerpo social fueron homologados. Tanto el enfermo del cuerpo orgánico, como el enfermo del

cuerpo social no pueden expresar su propia subjetividad enferma. Expresan en cambio su propia objetividad de cosas enfermas. En medicina, por ejemplo, la mujer que tiene un tumor en el útero *es* un tumor en el útero, no es una mujer que *tiene* un tumor en el útero, porque, aunque todos los tumores son iguales, cada tumor se manifiesta subjetivamente de alguna manera, pero luego se vuelve sólo un caso clínico, objetivado por el poder médico. La misma suerte corre el enfermo mental, el loco, que es encerrado en una enfermedad construida y definida de manera de impedirle expresar su delirio. Encarcelada de esta manera la enfermedad, la medicina resulta una ciencia aparentemente neutral.

Piensen en este micrófono, que me da la posibilidad de hablar más fuerte para que ustedes me escuchen. Este es un objeto en definitiva neutral porque a través de este micrófono puede hablar un comunista o un fascista (por suerte no les habla un fascista...). Este objeto es científicamente neutral, pero a mi izquierda tengo un traductor que traduce al portugués lo que yo digo en italiano. Bueno, el verdadero orador de esta mañana es él, no yo: él trata de ser lo más fiel posible, pero como no es idiota interpreta lo que digo. Es lo mismo que el problema del enfermo mental... el problema es que el médico cree tener en sus manos una cosa, y en cambio tiene a una persona y aquí se comienza a ver la perversión de la psiquiatría, porque la tarea de la psiquiatría es transformar en objeto al sujeto. Si nosotros observamos -y aquí habrá psiquiatras ¿no?- el modo en el cual se interna una persona en un manicomio, y la vemos luego de un año, nosotros podemos apreciar bien "la vorágine de engaños",<sup>1</sup> todas las situaciones repetidas a través de las cuales la persona es reducida a una cosa. La persona que es internada protesta por su internación y la primera cosa que se hace es darle una inyección, si no es atada con una **camisa de fuerza**. Empieza así la "carrera moral del enfermo mental" que en un momento entiende que es mejor adaptarse a las órdenes de la institución, no rebelarse. Se pone en marcha de esta manera el proceso llamado institucionalización: la persona, el loco encarcelado por y en la enfermedad, es encarcelado en la institución, y en ese momento la persona sufriente se transforma en un objeto de la institución, dócil como una bestia salvaje domesticada... vuelven las imágenes de Barbacena.

Cuando la gente se da cuenta de todo esto se rebela. La señora que esta mañana denunció al hospital psiquiátrico de Belo Horizon-

te evidentemente es una persona que entendió que la psiquiatría es una mistificación, una falsedad. Y éste es el resultado, como dije al comienzo, del trabajo hecho en Belo Horizonte en estos últimos tiempos, pero es el resultado también de una apertura a la democratización del país. Fueron importantes y valientes los psiquiatras que comenzaron una acción para la reconquista de los derechos de los internados, pero todo esto fue posible sólo porque hay una apertura, porque hay una participación de la gente. Me dijeron que en una ciudad vecina a Belo Horizonte el sindicato de metalúrgicos pide como reivindicación sindical, el derecho a la salud. Piensen qué enorme paso adelante para la democratización del país es el hecho de que un trabajador no coloque sólo una reivindicación salarial, sino que reclame el derecho subjetivo a la salud. Esto tendrá como reacción una toma de posición de la corporación médica, que se da cuenta que pierde poder en el momento en el cual el pobre, el trabajador, la controla. Este es el verdadero comienzo de una participación popular; no es el paternalismo del psiquiatra “bueno” que hace participar al pueblo, es el pueblo que reivindica sus derechos, es el pueblo que obliga al médico a salir de su mistificación, de su falsedad y a poner en evidencia delante de todos, lo que es su saber y lo que es su poder. Porque, digámoslo entre nosotros que somos todos técnicos, psicólogos, psiquiatras o asistentes sociales, etc., nuestro saber es nuestro poder. Si nosotros como psiquiatras, tuviéramos que decir cuál es nuestro saber, bien, creo que estaríamos en gran dificultad. Nosotros sabemos decir cuál es nuestro saber cuando estamos dentro de nuestro hospital, cuando somos los magos de la situación, cuando estamos con el delantal blanco que nos separa del pueblo, cuando usamos palabras difíciles, cuando decimos cefalea en lugar de dolor de cabeza, o cuando estamos obligados a decir esquizofrenia, manía, neurastenia, en lugar de locura. Pero cuando alguien nos pregunta: “pero, ¿qué es la locura?” no sabemos responder, porque en caso contrario nos convertiríamos nosotros en locos. Pues bien, el tema esencial es que nosotros debemos convivir con la locura y no podemos dar una respuesta institucionalizada al pedido de ayuda del enfermo.

Cuando una persona está mal, va al médico y pide ayuda porque no duerme, el médico como respuesta le da un psicofármaco. A un enfermo, la familia lo lleva al médico porque delira, porque tiene alucinaciones, y como consecuencia de esto el médico lo interna en

un manicomio. Aquí tenemos dos casos que según la gravedad reciben la misma respuesta institucionalizada, porque la persona que no duerme espera de antemano que el médico le dé el medicamento, y los familiares que llevan al delirante al médico esperan que lo interne en un manicomio. El pedido ya tiene en sí mismo la respuesta, una respuesta preformada, institucionalizada.

El manicomio no está tanto entre los muros, sino en la vida misma que vivimos, porque nosotros somos *medicalizados* y *psiquiatrizados* cada vez que vamos al médico, cada vez que tenemos necesidad de asistencia médica. Entonces, un nuevo tipo de asistencia, un nuevo tipo de control significa que el médico debe dar cada vez una respuesta distinta al enfermo, a la persona que le pregunta algo. Por ejemplo, va al médico una persona y le dice que tiene hambre. El médico para defenderse le dice “yo te puedo curar, pero no puedo darte de comer”. Y bien, este es un mal médico, porque el médico debería preguntarse por qué esa persona acude a él para pedirle que le saque el hambre. La respuesta que dará el médico tendrá una consecuencia muy importante para esa persona, porque el médico tiene un enorme poder sobre el público. Se podrá decir “esta cuestión no me compete, váyase, vaya a otro lado”, ¿cuál será la consecuencia? No lo sabemos. En cambio, diría, el problema es que el médico debe encontrar el modo de ser útil a esta necesidad, a este pedido, pero el médico encuentra siempre otra respuesta para defenderse.

Bueno, yo no sé si fue demagógico o no el gesto del secretario de Estado, me parece, que hizo abrir los manicomios al público, a la gente, a los fotógrafos, a los periodistas; y no sé ni siquiera si fue demagógico el hecho de que el otro día el congreso haya abierto al público la muestra sobre Barbacena. Pienso que, demagógicos o no, estos hechos son muy importantes, porque el secretario de Estado fue forzado a dar esta posibilidad por la presión de la prensa, como nosotros fuimos obligados por nuestro trabajo a abrir al público la muestra de Barbacena.

Los tiempos y el mundo están cambiando; el hombre va a la luna, la energía se divide. **todo**, cualquier delirio, puede ser realidad. Hace un tiempo un hombre que decía que quería ir a la luna era internado en un manicomio; hoy no es más posible porque puede ser verdad. Si uno decía que quería cambiar el mundo, era paranoico; se diría que hoy aquí todos nosotros somos paranoicos porque queremos cambiar el mundo. Actualmente hay otra conciencia, hay otro com-

portamiento frente a los problemas de la vida, y entonces no podemos pensar en vivir con la lógica del siglo XIX, sobre todo porque hoy las masas populares pretenden el control de la situación del país. A mí me parece que esto es evidente también respecto a lo que sucedió en Brasil: luego de diez, quince, veinte años de dura represión, hoy el gobierno está obligado a abrir, a dar voz al pueblo. El gobierno cree estar haciendo su propio juego pero no sabe las contradicciones que nacerán de todo esto. Y bien, esperemos que las contradicciones sean muy grandes y que el pueblo pueda tomar verdaderamente el poder.

Yo abriría ahora la discusión sobre esta primera parte del curso, porque creo que del intercambio de ideas y de prácticas, puede resultar una comprensión mayor.

*Yo quisiera saber, en primer lugar, ¿cuál sería su respuesta a un paciente que va al médico porque tiene insomnio?*

Mi respuesta al paciente que no duerme pienso que sería descubrir junto con él la razón por la cual no duerme, y encontrar el modo de incorporar esta circunstancia, no tanto como un síntoma, sino como expresión de su situación global, de su existencia. El problema es que el paciente del cual hablamos es un paciente abstracto; yo no puedo dar una respuesta global, porque si la diese sería nuevamente una respuesta institucionalizada. El problema está justamente en la situación específica de la persona. Les doy otro ejemplo: si debemos darle el alta del manicomio a un paciente que ha mejorado y que debe volver a la sociedad ¿qué debemos hacer? Este paciente no tiene nadie que lo pueda ayudar, está solo, abandonado. ¿Qué debemos hacer? ¿Lo seguimos teniendo en el manicomio o lo abandonamos en la ciudad? Yo digo que es necesario encontrar la manera de organizar un programa para él, hay que comprometer a la comunidad con este caso, a la población. Una persona que estuvo o está loca vive una situación de rechazo por parte de los otros. Y bien, yo debo hallar el modo de reintegrarla, de reconstruir los vínculos, así como debo idear la manera de aconsejar al que tiene insomnio, otra manera de afrontar el problema.

Sé que te he dado una contestación que no te ha conformado porque querías de mí una respuesta científica sobre cómo se hace para responder a una persona que tiene insomnio. Yo no lo sé, yo puedo sólo decirte: tengo que buscar con esa persona la razón por la

cual no duerme, puedo darle también el medicamento hipnótico, pero esto debe tener una razón, más allá del significado médico, debo originar una situación de vínculo con la persona. En este sentido, yo debo encontrar una posibilidad de vida también para la persona que fue dada del alta del hospital, debo convencer a la comunidad de acogerla, debo convencer a la sociedad de que las necesidades del loco son las mismas necesidades del que no está loco. Si uno es pobre y también loco, es también pobre, y muchos pobres no son locos. Pero cuando dos personas se encuentran, loco y no loco, pueden identificarse por su propia pobreza.

*En teoría es muy lindo un discurso sociológico sobre la locura, puede aportar otras visiones acerca del problema de la salud. Pero yo tengo una experiencia práctica con el doctor Thomas, que estuvo en Río de Janeiro y dijo que el enfermo mental no existe y que el psiquiatra es un payaso. Sin duda, atrajo la atención del público y luego partió para Copacabana donde trabajaba como psicoanalista que trataba enfermos mentales... Entonces yo pregunto ¿cuál es la posición de Basaglia?... si quiere sólo hablar en teoría o afrontar temáticas prácticas. Otra cuestión: abrir, simplemente, los institutos, no es la solución. Estas personas terminarían marginadas de la sociedad. Y otra cosa más: negar la existencia de la enfermedad mental es algo muy lindo, pero existen realmente la psicosis, la esquizofrenia... Yo quisiera saber cómo se comportaría Basaglia frente a un esquizofrénico que ha agredido al padre.*

Yo no soy responsable del psiquiatra de Copacabana que dice que la enfermedad mental no existe, son cuestiones de este psiquiatra, es un problema suyo, como dirían los psicoanalistas. Yo nunca dije que la enfermedad mental no existe. Prefiero decir otra cosa: yo critico el concepto de enfermedad mental, no niego la locura, la locura es una situación humana. El problema es cómo afrontar esta locura, qué comportamiento debemos tener nosotros los psiquiatras frente a este fenómeno humano, cómo podemos responder a esta necesidad. Hemos visto que todas las respuestas dadas hasta ahora fueron equivocadas y que la enfermedad mental como racionalización de la locura es un concepto absurdo, no equivocado, absurdo: la esquizofrenia en cuanto tal es una simple etiqueta que me sirve para establecer una distancia y por lo tanto un poder sobre el esquizofrénico.

En referencia al esquizofrénico peligroso que mata al padre: pienso que eso puede suceder, que en la vida hay muchas cosas impredecibles, pero no puedo encarcelar a todos los esquizofrénicos porque

un esquizofrénico mata al padre, por la misma razón que no puedo encarcelar a todo el mundo porque una persona ha matado al padre. El problema es que yo debo dar la posibilidad, no yo, la organización de la sociedad, debe dar la posibilidad a todos de vivir, y entonces las cosas cambian. Esto no es teoría, es práctica. El hecho de que yo haya sido invitado a este coloquio no es porque soy un teórico, sino que es porque hice cosas. He demostrado prácticamente que, en el momento en el que se abre el manicomio, las relaciones dentro de la institución cambian totalmente y el que se vuelve verdaderamente loco es el psiquiatra porque no entiende más nada. En ese momento el problema no es la rehabilitación del paciente internado, porque la rehabilitación en el interior de una institución abierta la hace el propio paciente, el problema es la rehabilitación del psiquiatra. Esto no lo digo como una ironía sino porque realmente el psiquiatra debe rever su preparación, su cultura, porque percibe que las cuentas no cierran, y esto es lo fantástico, lo importante de esta revolución psiquiátrica es que todo está por hacerse, que todo lo que sucedió hasta ahora está equivocado, que debemos crear otra teoría. Pero otra teoría puede surgir sólo de una nueva práctica, no será una teoría que surge de la mente del psiquiatra, sino una teoría que nace de la práctica cotidiana.

*Basaglia desde que comenzó está tratando de decir que el problema es el significado de la medicina en general, no sólo de la psiquiatría. Entonces, para que suceda en la medicina lo que ocurrió en la psiquiatría ¿es necesario cambiar el modo de ver todas las enfermedades?*

Esta pregunta me parece muy importante, porque desde el momento en que la medicina es separada de la psiquiatría, es muy difícil realizar un nuevo tipo de asistencia psiquiátrica. Una de las cosas más importantes de la nueva ley italiana no es tanto, o no sólo, el problema del cierre de los manicomios, sino el hecho de haber incluido la psiquiatría en el interior de la asistencia sanitaria, porque el verdadero manicomio no es la psiquiatría, sino la medicina. Pues bien, sobre este nuevo manicomio debemos actuar.

En el momento en el cual la psiquiatría como hecho social entra en la medicina se desarrolla una enorme contradicción, y es desde este punto de vista que yo considero muy importante lo que será la evolución posterior, no porque la medicina pueda ser capaz de resolver las contradicciones de la psiquiatría, sino porque todas las con-

tradiciones de la psiquiatría entrarán también en la medicina.

*Quisiera no hacer una pregunta sino dar una respuesta. Basaglia me preguntó cuál es la diferencia entre causas psiquiátricas y causas sociales. Yo no dije eso, o no me expliqué bien... lo que dije fue esto: estoy plenamente de acuerdo con Basaglia sobre el hecho de que todos los casos psiquiátricos son sociales, pero digo que no todos los casos sociales son psiquiátricos y que en nuestros hospitales psiquiátricos están entrando una gran cantidad de casos sociales y no psiquiátricos dado que no se presta atención a los casos socio-psiquiátricos. Te doy dos ejemplos, un caso social, y uno psiquiátrico: un individuo mutilado, simplemente mutilado, como hay tantos en Barbacena por ejemplo, y un psicótico en crisis, que considero un caso socio-psiquiátrico. No sé si esto clarifica algo, pero es mi opinión.*

No sé, me parece que la distinción que hacés es muy sutil. Un mutilado, ¿pero por qué ese mutilado está en Barbacena? Por abandono social, pero prácticamente ésa es la población psiquiátrica, y entonces es lo que decía antes... Yo te pregunto: si una persona va a tu consultorio y le preguntas “¿qué tiene?”, comienza una charla y esta persona te dice “tengo hambre”, ¿qué le respondes?

*No tengo una respuesta institucionalizada, depende de los casos.*

Es decir que no puedes defenderte, es decir no tienes la respuesta institucionalizada y por lo tanto no puedes defenderte...

*Entonces tú continuas defendiéndote. Yo hago una distinción entre algunos casos que consideraría específicos de la institución psiquiátrica.*

Sí, entendí, pero no entiendo qué es lo específico, me resulta difícil... un delirio, una alucinación, por ejemplo...

*No el delirio, ni la alucinación, sino un cierto tipo de sufrimiento...*

Pero, uno que tiene hambre, sufre. El problema es que te va a ver a ti que eres psiquiatra, y si va a un médico a decir que tiene hambre habrá una razón... Lo mío es una paradoja, pero en relación al problema del caso social y el caso psiquiátrico, diría que la mayoría de los internados en manicomios no son casos psiquiátricos. La persona que molesta por la calle, los dos ejemplos que aparecieron en los diarios, de los que hablé esta mañana, no son casos psiquiátricos, y sin embargo son casos psiquiátricos. Yo comprendo tu perplejidad porque también es mi necesidad de ver claro en el propio trabajo. Pero

yo te pregunto: ¿ves claro en tu vida personal? ¿Sabes distinguir lo que es patológico de lo que es normal en tu vida personal? ¿Sabes distinguir?

*Cada vez menos...*

Entonces puedes notar cómo el problema es cada vez más difícil, porque es cada vez más difícil encontrar una identidad en esta sociedad. Es un problema frente al cual debemos rendirnos.

*Tengo una sola objeción. Aquí hay personas que realizan sobre todo un trabajo práctico, y la práctica exige definiciones... entonces, ¿qué casos se deben aceptar en un hospital psiquiátrico, y cuáles no?*

El problema es que estás obligado, porque por ley estás obligado a asistir a todas las personas que te son enviadas al manicomio, no te puedes rehusar...

*Es verdad, debo dar una respuesta a todos los casos pero no necesariamente internándolos...*

Clarísimo: el problema es que eres director de un manicomio y por ley te mandan personas. No puedes negarte a aceptarlas porque es por orden jurídica y legal que te las mandan. Entonces, el problema es cómo afrontar este hecho, porque si nosotros miramos la cuestión desde tu óptica, en los manicomios deberían quedar dos o tres personas, los otros son todos sociales. En cambio, el problema es que no se sabe qué cosa es la psiquiatría, este es el problema: que nosotros debemos repensar el problema del hombre. Diría que la tuya es una propuesta, la mía es otra, valen las dos, es necesario que confrontemos en la práctica lo que producen.

*Sabemos que el profesor Basaglia está identificado con el movimiento antipsiquiátrico. Quisiera saber si la propuesta sobre la recuperación de los espacios terapéuticos de la psiquiatría es del profesor Basaglia.*

Como primera cuestión yo no formo parte de ningún movimiento antipsiquiátrico y niego de manera categórica el hecho de ser un antipsiquiatra. "Antipsiquiatría" no quiere decir nada, es como "psiquiatría". Yo pienso que soy un psiquiatra porque mi rol es el de psiquiatra, y a través de este rol quiero dar mi batalla política. Para mí, batalla política quiere decir batalla científica, porque nosotros, los técnicos de las ciencias humanas, debemos edificar una ciencia nue-

va que debe partir del sondeo de las necesidades de toda la población. Hoy la psiquiatría se instaure sobre un código burgués, sobre necesidades que el poder crea para el pueblo. En cambio nosotros debemos descubrir cuáles son las necesidades primarias de la gente: sobre esto debemos edificar una nueva ciencia. Naturalmente no es simple: para que el pueblo pueda expresarse debe tener la libertad de hacerlo, y actualmente el pueblo está encadenado al poder. También la psiquiatría, la medicina, son una vía para la democratización, para la conquista de poder y para la expresión de la gente. Este es el tema que quisiera exponer mañana en la segunda parte del curso: ¿es posible crear una nueva ciencia psiquiátrica?

*Quisiera expresar una preocupación mía como psiquiatra ya que me debo enfrentar con estas contradicciones, y es difícil tomar posición y ser coherentes con esa posición. Quiero decir: destruir el edificio psiquiátrico sería una forma de suicidio para el psiquiatra, porque su identidad está construida a partir de ese edificio. ¿Cómo ve usted esta cuestión?*

Lo que usted dice es muy importante. En mi práctica he visto cómo para mí y para todos mis colaboradores fue verdaderamente una situación masoquista, porque la destrucción de la institución crea una situación de anomia, una pérdida de identidad, y entonces el problema es ir a trabajar en el territorio, sin identidad. Pero la identidad se recupera en el momento en el cual se encuentra la posibilidad de conocer las necesidades reales, cotidianas, de la gente, no aquellas artificiales del manicomio. En ese momento empieza una nueva práctica y cada vez es una pérdida y una adquisición de identidad. En esta dialéctica y en esta contradicción está el nuevo tipo de trabajo: el médico, el psiquiatra, han dejado de tener su propia tranquilidad, porque la tranquilidad del médico es la muerte del enfermo.

*Bien, pero en esta nueva práctica ¿dónde terminaría -y en esto yo estoy totalmente de acuerdo con la intervención anterior- la especificidad de la psiquiatría?*

Yo creo que en el momento en el cual se persigue la especificidad de la psiquiatría se es como Diógenes que vivía en un barril y andaba en la búsqueda del hombre. Pienso que el problema de la especificidad de la psiquiatría y el problema del conocimiento se presentan cuando no se tienen más las certezas del viejo conocimiento. Co-

mo justamente has dicho, la psiquiatría es el manicomio porque sin el manicomio, el psiquiatra no tiene más identidad; evidentemente esta ciencia no existe más. Debemos ir, parafraseando a Proust, a la búsqueda de la psiquiatría perdida. El problema está abierto y sobre este problema abierto se fundará un nuevo “Belo Horizonte”.

*¿Cuál es su posición respecto al psicoanálisis que trata a una parte muy estrecha de la población, una elite, y sobre todo por cuestiones técnicas no permite la intervención de ningún miembro de la familia de los médicos?*

Es algo muy largo de exponer, importante. El problema del psicoanálisis es como el problema de la ciencia a la que me refería antes. Pienso que tal vez sea el caso de colocar esta cuestión para la exposición de mañana a la mañana porque ahora veo a *Cezar* que me persigue con su presencia...

## Notas

\* Esta conferencia inaugura el curso organizado por la *Associação Mineira de Psiquiatria*. El curso es pago pero se presentan muchas personas que no pueden pagar. La conferencia parte de este problema.

\*\* Unos minutos de desorden y confusión. Se escucha a Basaglia que comenta: “Eh, los pobres están entrando para participar del banquete de los ricos...”.

1. Se trata de una referencia al famoso trabajo de Erving Goffman, *Asylums. Essays on the social situations of mental patients and other inmates* (New York, 1961) publicado en Italia con el título: *Asylums. Le istituzioni totali*, Einaudi, Torino, 1968, con una introducción de Franco y Franca Basaglia vuelta a publicar en: *Scritti*, vol. II, cit. p. 31.



## ALTERNATIVAS DEL TRABAJO EN SALUD MENTAL

*Belo Horizonte, sede de la Associação Médica de Minas Gerais  
19 de noviembre de 1979*

Ayer a la mañana decía que actualmente la asistencia psiquiátrica y la psiquiatría, a casi dos siglos de su fundación, están en el banco de los acusados, enjuiciadas por todos lados, y en todos lados con un juicio de condena. No hay país en el mundo que no condene a la psiquiatría como instrumento de represión, de control social, aunque no hay país en el mundo que no tenga como realidad psiquiátrica los manicomios. La contradicción es que la condena es contemporánea a lo que sigue existiendo como opresión al enfermo pobre. Y bien, yo pienso que esta contradicción entre el decir y el hacer es algo que nos debe hacer reflexionar mucho, es la contradicción fundamental sobre la cual debemos discutir.

Pienso que esto es fundamental, incluso volviendo a lo que dijo ayer el representante de Bahía, en su bellísima exposición, según la cual era evidente que después de la Segunda Guerra Mundial toda la crítica a la psiquiatría giraba en torno a repetir técnicas que no tenían como finalidad la curación, sino el control social del enfermo. Y también recordando lo que ha dicho ayer Robert Castel,<sup>1</sup> vemos que por más que uno se esfuerce por crear técnicas alternativas a la opresión del enfermo mental, cada técnica termina siendo opresiva, se vuelve una vez más puro control social.

Esto es muy interesante, sobre todo si pensamos que la lucha contra la psiquiatría de hospicio comenzó en un país como Inglaterra que después de la Segunda Guerra Mundial tenía un gobierno laborista. Y bien, en aquel período se hicieron propuestas muy importantes relativas a la asistencia psiquiátrica, que fue homologada a la asistencia médica, cancelando así la división entre enfermo mental y enfermo psiquiátrico. Este era un buen inicio para una transformación de la situación.

Francia comenzó de la misma manera, pero sugirió ir más allá del manicomio y tener un tipo de atención en el territorio, la política de

sector, como recordaba ayer Castel. Norteamérica, muchos años después, propuso prácticamente lo mismo, con la ley Kennedy. Y bien, a más de treinta años del fin de la guerra, luego de tantos años de lucha, de propuestas, vemos que la situación real, la situación práctica de la asistencia psiquiátrica en todos estos países de desarrollo económico muy avanzado, es la misma que la realidad de Brasil: Barbacena es la realidad tanto para Francia, como para Inglaterra, como para Norteamérica. En Francia hay actualmente, por estadísticas hechas por colegas franceses, 150 mil internados en manicomios; en Inglaterra la realidad es todavía psiquiátrico-manicomial, igual que en Norteamérica. La cuestión grave es que simultáneamente a esta realidad de hospicio hay una nueva realidad psiquiátrica, que es la de la psiquiatría del territorio o de la política de sector. Es decir que la novedad aportada por las críticas a la psiquiatría hizo nacer otro tipo de organización psiquiátrica, pero esta organización no es otra cosa que la redefinición en términos territoriales de la lógica manicomial. Entonces, en lugar de disminuir, el número de asistidos aumenta, más allá de la realidad del hospicio, hay también control fuera del manicomio. Recientes estadísticas que aparecieron en **Le Monde** afirman que actualmente las personas que sufren de enfermedades mentales y que son tratadas por psiquiatras, sea en manicomio o fuera de él, son cerca de 40 millones en el mundo. Es terrorífico este número, si lo comparamos con la población total, el porcentaje de enfermedades mentales es impresionante. Y entonces ¿qué hacemos frente a estos problemas?

Quiero hacer un análisis bastante amplio para volver luego a la realidad local brasilera. Veamos qué han hecho, desde un punto de vista programático, los países con economías muy avanzadas. En Norteamérica por ejemplo, la comisión Carter ha planificado que en los próximos diez años un cuarto de la población norteamericana tendrá necesidad de un psiquiatra. Lo mismo ocurrió en Inglaterra y en Francia. Esto es absurdo: los técnicos con sus computadoras prevén cómo será el problema de la asistencia psiquiátrica en los próximos años. Pero todavía más grave es que estos países programan también qué es la vida sana para los próximos años, es decir la persona humana, ya sea sana o enferma, no existe; existe el programa de control de la población. Es una lástima que ayer no todo el público pudo entender bien lo que dijo Castel, a causa de la traducción, porque Castel puso en evidencia elementos enormemente importantes sobre el

hecho de que la asistencia psiquiátrica escapa de su objetivo, que el problema psiquiátrico no existe más y que existe solamente una persona que tiene una P adelante: “psiquiátrico”, y nada más que eso. Así como el que no tiene la P sobre la frente, tiene una N, que es “normal”. El problema es que en realidad las personas con la P, o con la N, son personas que viven, y a los programadores esto no les interesa para nada. Lo que importa es si estas personas dan o no ganancias con su existencia. De hecho, las personas no se dividen entre psiquiátricas y no psiquiátricas, sino que se subdividen entre quién da ganancia y quién no. Castel recordaba que hay una psiquiatría para los normales, una psiquiatría preventiva del absurdo, una psiquiatría que debe premiar, y una psiquiatría que castiga. Premio y castigo son dos puntos de referencia que representan el real significado de nuestra existencia, de cómo estamos obligados a vivir.

Si nosotros observamos Barbacena, o nuestra vida de todos los días, vemos que paradójicamente los mecanismos en los cuales vivimos son los mismos, la diferencia es que Barbacena es tortura, y nuestra vida cotidiana es manipulación. Nosotros vivimos constantemente en la lógica del premio y el castigo. Es en esta lógica que educamos a nuestros hijos. ¿Qué pretendemos de una sociedad en la cual nosotros mismos, que combatimos contra esta sociedad, luego producimos las mismas cosas? La originalidad de la actual batalla política, de la batalla política de movimientos que quieren otro modo de vivir, está exactamente en este hecho: que los sucesos de la vida privada, personal, deben coincidir con los comportamientos políticos, públicos. Les doy un ejemplo: todos nosotros ahora, en este momento, estamos enojados, furiosos contra la internación psiquiátrica, contra la tortura psiquiátrica, etc. Pero cuando nos encontramos frente a una persona que tiene necesidades, nos preocupamos primero por responder a nuestras propias necesidades “personales” y no a vivir la contradicción con el otro, que tiene necesidades análogas a las nuestras.

Esto mismo se puede decir también en relación con los problemas de la vida cotidiana, por ejemplo: ¿cómo son las relaciones con nuestros hijos? Son evidentemente relaciones de poder, en la cuales yo, padre, doy una educación al hijo basada en la lógica del premio y el castigo. ¿Cómo son las relaciones en el interior de la pareja hombre-mujer? Una relación de poder, evidentemente, y nosotros en público, en el ámbito político somos grandes políticos, queremos la li-

bertad de las masas; en la vida privada, en la familia, somos opresores, los opresores del hijo, de la mujer. Este no es un discurso evangélico o católico, es un discurso de análisis de la realidad. Yo pienso que el mundo, por lo tanto también la psiquiatría, no camina si el egoísmo, y la injusticia son el primer significado de la existencia. Yo no creo que podamos afrontar ni resolver el problema de la psiquiatría si no resolvemos primero nuestro problema interior. Esto es muy difícil y muy complicado.

He planteado esta premisa para entrar de lleno en el problema de la psiquiatría y de la participación popular. Los partidos políticos que quieren la emancipación del hombre evidentemente son nuestros aliados en la lucha por la destrucción de los manicomios, pero también es cierto que los que componen estos partidos no tienen esta sensibilidad hacia la expresión subjetiva del individuo. Las luchas sindicales evidentemente tienen como objetivo principal un mejoramiento salarial que por supuesto es necesario, pero en cambio no se tiene en cuenta la necesidad de un mejoramiento de las condiciones personales, de la subjetividad de los trabajadores. Si esto no sucede, yo tengo la impresión de que quien adhiere al partido de la reivindicación política no puede comprender cuáles son las necesidades de las personas que sufren.

Si yo pienso en la época en que comencé la lucha contra la internación psiquiátrica, me doy cuenta de que en aquel momento era mucho menos maduro de lo que soy ahora. Existía la necesidad personal de destruir una situación opresiva pero manteniendo los privilegios de ser psiquiatra y burgués. A medida que el tiempo pasaba y siendo consecuente con la lógica de mi lucha, observé que la transformación comenzaba a pasar también a través mío, y entonces empezaban los disgustos, porque dejar un privilegio, perder algo personal, quiere decir retroceder, o madurar. Y bien, disculpen si hago digresiones personales, pero las hago para que quede más claro el significado de cómo debe ser la estructura de quien combate, o del militante en la lucha, más allá de lo que son las afirmaciones de principios. Recuerdo, por ejemplo, que en los años calientes del '68, cuando comenzaba la rebelión juvenil a la opresión, digamos a la familia, a la situación general, yo representaba en Italia uno de los focos de la rebelión, uno de los líderes de la revuelta. Bien, un día llegué a casa y encontré que mi hijo de diez y seis años se había escapado. Fue para mí una sorpresa increíble, un sufrimiento inenarrable. Eviden-

temente esto representaba un shock que me obligó a madurar mucho porque comprendí que era un mal padre; quizás era un buen revolucionario, pero un mal padre. Esta es una enorme contradicción, produce un enorme sufrimiento.

En esos mismos años empezó la lucha feminista, y entonces afloraron los padecimientos, porque ya no se podía mentir, no podía decir a mi mujer que yo era un revolucionario y comportarme con ella como un dominador. Y bien, mal padre, pésimo marido, excelente revolucionario. Aquí comienza la verdadera lucha interior, aquí comienza el discurso real del militante como persona que afirma la propia individualidad en relación con los otros, respetando la individualidad de los otros.

Así es, yo pienso que si nosotros no tenemos como guía este principio, no podemos iniciar una lucha porque será una lucha ya perdida, será una lucha falsa, y terminaremos siendo extraordinarios programadores del Estado, dispuestos a inventar nuevas técnicas para manipular al enfermo, la mujer, el hijo, el niño.

Actualmente apareció en psiquiatría otra palabra mágica, a la que le han hecho los honores en los cursos, es la palabra crisis. Parece que no está más de moda hablar de esquizofrenia, de manía, de histeria; hoy se habla de crisis, análisis de la crisis, intervención en las crisis... Y bien, yo acepto esto porque pienso que es verdad que la crisis es la verdadera esencia del desorden clínico, pero el problema es la manera en la cual afronto la crisis, que puede tener dos resultados distintos: la regresión o la maduración, tanto del enfermo como del médico.

En Trieste hemos organizado un equipo al que llamamos de "emergencia", que trabaja las 24 horas del día y puede ser llamado desde cualquier lugar de la ciudad donde sea necesario. Este equipo tiene varios modos de responder a la crisis, uno es la internación, otro es resolver la crisis, volver a dar a la sociedad lo que ésta ha rechazado, ayudándola a reintegrar a la persona; o bien, otras posibilidades que varían momento a momento, según la situación que se deba afrontar. Este tipo de intervención sobre la crisis hace que la solución se encuentre en conjunto con la familia y el enfermo. Esto obliga a poner sobre la mesa todos los problemas, los problemas de la familia, los del enfermo y también los problemas del médico, porque el psiquiatra está en una situación de crisis tanto como el enfermo y la familia. El hecho de encontrar juntos una solución da una

posibilidad de maduración del problema. Todo esto muestra que la intervención del operador no puede ser, no debe ser, una operación totalizadora, sino individualizadora, en el sentido que cada caso es un caso, es una historia, como cada médico es un médico con la propia historia. En conclusión, una comunidad tiene una historia y cada historia de la comunidad es el conjunto de muchas historias, expresión de diversas subjetividades que deben ser respetadas. Si nosotros no tenemos presente estos principios, no podemos pensar en la transformación política de una comunidad, porque la transformación política no será otra cosa que lo contrario de la situación precedente: cambiará el patrón pero la situación seguirá siendo la misma.

Me parece que esto es lo que estamos viviendo hoy en el mundo: la situación es muy triste y opresiva, da lo mismo cualquier cosa. Y bien, hubo tantas revoluciones en estos últimos treinta, cuarenta años, y todas nos hicieron tener esperanzas en un mundo que cambiaba. Luego esta esperanza se vino abajo, apareció otra revolución y nosotros resurgimos esperando que ésta fuese la revolución buena... pero también ésta falló, y vemos que todo lo que sucede fuera de nosotros termina luego en un fracaso.

En el campo de la psiquiatría hemos visto situaciones que reflejan de manera empeorada la psiquiatría occidental, y entonces nuestro maniqueísmo, la manera en la que fuimos educados nos dice que todo es mierda. Yo no creo que todo sea mierda, incluso porque nosotros que estamos aquí hablando de estas cosas, no somos mierda porque queremos superar todo esto, porque queremos encontrar la revolución dentro de nosotros mismos. No hay duda que, en el momento en que queremos dar un significado a la enfermedad de nuestro paciente, a la persona con la cual tenemos un vínculo, estamos realizando una gran revolución, una lucha no para cambiar el mundo con una nueva teoría, sino una lucha en la cual queremos hacer algo que es inherente a nuestra profesión. Hablaba ayer de la ideología y de las utopías. Este es nuestro secreto: el secreto de trabajar en la ideología, porque vivimos inmersos, estamos obligados a vivir en la realidad de los supermercados, del cine, de los congresos, de las calles, en la realidad que nos es impuesta cada día, pero es esta realidad la que queremos transformar, y cuando se transforma la realidad teniendo presente la subjetividad de todos, hacemos utopía, entramos en la utopía: la utopía se transforma en la verdadera realidad, la prefiguración de una realidad.<sup>2</sup>

En otras palabras, para citar una frase muy conocida, se trata de hacer una "larga marcha a través de las instituciones". O nosotros aceptamos hacer ésta larga marcha junto a las grandes masas que quieren cambiar el mundo o de otra manera la nuestra será una lucha personal, una lucha individualista, burguesa, y nada más que eso. Yo les he hablado esta mañana, los entretuve, con temas que parecen tener poca relación con la psiquiatría, pero ésta es la verdadera psiquiatría, porque no es psiquiatría.

*Usted habla de una psiquiatría dirigida al pueblo, en la cual haya participación popular de carácter democrático, como fuerza popular organizada, y esto transformaría al psiquiatra en un especialista orgánico de la clase oprimida. Esta hipótesis ¿no llevaría a una degradación del rol del psiquiatra, ya que dejaría de ser médico y pasaría a ser sólo un político, predicando la democracia u otra ideología, cancelando el rol de psiquiatra, como si con este acto se pudiera dar fin a la locura y la enfermedad mental?*

Sí, diría que en el momento en el cual el psiquiatra, el operador social, se vuelve orgánico de la clase oprimida, se vuelve líder, mediador, referente de las que pueden ser las necesidades de la clase oprimida. Esto me parece que es un discurso muy importante aunque yo lo vivo como discurso reaccionario por cómo fue formulado, porque el psiquiatra siempre fue orgánico no de la clase oprimida, sino de la clase que oprime, es decir el psiquiatra siempre defendió los intereses de la clase dominante. Miremos un poco el nunca tan nombrado Barbacena: ¿el director de Barbacena es orgánico de la clase dominante o del pueblo? Evidentemente es orgánico y dependiente de la clase que oprime porque si mantiene Barbacena como es, quiere decir que es delegado por la clase dominante para mantener Barbacena como es. En otras palabras, Barbacena representa un tipo de control funcional a la lógica de la organización social en la cual vivimos. Cuando el médico se da cuenta de esto tiene dos posibilidades: la de continuar trabajando como un médico tradicional, es decir como político reaccionario, o bien rebelarse, traicionar a la propia clase y colocarse al servicio de la clase oprimida, por lo cual su referente no será más el patrón, sino el siervo. Este es el discurso sobre la organicidad: todo consiste en elegir, o elegimos ser víctimas o elegimos ser victimarios. Me parece muy importante tener claro esto...

*Pero se produciría una degradación del rol del psiquiatra pasando a un*

*rol virtualmente político, a la utilización de la psiquiatría en términos ideológicos... además es necesario responder a la pregunta sobre qué es la locura...*

La psiquiatría siempre fue usada en términos ideológicos y nosotros combatimos contra esto no para crear otra psiquiatría ideológica sino para crear una nueva práctica que responda lo más posible a las necesidades de los oprimidos. Sería como decir sobre una persona que tiene hambre, que este hambre no es un problema político. Cuando yo doy un pedazo de pan a un hambriento realizo un acto político, es evidente. Yo prefiero dar el pan, más que tomarlo.

El otro tema, el problema de la locura, es un problema teórico muy importante: ¿qué es la locura? Esto me parece que me has dicho, que yo no digo qué es la locura. No quiero hacer demagogia, pero te pregunto: ¿qué es la razón? Yo no puedo más que responderte que la locura no es razón y que la razón no es locura; yo no creo que la locura se pueda aclarar y explicar con la razón, y viceversa.

De esto se desprende otro problema, el problema de la enfermedad mental. Yo no niego que exista la enfermedad mental, pero la enfermedad mental no es otra cosa que la organización de la locura en términos de lenguaje sistematizado, es decir, esquizofrenia quiere decir sistematizar un determinado modo de expresarse de la locura.

La esquizofrenia aparece en un momento histórico particular, como organización del pensamiento científico. Nace, ya introducida de una determinada manera por Kraepelin,<sup>3</sup> a principios del novecientos por obra de Bleuler<sup>4</sup>... No quiero desarrollar aquí una lección de psicopatología, pero es interesante ver cómo nace, cómo se configura la esquizofrenia. La esquizofrenia, para quien no lo sabe, es una enfermedad que ataca a las personas en edad adolescente y que se expresa por una característica que se llama "autismo", es decir el recluírse en un mundo solitario. Evidentemente esta es una reacción, es una defensa de un joven que no acepta el impacto con la vida. Nosotros vemos que, desde el novecientos en adelante, en todos los países en vías de industrialización, en todos los países más avanzados, la forma clínica más frecuente era justamente la esquizofrenia (no quiero decir con esto que la esquizofrenia no se evidencie también en otros países, pero diría que en los países industrializados parecería tener una frecuencia absolutamente especial...). Actualmente en cambio, en los países de alto desarrollo tecnológico, la verdadera preocupación de la organización sanitaria psiquiátrica pare-

ce ser el joven drogadicto. Están apareciendo otros síndromes clínicos que son las distintas formas institucionalizadas de la locura. En otras palabras, la enfermedad mental es la manera de expresarse de la locura en los diversos contextos sociales en los cuales surge. A mí no me interesa tanto la locura, ni siquiera la enfermedad mental, sino el modo en el cual el loco logra vivir su vida, teniendo presente la manera en la que se desarrolla culturalmente la vida de la sociedad. ¿Estás conforme con la respuesta, o no?

*No todos los locos son reprimidos e institucionalizados. Todos conocemos hombres de poder sobre los cuales no es difícil hacer un diagnóstico...*

Me parece interesante esta intervención porque aclara un aspecto del problema. Inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial era muy frecuente escuchar decir que Hitler era un paranoico, un esquizofrénico, que era un loco. Así como se decía que los torturadores son locos, o en Italia se decía o se dice que los de las Brigadas Rojas son locos. Bueno, creo que aquí hay un equívoco que es necesario aclarar. Pienso que en el momento en el que se dice que estos son locos, en realidad se piensa que de esta manera se elimina el problema, se exorciza, porque si Hitler es loco una vez que se lo agarra se lo mete en un manicomio y la vida continúa con su lógica; si el torturador es loco, se mete al torturador en un hospital psiquiátrico y se termina todo. Y en cambio yo creo que no se termina nada; yo creo que puede haber mecanismos psicopatológicos en el modo de comportarse de estas personas, pero su modo de ser, su modo de actuar, su modo de participar de la vida cotidiana es extremadamente lógico y racional. Diría que los que dirigen el Estado que usan a estas personas, las saben usar a fondo. El torturador es una persona que tiene su proceso, su camino, su nacimiento y su desarrollo. Por ejemplo podemos decir que los directores de manicomio son todos torturadores, y entonces debemos meter a todos los directores de los hospitales psiquiátricos en un manicomio, que creo que sería la cosa más sana... Pero en cambio el problema es que el director del hospital psiquiátrico tiene un proceso de vida que nos hace ver cómo ocurre que una persona que en sus comienzos pensaba que podía hacer el bien al prójimo se transforme luego en un torturador... Hay un libro muy importante de Sartre<sup>5</sup> escrito con un escritor argentino torturado que explica justamente cómo se logra la "fabricación" del torturador. Esta es la lógica racional...

*¿En qué medida la técnica psicoanalítica puede afrontar no sólo los problemas personales sino también el problema de la “socialidad”?*

Yo no pienso que el problema de la socialidad y los problemas personales puedan ser resueltos con una técnica. Hace tiempo, cuando no existía el psicoanálisis, estaba el cura del pueblo, el cura al cual se recurría para resolver los propios problemas personales. Hoy la modalidad se ha vuelto laica, por lo cual el cura se convirtió en el psicoanalista. Pero diría que hay una diferencia entre el cura y el psicoanalista. Yo no soy católico, soy católico sólo por estar registrado como tal, pero entre el psicoanalista y el cura, prefiero el cura: porque mientras el cura confiesa a todo el mundo, burgueses y proletarios, el psicoanalista confiesa sólo a los burgueses... Bien, sé que es muy fácil hablar así y hacer reír a la gente... en realidad yo pienso que la cosa es mucho más compleja. Pienso que Freud fue uno de los grandes de este siglo, por dos razones: porque les dijo a los hombres que hay algo que no conocen de sí mismos, esto es el inconsciente, elemento extremadamente importante para comprender la vida del ser humano, y porque fue el hombre que hizo sentir en la subjetividad, el olor, el feo olor de la burguesía que estaba muriendo. Para mí Freud fue un gran sociólogo, un gran político, justamente por esta razón, porque el comienzo de su teoría nace del estudio de un mecanismo político. De aquí nació una teoría con la cual uno puede o no estar de acuerdo. Yo sustancialmente no estoy de acuerdo, porque no se puede distinguir entre psicoanalistas e instituciones psicoanalíticas, sería como distinguir el cristianismo de la iglesia católica. Yo no estoy de acuerdo con la iglesia católica y no estoy de acuerdo con el psicoanálisis porque pienso que la institución es la cosa, como la psiquiatría es el manicomio. No existe la psiquiatría en sentido absoluto, porque la psiquiatría se vuelve concreta en el manicomio. Pienso que el psicoanálisis tiene en su interior y en su lógica, principios activos muy importantes, pero no estoy de acuerdo con los psicoanalistas porque han transformado al psicoanálisis en una multinacional. No quiero aventurarme en consideraciones teóricas. Yo les digo siempre a los psicoanalistas que confronto con ellos, pero sobre el terreno de la práctica.

*Quisiera que el profesor hablara un poco más sobre la situación actual de la psiquiatría en Italia, si existen clínicas y cómo funcionan, y las diferencias respecto de las nuestras.*

He hablado primero de los problemas de la psiquiatría en los países más avanzados de Europa y dejé de lado Italia por una razón de buen gusto... Pero ya que usted me lo pide voy a hablar. La psiquiatría italiana hoy, a pesar de las luchas que se hicieron en estos últimos veinte años, es todavía una psiquiatría de internación, aunque existe una ley que prohíbe la construcción y ordena la eliminación de los manicomios. Nosotros, psiquiatras democráticos, aun habiendo estimulado la nueva ley, somos una minoría, pero, como diría Gramsci, somos una minoría hegemónica. Es un poco lo que sucedió en estos últimos tiempos aquí en Belo Horizonte cuando un grupo de operadores comenzó a atacar social y políticamente la psiquiatría tradicional y los manicomios y se abrió una discusión, los manicomios se abrieron a los operadores, a los diarios, a los fotógrafos; esto porque la gente se movió y protestó por el escándalo. Y bien, el problema ahora no es continuar solamente con el escándalo, lo más importante es la organización; debemos oponer organización a la organización. Esta minoría debe organizarse más si quiere ser cada vez más fuerte en contraposición con el Estado, en oposición con el gobierno, si quiere arrancar mejoras, reformas. Yo no creo que se obtenga nada espontáneamente, se obtiene solamente a través de la lucha. Luego de veinte años de lucha, y luego de haber convencido no tanto al gobierno, sino a las organizaciones políticas y sociales, de la necesidad de un cambio en la asistencia, hemos obtenido una ley que debemos defender día a día porque, aunque se trate de una ley del Estado, la mayoría no querría aplicarla, los psiquiatras tradicionales no querrían aplicarla porque determina la pérdida de su poder. De hecho, esta ley marca la pérdida de poder de los psiquiatras tradicionales pero simultáneamente es también la puesta en práctica de un nuevo saber. Naturalmente nosotros debemos vigilar muy bien porque esta minoría, una vez capturada, puede transformarse en la nueva mayoría reciclada.

*Mi pregunta es ésta: ¿cómo democratizar el accionar del psiquiatra sin hacer lo mismo con el modelo médico?*

Pienso que es muy difícil democratizar el modelo médico porque coincide con la finalidad y el modelo de la corporación médica. No se puede realizar democracia si los médicos no son democratizados a propósito de la asistencia; por lo tanto pienso que los médicos deben ser obligados por las fuerzas populares a cambiar su comporta-

miento, porque es muy difícil que el médico quiera perder sus propios privilegios, que son privilegios de poder y privilegios económicos. Por otro lado tenemos un ejemplo justamente aquí, en Sudamérica, de lo vergonzante que fue el comportamiento de la clase médica en relación con la transformación política de un país: en Chile, una de las causas de la caída del gobierno de Allende fue justamente la corporación médica, que no fue democratizada en el período de la Unidad Popular y se opuso firmemente a la transformación. Entonces el problema es justamente sensibilizar a los médicos. Para cambiar esta situación es necesario dar a los médicos la posibilidad de comprender que es también por su propio interés, cambiar, y esto es muy difícil. Es un punto muy crítico. Pero el hecho de que muchos médicos tengan voluntad de cambiar significa que hay quintas columnas en el interior de la corporación médica. El tiempo trabaja a favor nuestro, no del poder.

*Hasta ahora se ha hablado mucho de participación popular ¿Cómo se puede pensar obtenerla en una sociedad que produce marginación y donde una minoría decide y controla la participación de las personas? ¿Cómo pensar, en este país, en una participación popular, en una psiquiatría comunitaria, si domina un comportamiento de exclusión, si las personas son incentivadas a no participar?*

Sí, es cierto, pero éste es el desafío que proponemos. Incluso este encuentro, todo lo que decimos es una provocación constante contra esta sociedad: nosotros somos una minoría que quiere una realidad distinta. Sería como pensar que cuando comenzaron hace más de cien años las luchas obreras, los obreros hubiesen dicho “¿cómo podemos organizarnos, si hay toda una organización social que está en contra nuestro?” Pues bien, luego de cien años, hoy las organizaciones de trabajadores son una realidad muy importante, y la situación ha cambiado mucho. Espero que para cambiar lo que queremos cambiar nosotros no se necesiten cien años...

## Notas

1. Robert Castel, uno de los mayores sociólogos contemporáneos, actualmente director de estudios en la *Ecole des hautes études en sciences sociales*, fue amigo de Franco Basaglia y protagonista con él del debate cultural y político sobre los saberes y las

instituciones psiquiátricas. Uno de sus primeros trabajos publicados en Italia *Lo psicoanalismo. Psicoanalisi e potere*, Einaudi, Milano, 1975 (*Le psycanalysme*, Maspero, París, 1973) fue introducido por Franco y Franca Basaglia (en Franco Basaglia, *Scritti*, vol. II cit., p. 349), y un ensayo de Castel "La contraddizione psichiatrica" está contenido en el volumen colectivo *Crimini di pace*, compilado por Franco Basaglia y Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino, 1975, p. 171.

2. Esta reflexión sobre ideología, utopía y realidad, fue desarrollada por Basaglia en uno de los ensayos más bellos, "L'utopia della realtà", en *Scritti*, vol. II cit., p. 339.

3. Emil Kraepelin (1865-1926) fue el primero que comenzó el trabajo de reordenamiento y clasificación de las enfermedades mentales. Su monumental *Psychiatrie. Ein Lehrbuch* salió completa en 1903, y fue traducida al italiano dos años después (*Trattato di psichiatria*, Vallardi, Milano, 1905).

4. Eugen Bleuler (1857-1939) publicó en 1911 su primer trabajo de sistematización del concepto de esquizofrenia, reeditado recientemente en italiano con el título de *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1985.

5. Se trata del libro de Henry Alleg, *La tortura*, tr. it. Einaudi, Torino 1958, del cual Jean-Paul Sartre escribe la introducción.



## PSIQUIATRÍA Y POLÍTICA: EL MANICOMIO DE BARBACENA\*

*Belo Horizonte, sede de la Associação Médica de Minas Gerais  
21 de noviembre de 1979*

Confieso que estoy muy emocionado luego de haber visto esta película. Me resulta difícil hablar de un tema que la película ha ya tratado. "Psiquiatría y política" es la película de Barbacena que han visto esta noche, no por los comentarios que escucharon, sino por las imágenes que han visto. Yo no sé si desde un punto de vista cinematográfico la película es bella o no, a mí no me interesa, porque en esta situación el problema estético no tiene ninguna importancia. Esta película es la evidencia y el testimonio de lo que podemos llamar un "crimen de paz",<sup>1</sup> y pienso que nosotros verdaderamente deberíamos crear tribunales para juzgar a todos los que han aceptado y soportado hacer vivir de esta manera a aquellos desdichados. Pero los tribunales generalmente sirven para otros, sirven para juzgar a los pobres que no han soportado la competencia de este sistema infernal: los tribunales son tribunales psiquiátricos que mandan a la gente al manicomio.

Y bien, ¿cómo hablar de política? La política es este documento, la política es Barbacena. Barbacena es la expresión más evidente de un fascismo imperante que no quiere a los pobres sentados a la mesa. Ahora estamos aquí reunidos al final de este encuentro. Pienso que deberíamos hacer una especie de promesa y decir todos juntos: "no al manicomio, no a la violencia, no a la brutalidad". Hemos visto esta película sobre Barbacena, y si no queremos aceptar más esta dura realidad, nosotros debemos ser como el niño de la fábula de Andersen<sup>2</sup> que cuando vio el rey que caminaba desnudo gritó: "¡el rey está desnudo, el rey está desnudo!". Y bien, ésta es la psiquiatría, y nosotros debemos luchar para vencer a esta psiquiatría, para transformar toda la asistencia en respuestas a las necesidades de quien sufre.

Esta noche, luego de las imágenes que hemos visto, les digo la verdad, no puedo hablar de las alternativas a Barbacena. Pienso que debemos agradecer a los que han realizado esta película llamándolos a

esta mesa para comenzar a discutir sobre Barbacena. Discutiendo juntos podremos encontrar la alternativa a Barbacena, porque yo no pienso que un psiquiatra extranjero pueda dar la alternativa a Barbacena, a Minas Gerais. Yo digo que el modelo italiano, si es que existe un modelo italiano, no es exportable; la alternativa debe nacer en Minas Gerais, de la población, de los técnicos. Sólo así yo pienso que existirá una verdadera alternativa a la situación.

Pienso que todos juntos hoy, en este momento debemos aplaudir llorando a esta película que nos ha dado la posibilidad de ver contra qué debemos luchar. Agradezco mucho a todos y llamo a esta mesa al director del documental, el presidente del congreso César Campos, Antonio Simone y todos aquellos que han participado en la película.

*Yo quisiera que usted profundizara sobre el problema del rol del psiquiatra y del espacio que él debe dar a su autodestrucción, ya que la destrucción de esta situación significa romper con la estructura burguesa y con el poder que ésta tiene sobre el control de la salud.*

El problema que usted plantea me parece muy justo porque es el de la destrucción del manicomio que no puede ocurrir más que a través de los operadores que trabajan en el campo de la salud, y por lo tanto es una situación efectivamente un poco masoquista, autodestructiva. Esto si planteamos el discurso en términos psicológicos, pero si lo pensamos en sentido político, la destrucción del manicomio se produce no tanto por una razón técnica, sino por una razón política, cuando la asistencia y la política no pueden soportar más la formación de guetos, y la exclusión del diferente. Los movimientos, los partidos y los sindicatos que quieren la transformación de una sociedad no pueden soportar que el proletariado y el subproletariado sean tratados de esta manera en las instituciones del Estado. Por lo tanto deben iniciar una movilización para la transformación de estas estructuras. Deben ser los partidos, los sindicatos, quienes propongan alternativas al problema del control. Naturalmente psiquiatras y operadores serán controlados por este movimiento, entonces no se hablará más de masoquismo, de autodestrucción, sino que se hablará de una alianza constante y continua entre la clase que lucha en sus organizaciones y el psiquiatra que ha cambiado de patrón, en el sentido de que habrá una alianza para llevar adelante un discurso, que será seguramente técnico, pero también político.

Es muy difícil poder decir en la práctica cómo se verifica esto, pero ayer a la mañana, decía, tuve noticia de que en una ciudad vecina a Belo Horizonte los sindicatos pusieron entre sus reivindicaciones el derecho a la salud. Esto no fue pedido por los psiquiatras, por los médicos, fue pedido por los trabajadores en lucha, y esto es importante porque da la posibilidad al médico que quiere cambiar la asistencia, de comprender cuáles son las necesidades del ciudadano, porque hasta el día de hoy los que han determinado las necesidades en la enfermedad o en la salud, fueron los médicos. En esta medida se comienza a comprender qué quiere decir prevención: prevenir la enfermedad quiere decir actuar para mantener la salud. Pero nosotros los médicos, que fuimos instruidos en la universidad para curar enfermedades, no sabemos qué es la salud, sabemos sólo qué es la enfermedad. Pero si queremos cambiar verdaderamente las cosas, debemos comenzar a aprender en la universidad qué quiere decir la dimensión social en la medicina, porque el hombre no está hecho de cuerpo -está hecho también de cuerpo-, sino que está condicionado por lo social, y en el momento en el cual la dimensión social entra en la medicina, el médico no entiende más nada, porque está habituado a pensar que su enfermo es un cuerpo enfermo, un tumor, un hígado enfermo, una cabeza enferma. No se le ocurre nunca que esta persona, que esta enfermedad, que esta situación, pueden ser consecuencia de la vida. Entonces, evidentemente, prevención de la enfermedad o mantenimiento de la salud, no quiere decir hacer diagnósticos precoces, sino ver en los lugares de trabajo, en los lugares de la vida, cuáles son las situaciones que determinan la enfermedad. De esta manera, el médico se vuelve un militante, combate en la fábrica para que las situaciones de trabajo sean tales que no produzcan enfermedades; no recetará más automáticamente medicinas, sino que discutirá con los obreros cuál es su situación de trabajo, para reclamar mejores condiciones para vivir, para poder sobrevivir.

Evidentemente es el significado de la medicina el que cambia, el médico deja de ser el mago, y los horrores que hemos visto en Barbacena no podrán más existir porque la tarea del médico no será la de estudiar la enfermedad mental en Barbacena, sino impedir que en una sociedad civil sucedan estas cosas. Esta es la tarea que nos espera. En otras palabras, el médico, al no ser más un hechicero, será la persona que defiende los derechos humanos de su enfermo. Actualmente los grandes del planeta, los que dirigen los grandes países,

han comenzado la campaña por los derechos humanos. El problema es que estos derechos humanos no están defendidos, son pisoteados día a día, y creo que esta reunión no es una convención de psiquiatría, ni una convención política en el sentido tradicional de la palabra, sino una convención por la defensa de los derechos del hombre contra la internación psiquiátrica, una convención que pregunta a los operadores cómo es posible actuar en este sentido.

*¿Nos puede decir algo sobre el manicomio criminal, si existe en Italia, y cuál es su posición al respecto?*

Ciertamente, existe en psiquiatría un sector que se llama psiquiatría criminal. En Italia, a comienzos del novecientos existió un psiquiatra, César Lombroso, que veía el origen de la enfermedad mental en causas puramente naturales, por las cuales el loco, nace loco, y algunas veces nace también loco y criminal; para este loco criminal fue creada especialmente una institución, que era justamente el manicomio criminal. El loco que mata, que roba, que realiza un acto antisocial debe entrar en un manicomio especial y no en una cárcel, porque a causa de la enfermedad no puede comprender el significado, la importancia de la pena, es decir que no puede entender el sentido de la rehabilitación que la prisión le impone. Por lo tanto no puede ser condenado a una pena de detención en la cárcel, sino que es condenado a quedarse en el manicomio criminal por un determinado número de años, luego de lo cual pasará a un hospital psiquiátrico para realizar un tratamiento. Si Barbacena es el hospital psiquiátrico civil, cómo será el hospital psiquiátrico criminal...

En Italia existen cinco de estos hospitales judiciales pero con la nueva ley por la cual el enfermo mental no es más internado sobre la base de la peligrosidad, entra en crisis el concepto mismo de manicomio criminal. Esto significa que el loco que mata, debería ser juzgado como cualquier otra persona, y es por esta razón que se pidió, en este período, a la Corte constitucional italiana, que decidiera si los manicomios criminales son constitucionales o no. La respuesta será muy importante para la revisión de los códigos y para un cambio cultural en la visión de las cosas.<sup>3</sup>

Me parece que esto es muy importante, y pienso que uno de los pedidos que debería salir de este congreso, entre otros, debería ser eliminar cada ley particular, especial, sobre la internación psiquiátrica: no debe existir más una ley especial para el enfermo mental, sino

que serán las leyes generales que intervendrán en esta materia, según la constitución de cada país. En Italia, actualmente, la internación obligatoria no se refiere sólo al enfermo mental, sino a todas las situaciones que pueden provocar daños a la persona y a la sociedad. En la reforma sanitaria en la cual está incluida la nueva disposición para las enfermedades mentales existe un artículo<sup>4</sup> que se refiere a los tratamientos obligatorios, y entre éstos está previsto, en caso de necesidad, también aquel para el enfermo mental.

En relación con este punto, en Italia, sucedió una cosa bastante interesante. Mientras antes de la ley, la casi totalidad de los enfermos eran internados en el manicomio por la fuerza (la vieja fórmula para la internación era "peligroso para sí mismo y para la sociedad y por escándalo público" y cuando un médico reconocía que una persona tenía necesidad de ser internada hacía un pedido en triple copia que debía ser firmado por el jefe de policía)<sup>5</sup>, con la nueva ley, al no existir más la indicación de peligrosidad, la internación va a tener un mecanismo más difícil. Es decir, el médico que quiere mandar a una persona a un tratamiento obligatorio debe pedir autorización ya no a las autoridades policiales, sino al intendente de la ciudad, que es, según la reforma, la autoridad sanitaria.

*¿La nueva ley ha modificado la modalidad de las internaciones forzadas?*

Desde el momento en que cambió la lógica de la internación y al médico le resulta menos automático decretar la internación forzada, hoy se internan voluntariamente casi todos los pacientes. Mientras antes las internaciones forzadas eran el 80% del total de internaciones, actualmente, por el contrario, las internaciones forzadas bajaron a menos de la mitad en todo el país. Esto demuestra cómo una ley puede modificar el comportamiento del técnico, y esto es sin lugar a dudas, muy importante.

*¿Puede hablarnos de la asistencia psiquiátrica en los países socialistas?*

No conozco la psiquiatría de los países socialistas. Yo planteo como hipótesis una solución socialista para la organización social, una sociedad distinta que continuamente se critique a sí misma, en una situación de revolución cultural constante. No sé cuál será esta sociedad y no sé si esta sociedad existirá alguna vez. Nosotros luchamos para que esto suceda. Pero el enemigo, podría decir, el capital -sólo por decir una palabra fuerte-, no quiere morir, y sobre todo no quiere

re morir de infarto. Entonces, la agonía será larga, por lo tanto la lucha será muy larga. El problema es que nosotros debemos aceptar la lucha y comenzar la larga marcha.

En cuanto a Cuba, que es el único país socialista que conozco, digo la verdad: yo no amo los hospitales, y no amo ni siquiera los hospitales de Cuba, aunque sea un país socialista. Yo pienso que a veinte años de la revolución, el hospital psiquiátrico de Cuba no debería existir más. Yo no quiero criticar la psiquiatría cubana, pienso que es muy simple criticar las cosas si no se conoce el contexto cultural, social, político, en el cual suceden estas contradicciones, como es muy fácil criticar los *gulag* soviéticos aunque yo soy el primero en criticarlos. Pero es extraño lo que sucede en la situación internacional, por ejemplo Amnesty International, que pienso que todos conocen, continúa justamente denunciando los manicomios soviéticos, el hecho de que los disidentes sean enviados al manicomio, pero nunca vi, ni escuché, que Amnesty International denuncie por ejemplo a Barbacena, que sin embargo es un hecho real. Hace aproximadamente cuatro años, en Honolulu, se reunió el último congreso internacional de psiquiatría. Este congreso se cerró con una moción: los psiquiatras de todo el mundo denunciaban el uso político de la psiquiatría contra los disidentes. No dijeron ni una palabra en contra de la situación de opresión en los manicomios occidentales. Espero que la moción de este congreso no sea de este tipo.

*¿Puede decirnos algo más respecto de la psiquiatría cubana?*

Digo nuevamente que no estoy de acuerdo con los psiquiatras cubanos, primero porque existen los manicomios, aunque sean bellos, luego porque hay un comportamiento clínico ligado a la psiquiatría que indica una tendencia hacia el control social del enfermo mental. El hospital de La Habana que vi hace diez años era un hospital humanizado, muy hermoso, pero yo esperaba que luego de diez años hubiera surgido un pueblo en su lugar, no que siguiera existiendo el manicomio.

*Yo trabajo en un consultorio de salud mental que dos veces a la semana se llena de personas que deben ser mandadas a Barbacena. Nosotros estamos muy angustiados por esto, y estamos verdaderamente pensando cómo cambiar la situación. Nuestro problema es que no tenemos una guía para comenzar este trabajo. Creo que serían necesarios cursos sobre cómo lograr reintegrar los enfermos a la sociedad, a la familia.*

Es muy difícil hablar de una situación que no se conoce. Aquí el problema es la integración, cómo se pueden integrar las personas marginadas, excluidas, cuando no hay trabajo para las personas que podrían trabajar, que no están locas. Yo pienso que este discurso habría que hacerlo comprometiendo a la población en el problema de la integración. Entonces, en el momento en el cual se discute con la población acerca de los diversos casos, la población se identifica con ellos, porque cuando un enfermo debe ser dado de alta del hospital, se pone en evidencia, sobre todo, que el problema principal no es la enfermedad, sino la miseria. En este sentido se produce una integración a través de la identificación en la miseria, la miseria de afuera con la miseria de adentro: entonces se podrá iniciar juntos una lucha para ir más allá de la miseria, y la integración será más simple porque la población se hará cargo de esta persona.

Esta es sólo una indicación, al no conocer la situación de aquí, no puedo decir nada más.

*Yo me pregunto si los casos de enfermedad mental no se incrementan por el hecho de que somos un país conservador, y esto vale tanto para Italia como para América Latina, en donde hay tanta pobreza, miseria...*

Es un poco difícil responder pero creo que en línea de máxima es verdad lo que usted dice. La enfermedad del pobre se vuelve crónica, la enfermedad del rico tiene una evolución más benigna. No es que hay un virus distinto para las dos enfermedades, lo que sucede es que la evolución clínica se manifiesta de manera distinta porque el contexto social en el cual vive la persona es diferente. El rico tiene la posibilidad de afrontar el problema, las molestias de la enfermedad, el pobre no.

## Notas

\* Esta conferencia fue precedida por la proyección de un documental, realizado por periodistas y operadores psiquiátricos, sobre el manicomio de Barbacena, cercano a Belo Horizonte, que Basaglia había visitado en esos días.

1. *Crimini di pace. Ricerche sugli intellettuali e sui tecnici come addetti all'oppressione* es el título de un volumen colectivo compilado por Franco Basaglia y Franca Ongaro Basaglia (Einaudi, Torino, 1975). Sobre el concepto de "crímenes de paz" y sobre la

filosofía general de esta investigación consultar el ensayo “Crimini di pace” en Basaglia, *Scritti*, vol. II, cit., p. 237.

2. Se trata de el cuento “I vestiti nuovi dell’imperatore” en: Hans Christian Andersen, *Fiabe*, tr. it., Einaudi, Torino, 1954.

3. Efectivamente la corte constitucional con sus dos últimas sentencias de respuesta a cuestiones de constitucionalidad sobre los manicomios judiciales (sentencias n. 132 y n. 141 de 1982) dirigió a los legisladores una “urgente invitación” a intervenir en la materia, cosa que sin embargo no sucedió.

4. Basaglia se refiere al art. 33 (ley n. 833/78) que pauta las “Normas para la verificación y los tratamientos voluntarios y obligatorios”.

5. Se trata de la ley n. 36 del 14 de febrero de 1904 que se mantuvo en vigor hasta la reforma de 1978.

## PÚBLICO Y PRIVADO EN PSIQUIATRÍA

*Belo Horizonte, sede de la Associação Médica de Minas Gerais  
21 de noviembre de 1979*

Estamos finalizando este curso, muy agitado, azaroso... pero a mí me gusta que las cosas no sean institucionalizadas, que impliquen siempre una respuesta nueva a un acontecimiento, a una pregunta. Así es, me parece que este curso no fue un seminario muy normal... fue también un poco loco... Pienso que muchos de nosotros, sobre esta situación imprevista, hemos podido pensar cosas que no fueron dichas, de esta manera fue estimulada la intuición, la fantasía de cada uno. Pude observar que, en particular luego del curso, separadamente, muchos de ustedes me han pedido explicaciones. Evidentemente existía esta necesidad de cerrar el círculo del discurso, de tener una respuesta precisa para poder actuar efectivamente el día de mañana sobre la propia práctica. Me parece que lo que nosotros hemos dicho sobre el problema específico del curso es el hecho de que los derechos humanos de los pacientes internados, de los enfermos, son pisoteados día a día por las llamadas terapias psiquiátricas y que cada día existe la necesidad de encontrar una alternativa a esta situación. Esta mañana no hablaremos más de Barbacena, aunque el problema queda abierto en un futuro por nuestra práctica. Ahora, debemos ver en qué modo podemos afrontar, en un futuro, el fin real de Barbacena.

Tenemos entonces en Brasil, dos formas de asistencia psiquiátrica: una para los indigentes y una para los trabajadores. Junto a esto hay otro tipo de asistencia, que es la asistencia para los ricos. La asistencia para los pobres, para los indigentes, es afrontada económicamente por el Estado, la asistencia para los trabajadores, por las obras sociales. Y bien, en dos maneras distintas la asistencia es más o menos igual en relación a la salud. En este sentido **pienso** que la diferencia fundamental es que la asistencia que el **Estado da** al pobre no es objeto de lucro, mientras que la asistencia **dada a** los trabajadores a través de las obras sociales es fuente de **lucro**.

A comienzos de este año, entre nosotros, fue aprobada la reforma sanitaria que elimina todas las obras sociales y da solamente al Estado la posibilidad y la responsabilidad de administrar el tratamiento de los enfermos. Por lo tanto, hoy, en Italia, la medicina está nacionalizada y el Estado delega a las regiones -que son como aquí las provincias- la gestión de la salud del ciudadano. Las distintas obras sociales son dejadas de lado y las diversas regiones se apropian del dinero con el cual garantizan la asistencia sanitaria. Quiero precisar que la asistencia sanitaria y la psiquiátrica no son buenas, porque siguen siendo la consecuencia de las diversas obras sociales que han alterado, por decirlo de alguna manera, la evolución del sistema nacional sanitario. El dinero de estas obras sociales fue usado de varias maneras: el Inam (Instituto Nacional de Seguros contra las enfermedades), que era la más grande de estas instituciones, ha financiado una guerra colonial: piensen que la conquista del imperio etíope por parte de Italia fue financiada por el dinero de los trabajadores... Y bien, yo no sé si las obras sociales de ustedes financian guerras, pero ciertamente la enorme cantidad de dinero de que disponen dará frutos e intereses enormes: los mismos intereses que deberían ser dados a los trabajadores que aportan su dinero a estas obras sociales.

Piensen, por ejemplo, en los intereses que las obras sociales tienen con las clínicas privadas: es una especie de mundo en sí mismo, donde el interés privado incide fuertemente en el interés general. Yo pienso que hemos hablado mucho sobre Barbacena, pero creo que va a ser mucho más fácil resolver el problema de los manicomios, que el de las clínicas privadas. La indignación que nos ha producido Barbacena vale también para las clínicas privadas, pero la cosa no es tan evidente, es mucho más ambigua, más subterránea. Y bien, aquí aparece un discurso muy claro. El Estado brasilero dice: yo no tengo dinero para hacer frente a las necesidades de la asistencia sanitaria y psiquiátrica en particular, y por otro lado existen las obras sociales, que es la única organización que puede dar una respuesta real a las necesidades sanitarias, porque tiene el dinero. El problema es que las obras sociales dan el dinero a la iniciativa privada, por lo cual el Estado no tiene ningún control sobre los gastos, sobre el modo en el cual se lleva a cabo la asistencia sanitaria. Esta es la cuestión más grave. Hacer grandes discursos demagógicos o populistas es muy fácil, pero ¿cómo salir de este impasse? Podría haber varias posibilidades: que la obra social, por ejemplo, diera el dinero al Estado, y el Estado

organizara los servicios sanitarios. Pero el Estado, a quien le interesa no tener problemas y estimular la iniciativa privada, dice: yo no tengo la organización sanitaria psiquiátrica que tienen los privados. De esta manera continúa el discurso de la empresa privada y del usufructo del enfermo mental: efectivamente si hay un lucro no hay interés en rehabilitar y dar el alta al enfermo internado.

Pero yo sé que existe una ley brasilera que no se aplica, que establece la formación de "Centros de salud", no mental, centros territoriales que sirven para afrontar los problemas y necesidades de las personas, lugares en los cuales se efectúa un *screening* (cribado) de los enfermos, es decir un filtro que trata de frenar las internaciones en los hospitales. Yo vi algunos de estos centros funcionando en San Pablo, y particularmente vi uno, que según mi parecer es un modelo de organización sanitaria, un modelo que no tiene nada que enviárselo, por ejemplo, a Cuba. Pero los operadores de este centro me decían que los centros que funcionaban antes eran seis y que poco a poco fueron cerrándolos por la presión de los propietarios de las clínicas privadas, que habían visto disminuir impresionantemente el número de internados en sus clínicas.

Creo que, antes de hacer grandes programas de desbarajuste de la organización sanitaria, debemos mirar a nuestro alrededor, tratar de hacer cosas mínimas. Si por ejemplo nosotros propusiéramos que esta ley fuese aplicada y que estos "Centros de salud" fuesen armados donde son necesarios, veríamos que la situación de la internación en las clínicas privadas disminuiría, mientras comenzaría lo que es esencial en una organización sanitaria: un trabajo de prevención, porque el futuro de la organización, en cualquier lugar del mundo, no es la creación de nuevas instituciones hospitalarias, sino de redes de servicios preventivos. Bien, yo no creo que una futura organización sanitaria pueda eliminar totalmente el problema de las clínicas privadas, sería como pensar que por orden del Estado se pudieran eliminar los bancos. Nosotros vivimos en un Estado **capitalista** con sus reglas, y todas las leyes que arrancamos al Estado **son** leyes que se conquistan a través de una lucha, una lucha real, **popular**. Entonces, no podemos pensar tener leyes socialistas; nosotros tendremos reformas tendencialmente más o menos reformistas **pero** que, una al lado de otra, tienden a cambiar la lógica del Estado y sobre todo a cambiar la lógica de la cultura de la gente.

Me parece importante decir esto en la conclusión de este curso,

porque más allá de poner en discusión el manicomio, se pone en discusión la existencia de las clínicas privadas y se hace ver que la ganancia privada es un elemento anti terapéutico. Entonces la gente comienza a pensar que se necesita otro tipo de intervención. Si se empieza a ver que entre el 80 y el 85% del dinero de las obras sociales va a parar a las clínicas privadas, quiere decir que estas instituciones capitalizan y sacan provecho por el 80% del trabajo de los trabajadores. Es una cantidad enorme, la obra social es prácticamente un banco que funda su ganancia en los intereses de este dinero y sobre el lucro que obtiene por el tipo de terapia otorgada a los enfermos.

Ahora miremos de cerca cómo funciona una de estas clínicas privadas. Aquí vi dos: una aparentemente buena y otra, diría, bastante mala. A pesar de esto eran dos hospitales que funcionaban con la misma lógica, con la terapia, como se dice vulgarmente, de la “puerta giratoria”, es decir con un tiempo de internación relativamente breve como signo de modernidad, pero como una cama vacía constituye una pérdida de dinero, entonces hay una rotación enorme de la cual los propietarios de las clínicas se vanaglorian y dicen: nosotros no tenemos a las personas años, meses, decenios, sino que las damos de alta enseguida. De esta manera parece que se tratara de una conquista terapéutica, mientras que es evidente que todo esto responde a necesidades completamente distintas (entre otras cosas, me parece haber entendido que la obra social también tiene hospitales para casos crónicos, siempre pactados con las clínicas privadas, y que se parecen más a los manicomios públicos).

Pero volvamos a las dos clínicas que visité. La clínica aparentemente linda es la que dispone de “ergoterapia”, “ludoterapia” y de otro tipo de terapias, y tiene un clima del estilo de la comunidad terapéutica, como algunos hospedajes familiares en las zonas turísticas, en resumen, una clínica paternalista aparentemente buena, pero con una finalidad muy precisa que es la de sacar provecho económico del paciente, mientras trata de hacerle pasar los días. Analizando el organigrama del personal, había proporcionalmente muchos médicos, muchos psicólogos y poquísimos enfermeros. De hecho, todo lo que tiene que ver con la tarea, los trabajos, para decirlo de alguna manera, humildes, de este instituto, son realizados por los enfermos, es decir que los enfermos son doblemente explotados, y encima con fines terapéuticos. Los pacientes con los que hablé eran personas dóciles, buenas, personas en una situación totalmente regresiva, adap-

tadas a la institución que parecía como una especie de útero que iba moldeando poco a poco a las personas que entraban. La respuesta era totalmente institucionalizada, es decir medicalizada, el desorden, el síntoma, era siempre cubierto con medicinas. La segunda institución, la más fea, digamos, es un verdadero manicomio en el cual la explotación del enfermo en su interior ni siquiera está disfrazada de terapia.

Es interesante, sin embargo, el hecho de que tanto los psiquiatras como los administradores de las dos clínicas declaraban que su problema era que tenían internados que no tenían nada que ver con la medicina, eran aquéllos a los que se llamaba “enfermos sociales”. Es aquello de lo cual se discutió también aquí, en este congreso, personas que van al hospital porque no pueden estar afuera, porque son indigentes y nadie las quiere: son los otros los verdaderos enfermos.

Ya hemos polemizado sobre este punto, pero para mí no hay diferencia entre los dos tipos de enfermos, porque los dos son producto de la organización social, no causa, que quede claro, la organización social no es causa de enfermedad. Los dos tipos de enfermos son un producto de la organización social, lo cual es muy distinto, son un producto histórico social, como la criminalidad.

También hemos preguntado a los médicos de estos dos institutos si pensaban que el tratamiento de los enfermos debía ser sólo a través de la hospitalización, o también de forma externa. Ellos me decían: sí, debería ser también sin hospitalización, de forma externa, pero por el momento no estamos todavía organizados. El problema es que no estarán nunca organizados, porque la asistencia extra hospitalaria es una asistencia mucho más difícil de hacer: hace falta crear una organización nueva. La política de sector, de la cual habló largamente Robert Castel, plantea una situación que genera poco lucro y que necesita muchos operadores, por lo tanto la asistencia privada perdería en términos de ganancias y no tendría ningún interés.

Estoy haciendo un análisis, así particularizado, de la situación, porque pienso que es importante discutir sobre datos concretos, sobre situaciones reales. La insuficiencia de la asistencia es la preocupación de muchísimos países en el mundo y, por ejemplo, Castel<sup>1</sup> hablaba la otra noche sobre el problema en Estados Unidos. Yo no quiero repetir lo dicho, incluso porque pienso que los Estados Unidos están, como organización capitalista, muy distantes de la situación brasilera. Pero los Estados Unidos han realizado una cosa que

luego fue exportada a otros países. Han cerrado el manicomio público porque no servía más para nada, más que para tirar el dinero, es decir que no tenía ningún sentido, ya sea porque no era más un instrumento suficiente de control social, o bien porque producía un gasto demasiado grande.

En Estados Unidos los manicomios están financiados por varios estados, como aquí en Brasil, y la ley Kennedy de 1963, de la cual hablaba justamente Castel, ha decretado la creación de los “Centros de Salud Mental”, financiados por el gobierno federal. Bien, Castel en su exposición nos dijo que los centros que se difundieron en Estados Unidos fueron un fracaso, en el sentido de que no dieron una respuesta a la esperanza de garantizar de otro modo el control social de la problemática psiquiátrica. Entonces, se creó una red distinta, sustancialmente privada, para cubrir esta falta. No quiero extenderme más sobre los Estados Unidos, pero he querido referirme a este planteo porque pienso que es un poco el futuro de muchos países. Los Estados Unidos, entonces, han pensado que los manicomios no sirven, pero es interesante notar cómo en ésta, su visión, por decirlo de alguna manera, “reaccionaria”, las cosas son vistas como pueden verlas países con orientación digamos “progresista”. De hecho, en Estados Unidos se han cerrado varios hospitales psiquiátricos y es interesante observar cómo los primeros fueron cerrados en los estados más reaccionarios, California y Alabama. La lógica era ésta: en una ciudad como Los Ángeles, por ejemplo, o Nueva York, con millones de habitantes, diez mil desequilibrados más o menos, no cambian la situación. De esta manera una parte de los internados fueron dejados en la calle, donde el control social se hacía espontáneamente, porque la miseria es el mejor control social, la mejor terapia psiquiátrica. Lo hemos visto en Barbacena donde no es necesario dar medicinas o aplicar electroshock, es suficiente con reprimir a la gente a través de la miseria y justificarla como terapia psiquiátrica. Pero un país muy potente no necesita justificar nada, lo hace. Una vez que decidieron cerrarlos, los hospitales psiquiátricos fueron cerrados, a los viejos los mandaron a asilos para ancianos, a los niños a hospicios para niños y a los adultos los dejaron por la calle. En otras palabras, estas personas fueron abandonadas.

En Estados Unidos sucedió entonces lo inverso de lo que sucedió en Italia, en donde el criterio fue cerrar los manicomios para salvaguardar y defender a las **personas** internadas. Se podría decir que

aquello que en Norteamérica vino por “la derecha”, entre nosotros vino por “la izquierda”, y es de lo que estamos discutiendo aquí. Nosotros queremos cerrar Barbacena no porque cuesta mucho, sino para dar una alternativa de curación a las personas que están internadas en Barbacena. No para tirarlas por la calle, sino para darle un significado real a nuestra acción práctica de defensa de los derechos humanos del enfermo. La lógica del empresario privado la encontramos en cambio en los Estados Unidos, donde se dice “el que no trabaja, no come”, y entonces, perfecto, si el hospital psiquiátrico no rinde, se cierra. Nosotros, en cambio, queremos cerrar el manicomio porque pisotea los derechos humanos del ciudadano, y pedimos crear una red asistencial nueva, una red que esté cercana a las necesidades de la persona que está mal, una red que esté cerca de la casa del que está mal. La posibilidad de tener, en el lugar donde vivo, alguien que me ayude, no un médico con la lógica del médico, no un médico que utilice fármacos para tratar mi problema, no un médico que se aproveche de mí, sino una persona que responda a mis necesidades, que prevenga mi enfermedad, que me mantenga en estado saludable: esto pretendo de un Estado que se dice democrático. Entonces, diría que la alternativa es la de crear, a cargo del Estado, una red asistencial que responda a estas necesidades.

Naturalmente, estas son cosas muy importantes y no se pueden resolver así, en una charla matinal, pienso que deberemos llevar al interior de esta lógica, una ética política que nunca existió, porque sólo así el apoyo popular y una nueva organización sanitaria podrán ser eficaces.

No sé si fui útil en el curso que dicté en estos días. Ahora estamos finalizando, y siempre aparece una gran tristeza, la tristeza de separarnos por segunda vez.<sup>2</sup> Yo espero que no sea la última vez que nos vemos. De todas maneras les dejo mis mejores deseos para que puedan afrontar el problema de modo más real y más político, porque no creo que yo pueda ayudarlos, sino que pienso que son ustedes quienes deberán encontrar en vuestro interior la fuerza para romper este círculo infernal de connivencia y de complicidad. Quisiera agregar una última cosa: en Italia la ley sobre la internación psiquiátrica era de 1904 y fue derogada hace un año y medio. Desde que se dictó, los psiquiatras querían anularla y en cada congreso protestaban contra esta ley, pero luego volvían al manicomio y seguían en el rol de torturadores. Yo pienso que para que este grito tenga algún sen-

tido, es necesario que alguien estimule a los psiquiatras a actuar en la práctica, y es por esta razón que para mi curso elegí el título: “Psiquiatría y participación popular”. Sin la participación de la gente, el psiquiatra tendrá siempre la satisfacción de hablarse a sí mismo y por lo tanto no surgirá ninguna consecuencia, porque las palabras son palabras y los hechos, son hechos; hablar y actuar son dos cosas muy distintas. Es mejor hacer y no hablar.

*Quisiera decir algo sobre la película relativa a Barbacena y sobre porqué ayer a la noche rechacé el rol de héroe. Verdaderamente esta película fue hecha con el sacrificio de muchas personas, existen muchos héroes anónimos en esta historia, pero lo que es más importante es que la asistencia psiquiátrica no quede restringida al técnico y a los héroes. Los héroes, como sabemos, tienen fines trágicos, y la revolución de los mineros nos lo ha demostrado. Creemos, por lo tanto, que los héroes somos todos nosotros en la medida en que luchamos juntos, lado a lado, con la misma finalidad y unidos por una misma idea: el fin de los manicomios. Esto no sólo por los técnicos. Todas las personas se deben comprometer, el pueblo, los trabajadores, para ejercitar el poder democrático de empujar a las instituciones a producir nuevas normas para que nosotros podamos intervenir en esta política asistencial.*

Ya que habló Antonio (Soares Simone), yo quisiera recordar una cosa que Antonio dijo ayer y que es una enseñanza democrática. A propósito de un reconocimiento que se le hizo, dijo que el héroe no es él, sino todos nosotros. Yo le agradezco nuevamente, por haberme enseñado, aquí en Minas Gerais, una cosa muy importante.

*Creo que usted aportó una visión nueva sobre cómo debemos luchar para cambiar esta situación, para transformar este personal médico que tenemos aquí y que es el primer responsable de esta situación. De hecho, si los hospitales están llenos es porque algún médico ha mandado allí a los enfermos. Todas las medicinas psiquiátricas se usan mal, porque los psiquiatras no las han prescrito bien. Si los hospitales están llenos de casos sociales es porque el médico no fue capaz de comprender, al día siguiente, que ese no era un caso psiquiátrico. Tengo aquí un documento de un grupo de enfermeros que dicen estar cansados de ser considerados guardiacárceles, y se quedan todo el día en el hospital, mientras el médico se queda cinco o diez minutos con los pacientes. El tiempo en el consultorio es muy poco: cuatro horas para diez pacientes, pero el médico reduce este tiempo a una hora y media o dos. Creo que el problema es entonces cómo cambiar la cabeza de estos psiquiatras y privarlos de todos estos privilegios.*

Y bien, aun estando de acuerdo con todo lo que ocurrió en el congreso, noté dos grandes ausentes en el debate: por un lado los pacientes internados, y esto diría es bastante comprensible dada la situación actual; pero por otro lado, y esto es más grave, noté la ausencia de los enfermeros. No sé si los hay, pero tengo la impresión que los enfermeros están en el hospital porque no pueden dejar su lugar de trabajo, ya que tienen un contrato férreo y no tienen el privilegio de los médicos que pueden ir a los congresos. Además, los enfermeros tienen dificultades para verbalizar, por lo tanto el médico dice que aquí representa también a los enfermeros, aunque esto no es verdad porque el enfermero continúa siendo la persona que se queda dentro del hospital. Yo esperaba esta pregunta porque para mí la figura del enfermero, es decir del operador de nivel más bajo del médico, es esencial para el discurso del cambio. Yo pienso que nosotros debemos apuntar a la transformación del enfermero, y también del médico, pero ¿cómo hacerlo? Yo tendría propuestas que surgen de mi práctica.

Primero, el médico. Según me parece, para el médico hay dos problemas que afrontar: uno es el de la formación, el otro es el problema del trabajo del médico ya formado. Como primera cuestión me parece que la reflexión recurrente es sobre la universidad. La universidad debe cambiar profundamente, porque si en el estudio de la medicina nosotros no agregamos el aspecto social, formaremos siempre médicos que estarán totalmente al servicio del dinero y que verán sólo el rédito económico en su trabajo. Sería necesario que el estudiante, mientras estudia en la universidad, actuara en el mundo concreto, viera a la gente no en el hospital sino en la más amplia sociedad, viera cómo surge la enfermedad, cómo las fábricas destruyen al hombre, cómo la familia es fuente de conflictos, de contradicciones absurdas, cómo el tiempo libre es un momento de alienación de la persona. Este es el verdadero significado de la formación del médico, además de saber cuántas vértebras tenemos, cuántos pulmones tenemos, cuántos corazones tenemos. Es desde la situación inicial que debemos comenzar el trabajo para una formación diferente, también de la población, en referencia al problema sanitario.

Para el médico ya formado, en cambio, es necesario que empiece a transformar a su institución y comience a ver los mecanismos de opresión social que existen en el hospital, entonces empezará a com-

prender también qué significa el problema del lucro y del poder como elementos de represión del enfermo.

El enfermero, por el contrario, tiene que empezar a comprender que él mismo es un elemento de represión violenta y de tortura, que él también está en las manos del director del hospital, quien, en el momento en el cual lo usa como represor del paciente, divide la clase obrera, porque el enfermo y el enfermero pertenecen a la misma clase. Así se logra controlar el hospital, transformando a uno en torturador del otro. Este es el mecanismo que vemos siempre usado por los patrones, lo encontramos también en la fábrica, donde el capataz controla a su compañero, uno en contra del otro, es la lógica de la división del trabajo que conocemos perfectamente, a través de la cual se domina a la clase subalterna. Este es el adiestramiento del personal: no es enseñar nuevas técnicas porque las nuevas técnicas son siempre las viejas técnicas de opresión. ¿Qué les podemos enseñar a los enfermeros del Barbacena sino destruir el Barbacena? Mostrar que el enfermero es el torturador del otro. Decirle al médico que debe cambiar el registro de la propia vida: ésta es la respuesta que te doy.

*Yo soy una enfermera profesional y quisiera aclarar que en el documento que se citó se dice que estamos cansadas de llenar papeles burocráticos y que estamos cansadas de tomar pacientes, atarlos, darles sedantes, cuando en realidad eso es algo que nos hace mal, directamente nos tortura. Ustedes saben, por ejemplo, que como profesionales de la salud, todos ustedes tienen asistencia psicológica, porque se deben sentir, como nosotros, torturados por las torturas que provocan. Nosotros no tenemos esa asistencia. También los “atendentes” (acompañantes terapéuticos), que son personas de un nivel socioeconómico bajo, con muchos problemas sociales privados, también ellos conviven con la miseria, con la desgracia, con la tortura, con el sufrimiento de los enfermos mentales y no tienen la más mínima asistencia. Yo no sé, pero si existe un hospital que logra hacer una reunión semanal, mensual, para que estas personas puedan liberar un poco las tensiones que están viviendo en relación con los enfermos, yo pienso que ese hospital merece felicitaciones, pero yo no conozco ninguno.*

*Otra cosa de la que quisiera hablar es ésta: Basaglia dijo que estamos ausentes, y lo estamos verdaderamente. Pero lo estamos porque nunca fue posible que nosotros estuviéramos presentes, nunca nos fue permitido estar presentes, ni nos han involucrado, ni siquiera aquí, porque este curso es muy caro pa-*

*ra nosotros. En cambio nosotros quisiéramos hablar; tenemos tantas cosas para decir, porque los que estamos en Barbacena somos nosotros, los que soportamos el peso de las cosas somos nosotros, y si el acompañante terapéutico sufre mucho en la relación con el paciente, sufrimos mucho también nosotros, porque nosotros sentimos que nuestra formación profesional está absolutamente devastada. No es posible hacer nada, absolutamente nada, todo está prohibido. Si se quiere hacer algo nos dicen: esta no es su tarea, esto es del asistente social, esto otro pertenece al psiquiatra. Estamos verdaderamente cercados por tareas burocráticas, y no podemos hacer nada aunque sepamos que tenemos mucho para dar a los pacientes, por lo menos, como seres humanos, la relación de apoyo que uno puede dar a otro, porque no hay necesidad de tener ningún título de doctor en medicina, ni ser psicólogo, ni asistente social, para acercarse a una persona.*

Yo agradezco a la señorita en nombre de todos y hago una propuesta: que en la moción final, el congreso se haga una autocrítica, en la cual se ponga en evidencia lo que ella recién dijo y que se incluyan en la moción las sugerencias a propósito de los enfermeros y de los acompañantes terapéuticos, porque el problema de los enfermeros no es un problema brasilero, sino que es un problema internacional. Cada congreso de medicina es un congreso de médicos, la medicina es un problema también de los enfermeros. Los enfermeros se deben quedar en el hospital para atar a los enfermos, darles las píldoras, de manera que los médicos puedan hablar con todas sus hermosas palabras, hacer demagogia y populismo y finalmente las cosas no cambian, porque no están presentes los verdaderos actores de la medicina que son los enfermeros. Con esto no quiero hacer yo también populismo, digo cosas reales porque me refiero a la experiencia que hemos hechos estos años en Italia.

Lo más difícil en la transformación del hospital al comienzo fue siempre la oposición de los enfermeros, quienes no entendían por qué debían cambiar. Su posición de guardianes era siempre más simple que la de una persona que encara una vía de transformación, también porque el miedo del enfermero es mucho mayor que el miedo del médico: si el médico es despedido encuentra otro trabajo, puede tener su consultorio privado; si el enfermero es despedido porque se rebela, no tiene más trabajo. Esta es la diferencia entre el proletario y el burgués, por lo tanto la resistencia del enfermero al cambio es el miedo a perder el trabajo, lo cual es comprensible y debemos entender todo esto y hacer que el cambio sea orquestado, sea

de todos, porque sólo en la organización y la fuerza, el enfermero encontrará la manera y la voluntad del cambio, porque es un cambio de todos, porque encontrará la unión con el enfermo no como “enfermo” sino como persona que pertenece a su misma clase oprimida. Y entonces es evidente que a medida que hablemos de los problemas, la medicina y la psiquiatría se desvanecen y vemos que la asistencia psiquiátrica y sanitaria es un problema eminentemente político.

Cuando usted decía que el enfermero no puede hacer ciertas cosas porque las deben hacer el asistente social o el médico, es evidente que este tipo de organización, de división del trabajo, es la destrucción de la asistencia sanitaria. Usted es joven pero pienso que trabaja hace mucho tiempo en el hospital, pienso que podría hacer todo lo que hace un médico. El médico hace cosas muy banales que podría hacer el enfermero más humilde, pero el médico tiene la posibilidad -que le es adjudicada por su rol- de ejercitar un poder que el enfermero no puede ejercitar. La diferencia no es el saber, porque lo que sabe el médico lo sabe también el enfermero; no es otra cosa que la posibilidad de aprendizaje a lo largo del tiempo. La diferencia entre los dos es sobre todo una diferencia de poder. Entonces aquello a lo cual nosotros debemos tender es muy difícil: es la posibilidad de intercambiar los roles. Yo por ejemplo me encontré muchas veces, aun en el rol de médico y de director, haciendo de enfermero.

¿Qué quiere decir trabajar de enfermero? Por qué se llama “*atendente*”, atender quiere decir “ocuparse de”, “estar con”, “cuidar a”. Bien, esto quiere decir ser enfermero, ser “*atendente*”, y “*atendente*” debería ser el nombre de todos los trabajadores sanitarios. En cambio siempre está este rol de poder que crea una confusión en el mismo enfermo que en un punto no sabe más a quién dirigirse y ve al médico como la persona que le da la salud, cuando en cambio el que lo atiende realmente es el enfermero que está con él. Es esta posibilidad de intercambiar roles la que puede dar un verdadero significado a la alternativa real, porque una lógica vertical llevará siempre a la destrucción de la situación sanitaria. El problema es que se necesita, en cambio, una organización horizontal, naturalmente manteniendo los roles distintos pero de manera que el punto, la cultura de referencia, sea siempre la de un pasaje de saberes y no la de un pasaje de poder.

Yo, digo la verdad, no sé qué hago. Es decir, yo dirijo y eso implica poder, pero frente a la persona que está mal, que sufre, yo no sé qué diferencia hay entre usted y yo. Tal vez usted es mucho más útil de lo que yo puedo ser. Esta es, me parece, la cuestión fundamental y me parece que éste es un punto para resaltar: el problema es que para ser útil al paciente, usted debe expresar su propia subjetividad, como yo debo expresar la mía. Y entonces, para terminar, yo propondría nuevamente a los organizadores del congreso que en la moción final esté esta autocrítica, porque es verdad que podría existir incluso el problema que usted planteó, que el curso es muy caro y por lo tanto no está abierto a todos los acompañantes terapéuticos, dado que no pueden pagar. Yo pienso que en el congreso pudieron existir muchos errores, pero en una organización todavía joven, y que no tiene ninguno que la eduque, hay siempre errores. Y menos mal que esta organización no tiene un padre, porque hubiera sido seguramente un padre castrador...

## Notas

1. En la época en que transcurre este viaje a Brasil, Robert Castel había recién publicado un voluminoso estudio sobre los Estados Unidos, que constituye hasta el día de hoy uno de los análisis más completos y agudos sobre los problemas de “*decarceration*” de las instituciones psiquiátricas, y sobre sus dudas respecto del abandono de los pacientes y de la nueva institucionalización. en la galaxia de las pequeñas y grandes instituciones privadas médicas o asistenciales. (Castel R.: Castel. F.: Lovell A., *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*. Grasset. París. 1979).

2. Basaglia había estado en **Belo Horizonte hacia pocos meses**. en julio de 1979.



## BIBLIOGRAFÍA

AA.VV., "Misère de la psychiatrie", *Esprit*, n.197, 1952.

ABRAHAMS, J. J., *L'uomo al magnetófono*, tr. it. L'erba voglio, Milano 1977.

ALLEG, H., *La tortura*, tr. It. Einaudi, Torino 1958.

ANDERSEN, H. C., "I vestiti nuovi dell'imperatore", tr. it. en: *Fia-be*, Einaudi, Torino 1954.

BASAGLIA, F., "La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione", comunicazione al I Congresso internazionale di psichiatria sociale, Londra 1964, *Annali di Neurologia e Psichiatria*, LIX, f.I, 1965; republicado en: *Scritti*, vol. I, cit.

BASAGLIA, F., (a cura di) *Che cos'è la psichiatria?*, Amministrazione Provinciale di Parma, 1967; nueva edición Baldini&Castoldi, Milano 1997.

BASAGLIA, F., (a cura di) *L'istituzione negata*, Einaudi. Torino 1968; nueva edición Baldini&Castoldi, Milano 1998.

BASAGLIA, F., "Le istituzioni della violenza" en *L'istituzione negata*, cit.

BASAGLIA, F., "Appunti di psichiatria istituzionale", *Recenti progressi in medicina*, XLVI, n. 5 mayo 1969; republicado en: *Scritti*, vol. I, cit.

BASAGLIA, F., *Lettera da New York. Il malato artificiale*, Einaudi, Torino 1969; republicado en: *Scritti*, vol. II, cit.

BASAGLIA, F., "La giustizia che punisce. Appunti sull'ideologia della punizione", comunicazione all'VIII Congresso nazionale dei Comitati d'azione per la giustizia, 1971, *Quale Giustizia*, n. 9/10, mayo-agosto 1971, republicado en: *Scritti*, Vol. II, cit.

BASAGLIA, F., "Prefazione" a MARSILI, M. L., *La marchesa e i demoni*, Feltrinelli, Milano 1973; republicado en: *Scritti*, vol. II, cit.

BASAGLIA, F., "Psichiatria e giustizia. Appunti su psichiatria e criminalizzazione del bisogno", presentación al I Convegno nazionale

di psichiatria democratica, Gorizia, junio de 1974, en: *La pratica della follia*. Ed. Critica delle Istituzioni, Venezia 1974; republicado en: *Scritti*, vol. II, cit.

BASAGLIA, F., "L'utopia della realtà", presentación al Congrès de la Société suisse de psychiatrie, Ginevra 1973; en: FORTI, L. (a cura di) *L'altra pazzia*, Feltrinelli, Milano 1975; republicado en: *Scritti*, vol. II, cit.

BASAGLIA, F., *Scritti*, vol. I-II, Einaudi, Torino 1981.

BASAGLIA, F., GIANNICHELLA, M.G., "Il circuito del controllo. Dal manicomio al decentramento psichiatrico", presentación al III Encuentro del Réseau internazionale di alternativa alla psichiatria, Trieste 1977; republicado en: BASAGLIA, F., *Scritti*, vol. II, cit.

BASAGLIA, F., GIANNICHELLA, M.G., "Legge e psichiatria. Per un'analisi delle normative in campo psichiatrico", presentación al International Congress of Law and Psychiatry, Oxford 1979; republicado en: BASAGLIA, F., *Scritti*, vol. II, cit.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., "La malattia e il suo doppio", *La rivista di servizio sociale*, n. 4, 1970; republicado en: BASAGLIA, F., *Scritti*, vol. II, cit.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., *La maggioranza deviante*, Einaudi, Torino 1971; republicado en: BASAGLIA, F., *Scritti*, vol. II, cit.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., "La scienza e la criminalizzazione del bisogno", en: BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., (a cura di) *Crimini di pace*, Einaudi, Torino 1975; republicado en: BASAGLIA, F., *Scritti*, vol. II, cit.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., "Il tecnico del sapere pratico" en: BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., (a cura di) *Crimini di pace*, cit. republicado en: BASAGLIA, F., *Scritti*, vol. II, cit.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., (a cura di) *Crimini di pace*, Einaudi, Torino 1975.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., "Introduzione" a CASTEL, R., *Lo psicoanalisimo*, tr. it. Einaudi, Torino 1975; republicado en: BASAGLIA, F., *Scritti*, vol. II, cit.

BASAGLIA, F., ONGARO BASAGLIA, F., "Introduzione" a GOFFMAN, E., *Asylums*, tr. it. Einaudi, Torino 1969; republicado en: BASAGLIA, F., *Scritti*, vol. II, cit.

BETTELHEIM, B., *Love Is Not Enough. The Treatment of Emotionally Disturbed Children*. Free Press, New York 1955; tr. it. *L'amore non basta*, Ferri, Milano 1967.

BLEULER, E., *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, tr. it. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1985.

CASTEL, R., *Le psychanalyse*, Maspero, Paris 1973; tr. it. *Lo psicoanalisi*, Einaudi, Torino 1975.

CASTEL, R., CASTEL, F., LOVELL, A., *La société psychiatrique avancée. Le modèle américain*, Grasset, Paris 1979.

CLARK, D.H., *Social Therapy in Psychiatry*, Penguin Books, London 1973; tr. it. *Psichiatria e terapia sociale*, Feltrinelli, Milano 1976.

COOPER, D. (a cura di) *La dialettica della liberazione*, tr. it. Einaudi, Torino 1969.

DELL'ACQUA, G., COLUCCI, M., MEZZINA, R., "La comunità possibile", in: FERRUTA, A., FORESTI, G., PEDRIALI, E., VIGORELLI, M. (cura di) *La comunità terapeutica tra mito e realtà*. Raffaello Cortina Editore, Milano 1998.

FOUCAULT, M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Plon, Paris 1961; tr. it. *Storia della follia nell'età classica*, Rizzoli, Milano 1963.

GALLIO, G., GIANNICCHEDDA, M.G., DE LEONARDIS, O., MAURI, D., *La libertà è terapeutica?* Feltrinelli, Milano 1983.

GIANNICCHEDDA, M. G., "note sull'intervento della giustizia nella trasformazione del campo psichiatrico", en: GALLIO, G., GIANNICCHEDDA, M. G., DE LEONARDIS, O., MAURI, D., *La libertà è terapeutica?*, cit.

GOFFMAN, E., *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books, New York 1961; tr. it. *Asylums. Le istituzioni totali*, Einaudi, Torino 1969.

GRAMSCI, A., *Gli intellettuali e l'organizzazione della cultura*, Einaudi, Torino 1949.

JONES, M., *Social Psychiatry: A Study of Therapeutic Communities*, Tavistock, London 1952.

JONES, M., *Social Psychiatry in Practice*, Penguin Books, London 1968; tr. it. *Ideologia e pratica della comunità terapeutica*, Etas Kompass, Milano 1970.

KRAEPELIN, E., *Psychiatrie. Ein Lehrbuch*, Leipzig 1903; tr. it. *Trattato di psichiatria*, Vallardi, Milano 1905.

LOMBROSO, C., *La medicina legale delle alienazioni mentali studiate col metodo sperimentale*, Prosperini, Padova 1865.

MARCUSE, H., "La tolleranza repressiva". tr. it. en: WOLFF, P.,

MOORE, J. B. jr., MARCUSE, H., *Critica della tolleranza*, Einaudi, Torino 1968.

MORENO, L. J., *Who shall survive?*, Beacon House, New York 1953; tr. it. *Principi di sociometria, di psicoterapia di gruppo e sociodramma*, Etas Kompass, Milano 1964.

MURARD, L., FOURQUET, F. (a cura di) "Histoire de la psychiatrie de secteur", *Recherches*, n. 17, 1975.

SCHNEIDER, K., *Die Psycopathischen Personallichkeiten*, Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1934.

# INDICE

<b>Introducción</b>	<b>5</b>
Las conferencias en Brasil en el recorrido de Franco Basaglia Maria Grazia Giannichedda Presidenta de la Fundación Franco Basaglia	
<b>Primera Sección</b>	<b>23</b>
<b>Las conferencias en San Pablo</b>	
Las técnicas psiquiátricas como instrumentos de liberación o de opresión	25
El trabajo del equipo de psiquiatría en la comunidad	43
Análisis crítico de la institución psiquiátrica	57
La integración de la psiquiatría en los programas de salud pública	65
Salud y trabajo	79
Estructura social, salud y enfermedad mental	89
<b>Segunda Sección</b>	<b>97</b>
<b>Las conferencias en Río de Janeiro</b>	
Poder y violencia en el hospital psiquiátrico	99
Represión y enfermedad mental	111
	199

La ciencia y la criminalización de las necesidades	121
El poder del estado y la asistencia psiquiátrica	129
<b>Tercera Sección</b>	<b>137</b>
<b>Las conferencias en Belo Horizonte</b>	
Los dos viajes a Belo Horizonte	139
El testimonio de Antonio Soares Simone y el debate de julio	
Psiquiatría y participación popular	145
Alternativas del trabajo en salud mental	159
Psiquiatría y política: el manicomio de Barbacena	173
Público y privado en psiquiatría	181
<b>Bibliografía</b>	<b>195</b>



## *Colección*

### **PSICOANÁLISIS, SOCIEDAD Y CULTURA**

1. EL EDIPO DESPUÉS DE EL EDIPO  
Del psicoanálisis aplicado al psicoanálisis implicado  
*Alfredo Grande*
2. EL CRISTO ROJO. Cuerpo y escritura en la obra de Jacobo Fijman  
Apuntes para una biografía  
*Daniel Calmels*
3. LA TOLERANCIA. Atravesamientos en la Psicología, la Educación y los Derechos Humanos  
*Angel Rodríguez Kauth - Mabel Inés Falcón*
4. SILBANDO EN LA OSCURIDAD: Música y Psicosomática  
*Carlos E. Caruso*
5. REGISTROS DE LO NEGATIVO. El cuerpo como lugar del inconsciente, el paciente límite y los nuevos dispositivos psicoanalíticos.  
*Enrique Carpintero*
6. EL ESTILO EN LA TRANSMISIÓN DEL PSICOANÁLISIS. Pichon Riviere: de Roberto Arlt a Lautréamont . Oscar Masotta: de Pichon Riviere a Lacan. *Rosa López.*
7. PSICOANÁLISIS IMPLICADO. La marca social en la clínica actual.  
*Alfredo Grande*
8. LA ALEGRÍA DE LO NECESARIO. Las pasiones y el poder en Spinoza y Freud. *Enrique Carpintero*
9. ELEMENTOS DE ECONOMÍA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL.  
*Angel Rodríguez Kauth*
10. PSICOANÁLISIS IMPLICADO 3. DEL DIVÁN AL PIQUETE.  
*Alfredo Grande*
11. LAS HUELLAS DE LA MEMORIA PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA DE LOS '60 Y '70 TOMO I (1957-1969)  
*Enrique Carpintero - Alejandro Vainer*
12. LAS HUELLAS DE LA MEMORIA PSICOANÁLISIS Y SALUD MENTAL EN LA ARGENTINA DE LOS '60 Y '70 TOMO II (1970-1983)  
*Enrique Carpintero - Alejandro Vainer*
13. LA SUBJETIVIDAD EN RIESGO  
*Silvia Bleichmar*
14. BITÁCORA DE UN PSICOANALISTA  
*Oscar Sotolano*
15. VENTANAS  
*J.-B. Pontalis*
16. ESTE TIEMPO QUE NO PASA  
*J.-B. Pontalis*
17. LA RESPUESTA DE HERÁCLITO. CARTA DEL PSICOANALISTA DEL 2100  
*Emilio Rodríguez*
18. LA CONSTRUCCIÓN IMAGINARIA DE LA DISCAPACIDAD  
*Marcelo Silberkasten*
19. LA BANALIZACIÓN DE LA INJUSTICIA SOCIAL.  
*Christophe Dejours*
20. FREUD. UNA BIOGRAFÍA POLÍTICA  
*René Major y Chantal Talagrand*
21. AL MARGEN DE LOS DÍAS  
*J.-B. Pontalis*
22. UN PSICOANALISTA EN EL 2050  
*Enrique Carpintero (Compilador)*

23. LUZ EN LA SELVA.  
LA NOVELA FAMILIAR DE E.P. RIVIERE  
*Vicente Zito Lema*

### **Colección**

#### **FICHAS PARA EL SIGLO XXI**

1. PRODUCIENDO REALIDAD: LAS EMPRESAS  
COMUNITARIAS. GRISSINOPOLI, RIO TURBIO,  
ZANON, BRUCKMAN Y GRAL. MOSCONI.  
COMPILADORES: *Enrique Carpintero* y *Mario  
Hernández*

2. LAS TRAMPAS DE LA EXCLUSIÓN. TRABAJO  
Y UTILIDAD SOCIAL.  
*Robert Castel*

3. IR DE PUTAS. REFLEXIONES ACERCA DE  
LOS CLIENTES DE LA PROSTITUCIÓN  
*Juan Carlos Volnovich*

4. RESISTIR CHOLO. CULTURA Y POLÍTICA EN  
EL CAPITALISMO.  
*Eduardo Pavlovsky*

5. EL ALMA NO COME VIDRIO. LOS MANI-  
FIESTOS DE LA LOCURA.  
*Vicente Zito Lema*

6. LOS FILÓSOFOS Y SUS MUJERES. ABELARDO  
Y ELOISA. GYÖRGI LUKÁCS E IRMA SEIDLER.  
HANNAH ARENDT Y MARTÍN HEIDEGGER.  
*Antonino Infranca*

7. LA ALEGRÍA DE LO NECESARIO. LAS  
PASIONES Y EL PODER EN SPINOZA Y FREUD.  
2DA. EDICIÓN, AUMENTADA Y CORREGIDA.  
*Enrique Carpintero*

8. DE CINE SOMOS. CRÍTICAS Y MIRADAS  
DESDE EL ARTE.  
*Héctor Freire*

9. EL CINE COMO TEXTO :  
HACIA UNA HERMENÉUTICA DE LA  
IMÁGEN-MOVIMIENTO.  
*Rossi, María José*

10. LA SEXUALIDAD REPRESORA  
*Alfredo Grande (Compilador)*

### **Colección** **AUTORES HOY**

LOS RIESGOS DEL FEMINISMO  
*Liliane Bar*

MEMORIAS DE LA CIUDAD REDONDA  
*Alicia López*

TANGOS Y BOLEROS PARA CANTAR EN EL  
DIVÁN  
*Carlos D. Pérez*

SIETE LUNAS DE SANGRE. LA CONDESA  
ERZSÉBET BATHORY  
*Carlos D. Pérez*

TIEMPO DE VÍSPERAS  
*Oscar Sotolano*

CUENTOS DE AMOR, TRIPAS Y DIVÁN  
*César Hazaki*

ANA FRANK ES ARGENTINA  
*Marisa Presti*

CUENTOS PARA DESPUÉS DEL DIVÁN  
*César Hazaki*

PSICOANÁLISIS EN EL INTERIOR.  
EL INTERIOR DEL PSICOANÁLISIS  
*ANDREA CANTERA Y OTROS.*

EL PSICOANALISTA PERDIDO. CUENTOS  
*CÉSAR HAZAKI*

Este libro se terminó de imprimir  
en el mes de octubre de 2008  
en **TALLERES GRÁFICOS SU IMPRES S.A.**  
Tucumán 1480, Buenos Aires, Argentina  
Tel/Fax: 4371-0029 / 0212  
e-mail: [imprensa@suimpres.com.ar](mailto:imprensa@suimpres.com.ar)  
[www.suimpres.com.ar](http://www.suimpres.com.ar)

**TITULO****LA CONDENA DE SER LOCO Y POBRE.  
ALTERNATIVAS AL MANICOMIO****AUTOR****FRANCO BASAGLIA**

Nació en 1924 en Venecia. En 1949 se recibió de médico y empezó a trabajar como asistente en la Clínica de Enfermedades Nerviosas de Padua. En 1962 ganó el concurso para dirigir el Hospital Psiquiátrico de Gorizia. En 1968 publicó *La institución negada. Informe de un Hospital Psiquiátrico*, libro emblemático donde relata la experiencia de Gorizia. En 1971 escribió junto con su esposa Franca Ongaro *La mayoría marginada. La ideología del control social*. Las luchas de Basaglia con el movimiento *Psiquiatría Democrática* y el conjunto de la izquierda italiana lograron que en 1978 fuera aprobada casi por unanimidad en el Parlamento la Ley 180 de reforma psiquiátrica en la cual se ordenaba el cierre progresivo de los hospitales psiquiátricos promoviendo la atención comunitaria. Falleció en 1980.

**PÁGINAS, AÑO Y NUMERO****204 páginas, 2008, N° 11****PALABRAS CLAVE**

Comunidad/ farmacología/ psicoanálisis/control social/enfermo mental/ salud y trabajo/ poder y violencia/ represión/ criminalización.

**RESUMEN**

Este libro -el último de Franco Basaglia, inédito en castellano y bajo la supervisión de Franca Ongaro Basaglia y María Grazia Giannichedda- contiene las catorce conferencias que dio en Brasil en junio y noviembre de 1979 que hoy son, quizás, la mejor manera de acercarse a su trabajo y de recorrer las ideas, las experiencias y las propuestas que han inspirado la reforma psiquiátrica italiana, que en el año 2008 ha cumplido treinta años. Es Basaglia mismo quien se presenta, frente a un público de estudiantes, profesores, médicos, psicoterapeutas y sindicalistas. De esta manera, mientras habla de su trabajo, de sus elaboraciones teóricas y del primer impacto de la reforma, despliega con sus interlocutores una relación cómplice y a la vez crítica, que deja surgir tanto su extraordinaria capacidad comunicativa -lo que hace a estos textos, entre otras cosas, particularmente disfrutables- como su modo de pensar y de actuar.

Basaglia veía al paciente bajo dos aspectos. Por sus síntomas, como un enfermo. Por su situación de exclusión y estigmatización social, como la expresión de un síntoma social. El movimiento que fundó llamado "Psiquiatría democrática" centró el problema en la abolición de la institucionalización psiquiátrica. Si bien esta propuesta se extendió por el mundo, fue limitando sus objetivos a la externación del paciente y al cierre de los manicomios.

La actualidad del campo de la Salud Mental en la Argentina hace necesario conocer su experiencia, en especial cuando nos señala: "Lo importante que hemos demostrado es que lo imposible se ha vuelto posible. Diez, quince, veinte años atrás, era impensable que un manicomio pudiera ser destruido. Tal vez los manicomios vuelvan a ser cerrados, incluso más cerrados que antes, yo no lo sé, pero de todas maneras nosotros hemos demostrado que se puede asistir a la persona loca de otra manera, y el testimonio es fundamental. No creo que el hecho de que una acción logre generalizarse quiera decir que se ha vencido.

El punto importante es otro, es que ahora se sabe qué se puede hacer".

ISBN 978-987-1185-26-9



9 789871 118526 9

**LA CONDENA DE SER LOCO Y POBRE  
ALTERNATIVAS AL MANICOMIO****TopiA**  
EDITORIAL**11**

ISBN: 978-987-1185-26-9

*Colección Fichas para el Siglo XXI*