

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 Juqueri¹ 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 ésta. 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*² (*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*³ (*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 aquella 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.¹ 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...²

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.³ 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.⁴ 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.

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*¹, 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”², 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.³ 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 Jones⁴ y otra en Cambrige⁵, 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".⁶

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"⁷ 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 española⁸. 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".⁹ 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"¹⁰ (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.¹¹ 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.¹² 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 ¹³ 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.¹⁴ 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.¹⁵ 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.

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 instaaura 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",¹ 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,¹ 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.²

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,³ a principios del novecientos por obra de Bleuler⁴... 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 recluirse 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 Sartre⁵ 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.