

1915 MR

EX RE NITELUCI 191

179214

**LA CONDENA DE SER  
LOCO Y POBRE**

**ALTERNATIVAS AL MANICOMIO**

**FRANCO BASAGLIA**

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

## INTRODUCCIÓN PARA LA PRESENTE EDICIÓN

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

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

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

### Las conferencias

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Las raíces

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

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

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

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

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

### La destrucción del hospital psiquiátrico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Reforma y transformación

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

excluir del proyecto de reforma sanitaria, los artículos sobre salud mental, y a acelerar la discusión. Basaglia se comprometió en primera persona: estaba convencido de que era necesaria una ley y que los tiempos estaban maduros para marcar finalmente un corte con el cuadro de principios que se había afirmado con la ley francesa de 1838, "madre" de todas las leyes psiquiátricas que del Estado liberal llegaron, inalteradas en los principios, a las democracias constitucionales. La ley n° 180 fue aprobada el 13 de mayo de 1978. Cuatro días antes había sido encontrado el cuerpo de Aldo Moro asesinado por las Brigadas Rojas. Esta coincidencia hace recordar lo dramática que era en aquel momento la situación general de Italia, mientras que una segunda coincidencia, la aprobación el 22 de mayo de la ley n° 194 sobre el aborto, recuerda los cambios profundos que estaban sucediendo, largamente diferidos y finalmente sancionados por el Parlamento, que a fin de año aprobará también el texto de la reforma sanitaria, la n° 833/78, en la cual se inserta la "180".<sup>28</sup>

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

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

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

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

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

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

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



## Bibliografía

Basaglia, Franco, 1967, *Che cos'è la psichiatria?*, Baldini, Castoldi, Dalai, 1997.  
Basaglia, Franco, 1968, *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Baldini, Castoldi, Dalai, 1968.

Basaglia, Franco; Gallo Giovanna, 1978, *La vocazione terapeutica. Per un'analisi critica della vita italiana alla riforma psichiatrica (1950-1978)* en Debernardi, Mezzina, Norcio (a cura di) *Salute e malattia. Pragmatica e complessità*, Centro Studi e ricerche regionale per la salute mentale, Trieste, 1992.

Basaglia, Franco, *Scritti*, Vol. I y II, a cura di Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, 1981 e 1982.

Basaglia, Ongaro Franca (a cura di), *L'utopia della realtà*, Einaudi, 2005.  
Bignami, Giorgio, 1982, *I modelli della "malattia" di fronte alla sofferenza en Sapere*, n. 851.

Colucci, Mario; Di Vittorio, Pierangelo, Franco Basaglia, Bruno Mondatori, 2001.

Gallo, Giovanna, Franco Basaglia e l'utopia della realtà en *Soggetto e istituzione. L'eredità di Franco Basaglia*, L'ippogrifo, 1999.

Giannichedda, Maria Grazia, *Sui trattamenti sanitari obbligatori en Democrazia e diritto*, n. 4/5, 1988.

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

Mistura, Stefano, *Sei tesi su Franco Basaglia en Rivista Sperimentale di Freniatria*, Vol. CXXXIV, n. 4, diciembre 2000.

Pirella, Agostino, *Il giovane Basaglia e la critica della scienza en Sapere*, n. 851, 1983.

Rotelli, Franco, *Per la normalità. Tacuino di uno psichiatra*, edizioni E, 1994.

Sartre, Jean-Paul, *L'essere e il nulla*, il Saggiatore, 1965.

Venturini, Ernesto (a cura di), *Il giardino dei gelsi*, Einaudi, 1979.

## Notas

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

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

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

*Neuropatologia* (81, F3, 1953) y actualmente en Basaglia, *Scritti* vol. I, bajo la supervisión de Franca Ongaro Basaglia, Einaudi, 1981, págs. 3-31.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16. El ensayo *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione. Mortificazione e libertà dello "spazio chiuso"*. *Considerazioni sul sistema "open door"* fue presentado por primera vez en el congreso de Londres y fue publicado en italiano al año siguiente en los *Annali di Neurologia e Psichiatria* (49, 1, 1965). La versión original inglesa fue republicada en el volumen bajo la supervisión de Mario Maj y Filippo M. Ferro, *Anthology of Italian Psychiatric Texts*, World Psychiatric Association, 2002, pág. 399. Actualmente se encuentra en *L'utopia della realtà*, cit., págs. 17-26.

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

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

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

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

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

22. *Ibidem*, pág. 246-247.

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

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

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

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

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

28. *Idem* pág. 445-446.

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

30. En Venturini Ernesto (a cura di) *Il giardino dei gelati* (cit.), attualmente en *Liutopia della realtà*, cit., pág. 306.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Luego de la Segunda Guerra Mundial el pueblo y algunos técnicos

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

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

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

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

na y la psiquiatría se transforman en instrumentos de liberación.

También en lo que se refiere a la cuestión del movimiento feminista, vemos que en la relación hombre-mujer, cuando el hombre acepta a la mujer como elemento no pasivo, sino activo, cuando la acepta con su subjetividad, entonces los dos polos de la relación indican el inicio de una relación dialéctica, el inicio de un mundo nuevo. Es sobre esta cuestión que tenemos que elegir nuestro camino: si preferimos quedarnos en la oscuridad, o queremos estar presentes en nuestro tiempo y cambiar en la práctica nuestra vida.

Les agradezco y pienso que podemos iniciar el debate.

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

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

Si usted quisiera sentarse aquí con nosotros e intervenir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*¿Cuál ha sido la reacción popular?*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## Notas

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

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

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

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

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

5. Sobre el "enfermo malo" y el "enfermo bueno" ver en particular *Che cosa è la psichiatria?* Cit. Pp. 20-25.

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

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

## EL TRABAJO DEL EQUIPO DE PSIQUIATRÍA EN LA COMUNIDAD

San Pablo, Instituto Sedes Sapientiae  
19 de junio de 1979

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

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

Como dijeron las personas que me precedieron, esta serie de reuniones tienen el propósito de organizar algo que vaya más allá, algo que sea como un cemento que pueda unir a las personas que quieren trabajar de una manera distinta. No buscamos un trabajo en nombre de la sociedad de psicodrama, o de la psiquiatría social, o de la psiquiatría democrática italiana, sino algo nuevo, más avanzado, que se encuadre en el contexto brasileño, 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 trabajen 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 brasileños, 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 increíblemente 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 nosotros 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 logramos 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 acualmente "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 ciencia.

cia, una ciencia que esté al servicio del enfermo. En este sentido soss- tengo que la conciencia de las personas podrá crear técnicas que se- rán 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 perso- nas que están aquí no están conformes con las enseñanzas que reci- ben y con las técnicas que están aprendiendo. Es evidente que esta- mos 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, pregun- to: ¿cómo podría actuar un equipo de psiquiatría en el caso de que no hubie- se patología "interna" y donde no fuese posible el recurso de la institución psi- quiátrica?*

Es una pregunta, según mi punto de vista, un poco retorcida, por- que está formulada con muchos "si" y "cómo". Quisiera que las pre- guntas 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 pregunta- se: 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 "ori- ginaria" en el hombre. Yo dije que no sé qué cosa es la locura. Pue- de ser todo o nada. Es una condición humana. En nosotros la locu- ra 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 ra- zón, 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 he- cho 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 re- conocer 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, expli- cando cómo nosotros tendemos a afrontar el problema. No estoy se- guro 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 men- tal. ¿Qué piensa de esto?*

Creo que una de las principales preventiones de la locura y de la enfermedad mental es la lucha contra la miseria. Me parece muy di- fícil que en un barrio pobre se sepa quién es loco y quién no. Lo mis- mo ocurre en un manicomio. Cuando entramos en un manicomio tenemos frente a nosotros la miseria. ¿Cómo se puede saber si un ha- bitante de Juquerí 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 pue- den 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 pro- blema.

Vemos, por ejemplo, que en las sociedades más industrializadas los tumores están en aumento. Entonces ustedes me podrían pre- guntar: ¿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, vere- mos que en las regiones muy industrializadas los tumores prosperan. No sé si en las zonas industriales de San Pablo existen investigacio- nes de este tipo, pero sabemos que en áreas como éstas los tumores prosperan en gran escala. Deberíamos entonces deducir que es ne- cesario 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 secundaría. ¿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. 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 porque 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 fauclas 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 prosituye 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-

tiuta. 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 antagonica, pareciera 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 desconformidad. Nosotros tenemos el derecho, como ciudadanos, de expresar lo que somos, aunque en realidad luego nos expresemos como el poder quiere.

*¿Como 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 complicitad 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?* (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 crece?*

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 segare?* (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,

## ANÁLISIS CRÍTICO DE LA INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA

San Pablo, Instituto Sedes Sapientiae

20 de junio de 1979

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; rti. *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.

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 prisionerías 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.