



Entrevista a Armando Bauleo



Cuando me ví con Basaglia en el 74, él quedó asombrado al contarle lo que habíamos hecho en Argentina. Muchos creen que si achican la cantidad de camas de los hospitales o desaparecen los manicomios, la gente se va a quedar sin trabajo. Pero esa es una fantasía, en realidad, se necesita más gente. La desmanicomialización no solamente necesita más gente, sino que, a su vez y en el mismo tiempo, se ahorra más. Los presupuestos bajan. Ya esto lo decía Basaglia hace muchos años.

Parecería que la internación tiene que ser siempre en el manicomio. Sin embargo, tendría que hacerse en salas de hospitales generales y no una internación por veinte años. No existe crisis de veinte años. Las crisis en una o dos semanas se fueron. ¿Y entonces, por qué tiene que estar internado? ¿Para hacer qué cosa? O sea, no hay noción, si uno la piensa con un sentido común, que justifique que un tipo tiene que estar dentro de un manicomio treinta o cuarenta años. ¿Para hacer qué? Porque no es cierto que esté permanentemente en tratamiento; el mismo tratamiento que hace ahí podría hacerlo en la calle, si le dan una pastilla a la mañana y chau.

¿Para qué está todo el día encerrado? Pidiendo monedas, fumando como un animal, ¿para qué? Solo con sentido común uno sacaría esa conclusión.

09-06-2004 – Por Emilia Cueto

-Durante la dictadura militar, en la década del '70, se exilió en Venecia, Italia, ¿Por qué eligió ese destino?

No, yo salí de acá y estuve primero en Madrid cuatro años, después estuve en Milán, y luego en Venecia.

-¿Estuvo con Pavlovsky y con Kesselman?

Claro, en Madrid. Y con otros compañeros también. Después de estar allí cuatro años, voy para Italia, y estoy en Milán otros cuatro años, pero eso era por cuestión de documentación. Yo tenía documentación italiana, si no, me hubiera quedado en Madrid tranquilamente, pero me fui porque al tener documentación y todo eso, era mucho más fácil trabajar, estaba más tranquilo. Eso también me fue útil porque era cambiar a otro tipo de cultura, a otro tipo de organización de la cultura, a otra modalidad de tradiciones, a otro modo de elementos de trabajo muy diferentes a lo que estaba ocurriendo en Madrid. Madrid recién salía del franquismo. Franco había muerto en el 75, nosotros llegamos en el 76. España, en esos

momentos, se estaba reconstituyendo. Era complicado. Nosotros estuvimos ahí. No sé hasta dónde pudimos dar alguna mano o no. Eso no es a nosotros a quien nos corresponde pensar cuál fue nuestra función o nuestra labor ahí, pero hicimos lo que pudimos. Y después, yo me fui a Italia a trabajar. Cada tanto voy a Madrid, no crea que no voy. Voy porque hago ciertos trabajos puntuales o me invitan a trabajar con ellos. Pero el mayor tiempo, el mayor lapso de tiempo fue en Italia.

-Para ese entonces llevaba varios años de trabajo en relación con la Salud Mental en nuestro país y manifestaba un claro interés por lo grupal. ¿Cómo nace su preferencia por este campo?

Lo que sucede, es que estos eran un poco los puntos emergentes en la cultura y en la profesión, es decir, que uno no solamente elegía lo grupal por lo grupal, sino que directamente, eso entraba dentro de una concepción de la psiquiatría y de la clínica de esos momentos. O sea, para nosotros era muy importante el instrumento grupal como instrumento de trabajo, sea en el campo del psicoanálisis, sea en el campo de la psiquiatría. Vale decir que cuando nos interesamos por los grupos no era porque lo grupal estaba independiente de la labor que hacíamos, sino que era una posibilidad más dentro del trabajo, una probabilidad más de ampliarlo, profundizarlo y emplearlo en distintas circunstancias en el campo de la salud mental. De ahí viene todo eso, por eso es muy difícil separar lo grupal de los trabajos que estábamos realizando, sino que entraba como un elemento bastante interesante y útil del trabajo.

-¿Se podría pensar que el desarrollo de lo grupal en la Argentina está vinculado a un momento histórico, social y cultural que fue propicio?

Claro, así es. Usted lo dice muy bien. Fue propicio, porque permitió no solamente utilizarlo en el campo de la salud mental, sino también, para estudiar otros campos. Por eso en un momento determinado se habló también de una psicología social. Porque también los grupos nos permitieron pensar y cuestionar ciertos problemas que aparecían en la sociedad. Aparecía como un dispositivo que nos enseñaba, que nos permitía analizar ciertos problemas que surgían socialmente. Entonces, por eso lo utilizamos.

-Problemas sociales siempre hubo, hay y habrá, sin embargo en ese momento, se acudió más a la herramienta grupal.

Así es. Lo que pasa es que acá lo grupal nace, en realidad, antes que nosotros. En el 57, ya hay un congreso de grupos. Después, esas líneas se fueron profundizando, ampliando: Usandivaras, Pichón.

-Pichón fundó la Escuela de Psicología Social en el 59, y usted se incluyó muy poco tiempo después de dicha fundación.

Claro. Antes de la Escuela de Psicología Social, Pichón había hecho una Escuela de Psiquiatría Dinámica, es decir, daba otra visión sobre la psiquiatría. Y en esa otra perspectiva, ya estaba incluida la utilización de los grupos. Era muy interesante como estaba planteado, también el cuerpo de profesores, dado que ya en esos momentos era multidisciplinario.

-¿Qué consecuencias tuvo en su formación profesional, la inclusión en la escuela de Pichón?

Ahí tenemos un problema, que podemos pensarlo dentro de lo que en esos momentos, uno consideraba como nuevas ubicaciones para pensar la psiquiatría y todo eso.

Recordemos que estamos hablando del 60, la Segunda Guerra Mundial había terminado quince años antes, o sea, todo se estaba recomponiendo y, también, se estaban aprovechando ciertas experiencias hechas, directamente en relación a los traumatismos de guerra, como se había hecho en Londres con Bion. Pichón ya había asistido a todo este tipo de comunicaciones y, además se había acercado a ellos. Se realizaban experiencias en Francia también.

O sea, que había todo un contexto internacional que iba apoyando este pensamiento en lo colectivo (para no hablar solamente de lo grupal). En lo colectivo, porque Elliot Jacques va a hablar también de un análisis de las instituciones por aquellas épocas. O sea, que todo estaba muy puesto en una mirada que iba más allá de lo individual, que iba mucho más a pensar el problema colectivamente. Y cuando se estaban ensayando esos avatares, comenzamos no solamente a estudiar problemas sociales, sino también el funcionamiento de la familia y la relación entre salud mental y familia.

Quiero mostrar que había todo un panorama de otra elaboración de nuestras profesiones. La psiquiatría no solamente era individual o se trataba únicamente el paciente al cual uno medicaba o internaba para siempre, sino ya se empezaba a pensar cómo se podía utilizar un instrumento grupal para ver otras perspectivas tanto de tratamiento como también de prevención o de trabajo dentro del campo de la psiquiatría o de la salud mental.

En cuanto a su pregunta, yo en esos momentos, ya había terminado medicina, había hecho la especialidad de psiquiatría. Había realizado antes, también, la especialidad en enfermedades infecciosas. Lo que pasa es que, aunque muchos no lo crean, en enfermedades infecciosas tiene mucho que ver lo social, no podemos negarlo. Imagínese, todo el problema de las epidemias, los contagios, de cómo se adquieren ciertas enfermedades, cómo juegan las relaciones humanas, el problema de los prejuicios en la lepra, por ejemplo. O sea, no está tan alejado lo social, porque muchas veces se piensa en las enfermedades infecciosas como una bacteria que entró en un sujeto y punto. Y no cómo eso depende de todo un contexto. El chagas, por ejemplo, el cólera. Si usted no hace una buena prevención en esos casos, que es social, no es solamente el tratamiento al sujeto enfermo, sino también, qué hace usted con esa sociedad donde esa bacteria -parece una metáfora todo esto- se

anida, es inútil trabajar únicamente en curar un paciente. La cosa es mucho más amplia. Entonces, venía yo de enfermedades infecciosas, venía de psiquiatría, o sea, lo social me venía jugando, también, como un elemento que yo veía como una entidad participante en los procesos, sea de las enfermedades infecciosas, sea directamente de las enfermedades en salud mental. Después, el rol de la familia. Cómo uno ha estudiado la familia. Sin un instrumento grupal, sin un pensamiento grupal, es imposible pensar la familia. Todo esto llevó a que me interesara y utilizara lo grupal.

-¿Cuándo se produce su encuentro con Pichón?

Yo lo conozco a Pichón a través de esa Escuela de Psiquiatría Dinámica y, entonces, directamente empecé a trabajar con él. En ese tiempo, él después del curso de Psiquiatría Dinámica que arma, organiza algunos cursos que eran de Psicología Social, pero que eran sobre todo -él ha llamado- de Psiquiatría Social. Es interesante. Nunca se habló mucho de esto. Pichón dio cursos de Psiquiatría Social, nos enseñaba Psiquiatría Social. Había una serie que hoy son personajes: Liendo y otros que hoy vagan por el mundo, están por el mundo trabajando. O sea, que el contacto con Pichón viene de varias maneras, con distintos tipos de informaciones y de trabajos. En esa Psiquiatría Social, Pichón nos hacía mucho hincapié en las influencias del contexto dentro de las enfermedades, dentro de los conflictos más individuales. Y así empezó el trabajo. Después, se funda la Escuela de Psicología Social. Yo trabajo allí. Fui coordinador, después, profesor de esa escuela hasta el 72, 73. ¡Mire cuántos años!

-Un impulso similar tuvo, lo grupal, en el resto del mundo, ¿cuál es la situación en Italia hoy?

En Italia, hoy se hace mucho, mucho grupo, sobre todo, las ideas de Pichón, de Bleger, yo mismo. Introdujimos toda una serie de cosas y ellos no creían que Latinoamérica hubiera producido tanto. Cuando me ví con Basaglia en el 74, él quedó asombrado al contarle lo que habíamos hecho en Argentina. El saca la Institución negada en el 64 y ya estaba trabajando en la desmanicomialización en Italia. En el 78, saca la Ley Antimanicomial. Lo conocí en el 74 y, después, trabajé con él, y estuvimos en una relación bastante conocida, estrecha, de amistad, más adelante. Pero él queda muy asombrado de lo que se había hecho acá. Dijo: «cómo, yo en el 64 trabajo esta desmanicomialización y ustedes también la habían planteado y trabajado y discutido allá

en la Argentina tantos años atrás. ¡Cómo es posible! ¡Y no teníamos comunicación!» Muy interesante fue la cosa. Entonces en Italia, a partir de todo el proceso de desmanicomialización y de que aparece directamente otra psiquiatría y todo eso, los grupos fueron de gran empleo. Ahora mismo, se hacen grupos en muchísimos servicios y se prepara en grupo a la gente de los servicios públicos para que haga el grupo. Grupo terapéutico, grupos de reflexión, grupos de decisión.

-En un reportaje Ud. comenta que en una oportunidad Franco Basaglia le dijo, en referencia a Pichón Rivière, que era una pena no haber podido verlo, que le hubiera gustado confrontar con él ¿Qué le interesaba a Basaglia del pensamiento de Pichón?

Lo que le interesaba era cómo Pichón había llegado a sus desarrollos. Una cosa es en Europa cierto tipo de pensamiento, cómo se va gestionando a partir de una cierta cultura. Entonces, cómo y qué cultura se había dado acá a partir de la Segunda Guerra Mundial.

No podemos negar que Pichón cuando hace esa experiencia en el Hospital Borda -en aquel tiempo Hospicio de las Mercedes- lo hace en el 48. En realidad, bastante pionero para hacer eso. Entonces, lo que preguntaba Basaglia -que le hubiera gustado preguntar a Pichón- es cómo se llega a esa conclusión, por qué se empiezan a hacer esos grupos, cuál es el tipo de relación para hacer grupos y por qué se empieza a pensar que eso es un instrumento útil en el campo de la salud mental. Porque ahora nos parece fácil pensar que es así, pero en aquel tiempo, no era tan fácil, sobre todo, por esa ideología individualista que tenía la psiquiatría. Que todavía está, no crean que ya se superó. Está y bastante pesadamente. En los estudio sobre neurofisiología, sobre psicofarmacología y todo eso, sin embargo hay muchas personas inteligentes: Candel, Damasio, un montón de gente que plantean la función del entorno, del contexto social, en el desenvolvimiento del sistema nervioso y, también, en cierta evolución que tienen las células nerviosas y cómo se dan cierto tipo de percepciones, sensaciones. Muchos dicen de nuevo que la sociedad no influye para nada, pero estos personajes -Candel, Damasio y compañía- están planteando que directamente sin sociedad, el cerebro no funciona bien. Cosa que es así. A Basaglia lo que le hubiera interesado es saber cómo Pichón ya en aquel tiempo podría haber llegado a esas ideas. Tiempo de un individualismo muy fuerte en la psiquiatría y en el psicoanálisis y que empieza un poco a discutirse a partir de experimentos que hacen los ingleses: Bion, el experimento de Northfield, Rickman, que son los grandes de las concepciones grupales y la utilización de esto en los traumatismos de guerra, en los traumatizados de guerra.

-Cuando el Dr. Materazzi fue nombrado Director del Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda lo convocó para trabajar junto a él en un proyecto de desmanicomialización del hospital. ¿Cuáles fueron los resultados de esa propuesta?

Así es. En realidad, Materazzi ahí se portó muy bien, porque hizo todo un proyecto de disminuir las camas del hospital. Pero hay grandes problemas, porque muchos creen que si achican la cantidad de camas de los hospitales o desaparecen los manicomios, la gente se va a quedar sin trabajo. Pero esa es una fantasía, en realidad, se necesita más gente.

La desmanicomialización no solamente necesita más gente, sino que, a su vez y en el mismo tiempo, se ahorra más. Los presupuestos bajan. Ya esto lo decía Basaglia hace muchos años. Porque cuando usted no tiene ciertos tipos de aparatos rígidos que hay que mantener -

burocracias, por ejemplo- mientras por un lado baja el presupuesto, aumenta el número de gente que es necesaria para trabajar, y entonces, en este sube y baja, en realidad, el presupuesto disminuye. Eso lo demostró Basaglia: cuánto cuesta un paciente en el hospital y cuánto cuesta con este nuevo servicio. Pero la gente cree que se queda sin trabajo. ¿Cómo hacemos con ese prejuicio? Ahora, en estos momentos, surge el otro problema. En la actualidad, tampoco se puede hacer un proceso de desmanicomialización así nomás. ¿Por qué? Porque por momentos, los manicomios cumplen una función que tendría que ser una función de un área social o de acción social que es caritativa. Da muchas veces de comer y de dormir. Entonces, se arma un lío entre lo que tendría que ser un proceso dentro de un campo sanitario, como es el campo de la salud mental, y un proceso de acción social. Acá viene el lío. ¿Muchos qué dicen? Ah, sí, ¿y si cerramos el manicomio, quién le da de comer a la gente, dónde duermen? Este es el problema actual.

Además, el peligro es que si uno cierra los manicomios los terrenos se venden a cualquier precio y hacen un shopping y no emplean ese dinero en modificar la situación actual. Adjuntemos eso. Ahora, en ese problema, estamos con un signo de interrogación. ¿Qué se hace? Entonces, ¿qué se empezó a hacer? Materazzi ahí ayudó bastante. Se empezaron a hacer grupos dentro del hospital, comenzamos a hacer otras prácticas, como si uno hiciese una serie de cosas transitorias para llegar, en un momento determinado, a otro tipo de funcionamiento.

Digamos que continúa como idea, pero está suspendido.

-Está suspendido. Hay una ley en estos momentos aprobada y reglamentada por la Legislatura de la Capital Federal, ley sobre salud mental, que es buenísima, tendrá sus defectos como todas las leyes, pero no importa, es bastante buena. Está por promulgarse ¿Y quién la aplica? Cuénteme usted. ¿Y cómo hacemos para mover una serie de mastodontes que están enclavados en ciertas instituciones? (no quiero dar el nombre, porque ya por dar el nombre una vez, me hicieron juicio). Esa ley, vamos a ver cómo se pone en marcha.

Veamos estas circunstancias que están pasando y que la gente muchas veces no sé si las sabe o no las sabe, pero estamos frente a un impasse. ¿Qué pasará? ¿quién lo sabe?

-En el ámbito local, ¿cómo resultó la experiencia de San Luis?

Bien. Es que resulta bien porque hay otra atención al paciente. Es otro tipo de atención. Nadie puede en un lugar en el cual no hay manicomios desestimar al paciente. ¿Desatender al paciente qué sería? Dejarlo en el medio de la calle. No sé, no hay posibilidades de desatenderlo. En cambio si están tirados en un bolsón, en un depósito, ahí es posible.

-¿Se podría pensar que experiencias como la de San Luis o la de Río Negro, funcionan porque se trata de comunidades más chicas? En Buenos Aires, el anonimato, favorecería

que la gente pueda estar tirada por ahí y a nadie le interese o no se constituya en un problema.

Claro, pero habría que pensar cómo solucionar la cuestión, porque si no ¿qué hacemos? ¿En las capitales es peor, es mejor irse a las provincias?

Sería bueno eso. Que el loco se tiene que volver provinciano. Claro, pero se da cuenta que eso es una cosa fuera de lugar.

-¿En que consiste la «desmanicomialización»?

Primero hay que trabajar los prejuicios de la gente, qué imagen se tiene de la enfermedad mental. No podemos negar que se asocia siempre la psiquiatría a la criminología. Y esos que leen tanto Foucault y leen de todo saben muy bien que tanto Foucault como cualquier psiquiatra más o menos lúcido consideran que criminología y psiquiatría no tienen nada que ver. O sea, no todos los criminales son locos. Esto tenemos que saberlo claramente. Todo esto es un prejuicio muy fuerte en la población.

La población sigue pensando que quien está mal vaya al manicomio, no que se vaya a tratar a un servicio, como uno se trata de cualquier otra cosa. Este es uno de los problemas grandes de la cuestión. El otro asunto lo constituye directamente cierto tipo de trabajadores que piensan que van a dejar de tener su empleo y su beneficio. Otra cosa sería también -por eso esto se está haciendo- tratar de mejorar un poco los hospitales psiquiátricos que hay, porque mientras no se pueda salir a otra psiquiatría ¿qué se hace con los que están? Entonces, también los hospitales psiquiátricos ahora cambiaron bastante en el interior. Ya hay salas, por ejemplo, en las que se hacen grupos, comunidades terapéuticas, o que trabajan de otra manera la relación médico-paciente, hay talleres. Un poco porque ya no se podía mantener aquello como era. Ahora, si esto lleva o no a un proceso de desmanicomialización, ya no lo sé.

-Los grupos están funcionando en los hospitales, por lo menos en el Borda, desde hace mucho tiempo y sin embargo, el porcentaje de internación sigue siendo muy alto.

Porque se les siguen mandando pacientes. Por ejemplo en Italia, una cosa que es muy grande es todo el problema de la internación domiciliaria. Acá se empezó a hacer, empezó un equipo a hacer internación domiciliaria y todo eso, pero la gente no está muy acostumbrada. Parecería que la internación tiene que ser siempre en el manicomio. Sin embargo, tendría que hacerse en salas de hospitales generales y no una internación por veinte años. No existe crisis de veinte años. Las crisis en una o dos semanas se fueron. ¿Y entonces, por qué tiene que estar internado? ¿Para hacer qué cosa? O sea, no hay noción, si uno la piensa con un sentido común, que justifique que un tipo tiene que estar dentro de un manicomio treinta o cuarenta años. ¿Para hacer qué? Porque no es cierto que esté permanentemente en tratamiento; el mismo tratamiento que hace ahí podría hacerlo en la calle, si le dan una pastilla a la mañana y

chau. ¿Para qué está todo el día encerrado? Pidiendo monedas, fumando como un animal, ¿para qué? Solo con sentido común uno sacaría esa conclusión. No se ve por qué tiene que estar ahí. No hay justificación en estos momentos, más con los nuevos fármacos, con las nuevas psicoterapias: psicoterapia grupal, familiar, psicodrama. Pero todo esto, todavía, no está totalmente instalado en la sociedad. Ni tampoco entre los psiquiatras, seamos sinceros.

- ¿Cuál es el lugar de los profesionales?

Yo le diría más -perdóneme- ni entre los psicólogos y los psicoanalistas. Aumentemos la gama. Es así. Todavía, se sigue pensando en eso así. El problema es el sentido común. Entonces, muchos me pueden responder: bueno, la familia no lo quiere tener. Como si le fuéramos a meter un mono en la casa. ¿Quién es este señor? ¿De dónde viene? No le metemos un mono ni un perro, le llevamos a un pariente. ¿Qué quieren? Y si el personaje es violento, habría que ver cuál es la violencia de la familia depositada en él. Nadie es violento porque sí. Esto hay que pensarlo mucho, hay que verlo mucho. Además, usted se da cuenta yendo al hospital.

¿Y dónde está la violencia? Son pobres, son gente sufriente, fragmentados, desesperados, que están a la miseria. ¿Qué es esto?

¿Recuerda la película: Alguien voló sobre el nido del cucú? ¿Aquella con Jack Nicholson, de Milos Forman que ganó el Oscar en el 75? Una vieja película, que es justamente todo lo que estaba planteándose en esos años, los '70 que muestran cómo poco a poco se lo hace violento al sujeto hasta que al final lo matan con electroshock.

-Ud. ha vivido muy de cerca el proceso de desmanicomialización en Italia, ¿cuáles son las incidencias que a largo plazo se observan en los pacientes?

En este punto hay una serie de cosas que tendríamos que aclarar, y no alcanzaría el tiempo porque tendríamos que hacer un seminario. Por ejemplo, ¿a qué se llama mejoría? ¿A qué el paciente se curó? ¿Qué quiere decir que se curó? ¿Se curó de qué? ¿Qué cosa es curarse? Pensémoslo claramente. ¿Qué significa curación? El tipo salió de un conflicto, de una crisis, de una situación que lo angustiaba al por mayor, y tal era la angustia que al final terminó proyectando en alucinaciones, en delirios, en lo que sea, en conflictos pasados que no pudo elaborar, en duelos que se quedaron enquistados.

Por otro lado, quién de nosotros no tiene algo de todo eso. ¿Usted cree que más de uno que está por la calle no delira? ¡Por favor! Leamos los diarios y vamos a ver que más de una cosa está escrita ahí son estructuras delirantes. Entonces, de repente, nosotros tenemos todos estos «problemitas» (porque están en chiquito) y queremos que aquel que hizo la crisis esté mucho mejor que nosotros. En realidad, muchas veces, los médicos psiquiatras hablan de curación como esperando tipo Pigmalión, la obra perfecta, un tipo que no tenga más nada, que sea extraordinario. ¿Y quién es extraordinario? ¿Quién es perfecto? Por lo tanto, cuando decimos se curó, entonces, lo mínimo: sufre menos; no tiene tanta ansiedad, angustia, todo

eso; sabe mejor instalarse en un contexto, en la relación con los otros; puede dialogar mejor todos los problemas que tiene; no se guarda ciertas cosas que después lo van a frustrar, a hacer doler, acepta más los deseos que tiene. Pero después, ¿qué más quiere? ¿Quiere algo más?

-¿Esto lo ubicaría como resultado de la desmanicomialización?

Claro, entonces una vez que empezamos a investigar todo esto, o sea, los conceptos de curación, se nos abrieron interrogantes: ¿qué significaba dar de alta? ¿Cómo se lo va a dar de alta? ¿Se trata de entrar en sociedad? No tiene nunca que salir de la sociedad. Por lo tanto el planteo no es que tiene que entrar en sociedad. Entonces, lo que tenemos que ver es cómo. Por eso, estamos tratando que siempre el tipo, le pase lo que le pase, siga siendo un ciudadano. No deje de ser ciudadano, porque ¿quién lo incapacita para ser ciudadano? ¿Porque está mal?

¿Por qué? Todo eso llevó a hacer pensar este problema, la desmanicomialización. Al no quedarse ahí toda la vida tirado, estamos pensando y se sigue pensando sobre todas estas dificultades. La imputabilidad o no de todo esto. Por qué se lo interna. Antes se argumentaba que era a beneficio propio, todas esas barbaridades, que en último caso, era un criterio jurídico, no era un criterio médico.

-El planteo es que podría ser peligroso para sí mismo, o para terceros.

¿Y quién no es peligroso? Actualmente están proyectando una película Elephant del sueco, danés, del grupo Dogma, vinculada a este tema que estamos tratando. Yo a usted la empiezo a molestar, le hago cosas, en último caso me dice: no me haga más cosas que te... ¡Ah! ¿Sos violenta? ¿Te volviste peligrosa?

Todo esto no fue fácil, es un proceso de pensamiento muy difícil. Muy difícil, porque es trastocar lo que durante años inculcó toda una cultura especial, como decía Basaglia, de la carrera del loco. Él decía: igual que uno estudia y hace una carrera, hay una carrera para llegar a ser loco. Entonces, con todo esto, ¿cómo hacemos?

Esta cultura ha tendido a mantener en el imaginario social a «lo loco» circunscripto en el internado, pues alivia poner la falla afuera de lo propio.

Una vez se enojaron mucho cuando se hizo una encuesta -yo no me acuerdo dónde fue, si en Estados Unidos o Inglaterra- sobre enfermedad mental y los tipos que estaban en tratamiento en salud mental, en patología mental, como queramos llamar. Entonces, ¿quién estaba en tratamiento? Tantos en hospitales psiquiátricos, tantos en hospitales generales. Y los tipos dijeron: ¿Y cuántos se analizan? Eso también tendría que entrar. ¿O no? ¡Uy, cómo se enojaron! ¿Por qué no es así? ¿O no? ¿Sí o no?

-Pero esos entrarían en otra categoría.

Claro. No se sabe qué categoría es, ¿pero uno no va porque está angustiado? ¿O va directamente porque solo quiero conocer su inconciente? ¡Vamos!

-Volviendo a la agresividad, es habitual encontrar dentro de las neurosis sujetos que viven en su casa, con sus hijos y que ejercen una agresividad devastadora.

¡Y los casos que se ven de violencia familiar! ¡Cómo! Entonces, ¿de qué estamos hablando?

¡Cómo se enojaron con esa encuesta! No se imagina. Los tipos dijeron, bueno, pero muchos estarán en tratamiento. Está bien, la noción es que uno va para tener alguna idea de su inconsciente o de sus deseos reprimidos, o de sus conflictos no analizados o elaborados, lo que sea, pero no podemos negar que lo que más empuja de entrada es la angustia, el encontrarse mal. Un sufrimiento que está acotado, pero por qué lo distinguimos tanto del otro. Qué interrogantes ¿eh? Este tipo de problemática abre todos esos enigmas, porque muchos lo tomaron como si fuera un problema solamente de establecimiento. El hospital, tiremos el hospital. ¡No! Estas cosas se ponen en juego. Si no sería facilísimo. Vamos y le metemos, no sé, un piquete ahí que rompa todo y se acabó la cosa. No es tan fácil. Tanto no es tan fácil que hasta los mismos pacientes se oponen a la desinstitucionalización. Se los puede escuchar decir: ¡No! porque acá estamos cómodos, ¿a dónde vamos a ir? ¿Cómo a dónde va a ir? A su casa. Bueno, pero yo ya me acostumbré acá.

Cuando empezábamos a ver, a conversar con estos pacientes que ya hacía veinte años que estaban ahí adentro, para que se fueran, para terminar con el asunto nos encontramos con que no era sencillo. Todos suponen que el paciente quiere irse pero, ya se acostumbraron, hicieron su comunidad, su grupo de amigos, de conocidos, reglamentaron su tiempo, se hicieron ciertas normas de relación, establecieron cierto tipo de comunicación. Y ¿cómo va a romper todo eso? Los tipos se defendían: ¡No, no! Había uno que se escapaba siempre. Cuando le planteamos la posibilidad de irse dijo:

¡Ah, no!

Pero cómo, si usted se escapaba cada dos por tres de acá.

¡Sí, pero después me encontraban!

Él sabía que lo encontraban. Uno empieza a escuchar estas cosas y piensa, pero en serio, somos todos locos no solamente este. Uno, también; el enfermero, el médico, todos. O sea, es muy complicado.

-Creo que habla del estado de desesperación en el que vive un sujeto que encuentra un lugar, como es el hospicio, como es el Borda, como su lugar de contención, su hábitat.

Algunos decían es mejor esto que mi familia. Por eso, le digo que ese proceso de desmanicomialización, de otra psiquiatría es complejísimo, porque todos lo ciñen al establecimiento y no tiene nada que ver el establecimiento. El problema es otra mentalidad.

-¿Se podría hablar de efectos de la desmanicomialización en la población, en Italia por ejemplo?

Lo que sucede es que hay que tener en cuenta cómo hicieron los diversos procesos de desmanicomialización. Por ejemplo, hubo hospitales que abrieron las puertas y permitían hacer un teatro dentro del hospital, entonces, la gente de la ciudad iba al hospital para ver espectáculos, rompieron un poco los muros de esa manera. Ya la gente entraba, venían chicos, grandes, esto, lo otro, por un buen espectáculo que se hacía dentro del hospital. Otros hospitales salieron afuera directamente.

O sea, eso dependió también de la mentalidad, la planificación de los que se metían en esos procesos. Hay que pensar para cada población qué proceso va. También se realizó mucho trabajo a través de la prensa. Cualquier italiano en un momento determinado, de cualquier localidad -yo por ahí guardo todavía recortes- sabía cómo era un proceso de desmanicomialización. No estoy hablando solamente de la gente especializada, psicólogos, médicos, si no los enfermeros, los asistentes sociales, muchas veces, hasta la gente de la cocina de un hospital psiquiátrico quería contar sobre la comida, por ejemplo. O sea, trataron de romper el prejuicio. No es tan fácil. Y a pesar de todo esto, a pesar de que esta Ley -la 180-, se hace en el 78, todavía se discute en ciertas regiones. Esto da cuenta de cómo es una cultura infiltrada en la gente.

-¿Usted conoció la experiencia que se hizo en Colonia Federal, Entre Ríos, dirigida por Raúl Camino en la década del 70?

¡Por Camino! ¡Uh! Antes se hizo del 70. Justamente hoy a la mañana estuvimos hablando con Carpintero de esto. En realidad, solamente Camino podía hacer eso, fue una cosa buenísima, que implicó directamente el trabajo en el campo. ¿Por qué? Acá había unacosa muy extraña a la cual asistí -estoy hablando de hace muchos años, cuando recién estaba en el hospicio, yo era médico de guardia ahí-. En un momento determinado de algunas épocas del año, venía un camión. Y de las distintas salas, metían dentro del camión -digamos así- a los crónicos, crónicos, y más crónicos. Los asilaban dentro del camión. Era un espectáculo terrible, verdaderamente era espantoso.

Me acuerdo como si lo estuviera viendo, la parte de atrás del camión quedaba abierta, y los tipos iban subiendo. Se los llevaban a Open Door y ahí los tiraban en el campo. En Open Door, había tres médicos, cuatro médicos para tres mil, cuatro mil pacientes. ¡Una barbaridad! Por lo tanto, los pacientes estaban allí en el campo. Era espeluznante ver esos camiones que

partían, porque uno sabía para donde se iban. Lo peor de esto es que, después de cinco o seis años volvían y no tenían más problemas. Entonces, los chistes eran: «¡Y, se curaban porque no había ni enfermeros ni psiquiatras!». Era extraordinario. Esa experiencia de Camino también tenía este antecedente, que todos habíamos visto en aquel tiempo.

-¿Aparecían en el Borda?

Venían ahí porque ya era como un lugar conocido, venían a saludar. Pasaban por ahí. O venían a propósito para jodernos, yo qué sé. Pero aparecían ahí y uno se quedaba medio estupefacto ante esto. Es una vieja experiencia, cualquier psiquiatra que estuvo en aquellos tiempos en el Borda se lo podría contar. Cuando Camino hace esta práctica, nosotros algo habíamos ya oído de todo eso.

El se los lleva a Entre Ríos.

-¿También elige a los crónicos?

Ciento cincuenta. Se va allá con dos enfermeros. Al campo ¡Qué grande! Montaban a caballo, iban con él. ¡Qué me dice! Extraordinario.

-Parece una novela

Efectivamente. Tanto que me habían dicho que, probablemente, algunos querían hacer una novela de esto o filmar algo. Yo creo que se lo merece.

Por otra parte me da la impresión que, muchas veces, dentro del ámbito psicoanalítico local es considerado más valioso, o resulta más interesante mirar lo que viene de afuera y hay dificultad para conocer lo que se hizo o se hace en nuestro país.

¿Morgan, no hacía grupos? Morgan hacía grupos en los cuales estaban los enfermos internados en la sala más el personal. Cuando yo conté esto en Italia se les pararon los pelos. ¿Qué tal? O sea, los médicos, enfermeras, todos adentro del grupo. Vale decir, un avance de las asambleas que después hicieron las comunidades terapéuticas. Morgan era del tiempo de Pichón o anterior, de los años 40 estoy hablando. Esto lo supe porque me lo contaron, yo no lo vi, pero era famoso de Morgan. Los tipos que hicieron pintura y locura. Lopez de Gomara. Una cosa que uno muchas veces no cree, pero ahí adentro se hacían experiencias. Pero claro, ¿qué pasaba? Cada uno lo hacía en su servicio.

-¿Se podría pensar que la dificultad estaba en que no se sistematizaban?

No, claro, y entonces, quedaban como experiencias. Cuando uno que había visto esas prácticas -yo fui a varias exposiciones que hacía López de Gomara- va afuera y lo cuenta, preguntan: ¿cómo, eso hacían ahí? Y sí. ¡Uy! Ahora se va a hacer una experiencia sobre tal cosa. A lo cual les digo: ¡Uh! Allá se hacía. ¿Ah, sí?, preguntan. Pero claro, ¿quién escribió todo eso?

¿Quién escribió lo que hacía -lo que le contaba antes- Morgan?

Si no se sabe que existió Morgan. Acá hubo una falta de información total acerca de esas cosas. Yo no sé si era para protegerse, para que no lo hincharan, no lo molestaran, que no hubiera influencia de distintas procedencias, para que lo dejaran en paz. Quizás para que no se metieran fuerzas políticas. Era muy atravesado ese tiempo. Muchas cosas de López de Gomara se saben ahora, treinta, cuarenta, cincuenta años después. Ahora están escribiendo algunas cositas. Por eso, con muchas cuestiones de acá uno quedó desconectado, porque en serio, da terror. Uno quiere que lo dejen, al menos, ver cómo sucede, qué sucede para sacar alguna conclusión. Por ejemplo, en mi último libro, yo cuento de un comité que estudió la reforma sanitaria en Inglaterra. Designaron como jefe del comité a Elliot Jacques. El comité duró dieciocho años para estudiar el desenvolvimiento y los efectos de la reforma sanitaria. Imagínese si acá puede ocurrir una cosa así. Dieciocho años sin que nadie tuviera el tupé de tocar a esa comisión, porque estaba investigando la reforma sanitaria y sus efectos. Cambiaron gobiernos y la comisión siguió adelante. Acá, eso no ocurre. Cambia el intendente, cualquiera, y ya lo echan a uno. Por eso, también las experiencias quedan como truncas, o quien las está haciendo no quiere que nadie se meta. No vaya a ser que al intendente se le ocurra venir acá, ¡Dios mío!

Mire si acá alguna comisión de estudio puede durar eso. Porque era de estudio. Habían hecho la reforma sanitaria aprobada por las dos Cámaras y el propósito era ver cómo se desarrollaba, cuáles eran los defectos, lo no defectos y los efectos de esa reforma. Punto. Terminó en un librito que es un informe de todo a los dieciocho años. Y se acabó. Una cosa, digamos, normal. ¿Para qué vamos a pedir cosas normales? ¡Usted, también, pide cosas normales! Que hagan informes de las experiencias.

-¿En qué está trabajando actualmente?

¡A ver dónde escondo alguna experiencia que no la cuento! No, me gusta mucho y lo hago donde puedo, porque tampoco eso es muy aceptado, se trata de los grupos de admisión. No hago entrevistas de admisión individuales. Yo en Italia trabajo la mitad de mi tiempo en servicio público. Y acá cuando vengo, lo hice en el Hospital Borda, gracias a Materazzi que me permitía. Me interesa mucho, porque creo que eso eliminaría, por ejemplo, las colas, las listas de espera, que es terrible. En salud mental, lista de espera es una cosa que, eso sí, es de locos. ¡Cómo no se van a ir angustiados si los citan para el mes que viene! ¡Quién pensó eso! Y la gente se resiste a hacer estos grupos de admisión.

-¿Por qué? ¿Cuál es la razón?

-Los argumentos suelen ser: porque no se estudia en profundidad el caso, porque en realidad, de esa manera, nuestro diagnóstico no va a ser muy preciso. ¿Es más preciso que espere un mes? Va a ser preciso si no se suicidó. Y después, dicen que en la gente hay violencia. No se entiende.

-Para hacer admisiones grupales, después, tiene que tener a quién derivar.

Claro, entonces, se hace una reunión grupal de dos horas, no son solamente un coordinador, son dos o tres para un grupo de diez, doce nuevos. Nuevos totalmente. Cero. No queremos saber historia clínica previa, nada, todo que se hable ahí. Si tiene historia clínica, todo eso, se ve después, primero vemos a quien consulta. Entonces, a partir de ahí, se establece si es necesario llamar al

grupo familiar, si va a psicoterapia individual, qué medicación es necesaria. Es un laburacho ¿eh? Pero usted está acompañado por otros dos con los que puede intercambiar.

-¿Y si el paciente llega acompañado?

Se lo hace pasar con el acompañante. Eso, siempre. Eso lo aconsejo en todos los servicios. Esa era una vieja indicación de Pichón por la teoría del vínculo. Hay teorías que después no se explican. Acá se habla tanto del vínculo, el vínculo. Viene un familiar con el paciente, lo hacen pasar, ¿y quién es el paciente? ¡Cómo le van a preguntar esa imbecilidad! ¿Quién es el paciente? Esa es una imbecilidad total. Si vinieron los dos, pasan los dos. Ahora vamos a ver cuál es el problema no quién es el paciente.Cuál es el conflicto, cómo se manifiesta, quién se hizo cargo, ¡uuuh!, hay un montón de cosas alrededor de eso.

-Dentro de su práctica grupal, la psicosis es una de las patologías con las que más ha trabajado. En relación a esta estructura Lacan hace importantes aportes a través del sinthome, para lo cual estudia el lugar que la escritura ha tenido en Joyce, ¿qué terreno le asigna ud. a la escritura?

-No, primero, yo creo que Lacan lo que hizo fue un buen comentario de Freud. Primero de todo. No creo que haya ninguna teoría lacaniana, como me dijo un italiano, que introdujo Lacan en Italia. Cuando le pregunté: por favor explicame bien, para vos, qué sería la teoría lacaniana. Me dijo, caro -como dicen los italianos- caro Armando, no hay teoría lacaniana, Lacan es el mejor comentador de Freud.

-¿Y usted coincide?

-Sí, yo coincido con él. En realidad, todo está en Freud. Lo que podemos hacer es puntuar algunas cosas de Freud, pero ahí, soy radical. Radical porque pienso que él me enseñó al marcarme esto, pensé cómo es esto, cómo se me escapó. Él dijo: «pero cómo, si por eso lo difundí. Decime qué otro comentador de Freud hay como Lacan, ¿Vos viste si Melanie Klein es una comentadora de Freud?» Me dejó mudo.

-¿Y qué sería ser comentador? Porque Lacan se dice lector de Freud

Comentador de Freud quiere decir que él hace permanentemente un comentario de todos los textos de Freud, y lo que siente que debe ser subrayado, lo subraya. Otras cosas que siente que habría que tomarlas de nuevo en consideración, las toma en consideración. Hace todo un

trabajo de elaboración sobre la obra freudiana. Esto es un buen comentador, o sea, que directamente se dedica a eso. Habría que tomar en cuenta un montón de cosas, ¿qué pasó con el lacanismo? Porque también habría que ver eso. Usted me abre una serie de problemas que habría que ver mucho más tranquilamente para no caer en una cosa superficial, pero yo creo que todo está en Freud. La teoría es freudiana. Después, lo que se trata es de subrayar ciertos aspectos o de mejorarlos o de lo que usted quiera, pero no hay una teoría de eso. Por algo después, se quiso discutir mucho si el sucesor de Lacan era Derrida. Hubo todo un juego y una discusión en un momento determinado. Si Derrida era el otro que podía ser considerado en el mismo nivel de Lacan, en el sentido de comentar a Freud. Yo creo que no, creo que el mejor comentador es Lacan, sigo pensando como el italiano. Ahora, ¿cuál sería la teoría lacaniana?

-Eso también es largo de desarrollar

Es largo de desarrollar pero sería interesante. Siempre me acuerdo del título que enojó mucho a Lacan, pero que fue muy interesante, hecho por Masotta cuando salieron los escritos de Lacan. La primera vez que salen los escritos de Lacan, que fue un libro que Pichón me regaló, la llamó «La lectura estructuralista de Freud».

-¿Y Lacan se enojó?

¡Ooooh! ¡Se puso loco! ¡Masotta era de una habilidad y de una inteligencia! Ese era un tipo inteligente. Lástima que se murió. Es una pena verdaderamente. Se perdió un gran tipo. Gran tipo, lo conocí mucho.

Texto del archivo de la Escuela de Psicología Grupal Enrique Pichon-Rivière · Análisis Institucional.