



SCRITTI (escritos) – Vol. II – 1968-1980 / Desde la apertura del manicomio a la nueva ley sobre la asistencia psiquiátrica

Franco Basaglia



Prólogo

El segundo volumen de estos escritos parte de la experiencia del manicomio de Gorizia y se cierra con la abrogación de la ley de 1904 y la formulación de una nueva organización de la asistencia psiquiátrica.

Los pasajes, aquí documentados, del largo itinerario a través de las reglas y la lógica de las instituciones y de las ideologías científicas, son afirmados y superados sucesivamente por las mismas exigencias de la realidad que cambia. Si la puesta en juego es la transformación del real, la formulación de nuevas teorías interpretativas sirve tan solo para bloquear el lento proceso de transformación, para mantener idéntica la realidad, sea como fuere que se la enjuicie. Es solo mediante el volcamiento práctico de esta realidad y de la óptica con la cual estamos acostumbrados a mirar los fenómenos, que una nueva cultura puede nacer, cultura que se mida directamente con el sufrimiento psíquico, sin la pantalla de la definición clásica de la enfermedad y su consiguiente internación, que durante siglos han encubierto también lo que con ella tenía poco que ver.

Eliminada la violencia de la institución en la cual se espejaba la violencia del enfermo, los pasos de este proceso de liberación son graduales y actuados de a poco como respuesta a las nuevas exigencias surgidas de la realidad que se transforma.

La Comunidad Terapéutica, actuada como momento rehabilitador, viene sucesivamente a ser puesta en discusión como núcleo cerrado, potencialmente anti-terapéutico, cuando la salida a la comunidad más amplia no se ha consentido. Las propuestas del 68 al Ministerio de Salud para una nueva organización de la asistencia psiquiátrica, son superadas por la posibilidad concreta de ir más allá del asilo hospitalario, manicomial o no. El reconocimiento del carácter político de cada intervención técnica que, bajo la neutralidad de la ciencia, cubre la discriminación de clase, es propuesto como tema de lucha a las fuerzas políticas y sindicales, de modo que las experiencias ejemplares puedan difundirse como práctica generalizada. La polarización sobre la causa social de la enfermedad, opuesta a la causa puramente orgánica, es reconocida como reenvío ulterior para afrontar el sufrimiento psíquico como algo que

implica todos los elementos de los cuales la vida del hombre está constituida. Los nuevos servicios externos son actuados y al mismo tiempo des-mistificados en su reproponer la lógica manicomial, en caso que no se actúe sobre la doble vía de la asunción del problema y de la simultánea negación de esta lógica.

Pienso que la documentación de estos momentos, de la puesta en discusión continua de una acción crítica que no renuncia a medirse con la realidad y a autocriticarse, servirá para esclarecer los equívocos obtusos e interesados que han acompañado a Franco en esta batalla: la negación de la existencia de la enfermedad mental; la excesiva politización respecto de la falta de “cientificismo” de la operación; el carácter utópico de una acción que había sido posible por el furor que animaba al grupo de los operadores; el pragmatismo chato y la pobreza de la conceptualización de una actitud científica que no temía ser desmentida por la realidad, transformada por la cotidianeidad de las relaciones cualitativamente diversas; la presunción de que todos los hombres sean iguales, por lo tanto la acusación de ingenuidad hacia quien volvía a proponer la necesidad de una relación que respetara la subjetividad del individuo, cualquiera fuese su condición biológica o su estado psicológico.

No obstante, desde los escritos es posible seguir paso a paso las líneas de una investigación constante: la búsqueda de lo que oprime al hombre, de aquello que le impide expresarse, relacionarse con otros, realizar las propias aspiraciones. Y, bajo esta óptica, también la búsqueda de lo que es el sufrimiento psíquico que, sofocado y amordazado por definiciones de las diversas formas patológicas, ya no logra expresarse por lo que es.

Por el continuo proceder y apertura de la acción y del pensamiento hacia un paso sucesivo, he elegido cerrar el segundo volumen con una conversación, discursiva e informal, sobre la nueva ley psiquiátrica. Conversación abierta hacia los riesgos de una posible clausura del problema de la enfermedad mental en el puro ámbito de la medicina, si no existiera la voluntad de proceder a la transformación de la realidad, antes de volver a cerrarla dentro de nuevas interpretaciones y nuevas teorías, concientes del hecho que – como concluye Franco – “la producción de nueva cultura no puede nacer sino de una práctica social nueva”.

Con estas palabras y con esta indicación que conmocionan las certezas teóricas de una ciencia que, fundándose sobre la distancia del objeto de análisis y de investigación, solamente ha reconocido la subjetividad del investigador, se cierra una vida, en el momento más duro y difícil del impacto. Choque con la incompreensión del significado más profundo de esta acción y de este pensamiento, tendiente a la liberación de lo que oprime al hombre y a la comprensión de lo que es el sufrimiento psíquico, entendido como uno de los modos de expresión de esta opresión.

Franca Ongaro Basaglia

Diciembre de 1981

En el momento de la publicación del material recogido en este libro nos interrogamos sobre su actualidad. Esto se refiere, de hecho, a un período bien preciso –entre los años 1977 y 1978– durante los cuales los temas recurrentes en los debates de los operadores psiquiátricos, entrevistados aquí, estaban referidos ya sea al tipo de organización de los servicios, centrada predominantemente en el hospital o sobre el territorio, ya sea al peso teórico-práctico de las experiencias ejemplares para la afirmación de un modelo generalizable de “nueva” psiquiatría. Hoy, después de la entrada en vigor de la ley 180 sobre la asistencia psiquiátrica y después de la institución del Servicio de salud nacional, la situación de la psiquiatría en Italia y sus problemáticas parecen haber cambiado radicalmente. Es natural preguntarse entonces si el libro mantiene, junto a un valor de documentación, también alguna validez referida a la situación cambiada. Para responder a esta pregunta parece oportuno hacer algunas consideraciones.

A más de un año de distancia de la entrada en vigencia de la ley, el número de internados en los hospitales psiquiátricos se ha reducido notoriamente, los tratamientos de salud obligatorios están muy contenidos y hasta el momento persiste un cierto debate sobre la calidad y las características de las nuevas estructuras intermedias de asistencia y de internación hospitalaria que, sin embargo, siguen faltando. Si bien entre muchas críticas y con un instrumental énfasis en los peligros que esta ley conlleva, se está asistiendo sin embargo a los primeros pasos de la difusión de un modo de hacer psiquiatría que difiere del pasado reciente y que va más allá de la ejemplificación de pocas experiencias: aun cuando todavía no se sepa –y es muy pronto para saberlo– en qué consiste esta mutación “obligada”.

Basta sin embargo releer la ley sobre la asistencia psiquiátrica para convencerse que lo que pasa, a los ojos de muchos, como una aventura riesgosa y llena de amenazas, es tan solo la inserción en la normativa sanitaria de un elemento civil y constitucional que tendría que haber estado implícito en ella y no lo estaba: el reconocimiento de los derechos del hombre, sano y enfermo. De hecho, la novedad de la ley se centra sobre todo en la desaparición del concepto jurídico de “peligrosidad” del enfermo mental, del cual se deducía la necesidad de custodiarlo y en consecuencia de violentarlo y reprimirlo; en oposición–que se deriva de esta desaparición– a la creación de nuevas estructuras segregadoras; sobre esta transformación de la óptica tradicional de la psiquiatría que por primera vez se encuentra en condiciones de afrontar aquel que sufre de disturbios psíquicos, sin el escudo de la peligrosidad y de la custodia. En caso de internación hospitalaria, de hecho, lo discriminador acerca de la calidad de la intervención hacia el “enfermo” ya no se basa en la gravedad y la peligrosidad, sino en la organización social, en base a su mayor o menor capacidad de responder a las necesidades y a los derechos del ciudadano, en salud y en enfermedad.

Pero si, por un lado, la nueva ley es atacada fácilmente por la parte más retrógrada del país como riesgosa y poco garante de la tutela del sano y del enfermo, ella es al mismo tiempo la

meta de los ataques demasiado fáciles de quien retiene estos cambios y las premisas a estos cambios como intervenciones solamente normativas y racionalizadoras, que vuelven a reforzar las mismas instituciones que tienden a negar. Pero si aquellos se inscriben en la tensión teórico-práctica que en los últimos años ha estimulado luchas significativas contra los mecanismos de opresión y marginación, estos cambios no pueden dejar de proponer, moviéndolos hacia delante, los contenidos de estas luchas. Llevar a una crisis, tal como está ocurriendo en la práctica, a un servicio rígidamente custodio como el psiquiátrico, quiere decir de hecho poner en crisis una de las válvulas de seguridad más significativas de esta organización social, porque significa romper la certeza de la clara separación cualitativa entre salud y enfermedad, entre norma y sub-norma, en la cual ella funda el propio orden. Si hubo crisis, esta fue provocada por la voluntad claramente expresada de “negar” las instituciones de la represión y de la violencia y no de re-fundarlas: es el manicomio prácticamente negado, destruido, desarmado, conmovido en la rigidez de sus certezas científicas y de sus reglas punitivas, el que produjo una fractura al interior de la lógica que la forma, sin las ambigüedades de un reciclaje de modelos culturales capaces de colmar los vacíos creados por esta crisis.

Es, por lo tanto, la ruptura práctica de la lógica de la marginación de clase implícita en la existencia misma del manicomio la que en Italia ha llevado a una ley que prohíbe la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y prevé la gradual eliminación de aquellos que actualmente funcionan: ruptura práctica que impide volver a cerrar con una nueva teoría interpretativa o con una nueva ideología la crisis ya abierta, dejando inalterada la realidad diferentemente interpretada. Se trata de una operación inversa a la que ya se ha actuado en otros países, en los cuales el problema se enfrentó aparentemente dilatando sobre el territorio los servicios de control de la desviación, sin penetrar en la lógica y la realidad manicomiales: la permanencia de la marginación social, mistificada bajo la coartada de la enfermedad y de la cura, no puede más que reproducir la confirmación de la misma lógica sobre el territorio y en los nuevos servicios y, en consecuencia, el reforzamiento simultáneo consecuente a esta confirmación, del manicomio y de su lógica.

Lo que ha producido la nueva ley sobre la asistencia psiquiátrica es la lucha para la reivindicación de la existencia de una subjetividad, presente en un terreno científico rigurosamente positivista, para develar que lo existente no es “naturaleza” inmodificable, sino que lo que de ello puede hacerse es lo que debe ser la realidad y el proyecto de nuestra vida; así como el existente fue “producido” anteriormente.

Si bien fruto de una lucha, una ley puede ser solo el resultado de la racionalización de una insurrección, pero también puede lograr difundir el mensaje de una práctica haciéndolo patrimonio colectivo. Aún si fruto de una lucha, una ley puede provocar un aplanamiento del nivel alcanzado por las experiencias ejemplares, pero también puede difundir y homogeneizar un discurso creando las bases comunes para una sucesiva acción. Porque esta

ley consiente a lo que muchas veces había sido pronosticado: la posibilidad de transferir los contenidos de una lucha de las manos de pocos a aquellas de un número siempre mayor de personas, aún si esto comporta el lento abandono de las experiencias ejemplares, como punto de referencia práctico.

En este sentido ella ha tendido a modificar, o por lo menos a disminuir el heroísmo, el romanticismo, quizás la retórica de quienes – en nuestro jacobinismo – estábamos o estamos todos un poco enfermos y nos ha constreñido a confrontarnos de manera más puntual con todo lo que ha sido hecho en estos años, fruto también de nuestro “furor” práctico contra la institución. Por lo tanto, esta ley ha violentado de alguna manera el mismo operador psiquiátrico alternativo, cambiándole la conciencia respecto de sí mismo y respecto de su trabajo. Y ahora es como si se hiciese manifiesta la pérdida de la “fe” que nos ha sostenido en estos años, hasta el evento de la nueva ley, sin que aún se hayan definido los caracteres de la nueva laicidad emergente.

Todos nosotros por lo tanto – y el libro parece pre-anunciarlo en esa atmósfera de búsqueda y de espera de algo, que caracteriza cada intervención singular – nos encontramos hoy, a partir de la ley, entre cosas finitas y otras no definidas todavía. Las personas entrevistadas en este libro entreven esta situación y expresan la preocupación de colmar este vacío, que es vacío de identidad y carencia de una dimensión histórica de nuestro operar.

De hecho, la psiquiatría tradicional ofrecía al operador una identidad precisa, la de garante del control social solamente; así como el proceso de superación del manicomio ofrecía una posibilidad de identificación al rechazar tal control. Pero una vez que esta superación ha actuado y una vez arribados a una ley que lo estatuya, se reduce la posibilidad de hacer coexistir la calidad del rol liberador claramente identificable en la lucha contra el manicomio, con la necesidad, muchas veces afirmada, de superar la función normalizadora implícita de cada operador psiquiátrico.

El psiquiatra continúa teniendo que vérselas con el sufrimiento del individuo que al mismo tiempo sigue estando inserto en una definición precisa de lo que es la norma. Los límites de la norma se desplazan, se amplían o se restringen de acuerdo a las necesidades y de acuerdo al cambio de los valores sociales, pero en la lógica dominante lo que hay que mantener es siempre la definición clara del límite. El modo de expresión del sufrimiento sigue siendo todavía rígido y encerrado en los parámetros clásicos de la enfermedad mental, porque esta es aún la cultura desde la cual es determinado en primer lugar quien sufre de disturbios psíquicos y siente estar en el borde, a punto de superar el límite de la norma, más allá del cual sabe que existen el castigo y la sanción.

Una vez rota la lógica manicomial – justamente la sanción para el mundo sub-normal – el operador psiquiátrico se encuentra desarmado ante un enfermo que se mueve aún de acuerdo a los viejos parámetros de la “enfermedad” y que se defiende y esconde detrás de estos parámetros. La identificación con la institución ya no es posible, porque el manicomio

ha revelado su función de pura defensa del sano respeto por el enfermo; la identificación con la psiquiatría ya no es posible porque ella se ha revelado como el instrumento que consintió a esta defensa del mundo sano mediante la creación del ámbito “enfermo”; tampoco es posible ya la identificación al rol de aquel que lucha contra el manicomio, porque existe una ley que desde ya ha decretado la muerte de este. Pero no obstante el psiquiatra sigue teniéndoselas que ver con un sufrimiento que debe enfrentar –sin instrumentos, sin defensas – para recoger el mundo de necesidades del cual proviene y devolverlo a la historia de la cual ha sido proscrito, en el mismo momento en que fue definido como “enfermedad”.

Es en esta falta de identidad que actualmente consiste el desafío implícito de lo que podrá ser un modo distinto de hacer “psiquiatría”. Porque en este vacío ideológico e institucional es que estaremos constreñidos a aproximar el disturbo psíquico fuera de los parámetros y de los instrumentos que hasta ahora nos han impedido aproximarlos.

Llenar este vacío, colmar este momento de suspensión, de perplejidad, de incertidumbre con otras ideologías de recambio, puede impedirnos alcanzar una nueva manera de entender, fuera de los esquemas culturales que nos aprisionan. Sería fácil colmar este vacío con teorías interpretativas ya experimentadas que racionalizan nuestras incertidumbres. Italia, atrasada en el plano cultural respecto de otros países, está pronta ahora – y nos lo demuestran las demandas y exigencias de afianzamiento ideológico y científico – a acoger psicoanálisis, conductismo, terapias relacionales, etc. que – en otra parte – sin embargo han dejado intacto ya sea el proceso de marginación social ya sea la lógica manicomial que lo justifica. Pero el punto focal que tiende a romper la nueva ley italiana es la lógica de la marginación social, consentida por el manicomio y por la psiquiatría, sin volver a cerrar con nuevas teorías la crisis abierta. Lo cual nos permite ver directamente de qué necesidades insatisfechas se alimenta el disturbo psíquico, de qué frustraciones concretas; qué impotencias reales hacen explotar la enfermedad, cuando se está decidido a no ver qué se quiere cubrir con estos símbolos. Esto no significa afirmar que el sufrimiento psíquico tiene origen solo en la miseria material (que por cierto tiene su peso, ya sea en el origen del disturbo como en el tipo de respuesta que él recibe), sino que existe una miseria social que nos impide expresar nuestras propias necesidades y nos obliga a encontrar vías anómalas y tortuosas que pasan por la mediación de la “enfermedad”, porque nos es impedido expresarnos de forma inmediata.

La necesidad de una nueva “ciencia” y una nueva “teoría” se inserta en aquello que impropriamente es definido “vacío ideológico” y que, en realidad, es el momento feliz en el cual podríamos comenzar a afrontar los problemas de manera distinta. Momento feliz en el cual, desarmados como estamos, privados de instrumentos que no sean una explícita defensa nuestra ante la angustia y el sufrimiento, estamos obligados a remitirnos a esta angustia y este sufrimiento sin objetivarlos automáticamente en los esquemas de la “enfermedad”, y sin disponer aún de un nuevo código interpretativo que recrearía la antigua distancia entre quien comprende y quien ignora, entre quien sufre y quien asiste. Tan solo en este encuentro

directo, sin la mediación de la enfermedad y de su interpretación, es que puede emerger la subjetividad de quien sufre de disturbios psíquicos: subjetividad que puede aflorar solamente en una relación que, salida finalmente de las categorías objetivas de la psiquiatría positivista cuyo resultado más concreto ha sido el manicomio, logre no volver a encerrar en una objetivación ulterior la experiencia subnormal, manteniéndola vinculada y estrechamente conectada a la historia individual y social.

Conversación a propósito de la nueva ley 180^[3]

No creo que sea posible ni correcto, hablar hoy de la cuestión psiquiátrica, y de las etapas alcanzadas en el momento actual, sin hacer referencia al cuadro más amplio de la realidad económica, política y social en la cual ha llegado a ubicarse nuestro país, a las rápidas transformaciones que se han dado en tiempos recientes y a las contradicciones específicas que de ellas emergieron.

Si hoy podemos hablar del inicio de un nuevo tipo de asistencia es porque nos encontramos en un momento histórico particular, que plantea problemas nuevos en el plano político y organizativo.

La asistencia caritativa y pseudo-caritativa que ha caracterizado por largo tiempo nuestro país, es considerada como reflejo de una situación económica hoy superada. En el momento en el cual cambia la situación y se desarrollan una economía y una lógica de tipo industrial, la respuesta de la organización social es crear un control de toda esa área de marginación, producida precisamente por este tipo de economía más avanzada.

Desde este punto de vista, si consideramos por ejemplo lo que ha sucedido en el campo de la asistencia en países industrializados, tales como Francia e Inglaterra, y lo comparamos con lo que está sucediendo en nuestro país, podemos notar cómo, a parte de características particulares típicas de la situación italiana de este momento, las situaciones son, en cierto sentido, similares y superponibles.

Lo que sucede es que, en el momento en el cual llega a crearse una situación de predisposición al descentramiento del capital, se crean también las premisas para una inclinación al descentramiento de la asistencia. Mientras que en tiempos precedentes se trataba de un tipo de asistencia ligada al manicomio que disponía, en la sectorización, de técnicas particulares (internación, contención, electroshock, fármacos, etc. – la psiquiatría siempre dispone de técnicas para el control social –), hoy en día asistimos a un intento de descentralizar todo esto. Se afirma así el criterio de la territorialidad, que cambia la situación precedente en una situación aparentemente renovada, que sin embargo siempre implica el peligro de volver a proponer una forma de control asistencial.

Aun cuando el control directo no está, hay que tener presente que siempre puede estar la ideología del control. La lógica que corre el riesgo de perpetuarse puede funcionar de manera

análoga a la que encontramos en países en los cuales hay tortura: aun cuando la tortura no alcanza de hecho a todos los individuos, sin embargo todos se ven amenazados por la existencia de la tortura; se crea por lo tanto un contexto en el cual actúa mucho más la amenaza de la tortura que la tortura misma.

Es en este sentido que podemos decir que la asistencia abraza a todos y también puede parecer formalmente democrática, por cuanto crea la ilusión, mediante una serie de técnicas y de comunicación mediática, de cubrir las necesidades de todos los ciudadanos sin que de hecho eso ocurra.

Me doy cuenta perfectamente del peligro de simplificar excesivamente problemas que en realidad son mucho más complejos. Pero es casi inevitable que, en el marco restringido de una conversación, el tratamiento de estos temas termine por ser somero y reducido de modo que crea la impresión de simplificaciones fáciles que parecen no respetar la complejidad de los fenómenos de los cuales estamos hablando. El problema es que la gente pueda tomar conciencia y entienda cuales son las propias necesidades, aquellas reales y no las condicionadas y mediadas por el poder.

De parte nuestra, nuestra tarea es la de abrir constantemente contradicciones. En el momento en que creamos contradicciones, también creamos necesidades, que tienen como respuesta o la anomia, porque no hay posibilidad de respuesta al interior del orden social constituido sin que las bases mismas se pongan radicalmente en discusión, o bien se determina una situación extremadamente vaga, al interior de la cual, en el intento de responder a estos problemas, el estado propone un tipo de asistencia alternativa. Por lo tanto el estado propone una enorme cantidad de técnicas, técnicas asistenciales, pero “técnicas” precisamente, que no provienen del examen de las necesidades, sino que más bien son la expresión de las necesidades de la organización social.

En esta situación es evidente que, si el estado tiene el dinero, se crea un sistema de asistencia eficiente, el estado asistencial, pero desde el momento en que el estado no tiene el dinero para poder llevar a cabo todo eso, aquella es una pura posibilidad que de hecho no llega a realizarse. Lo que el estado puede hacer son las leyes, pero las leyes- a su vez- son una abstracción si no se aplican. Según el artículo I de la Constitución italiana, por ejemplo, todos los ciudadanos tienen derecho a trabajar. Esta es tan solo una afirmación formal, la realidad es que en nuestro país hay millones de desocupados. Por lo tanto la ley expresa un deber ser, no una realidad. Entonces se trata de un tipo de asistencia que puede llegar a aplicarse en relación a las posibilidades que tiene el estado de aplicarlo e independientemente de la participación del usuario o de la consideración de sus exigencias reales.

Tal como hemos dicho, una situación análoga en muchos aspectos a la que se está verificando en nuestro país, se creó también en Francia y en Inglaterra. Por ejemplo en Francia, después de la guerra, ha habido una evolución en sentido extremadamente humanitario, que ha llevado, mediante la recuperación de la cultura científica dominante, a la

psicoterapia institucional. Por otra parte, la necesidad de dar una respuesta política práctica a la exigencia de organizar un tipo de asistencia distinta y alternativa de aquella del mundo manicomial cerrado e institucional, ha tenido como resultado la ley francesa del sector. Recientemente nació en Francia la ley acerca de los discapacitados, que constituye otra expresión interesante de esta línea de política asistencial.

Pero todo esto nació porque los técnicos se movieron y tomaron iniciativas, monopolizando sin embargo la cuestión de manera completamente independiente de cualquier relación con la base, volviendo a proponer así la división entre teoría y práctica y la separación nítida del técnico-intelectual del movimiento de las masas. Lo cual explica cómo pudo pasar que, en un país estructurado políticamente como Francia, con ese tipo de economía y de cultura, el empuje de un movimiento de liberación se tradujera en un fenómeno de racionalización, y por lo tanto de producción de cultura reciclada por una parte, y de control asistencial por otra.

Las cosas en Inglaterra no se dieron de forma muy distinta, encontrando aquí una situación más mistificada, sobre todo en lo que concierne a la medicina y la socialización de la gestión de la enfermedad de parte de la comunidad. Lo que ocurrió en este país fue tan solo un estímulo de prensa iluminadora, que hizo emerger el problema y produjo solo un proceso de tecnificación. Justamente la experiencia inglesa demuestra cómo el reciclaje de un empirismo lleva al retorno del modelo tradicional. Hoy en día podemos constatar bien cómo en Inglaterra, después de la experiencia de la Comunidad Terapéutica, se vuelven a proponer paradójicamente como modelo las férreas lógicas del manicomio, con todos los instrumentos típicos de la institución tradicional.

Nosotros somos el tercer país que se encamina hacia un rápido proceso de racionalización de la asistencia y, dada la especificidad de la situación italiana, podemos decir que el caso italiano representa un poco la prueba del nueve de la cuestión, cuyos desarrollos serán sin embargo particularmente significativos y dignos de interés.

Se puede afirmar que, en todo el campo de la asistencia, la ruptura y el estímulo para preparar una situación alternativa (pero deberíamos precisar qué significa alternativa) comenzaron justamente de la psiquiatría: comenzaron de la psiquiatría porque, y esto es interesante, evidentemente la psiquiatría representa el eslabón más débil y más fácilmente desmistificador.

Una vez desenmascaradas la función científica y la cobertura ideológica, la psiquiatría manicomial revela su verdadera cara: la pobreza. El manicomio se homologa con la vida social de la cual es un laboratorio, una vez caída la mistificación médica, el servicio se empobrece y hace manifiesta su verdadera realidad, que es una realidad de miseria.

Se pierde así la especificidad de la locura. La mistificación es patente: una cosa es decir que un servicio encierra 50 personas “enfermas” y otra cosa es decir que encierra cincuenta

personas desheredadas, que tienen que estar dentro de un servicio que no da respuesta alguna a sus problemas (sino más bien acentúa el sufrimiento psicológico como la condición de miseria), porque es la sociedad quien, frente al problema de la miseria, no da otra respuesta más que el control y la marginación de estas personas, no en cuanto pobres, sino en cuanto “locas”.

En el momento en que se humaniza una institución como el manicomio, o como la cárcel, se hace evidente que su contenido es de pobreza antes que de locura.

En el momento en que los técnicos iluminados propusieron técnicamente y de hecho, cambiar la vida carcelaria de un manicomio, se evidenció que el manicomio no tiene sentido. No es tanto el problema de la transformación del manicomio en sí, el hecho es que si se crea una situación de relación basada en la confianza, la relación misma cambia. Esto hace surgir una serie de otras contradicciones, porque se crea un servicio que responde parcialmente a necesidades inexpresadas, de las cuales nadie sabe nada, ni quien las expresa, ni quien debería recibir la expresión de ellas.

Todo esto, lógicamente no puede caer en el vacío, sino que constituye también un estímulo político que puede traducirse en la búsqueda de soluciones de tipo conservador o bien en propuestas de algún modo progresistas (mejoría de los servicios en sentido genérico o afirmación de nuevos servicios alternativos).

Lo que entonces sucedió en Italia, en una situación particular de aparente boom económico caracterizada por una actitud de descentramiento del capital, que tenía que llevar a una actitud de descentramiento de la asistencia, fue que los técnicos, que querían hacer una nueva práctica, se vincularon con las fuerzas políticas que querían además de una transformación de la sociedad una emancipación de la base, y por lo tanto se unieron a la causa de la lucha de clase. Todo esto, obviamente ocurrió de manera muy vulgar. Pero así mismo esta fue la situación italiana, es decir el enganche entre los técnicos y los movimientos de lucha de base, cosa que no fue posible ni en Francia ni en Inglaterra.

Por otra parte también hay en nuestro país una clase dominante que con insistencia pide una nueva técnica, y entonces precisamente la ideología dominante, el poder, le pide al técnico una reflexión, un estudio, una nueva ciencia. La clase en el poder también puede tolerar los cambios, a condición de que estos sean reabsorbidos, reestructurados, racionalizados. Lo que no puede tolerar es la confusión, en este caso la falta de límites entre psiquiatría y pobreza, la venida a menos de la especificidad. Lo cual explica hoy en día cómo se ha difundido la exigencia de producir reflexiones, estudios y teorías que replanteen el problema de la locura en su especificidad y cómo, también entre los técnicos haya una actitud de incompreensión sustancial y a menudo de intolerancia respecto a otros técnicos que no sienten esta exigencia de racionalizar y teorizar a toda costa los contenidos de la propia práctica.

Pero hacer teorías (sobre una práctica que no se transforma) refleja precisamente la tendencia difusa en busca del consenso, y la ciencia misma se traduce en formulaciones de soluciones técnicas, en ofrecimiento de técnicas de consenso, que el técnico puede muy bien aprender en la universidad. Todo ello (las teorías, las escuelas, las organizaciones científicas) no contribuye efectivamente a la solución real de los problemas. Sería equivalente a decir que, desde el momento en que está la Fao, el problema del hambre se ha resuelto. Estudiar, hacer teorías sobre el hambre, sobre la locura, sobre las necesidades, responde precisamente a la exigencia de crear consenso, pero no sirve para resolver los problemas reales del hambre, de la locura, de la necesidad.

Volviendo a la situación actual sucede que, a medida que los márgenes de lucha se cierran y el país va estructurándose con enormes esfuerzos, en una lógica de país industrializado (Italia es el octavo país industrial del mundo), se hace necesario programar también un nuevo tipo de asistencia.

En un momento histórico particularmente interesante como el actual, podemos ver entonces qué sucede en el plano legislativo. Se ha llevado adelante un discurso de reforma sanitaria que ubica a la psiquiatría al interior de la salud y surge una ley, extrapolada desde las fuerzas unitarias, que indudablemente es muy interesante si bien presenta aspectos de cierto modo contrastantes.

Por una parte, de hecho, está el riesgo que ella vuelva a proponer lo que es la mistificación de la psiquiatría, por otra puede ser considerada un resultado relevante de las luchas sostenidas en estos años. En este sentido podemos decir que la nueva ley sobre la asistencia psiquiátrica y la nueva ley sobre la reglamentación del aborto son dos leyes paralelas en muchos aspectos, que pueden constituir, en cierto sentido, el envoltorio de tornasol de lo que podrán ser los desarrollos sucesivos de la reforma en el campo de la salud. Ambas leyes, de hecho, son el resultado de un compromiso político, pero sobre todo son el resultado práctico de aquello que ha sido afirmado durante años de luchas, respectivamente de los técnicos y de las mujeres, y a este respecto pueden ser considerados dos éxitos.

De hecho, en el campo de la psiquiatría, las luchas demostraron, y la nueva ley es su reconocimiento explícito, que la asistencia a los enfermos mentales no puede administrarse como en el pasado. La destrucción del manicomio sin embargo no significa abandonar al enfermo a sí mismo, sino que significa crear las premisas para que este pueda ser seguido de mejor manera y ayudado en lo que son sus dificultades reales.

El camino de esta ley, entonces, así como el de la ley sobre el aborto, serán indicadoras del destino mismo de la reforma sanitaria de nuestro país.

De hecho, desde el momento en que ambas leyes insertan lo social en el ámbito de la medicina, que es aquel tradicional de una medicina de antiguo sello aún esclerotizada, siempre está presente el peligro que esas favorezcan una vez más una mistificación de la

realidad, medicando los problemas y obstaculizando la toma de conciencia de la dimensión social de los mismos (en el caso específico la toma de conciencia de que el malestar psicológico no es una enfermedad, así como la gravidez no es una enfermedad).

Lo que es interesante, en el espíritu de la ley, es que ya no se habla de peligrosidad. El diagnóstico según el cual el enfermo mental es peligroso para sí mismo y para otros ya no puede ser aceptado, porque si una persona está enferma no puede ser peligrosa ni obscena. Sin embargo es necesario ubicarlo dentro de la medicina; se decide entonces que el enfermo mental no es peligroso y por lo tanto hay que ponerlo junto a otros enfermos.

Sucede entonces que dicho enfermo mental no es una persona que sufre, una persona que se encuentra en una situación de malestar, sino precisamente es un “enfermo” mental. Esto es importante: debe mantenerse esta connotación de enfermo. Teniendo esta connotación de enfermo, el individuo que sufre disturbios mentales llega a ser incluido en el ámbito positivista de la medicina, mediante el cual se homologa el comportamiento a un cuerpo y por lo tanto es instituido, de manera nueva, reciclada, el concepto de enfermedad.

Es así que el disturbo mental llega posteriormente a ser medicalizado, los manicomios tienen que desaparecer y todo debe reinsertarse en la vasta área de la medicina.

El problema es que no todo puede medicalizarse. Entonces queda expulsada toda esa franja de individuos que son para-enfermos, para-psiquiatrizados, drogados, alcohólicos, etc. Se debe crear entonces un ejército de técnicos que deberán asistir a estas personas que están entre la medicina y la justicia por cuanto crean problemas de orden público. Se vuelve a proponer así, de manera macroscópica y mucho más tecnificada, todo el discurso, arcaico y rústico de la medicina del siglo pasado y por lo tanto se cumple este tipo de racionalización. Todo esto sucede no porque la organización social sea mala o buena, sino porque sin embargo debe sobrevivir y desde el momento que su supervivencia está ligada a la marginación, ella debe organizar y controlar a las personas que deberán marginarse, independientemente de que se trate de individuos enfermos.

Ahora estamos yendo velozmente hacia la racionalización del problema, aliándonos y homologándonos con otros países. En España sucederá lo mismo, de manera aún más rápida y más dura que en nuestro país, sin que la gente se de cuenta de lo que realmente está sucediendo.

Obviamente, todo lo que está sucediendo está incluido, como ya se ha dicho, en una lógica asistencial, que incluso puede no coincidir con una autentica lógica preventiva. Prevención es ante todo toma de conciencia. El problema es que la gente entienda cuáles son las propias necesidades y comprenda la alienación en la cual vive. En el momento en que hacemos surgir contradicciones, en la práctica social, contribuimos a promover un proceso de toma de conciencia.

Hoy día, en la situación particularmente acalorada en la cual nos encontramos, hay quien dice que el terrorismo ha abierto espacios de lucha, ha abierto contradicciones. Afirmar esto es una locura, así como pensar que las Brigadas rojas sean un fenómeno que plantea una alternativa al estado, ellas son más bien la imagen especular del estado. Abrir contradicciones es una cuestión mucho más compleja y difícil.

En nuestro campo, la acción que hemos llevado adelante desde hace más de veinte años ha abierto contradicciones que de ninguna manera pueden cerrarse, puesto que las mantenemos abiertas mediante una lucha. Ni siquiera pueden cerrarse con un intento enorme de racionalización. Y son justamente estas contradicciones, mantenidas abiertas, las que crean una posibilidad de avance de la lucha de base, de otra forma son contradicciones que, como aquellas de las Brigadas Rojas, resultan solamente funcionales a la lógica del poder. Sería como si, ocurrida la infamia de la psiquiatría, se comenzara a matar a los directores de los manicomios: tan solo se crea una situación de terror y como resultado se obtiene promover el aumento de la represión.

Nosotros también cumplimos una acción de violencia respecto de la comunidad, en la lucha práctica, cotidiana, en contra de la falsa conciencia y la ideología dominante. Cuando, por ejemplo, sacamos afuera a los locos, esta es una violación que provoca una crisis. Pero en esta situación de crisis, nosotros estamos a disposición de aquellos que hemos violentado. No es una aventura, es un “estar” en la situación de crisis, con otros.

Cuando nosotros violentamos una situación, debemos tener presente que la crisis tiene dos posibilidades de salida: o la maduración o la regresión. Desde el momento en que se hace esta operación de riesgo, el riesgo debe ser calculado. Es necesario saber con quien poder tener vínculos, no podemos encontrarnos con un grupo de temerarios que no pueden hacer más que aventura y que luego quizás terminen por hacer el juego de la reacción. Así, también en el campo de la psiquiatría, si para cada acción no se calcula bien el riesgo y no se tienen fuerzas ni alianzas con las cuales poder contar, se cae inevitablemente en las manos del poder.

Evidenciar las contradicciones significa crear la apertura de una fisura. Por ejemplo, desde el momento en que demostramos que la institución psiquiátrica no es un medio de control social, y lo demostramos en la práctica, el estado, el poder, está obligado a crear algo de sustitutivo. En el tiempo que transcurre entre la explosión de la contradicción y su protección (porque solo esto puede suceder), se determina una ocasión de toma de conciencia de parte de la opinión pública. Para quedarnos en nuestro campo, la gente se da cuenta que el sistema de asistencia no responde a sus necesidades, porque es la organización de la sociedad la que no da respuestas.

El problema es que la gente está acostumbrada a obtener respuestas no a lo que son las propias exigencias, sino a las exigencias de la organización social. Se trata por lo tanto de una participación falsa porque la gente no expresa las propias necesidades, sino lo que ha incorporado como siendo la necesidad.

Entonces la cuestión es muy compleja y no creo que sea posible responder a los problemas específicos que me han planteado sino teniendo en cuenta el cuadro mucho más amplio de las problemáticas que hemos afrontado en el lapso del discurso precedente.

Así en lo que respecta al problema de las técnicas, de los modelos teóricos subordinados, del retraso cultural que existe en Italia respecto de la elaboración de nuevas teorías psiquiátricas, creo que no se puede prescindir del orden de consideraciones hechas hasta este momento. Si se puede afirmar entonces que existe una tendencia general, consecuente a una lógica de desarrollo económico-industrial, que también ve a nuestro país alinearse con el proceso de racionalización de la asistencia adoptado en otros países, existe sin embargo una situación típica de nuestro país que determina en cierto sentido la originalidad respecto de experiencias extranjeras.

Por una parte la existencia de movimientos de lucha de base ha permitido la vinculación entre la cuestión psiquiátrica y la problemática de la lucha de clase, determinando así una clara politización del movimiento; por otra, la falta de un sustrato cultural, que no sea el académico de sello positivista, ha hecho imposible en nuestro país hacer cultura reciclada, como en cambio sí sucedió en Francia. Allí se realizó el enganche cultural y “científico” a la cultura dominante, el psicoanálisis, y nació de ello la técnica de la psicoterapia institucional (que así resolvía también el problema de la transmisión de los conocimientos y del adiestramiento técnico). En consecuencia se llegó a crear, según la cultura francesa y el modelo de la ciencia burguesa, un gran número de escuelas con la misma matriz cultural, que han vivido y viven justamente contraponiéndose la una a la otra.

El tipo particular de política y de realidad cultural de la sociedad francesa hizo que se llegase a crear el campo de la cultura por una parte (cultura que no tiene nada que ver con todo el resto de los movimientos políticos de base, basta considerar la historia de las comunidades francesas –sería también significativo para este propósito el análisis de una revista muy importante, “Raison”, que produjo un intento interesante de cultura alternativa), y una situación de control asistencial por otra.

En nuestro país, como hemos visto, la situación es muy distinta. No habiendo bases culturales preexistentes, tampoco existe, afortunadamente, la posibilidad de hacer una ideología de recambio. Puede haber la búsqueda de una ideología, de una producción teórica, pero esto no ocurre en la realidad porque precisamente no existen premisas culturales que ofrezcan a los técnicos la posibilidad de reciclar su gesto humanitario hacia las personas que sufren. En cambio había en el país una situación de lucha real que progresivamente ha ido dando mayor significado de contenido y de discurso político al operar de los técnicos.

Por otra parte, en el momento en que la situación cambia y los márgenes de lucha se van cerrando progresivamente, el poder le pide al técnico que racionalice cada vez más su accionar. Se corre el riesgo entonces de caer en un compromiso, en una trampa.

En este momento yo mismo me encuentro en una situación de esa índole y es difícil salir de ella, porque por un lado entro en una lógica según la cual debo crear cierto tipo de consenso, por otra siento la exigencia de dar- de alguna manera- continuidad a una línea que contraste la lógica del poder. Está claro que, en esta situación, nosotros podemos pronunciar el balbuceo de una alternativa científica, es decir una tentativa mínima de discurso basado en el análisis histórico, económico, cultural, de aquello que es nuestro oficio por un aparte, y sobre un atento análisis político de las tensiones y de lo que está sucediendo día a día, por otra.

Ustedes podrán preguntarme también por qué no reflexiono sobre las contradicciones que he abierto. Yo les contesto: muy probablemente porque no tengo las armas para hacerlo, puesto que todas las armas que tengo son los instrumentos de reflexión que me proporciona la organización social, por lo tanto son las armas preformadas, que sin embargo pudiesen llevarme hacia una trampa, en una situación que no puede ser en absoluto de avance sino de regresión.

Por cierto, el riesgo de nuestro actuar es el de hacer un empirismo, que fácilmente puede llegar a una forma de simple pragmatismo. Esta es una preocupación constante para nosotros. Por otra parte, no está bien claro, en la situación actual, qué habría que transmitir. Yo creo que todos los problemas que conciernen a la producción científica y a la transmisión del conocimiento, así como se presentan, son muy racionalistas, muy idealistas y muy poco dialécticos.

Cuando por ejemplo se dice que hay que transmitir algo, lo que debería ser transmitido es el contenido de la experiencia. Pero si no logro percibir cuál es la subjetividad el contenido transformado, no puedo sino transmitir palabras prestadas de otros, o mi impotencia (y dado que precisamente soy impotente en incidir sobre la realidad, siempre puedo sin embargo escribir libros). En el momento en que yo afirmo que el discurso relacionado a la institución manicomial es importante porque ha dado la posibilidad de darle voz al internado, esta es una afirmación muy válida; pero no sé cuál sea esta voz, porque tan solo sé cuál es mi voz.

Entonces yo no puedo transmitir cultura nueva porque todos estamos inmersos en la cultura que ideológicamente hemos absorbido desde el momento que no la hemos cambiado, porque es la realidad la que no ha sido cambiada. Por otra parte hay una tendencia difusa a producir cultura, reflexiones, técnicas, ciencia; pienso que tan solo se trata de una búsqueda exasperante para producir a toda costa algo, pero que este algo no ha sido develado. No se produce nada significativo porque falta la posibilidad de un enganche a una realidad cultural precedente sobre la cual poder injertar un discurso referido a la práctica existente.

La nuestra es una situación que, como se ha dicho, es exactamente antitética a la francesa, en la cual no sucedió nada de relevante en el plano práctico y sin embargo hay una producción cultural, aparentemente notable, pero sustancialmente vacía, porque es una producción de falsos contenidos, puro esfuerzo de reflexión acerca de una práctica que no existe.

Se ha desarrollado recientemente también en nuestro país un gran deseo de reflexionar, de extraer conclusiones, todos parecen tener algo que decir o que enseñar, escriben libros... Hay así, para quedar en nuestro campo, una abundante y mediocre producción literaria que, exceptuando algunos libros publicados en momentos históricos particulares, es, en suma, bastante escuálida e inútil.

El peligro de la actual situación, es que toda esta exasperada voluntad de producir cultura termine por producir tan solo un aumento de ideología. Estoy bien consciente que estas afirmaciones mías pueden parecer una vez más una suerte de autojustificaciones, se muy bien que será fácil a esta altura que me digan que soy un ingenuo, que no cree en la cultura y que elude el problema de la ciencia y del conocimiento. Pero esto es lo que verdaderamente pienso: no creo que se haga cultura escribiendo libros, se hace cultura en el momento en que se cambia la realidad.

Pensar hoy en día en producir cultura alternativa no son sino palabras. Es como pensar en producir un mundo nuevo, creo que esto todavía es muy difícil, a menos que este mundo nuevo sea la expresión de un mundo que se renueva en la realidad, de un mundo que propone otros valores, otros tipos de relaciones entre las personas. Por otra parte no se lo que pueda ser una cultura nueva sino justamente palabras, que, más allá de formulaciones más o menos renovadas, no pueden tener ningún contenido sustancial de novedad, puesto que el esfuerzo que estamos haciendo aún es el de liberarnos de la cultura del siglo diecinueve.

Lo que me parece preocupante es que continuamente se van repitiendo cosas que son producto de un análisis ya hecho. La producción de cultura nueva no puede nacer sino de una práctica social nueva. Hoy la escuela, los intelectuales, los jóvenes, no producen sino autodestrucción. Esta es una realidad sobre la cual es necesario reflexionar. Yo aún diría que ese poco de nuevo que tenemos, nació de las luchas que se hicieron, desde el momento en que una organización de base, que expresa la clase oprimida, ha llevado adelante algunos balbuceos, que podrían constituir la base de lo que puede ser una cultura distinta.

1. Dr. Franco Basaglia (1924-1980), la figura de mayor relieve de la psiquiatría italiana contemporánea. Einaudi ha publicado *La institución negada* (1968), *Morir de clase* (1969), *La mayoría desviante* (1971), *Crímenes de paz* (1975), redactados todos o en colaboración con Franca Ongaro Basaglia. También con su colaboración ha escrito el artículo *Locura/delirio* para la *Enciclopedia*. [↑](#)
2. En *Il giardino dei gelsi*, a cargo de E. Venturini, Einaudi, Torino 1979. [↑](#)
3. En *Dove va la psichiatria?*, a cargo de L. Onnis y G. Lo Russo, Feltrinelli, Milán 1980 [↑](#)