

FRANCO BASAGLIA
LA INSTITUCION
NEGADA

INFORME DE UN HOSPITAL
PSIQUIATRICO



BARRAL



LA INSTITUCION NEGADA
INFORME DE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO



EDICIONES CORREGIDOR
BUENOS AIRES

FRANCO BASAGLIA

LA INSTITUCION NEGADA

INFORME DE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO

Prólogo de
Ramón García, Ana Serós y Luis Torrent



BREVE
BIBLIOTECA DE RESPUESTA
BARRAL EDITORES
1972

Título de la edición original:
L'istituzione negata - Rapporto da un ospedale psichiatrico

Traducción de
Jaime Pomar

Segunda edición
Primera edición argentina - 1976

© de la edición original: Giulio Einaudi
Editore - Turín, 1968

© de los derechos en lengua castellana
y de la traducción española:

BARRAL EDITORES, S. A. - BARCELONA, 1970

© Para la presente edición
EDICIONES CORREGIDOR S. A.
por autorización de BARRAL EDITORES, S. A.

Hecho el depósito de ley
Impreso en la Argentina

NOTA A LA EDICIÓN ESPAÑOLA

Este libro, como subrayan en el prólogo de la edición española los doctores García, Serós y Torrent, es el resultado de una experiencia concreta de la práctica psiquiátrica en una institución manicomial. Sería absolutamente contrario a la más elemental metodología científica el utilizar esta experiencia como punto de partida de cualquier tipo de consideraciones analógicas. Una experiencia es una experiencia y sólo un número científicamente suficiente de experiencias que contenga un número científicamente suficiente de particularidades puede ser el punto de partida de una consideración analógica. De todos modos, desde algún punto de vista, la experiencia del equipo de Basaglia tiene un valor universal, un valor que apunta más a un estudio humanístico en lo tocante a la situación del enfermo mental en las sociedades civilizadas que a la práctica de la psiquiatría. En realidad de lo que en el fondo se trata es de poner de relieve la discriminación histórica, atávica, del enfermo mental en las sociedades modernas, discriminación de la que nada ni nadie sino la lentitud de la civilización humana debe considerarse responsable.

PRÓLOGO

Ante la tarea de prologar una obra pueden adoptarse diversas posiciones que abren, a su vez, distintas perspectivas. Entre ellas cabe, sin duda, la de situarse a la escucha —esto es: en los márgenes del camino del autor—, recoger el eco de su grito —ese grito que es, o debe ser, toda palabra, todo escrito, toda práctica, toda vida— e irradiarlo, o incluso —si llega el caso— lanzar al aire otro grito desde cuyo eco el observador-lector pueda captar las últimas ondas del eco primero, apagadas —ya casi— en su lejanía. Resonar el eco en la esperanza de ver surgir un nuevo grito: he ahí el deseo y la intención que anima este escrito con funciones de prólogo.

* * *

«... la asociación al principio del Bien mide «el más lejos» del cuerpo social (el punto extremo, más allá del cual la sociedad constituida no puede ir); la asociación al principio del Mal mide «el más lejos» que *temporalmente* alcanzan los individuos —o las minorías—; «más lejos» no puede llegar nadie...

»... la comunicación profunda sólo puede hacerse con una condición: que recurramos al Mal, es decir, a la violación de la *prohibición*...

»... la libertad, incluso después de destacadas sus posibles relaciones con el Bien, se halla como Blake le dice a Milton “del lado del demonio sin saberlo”...» (Georges Bataille: *La literatura y el mal*).

Podemos partir —¿por qué no?— del mal: la falta, la privación, la ausencia, el fuera. Precisamente este libro —y con él lo esencial de la práctica de sus autores— ha sido duramente criticado, desde la ciencia, por aquello que «le falta»: apoyatura teórica, pensamiento metódico y coherente —racional y racionalizado—, «seriedad y respetabilidad científicas»... La crítica científica lo sitúa *fuera* de la ciencia; admite que es un grito, pero —añade— el grito —todo grito— no tiene entrañas.

El partir del mal —la consideración de la falta, la privación, la ausencia, el fuera, impuesta por los críticos— nos conduce al terreno donde imperan la ociosidad y la locura (1), esto es: a los fundamentos. La crítica científica nos ha dicho: no hay entrañas en el grito; con ello nos ha querido decir también: precisamente se grita porque no se tienen entrañas, cuando se tienen entrañas no se grita... O bien: sólo gritan los ociosos y los locos. Tales afirmaciones no están exentas de verdad. En efecto, *el grito* y *las entrañas* se contradicen esencialmente, se autoaniquilan entre sí. Grito es «instante soberano», negación del porvenir; entrañas —en la perspectiva de los críticos científicos— es el porvenir mismo: depósito de un fondo que permite y determina un movimiento productivo-eficaz hacia el futuro, esto es: la tradición —como conocimientos acumulados— y el método científico.

Tomémoslo al pie de la letra: la perspectiva de la ciencia —«el grito no tiene entrañas», «precisamente se grita porque no se tienen entrañas», «cuando se tienen entrañas no se grita»...— es la perspectiva del padre (un *hijo sin entrañas* puede ser en todo momento aquel que no vive el presente como medio para «labrarse un porvenir»; el hijo que tiene entrañas —esto es: dispuesto a progresar— no grita: se adapta y se conforma). Tener entrañas es —en la perspectiva de la ciencia, en la pers-

(1) «La psiquiatría impone el bonito juego de definir nuestro trabajo como privado de seriedad y respetabilidad científicas. Este juicio no puede más que enorgullecernos: nos une así a la falta de seriedad y respetabilidad atribuidas siempre al enfermo mental, al igual que a todos los excluidos». Ver la *Presentación* de Franco Basaglia.

pectiva del sistema— la condenación del presente en favor de la progresión hacia el futuro, y constituye el horizonte del Bien. Por el contrario, el grito, que siendo «instante soberano» es negación del progreso y del futuro, se halla del lado de la ociosidad y la locura y constituye el horizonte del Mal.

No estamos hablando en vano. La perspectiva de la ciencia nos impone *desde dentro* la escisión: el doble horizonte del Bien— que es presencia, acumulación de conocimientos, trabajo productivo, cordura, eficacia (2) y porvenir— y del Mal —que es ausencia, ociosidad, locura, instante soberano y grito— se consume en ese momento fundamental de la inclusión-que-

(2) «... De acuerdo con esta concepción, que aparece tanto en Max Weber como en los postulados filosóficos de los estudios lógico-matemáticos de Von Neumann y Morgestern, es racional (según nuestra terminología: conforme a la «ratio») un comportamiento que conduzca a un *efectivo aprovechamiento de los medios, al logro de un objetivo con el mínimo esfuerzo, o a la consecución de mayor número de ventajas*.» (Karel Kosik, *Dialéctica de lo concreto*, pág. 119.)

Bunge, por su parte, afirma: «Un acto puede considerarse *racional* si (1) es máximamente adecuado a un objetivo previamente puesto; y (2) el objetivo y los medios para conseguirlo se han escogido o realizado mediante el uso consciente del mejor conocimiento relevante disponible. (Esto presupone que ningún acto racional es en sí mismo un objetivo, sino que es siempre instrumental)...» (Mario Bunge, *La investigación Científica*, Ariel, Barna, 1969, pág. 684.)

La *eficacia* de la racionalidad siendo una categoría del método científico se halla presente en toda actividad, comportamiento o actividad científicos. Contra esta afirmación se han levantado, ciertamente, voces, pero las argumentaciones que se han dado han construido círculos semejantes a aquel que cierra Mario Bunge: partiendo de la escisión *ciencia pura* (investigación básica o de fundamentos) / *técnica*, convierte la *eficacia* —y la economía de los medios— en un absoluto pragmático que integra totalmente en la *técnica*, para volver a la escisión inicial consolidada: *ciencia pura* / *técnica impura*: «*La verdad profunda y precisa, que es un desideratum de la investigación científica pura, no es económica...*» / «... lo que se supone que el científico aplicado (el hombre de la *técnica*) maneja son teorías de gran eficacia, o sea, con una razón "input-output" elevada: se trata de teorías que dan mucho con poco. El bajo coste compensará entonces la calidad baja...»

excluye: la ciencia (3). La línea divisoria entre el Bien y el Mal —impuesta en el mundo moderno desde la ciencia— es el momento privilegiado de todo signo de escisión entre un *dentro* y un *fuera*, entre lo incluido y lo que se excluye.

La ciencia —dentro que sella un fuera, inclusión que diagnostica lo que se excluye— no puede perdonar el grito de Basaglia y sus colaboradores. Entre las diversas razones que impiden tal «perdón» —y que más adelante aparecerán en un primer plano— debemos, ya ahora, destacar una: el acercamiento a lo imposible —lo excluido por antonomasia, el Mal mismo— al dudar de la posibilidad de un «método», de un «proyecto», de un «porvenir» —destacados como peligros de «cristalización» (de ahí las críticas de Basaglia a la «comunidad terapéutica» y a la «psicoterapia institucional»): «...El peligro implícito —afirma Basaglia— en toda acción de renovación que tienda a organizarse es el de reducirse —después de una primera fase crítica— a la traducción en términos ideológicos (esto es: esquemáticos, cerrados, definidos) de lo que nació como una exigencia de rechazo y de ruptura prácticos... (4), y añade en otro lugar (5): «...En este sentido toda acción técnica innovadora, aceptada en el interior de éste nuestro sistema económico, asume automáticamente el papel de *prótesis* para el mantenimiento del "status quo" general, contribuyendo a la adaptación de los individuos a la norma y a los valores dominantes. En el momento en que la nueva institución psiquiátrica liberalizada es aceptada como un nuevo modelo técnico en el interior de las

(3) «Indudablemente, nuestra tarea debe consistir en construir pacientemente dicho sistema utilizando los principios conocidos del método científico, *suprimiendo despiadadamente* aquellos conceptos y procedimientos carentes de confiabilidad y validez y atesorando aquellos capaces de resistir los rigores del método hipotético-deductivo». (H. J. Eysenck, *Estudio científico de la personalidad*, Paidós, B. A., 1959, pág. 6.)

(4) Franco y Franca Basaglia, *Morire di classe* (prólogo); Ed. Einaudi, Torino, 1969.

(5) Franco Basaglia. *L'assistenza psichiatrica come problema anti-istituzionale. Un'esperienza italiana*. Este trabajo ha sido traducido al francés: *L'Information Psychiatrique*, vol. 47, n.º 2, febrero, 1971. La cita es del original y no consta en la traducción francesa.

mismas estructuras generales, el proceso de transformación es bloqueado y reducido a un proceso de adaptación que niega la "terapeuticidad" misma de la institución al estereotipar la dinámica inicial». Peligro éste en el que, avisados, no se quiere caer: «...Esta actitud radicalmente crítica respecto de lo que la ciencia ha hecho del enfermo mental, puede ser *considerada* a la vez como anárquica, puesto que ella misma rechaza cualquier forma de etiqueta, y como utópica por cuanto niega toda definición o clasificación...» (6). Anarquía —negación del «método» que pone en el camino del «porvenir»— y utopía —acercamiento a lo imposible —ponen a Basaglia —¿definitivamente?— al lado del Mal, esto es: *fuera del dentro* que es la ciencia.

* * *

«... El dominio de la razón racionalista significa la petrificación de la escisión de la realidad. La realidad humana se divide práctica y teóricamente en la esfera de la «ratio», es decir, el mundo de la racionalización, de los medios, de la técnica y la eficacia y la esfera de los valores y las significaciones humanas, que, paradójicamente, pasan a ser un dominio del irracionalismo». (K. Kosik: *Dialéctica de lo concreto*.)

«Sólo en tiempos «racionalistas» aparece la locura calificada como «error de juicio», como «mengua de facultades». Son épocas en las que se amputa a la razón su dimensión indómita y salvaje.

»Cuando la razón deja de salirse de sus casillas y duerme en su delirio «racionalista», esa dimensión «salvaje» la mantiene entonces, como antorcha encendida en medio de la noche, la «sinrazón», la «locura».

«La razón «racionalista» es una razón *censurada*. «Su ello» es la «sin razón». (E. Trías: *La dispersión*.)

»Hay que tratar de alcanzar en la historia ese punto de arranque de la historia de la locura, cuando era una experiencia indiferenciada, no repartida todavía, de la herencia común. Describir, desde los orígenes de su desvío, esa «otra forma» que con un ademán separa dos cosas, desde entonces exteriores e incapaces de comunicarse entre sí, como muertas la una para la otra: la Razón y la Locura...

(6) Presentación de Franco Basaglia a este libro.

»No existe lenguaje común, o más bien, ya no existe; la constitución de la locura como enfermedad mental, a finales del siglo XVIII, hace constar la existencia de un diálogo roto y hace de la separación algo adquirido; asimismo hunde en el olvido esas palabras imperfectas, carentes de una sintaxis fija, un poco balbucientes, que eran el medio merced al cual se realizaba el intercambio entre razón y locura. El lenguaje de la psiquiatría, que es monólogo de la razón *sobre* la locura, sólo se ha podido establecer sobre un silencio así». (M. Foucault: *Historia de la locura*.)

«No quiero ver a los locos. No hay nada que hacer con ellos. Que no vengan a jodernos. Que se vayan a otra parte. Si se quiere con sus médicos, en un mundo cerrado, bien cerrado, hermético, donde se les olvide —en *otro* mundo—. Esto es exactamente lo que querría conseguir el manicomio, y a esto es exactamente a lo que responde: constituir otro mundo estanco en donde sea confinada la locura. Por otra parte, en el mundo *normal*, nada más que razón, nada más que sensatez —en el manicomio nada más que insensatez—. El manicomio purga, decanta, purifica, recoge entre sus muros toda la locura del mundo. Las rejas del manicomio separan, demarcan: fuera de lo normal, dentro de lo *patológico*...». (R. Gentis: *Les murs de l'asile*.)

Por nuestra parte impondríamos una afirmación que es, a su vez, una nueva conceptualización: el grito de Basaglia y sus colaboradores tiene entrañas. Lo que no tiene este grito —la falta, la ausencia que es precisamente su entraña misma— es proyecto, es decir, eficacia— y es esto concretamente lo que desconcierta, indigna y repugna a sus críticos científicos. Nace, sí, de las entrañas mismas —esto es: apasionadamente—, pero sabe de su enemigo: la permanencia, que lo pondría indefectiblemente «al servicio de ». El grito es siempre anhelo de libertad, permanecer es acallararlo: «Sea cual fuere la evolución de nuestra subversión institucional, siempre será necesaria una *ruptura* continua de las líneas de acción; por el hecho de estar insertadas en el sistema, tales líneas deben ser, continuamente, negadas y destruidas».

Y si el grito tiene entrañas, parte de nuestro cometido —ya iniciado —es desentrañarlo. Desentrañar ese grito no será, cla-

ro está, encontrarle desde su origen un proyecto, un porvenir, sino ensanchar, si cabe, el instante de su eco destacando el silencio que descubre, su ausencia, su falta, su *pecado*. Y su pecado es éste: poner de relieve el signo de escisión que convierte el submundo de la práctica psiquiátrica en el polo opuesto del mundo de la normalidad. Con este su «pecado» Basaglia y sus colaboradores —a más de situarse «fuera» de la ciencia— se comunican con una zona del pensamiento moderno, al tiempo que intervienen en la interpretación desmitificadora de la categoría ideológica fundamental: la escisión, inclusión, exclusión y su ocultación.

Bien y Mal, Racionalidad e Irracionalidad, Saber y No-saber, Conciencia e Inconsciente, Razón y Locura, Normalidad y Anormalidad son los lados —el derecho y el revés— del signo que escinde; son el *dentro* y el *fuera* que separa el signo; son, definitivamente, lo incluido y lo que se excluye.

Señalar —en un ámbito concreto de la práctica— el signo que, desde el poder de la inclusión, excluye, destacando sus diversos momentos y vertientes, es el hilo conductor de este libro. Tal hilo conductor no debemos perderlo ni al prologarlo, ni al leerlo.

* * *

«Una institución totalitaria puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Las cárceles sirven como ejemplo notorio, pero ha de advertirse que el mismo carácter intrínseco de prisión tienen otras instituciones, cuyos miembros no han quebrantado ninguna ley...» Tales: «los hospitales psiquiátricos». (Goffman: *Internados-Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*.)

«Ciertamente se trata de una especie de racismo (...). Se dice los locos como se dice los negros o los portugueses. De ahí a exterminarlos no hay más que un paso...

»Si a lo largo del siglo XIX y en los inicios del nuestro no se ha recurrido a la liquidación física de los enfermos mentales es sin duda porque el problema no tenía entonces una gran

incidencia económica. Por otra parte, el sistema no estaba para este género de bestialidades. Al fin y al cabo no era totalmente necesario matarlos: bastaba con no verlos». (R. Gentis: *Les murs de l'asile.*)

«... Por un lado encontramos al hombre razonable que encarga al médico la tarea de ocuparse de la locura y que no autoriza más relación que la que puede establecerse a través de la universalidad abstracta de la enfermedad; por otro lado, está el hombre loco, que no se comunica con el razonable, sino a través de una razón igualmente abstracta, que es orden, constreñimiento físico y moral, presión anónima del grupo, exigencia de conformidad...». (M. Foucault: *Historia de la locura.*)

El signo de escisión se acentúa aquí —en este libro— en un ámbito concreto: el de la práctica psiquiátrica en una institución manicomial. Pero no pierde por ello su universalidad; más bien al contrario, individualizándose —afirmando su diferencia—, la alcanza. El momento de la universalidad del signo de escisión —categoría que define a la exclusión y en ella al excluido— es la violencia; de ahí que la institución —estructura en acto de la escisión— sea siempre institución entre «instituciones de la violencia»: «La familia, la escuela, la fábrica, la universidad, el hospital son instituciones fundadas en un claro reparto de «papeles»: la división del trabajo (amo y esclavo, maestro y alumno, dirigente y dirigido). Esto significa que la característica de estas instituciones es una flagrante separación entre los que poseen el poder y los que no lo poseen. También puede deducirse claramente que la subdivisión de los «papeles» traduce una relación de opresión y de violencia entre poder y no poder, relación que se transforma en la exclusión del segundo por el primero. La violencia y la exclusión están, en efecto, en la base de todas las relaciones susceptibles de instaurarse en nuestra sociedad» (7).

El signo que escinde y su violencia se individualizan en la práctica psiquiátrica en los conceptos de enfermedad, diagnóstico, técnica terapéutica y curación.

(7) Franco Basaglia: ver, en este libro, su trabajo *Las instituciones de la violencia.*

1. — La enfermedad —*doble* de la enfermedad, enfermedad propiamente dicha— que la psiquiatría —la ciencia psiquiátrica— estudia, describe y crea como poder clasificatorio —escindidor— entre ambos lados de la línea divisoria que es la *norma* [Normal (inclusión) / Patológico (exclusión)]. Enfermedad que el psiquiatra —en su papel de excluyente— y la institución —como lugar de exclusión— proyectan y el enfermo —en su papel de excluido— refleja: «En el análisis de la *carrera moral* del enfermo mental, Goffman precisa que el tipo particular de estructura y de ordenamientos institucionales, más que sostener el yo del paciente, lo constituye. Si bien originariamente el enfermo sufre de la pérdida de la propia identidad, la institución y los parámetros psiquiátricos acaban construyéndole una nueva (...) el internado asume la institución como cuerpo propio incorporando la imagen de sí que ella le impone» (8). O bien tal como Michel Foucault ha concluido: «... la alienación es para el enfermo mucho más que un status jurídico: una experiencia real, que se inscribe necesariamente en el hecho patológico» (9).

2. — El diagnóstico —proyección que es violencia—, impuesto desde el espacio de la inclusión —espacio del poder—, se nos descubre en la práctica en su verdadera dimensión: exclusión en favor de un ordenamiento social —orden del poder— que no tiene otro apoyo para su seguridad más que el signo que escinde. «Nuestra sociedad —dice Foucault— no quiere reconocerse en ese enfermo que lleva dentro y lo aparta o lo encierra; en el mismo momento en que diagnostica la enfermedad, excluye al enfermo».

La necesidad del signo y de su violencia —inconfesadas habitualmente— aparece verbalizada de vez en cuando en presencia de situaciones límite. (No se olvide que la exclusión de «los locos» a través del diagnóstico —el «es suficiente con

(8) Franco Basaglia. *Morire di classe*, prólogo. Ed. Einaudi. Torino, 1969.

(9) Michel Foucault: *Enfermedad mental y personalidad*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1.ª ed., 1961.

no verlos»— sustituye en la práctica, gracias a una repugnancia a la sangre de índole moralista y gracias, también, a los avatares de la economía, a un deseo más profundo: el matarlos. Roger Gentes ha dado pruebas de clarividencia al señalarlo.)

3. — La técnica: cuerpo de conocimientos y de medios prácticos que *defiende* —separa, distancia y al mismo tiempo tranquiliza— al excluyente —en su papel de excluyente— respecto del excluido— en su papel de excluido.

Por su función de *defensa*, la técnica —técnica en general, técnica terapéutica en particular— está esencialmente implicada en la línea divisoria o de demarcación entre el que excluye (desde la inclusión) y el excluido. Y más concretamente, la técnica terapéutica como conjunto de conocimientos, medios y prácticas destinadas a la *resolución de lo patológico*, se define como poder que, desde el espacio de la inclusión determinado por la norma (esto es: desde la Normalidad), adopta como objetivo resolver el espacio de la exclusión (lo Patológico); la técnica terapéutica es así momento ideológico privilegiado: lo incluido se erige en poder «salvador» de lo excluido negando, con la ideología del acto terapéutico, la escisión que su misma existencia afirma.

4. — La curación —fin último del acto terapéutico— es la «salvación» (10) del excluido, la negación de su diferencia... En esencia: la conversión del *fuera* en *dentro*; o bien: la inclusión del excluido en el «otro espacio» impuesto por la norma. Cuando el acto terapéutico dice lograrla, la curación —momento máximo de la violencia— es: «1.º) *Retorno al trabajo y capacidad para desenvolverse satisfactoriamente en el aspecto económico* durante un período de, por lo menos, cinco años. 2.º) *Ninguna queja de ulteriores dificultades* o, a lo sumo,

(10) «Les citaré, simplemente, una frase de un historiador que se llamaba García: «En nuestros días —dice en 1860— la salud ha reemplazado a la salvación». Ver M. Foucault: *Nietzsche, Freud, Marx*, ed. Anagrama, Col. Cuadernos, pág. 57.

trastornos muy ligeros. 3.º) Aptitud para realizar *adaptaciones sociales satisfactorias*» (11).

Y puesto que la «recuperación» —o curación— del enfermo mental es el objetivo supremo de la ciencia psiquiátrica, todos estamos en disposición de saber —y admitir— que los tres puntos reseñados como expresiones de «recuperación», constituyen el *a, b, c (dario)* de la psiquiatría.

Ante la evidencia, ¿es necesario replantear la función política de la psiquiatría? Ante la evidencia, ¿es necesario volver sobre lo que ya se dijo: que en un sistema represivo, opresivo y policíaco la psiquiatría es represión, opresión y policía?... Ante la evidencia, no es necesario decir nada: basta con descubrir el silencio.

RAMÓN GARCÍA
ANA SERÓS
LUIS TORRENT

Barcelona, octubre de 1971.

(11) Criterio de «recuperación» usado por Denker y citado por H. J. Eysenck en *Estudio científico de la personalidad*, ya cit. —El subrayado es nuestro .

PRESENTACIÓN

El material recogido en este volumen se presenta como la expresión concreta de una realidad institucional en plena subversión, y de las contradicciones que esta subversión lleva implícitas.

El tono evidentemente polémico de los distintos testimonios —enfermos, médicos, enfermeros y colaboradores—, no tiene nada de fortuito. En efecto, nuestra acción se ha desarrollado a partir de una realidad que sólo puede ser rechazada violentamente: el manicomio. La subversión de una realidad dramática y opresiva no puede realizarse sin una polémica radical, en relación tanto con lo que se quiere negar, como con los valores que favorecen y perpetúan la existencia de tal realidad.

Por ello, nuestro discurso anticonstitucional, antipsiquiátrico (es decir, antiespecialidad), no puede limitarse al terreno específico de nuestro campo de acción. El enfrentamiento al sistema institucional sobrepasa la esfera psiquiátrica para entrar en el dominio de las estructuras sociales que la sostienen y nos obliga a una crítica de la neutralidad científica, que tiende al mantenimiento de los valores dominantes, para transformarse en crítica y en acción política.

Sin duda hubiera sido más fácil limitarnos a nuestro dominio de acción y estudio, manteniendo la distancia —indispensable para el análisis científico— entre investigador y objeto de investigación. El trabajo científico, mientras se mantiene

en el interior de los valores normativos, es serio y respetable en la medida en que se preserva y se garantiza frente a las contradicciones y las negaciones de la realidad. Pero si un trabajo se funda en la realidad y sus contradicciones, sin querer construir un modelo que conforme y codifique las propias hipótesis, lleva implícito el reproche de trabajo de aficionado veleidoso, con relación a todo lo que aún no está implícito en la norma, y desemboca en las contradicciones de una situación dialéctica, siempre en movimiento.

Esta es la acción de subversión institucional que algunos médicos, psicólogos, sociólogos, enfermeros y enfermos han propuesto y provocado en un hospital psiquiátrico, al poner en tela de juicio, en el plano práctico, la condición misma de internamiento. Basándose en las experiencias extranjeras (en particular la inglesa de Maxwell Jones), han procedido —mediante críticas sucesivas— a la negación de la realidad de la institución psiquiátrica, poniendo en evidencia la posición ambigua de una comunidad que, en tanto que microsociedad, quiere constituirse sobre bases prácticas y teóricas opuestas a los valores dominantes.

Así hemos llegado a un estadio que justifica poner en crisis una situación: la realidad de los manicomios —con todas sus implicaciones prácticas y científicas— ha sido sobrepasada y *se ignora cuál podrá ser el paso siguiente*. En las experiencias extranjeras a las cuales nos referíamos al principio, encontramos —aunque no hayan sido denunciadas— las mismas contradicciones y la misma incapacidad. La única alternativa posible —tanto para nosotros como para ellos—, consiste en encerrarse en el marco institucional, con la inevitable involución de un movimiento dinámico que se fija y cristaliza, o en intentar extender nuestra acción hasta la discriminación y la exclusión que la sociedad ha impuesto al enfermo mental. ¿Cómo no pasar del excluido al excluyente? ¿Cómo actuar desde el interior de una institución sobre lo que la determina y la sostiene?

Las discusiones, las polémicas y las notas recogidas en este volumen, tienen sólo este significado: el análisis de una situa-

ción que intenta sucesivamente una superación saliendo de su campo específico y que tiene el propósito de actuar sobre las contradicciones sociales.

La condición del psiquiatra, en la realidad que nos ocupa, es más evidente que otras en la medida que el contacto directo con la flagrante condición de violencia, de opresión y de abuso, es una llamada a la violencia en contra del sistema que los engendra y que los permite: y frente a esta realidad *cada uno sólo puede ser cómplice o activista para su destrucción*.

Esta actitud, radicalmente crítica en relación con lo que la ciencia ha hecho del enfermo mental, puede ser *considerada* a la vez como anárquica, puesto que se niega a autoetiquetarse, y como utópica, puesto que niega cualquier definición y cualquier clasificación. En todo caso, nos inclina a utilizar palabras como «revolución» y «vanguardia», a pesar de lo que puedan tener de vacías y de usadas en su significación. La misma dureza de la realidad en la que actuamos nos transmite esta violencia y nos sugiere e impone el uso de estos términos, en la convicción de que no estamos haciendo «literatura revolucionaria».

Esta obra no tiene otro objeto que ser el análisis de una serie de problemas, que no son únicamente problemas psiquiátricos, para demostrar de qué modo es posible una acción —bajo el peso de todas sus contradicciones—, en el interior de una *institución de violencia*, y, por otra parte, de qué modo esta acción nos remite a la violencia generalizada de nuestro sistema social.

Resulta demasiado fácil para el *establishment* psiquiátrico definir nuestro trabajo como falto de seriedad y de respetabilidad científica. Este juicio sólo puede halagarnos, puesto que a fin de cuentas nos asocia con toda la falta de seriedad y de respetabilidad atribuida desde siempre al enfermo mental, así como a todos los *excluidos*.

FRANCO BASAGLIA.

LA INSTITUCIÓN NEGADA

NINO VASCON

INTRODUCCIÓN DOCUMENTAL

«... Porque antes de aquello, los que estaban encerrados aquí rogaban para morir pronto. Cuando alguien moría, siempre sonaba una campana, costumbre que ya no se usa. Al sonar la campana, todos decían: "Oh Dios, ojalá fuese yo el muerto", decían, "yo que estoy tan cansado de llevar esta vida aquí dentro". Muchos de ellos murieron, muchos que hubiesen podido vivir y sanar. Envilecidos porque no tenían ninguna posibilidad de salir, se negaban a comer. Y les introducían la comida por la nariz con la ayuda de una sonda, pero de nada servía porque allí dentro se encontraban sin la menor esperanza de salir. Como una planta que se ha secado porque no llueve, con las hojas marchitas, así era la gente aquí».

Esta breve narración es de un hombre ciego, al que llamaremos Andrea, interno desde hace muchos años en el Hospital Psiquiátrico de Gorizia. Era el líder de un pequeño grupo de ancianos y pasó la mayor parte de su vida en el recinto del hospital sin salir nunca de un pabellón. Aquel grupo de viejos italianos, húngaros, eslovacos y austríacos, representaba las diversas nacionalidades en otro tiempo reunidas bajo la corona de los Habsburgo. Hace cincuenta o sesenta años que los burocratas del «gobierno imperial y real» les relegó a golpes de

tampón, póliza y firma, al más remoto ángulo de la sociedad: el que sólo se reserva a los excluidos. Andrea es un hombre alto, viejo y ciego que en su juventud trabajó de albañil. Es uno de los internos más antiguos de Gorizia y goza del respeto de los demás e incluso de una cierta autoridad. Ciego y de gran talla, siempre camina con la cabeza alta, el pecho afuera y los hombros atrás, con las manos y los brazos tendidos hacia delante: orgulloso, nunca vencido. Es un testimonio superviviente de un pasado remoto, cuyo recuerdo nunca le abandona. Entre los demás ex-combatientes convierte su profundo dolor en un título de gloria.

Sus palabras son completamente espontáneas, ya que no sabía que registraba su conversación. Es ciego y nunca ha visto un micrófono ni un magnetofón; por otra parte, es viejo y no tiene una idea precisa de estos aparatos, y al ignorar su función, no se despertó en él inhibición alguna. Su relato puede ser considerado como auténtico y sirve legítimamente de prefacio a la descripción de una nueva situación psiquiátrica como la de Gorizia. Las palabras de Andrea son también el principio de un documental radiofónico que realicé para la RAI (1), hace algún tiempo, aprovechando un momento de entusiasmo y atracción por estos temas, un momento en que yo mismo estaba sensibilizado por la narración de las experiencias profesionales de Franco Basaglia. Desde entonces, he seguido interesándome por el tema aunque de una manera alterna y discontinua, con altibajos y desde una dualidad de atracción-repulsión.

Al principio mi interés era sólo la lógica consecuencia de una actitud y de una exigencia profesional: la búsqueda del hecho nuevo. Siendo el de Gorizia un experimento único en Italia, describir su organización y su función me parecieron buenos argumentos de actualidad periodística y de interés para el radioyente. Pero no era sólo eso. Esta elección implicaba un elemento emocional: la posibilidad de entrar en un manicomio (uso deliberadamente este término), y de establecer con-

(1) Radio Televisione Italiana.

tacto con el tipo particular de enfermos que se espera hallar en los manicomios. Debo aclarar que entonces yo compartía la opinión corriente respecto a los hospitales psiquiátricos de provincias y que, después de algunas experiencias superficiales, me parecían algo a medio camino entre la prisión y el claustro: unos lugares insólitos que despiertan el sutil deseo de violación. Analizando mi primitivo comportamiento añadiré que la actitud del ciudadano medio en relación con el enfermo mental, cuando no es de miedo o desagrado, puede revelarse benévola a través de algunas hipótesis tradicionales y sugestivas: hay un gramo de locura en el genio, la locura es genial, etc. Estos eran para mí, sustancialmente, los primeros motivos de atracción hacia el manicomio. Pero también alimentaba la esperanza de descubrir, entre los enfermos, algún elemento que justificara o recompensara mi buena disposición hacia él. Ya había experimentado, sin analizarlos, semejantes sentimientos al admirar las pinturas de enfermos mentales expuestas en una galería de arte y en el taller de un manicomio. Las interpretaba como emocionantes testimonios de insondables movimientos del espíritu, maravillosos productos de la imaginación incontrolada, hechos vagamente inquietantes u obsesivos, pero, en definitiva, agradables. Sólo después de mi encuentro con Gorizia he podido comprobar hasta qué punto estos mecanismos no eran distintos de los que emplea el blanco cuando intenta excluir al negro del país donde la coexistencia racial es imposible o nunca ha existido. Ante esta situación, el blanco culto da libre curso a su sentimiento de culpabilidad —sufro por la condición del negro, y tal vez mucho más que él— atenuando este sentimiento mediante la aceptación, el conocimiento y la admiración de la poesía negra, del canto negro, en definitiva de la élite negra. A nivel burgués, el poeta, el músico o el escritor negro, es —como diría Fanon— menos negro que el mozo de cuerda, el vendedor de tapices o el campesino africano. Desde el momento en que el blanco intenta una apertura no se da cuenta de que crea una nueva exclusión. Este fue el sistema que permitió arrancar de las garras de los nazis a gran número de músicos y científicos hebreos, salvándoles antes que

a otros, puesto que eran más representativos, más importantes que el vendedor de cordones o el ropavejero del ghetto.

En definitiva, estas actitudes se reducen a una serie de equívocos montados para disimular un sentimiento de culpabilidad, y una elegante escapatoria para ocultar el miedo y el desagrado; una forma de evitar la solidarización de las posiciones ideológicas de la sociedad en relación con el excluido, o sea de evitar la toma de posición frente al problema. De hecho, la situación del enfermo mental en Italia es escandalosa: es el único enfermo que no tiene derecho a ser enfermo, puesto que está calificado como «peligroso para sí mismo y para los demás, objeto de escándalo público». Luego lo ponemos entre rejas y, para olvidar su problema, lo transformamos —según expresión de una enferma de Gorizia— en un simple «paquete». Es decir, lo convertimos en un hombre-objeto librado a los caprichos de la suerte: si tiene dinero, pasando a través del dédalo de las clínicas, evitará el estigma en su partida judicial, y si no lo tiene, terminará en el ghetto de los excluidos.

Nadie ignora hasta qué punto puede ser desastrado y mocososo el tonto del pueblo, tratado más como una bestia que como una criatura, a merced de las pedradas de los niños. Su imagen se hace identificar, en los más pequeños, con la del lobo feroz. Pero cuando entramos en un manicomio, el cuadro no resulta más halagüeño: el insoportable olor de los pabellones cerrados (olor característico de los asilos), el infierno de gritos y voces, espuma y saliva en labios de los internados, las camisas grises, las cabezas rapadas, son elementos del paisaje que ofrece la enfermedad mental en un país que se precia de albergar la galería Uffizi, Portofino, la Cámara de los Esposos, Capri, Venecia y Roma.

Algunos testimonios de antiguos internados ilustran lo que fue la situación de Gorizia hace algunos años. No son menos válidos respecto a numerosos hospitales psiquiátricos italianos. En este sentido se impone una consideración: los hospitales psiquiátricos son los hospitales más pobres del país. Las instituciones provinciales de Italia están reservadas a los indigentes; pero en cuanto la familia del enfermo puede permitirse ciertos

gastos y tiene la intención de defender a sus miembros, lo con-
fía a clínicas privadas o lo tiene en su casa. Pero cuando la
situación económica de la familia no lo permite, o cuando falta
la cohesión del grupo, el hospital psiquiátrico se convierte en
último refugio, incluso para el enfermo de «buena familia».

El balance de la administración provincial no es halagüeño
ni mucho menos. En cualquier caso resulta más atractivo, más
vistoso y muchas veces electoralmente más válido que el ma-
nicomio.

El primero de los antiguos internados que entrevistamos
en Gorizia fue precisamente Andrea.

VASCON: Dice usted que actualmente la situación aquí
no es la misma...

ANDREA: Hay una gran diferencia. Antes nos encerraban
con rejas, y eso no era todo, sino que nos encerraban a ochenta
en la misma sala, y no teníamos sillas y debíamos sentarnos
en el suelo. Ni siquiera podíamos ir a los lavabos. Luego había
que... a las cinco de la tarde nos hacían cenar y nos hacían
ir directamente a la cama, incluso en pleno verano, cuando aún
faltaban tres horas de sol. Nos mandaban a la cama con la
boca llena. Si yo me atrevía a salir un momento para tomar
un poco el aire, inmediatamente venía alguien a buscarme.

VASCON: Pero ¿de qué modo han cambiado las cosas?

ANDREA: Tanto como de la noche al día. Al principio,
cuando empezamos estas asambleas, yo fui presidente durante
un mes y luego volví a serlo. Entonces nadie se atrevía a
abrir la boca, todos estaban como intimidados, atemorizados.
No tenían el valor de hablar. Yo, que era el presidente, les
pedía que lo hiciesen; «Si tenéis algo que decir, hablad, esta-
mos aquí para esto». Pero nadie osaba abrir la boca. Y era
porque estaban atemorizados después de tantos años de en-
cierro... El director ha sido quien lo ha hecho todo... Pero al
principio fue el doctor Slavich, que cuando vino al pabellón C
nos dijo: «Tome a diez o quince enfermos que vamos a dar un
pequeño paseo por los alrededores...»

VASCON: ¿Y era la primera vez que salían?

ANDREA: Sí, era la primera vez que salíamos con el doc-

tor Slavich que vino con el director. Entonces todos fueron de paseo. Y todos tenían la impresión de ser resucitados. De repente se imponía otro espíritu, otro ambiente, luego el doctor también tomaba a alguien en su coche y se lo llevaba a dar un paseo más largo, hablando, y cada día nos hizo salir un poco más.

VASCON: Es decir, que usted considera que este régimen de libertad ha hecho bien.

ANDREA: Sí, muchísimo, muchísimo, porque antes de aquello los que estaban encerrados aquí rogaban para morir pronto. Cuando alguien moría, siempre sonaba una campana, costumbre que ya no se usa. Al sonar la campana, todos decían: «Oh Dios, ojalá fuese yo el muerto»; decían, «yo que estoy tan cansado de llevar esta vida aquí dentro». Muchos de ellos murieron, muchos que hubiesen podido vivir y sanar. Envejecidos porque no tenían ninguna posibilidad de salir, se negaban a comer. Y les introducían la comida por la nariz con la ayuda de una sonda, pero de nada servía porque allí dentro se encontraban sin la menor esperanza de salir. Como una planta que se ha secado porque no llueve, con las hojas marchitas, así era la gente aquí».

VASCON: Y para la enfermedad, ¿también ha sido bueno?

ANDREA: ¡Naturalmente! Actualmente hay muchos enfermos que no quieren regresar a sus casas. Se encuentran bien aquí. Antes, pasaba el doctor, y todos: «¡Doctor, doctor, mándeme de nuevo a casa!» Suplicaban como condenados. Pero el doctor pasaba de largo sin prestarles atención...

Otro testimonio que me impresionó fue el de Margherita.

VASCON: Dígame, por favor, ¿cómo era antes el hospital?

MARGHERITA: Antes el hospital era triste y nosotros éramos tristes.

VASCON: ¿Había rejas, puertas cerradas?

MARGHERITA: Sí, había redes metálicas. Empezaron por

quitar las redes en nuestro pabellón y luego nos quitaron las camisas de fuerza y nadie se ha portado tan mal...

VASCON: ¿Y llevaban estas camisas todo el día?

MARGHERITA: Sí, todo el día, desde la mañana a la noche, y muchas veces incluso en la cama nos ataban los pies, los hombros, todo, como Cristo en la cruz...

VASCON: ¿Y dolía?

MARGHERITA: ¿Cómo que si dolía? Por estrafalario que uno sea, no creo que le haga bien tener que estar de aquel modo.

VASCON: ¿No salían nunca?

MARGHERITA: No, nunca salíamos. En aquel tiempo yo ni siquiera iba a trabajar porque tenían miedo de que lo rompiese todo...

VASCON: ¿Ni siquiera en el jardín?

MARGHERITA: Sí, íbamos al jardín, pero incluso allí estábamos atados. Cuando hacía buen tiempo nos llevaban al jardín. Me han atado tantas veces al banco, al árbol que hay allí. Siempre me ataban allí.

VASCON: ¿Y por qué les ataban?

MARGHERITA: Porque se ve que no había un tratamiento como ahora. Es posible que existiese, pero se ve que el anterior director no lo usaba. Desde que ha llegado Basaglia, con el tratamiento de ahora, ha mejorado el hospital en un cien por ciento.

VASCON: Ahora todo está abierto, ustedes pueden ir y venir cuando quieren, ¿no?

MARGHERITA: Sí, ahora sí, pero antes yo no podía, no nos dejaban.

VASCON: ¿Y cómo lo impedían?

MARGHERITA: Con la camisa de fuerza. Luego me ataban los pies con tiras de cuero.

VASCON: ¿Por qué?

MARGHERITA: Porque yo saltaba, era díscola, saltaba porque, en definitiva, me gustaba. Y ellos me creían enferma y por ello me ataban. En aquella época nadie podía decirle a un médico: «Aquella enfermera me maltrata», porque en se-

guida te ataban. No había más remedio que dejarse tratar como ellos querían y callarse. Ahora, al contrario, todo es muy distinto.

VASCON: Es decir, había tomado forma en ustedes un sentimiento de rebelión que no podía expresarse.

MARGHERITA: Sí. Porque teníamos miedo de que nos ataran, y además también nos hacían máscaras...

VASCON: ¿Cómo es eso de las máscaras?

MARGHERITA: Nos envolvían el rostro con una tela mojada y luego apretaban con fuerza, y nos tiraban agua al rostro. ¡Era para morirse!

VASCON: ¿También a usted se lo hicieron?

MARGHERITA: También a mí, sí, desgraciadamente también a mí. Y por la noche me hacían dormir encerrada en una jaula.

VASCON: ¿Una jaula?

MARGHERITA: Nuestras camas estaban rodeadas de rejas y con cadenas a cada lado, y yo... a mí me encerraban dentro.

VASCON: Como un pájaro o un león...

MARGHERITA: Entonces, algunas veces me rebelaba, porque estaba harta de estar encerrada, y como que me las sabía todas, me desataba yo misma para salvarme, puesto que ellos no querían abrir...

VASCON: Y ¿cuánto tiempo permanecía usted en esa jaula que recubría la cama?

MARGHERITA: Toda la noche. Nos acostábamos a las seis de la tarde y hasta la mañana siguiente.

VASCON: ¿Qué impresión le hacía estar en esa jaula?

MARGHERITA: Me hacía daño porque veía que los demás estaban libres y yo era la única enjaulada...

VASCON: Y entonces, ¿qué hacía usted? ¿Se ponía a gritar?

MARGHERITA: Sí, gritaba y luego desmontaba la jaula para salir fuera, y la arrastraba con los pies mientras luchaba por salir fuera...

VASCON: Y cuanto más se agitaba usted, más enferma la creían los otros, ¿no?

MARGHERITA: Exacto, y luego nos ataban. Si hacíamos cualquier cosa que no debíamos, nos ataban y no podíamos movernos...

VASCON: Y después que hubo desaparecido la jaula...

MARGHERITA: Pensábamos que era extraño, después de tantos años, encontrarnos de aquel modo, que las quitaran de repente. Nos sentíamos aliviados.

VASCON: ¿Contentos?

MARGHERITA: Muy contentos, ya puede suponerlo.

VASCON: Les habrá parecido muy extraño poder salir fuera.

MARGHERITA: Sí, también extraño, porque después de pasar tanto tiempo encerrados, encerrados, siempre encerrados, luego poder andar...

VASCON: Y actualmente ¿qué hace la comunidad?

MARGHERITA: Voy a cantar dos veces por semana. Por la tarde, voy a la escuela y trabajo, en electroencefalogramas. Arriba, en la dirección. Pongo el casco con todos los electrodos necesarios en la cabeza. Es una especie de electrocardiograma, sólo que para la cabeza.

VASCON: ¿Tiene usted otras ocupaciones?

MARGHERITA: Aquí, en el pabellón, me paso todo el tiempo haciendo punto de media porque no puedo estar sin hacer nada, me pongo nerviosa.

VASCON: Y en el encefalograma, ¿trabaja usted como empleada, como asistente?

MARGHERITA: Como asistente técnica.

VASCON: Es decir, que ha aprendido bien el trabajo...

MARGHERITA: Sí, y me siento celosa de mi trabajo. No quiero enseñárselo a nadie, es un trabajo que me gusta.

VASCON: Este es su trabajo. Y como distracción durante su tiempo libre se dedica a la música, ¿no?

MARGHERITA: Sí, me dedico a la música y dos veces por semana tenemos canto, luego el sábado tenemos cine, el domingo baile y hacemos alguna salida...

VASCON: ¿Por qué creen ustedes que antes les ataban?

MARGHERITA: Antes nos ataban porque no existía el

mismo procedimiento de curación que se sigue ahora. O existía, pero no lo utilizaban.

VASCON: Ahora que se practica este procedimiento, no se ata a nadie. Entonces, ¿son lo mismo para usted las camisetas de fuerza que las píldoras?

MARGHERITA: Yo creo que sí porque uno se queda tranquilo. Si no basta una píldora, te dan dos, tres, y mientras tanto, la persona se calma.

VASCON: O sea que sin estos comprimidos, esto sería semejante a lo de antes...

MARGHERITA: Sí, sería como antes. Basta con ver que basta una palabra para hacerles saltar...

VASCON: Dígame, ¿no toma usted comprimidos actualmente?

MARGHERITA: No.

VASCON: Pero antes la ataban, ¿qué ha pasado?

MARGHERITA: Antes era aún peor que eso, nos hacían electroshock.

VASCON: Pero ¿no cree usted que el hecho de ser libre, de poder trabajar, de que no la aten ni la repriman es lo que le ha hecho bien?

MARGHERITA: Creo que sí.

VASCON: ¿O son los medicamentos?

MARGHERITA: No, no se trata de eso, porque yo no tomo medicamentos, y sin embargo... me siento mejor.

VASCON: Entonces hay que pensar que ha sido este sentimiento de libertad...

MARGHERITA: Sí, el sentimiento de libertad, porque una persona que se encuentra encerrada se enerva, incluso sin ser nerviosa, sólo por el hecho de estar encerrada, ver que no puede hacer una cosa u otra que desearía hacer...

VASCON: ¿Había otras enfermas, aquí, que estaban encerradas como usted?

MARGHERITA: Sí, varias. Y ahora van a trabajar, al bar, al cine.

Y he aquí la entrevista con Carla, una de las enfermas más conocidas y más escuchadas del hospital.

VASCON: Usted ha tenido una vida muy complicada y difícil... Ha estado en un campo de concentración...

Dos o tres respuestas de la entrevista no quedaron registradas por defecto técnico del magnetófono.

CARLA: ...en el campo de concentración donde yo estaba, también estaba la pobre princesa Mafalda (1).

VASCON: ¿Qué campo de concentración era?

CARLA: Auschwitz.

VASCON: Luego permaneció usted aquí durante algún tiempo, cuando los métodos eran distintos...

CARLA: Muy diferentes, porque a todos nos aprisionaban con camisas de fuerza. Algunos en los árboles, otros en los bancos, y hasta la noche no nos desataban. Ya puede imaginarse en qué condiciones vivíamos. Íbamos hechos un asco. Al llegar la noche, nos desataban y nos metían en la cama con los pies y las muñecas atados.

VASCON: ¿Realiza usted algún trabajo en la comunidad?

CARLA: Sí, como secretaria. Llevo la cuenta de las asistencias diarias a las sesiones. Cuando hay reuniones de comité, debo llevar también la relación de los médicos para dar cuenta...

VASCON: En un boletín...

CARLA: Sí, precisamente en un boletín diario, y además debo hacer relación mensual para *Il Picchio* (2). También debo entrevistar a todos los médicos, y el único que no me ha respondido —yo quedé un poco humillada—, es un médico cuyo nombre prefiero callar que me dijo *no comment*.

(1) Mafalda de Saboya, hija del rey Víctor-Manuel III, deportada por los alemanes. Murió en Buchenwald.

(2) Revista mensual de la comunidad.

La comunidad de Gorizia ocupa un vasto espacio verde, sombreado de árboles seculares, donde hay nueve pabellones de dos pisos cada uno, con dependencias, la iglesia y una granja. El cerco de murallas del hospital sigue un trozo de la frontera italo-yugoslava. Contiene unos quinientos enfermos, ciento cincuenta enfermeros, nueve médicos, una psicóloga y un clérigo. Algunas religiosas, asistentes sociales y voluntarios completan los efectivos del instituto. Los enfermos llevan trajes civiles en lugar de la habitual blusa gris de numerosos hospitales italianos. Cada uno, pues, es libre de vestir a su gusto, según sus medios y sus preferencias.

Resulta extraño encontrar un hospital situado en un parque tan bonito, tan vasto, tan bien cuidado, siempre animado por el canto de miles de pájaros de todas las especies. También es penoso recordar que, hace sólo algunos años, esta hierba, estos árboles, estas flores y los cantos de los pájaros, sólo servían para hacer aún más triste la vida de los enfermos.

Hoy el hospital se halla prácticamente abierto a todos. En vez del tan común: «Está rigurosamente prohibido entrar, etcétera», hay un letrero que invita a visitar a los enfermos cuando alguien lo desee.

Desde hace algún tiempo, una vez superado el miedo, algunos equipos locales de fútbol amateur vienen a entrenarse en el terreno del hospital.

Con el paso libre —las rejas siempre permanecen abiertas—, el visitante ocasional sigue por las alamedas del parque hasta llegar al bar de la comunidad, situado a trescientos metros de la entrada. A lo largo de su recorrido, se encontrará con numerosas personas, hombres o mujeres, que se pasean, que están sentados ante los pabellones, que juegan a las bochas o que hacen punto de media. Al llegar al bar, se encontrará con varios consumidores sentados en torno a las mesas de la inmensa terraza cubierta o de la sala, llena de humo y de ruido, como en un bar cualquiera de arrabal. Al no poder distinguir a los enfermos de los médicos y enfermeros, completamente desamparado, intentará valerse de términos de com-

paración y preguntará inevitablemente: «¿Dónde están los peligrosos?»

Se encontrará con que no los hay. No hay enfermos de aquellos que gritan, que se agitan, que se lanzan sobre el médico, el enfermero o el visitante. Y todo, simplemente, porque al no haber rejas, ataduras, camisas de fuerza, medios de coerción generadores de violencia, no se siente, en esta comunidad, el clima de ansiedad tumultuosa que caracteriza a las instituciones análogas.

La pregunta del visitante, sin embargo, está justificada, es decir, es legítima. Efectivamente, forma parte de la lógica de su cultura y de sus hábitos mentales. En un hospital corriente, los enfermos están acostados, o deambulan por los corredores en camisón o en pijama. Médicos y enfermeros van de blanco, pero llevan blusas de diferente corte: higiénico-militar para los segundos y largas y profesoras, o cortas con una cierta coquetería, para los primeros. De este modo, resulta mucho más fácil distinguir las tres clases. Como en el cuartel, en la prisión o en la escuela, son emblemáticamente distintos los oficiales de los soldados, los prisioneros y los guardianes, los alumnos y los maestros. Aquí falta la clasificación exterior, genéricamente considerada como una señal confortante de orden preestablecido, una justa distinción, y este hecho resulta embarazoso para el visitante ocasional. Nada más incómodo que esta dificultad para distinguir las distintas categorías, y por lo tanto para adoptar un lenguaje apropiado para iniciar la conversación: uno habla de forma deferente a un enfermero, mientras que se muestra excesivamente familiar con un médico y ¿quién asegura que este buen enfermero no es un loco? He aquí por qué la primera aproximación a la comunidad acostumbra a ser muda, y las primeras horas se llenan de preguntas dirigidas en voz baja al amigo que nos acompaña, como si se deseara conservar cierta complicidad entre personas «sanas», llegadas del exterior. Este inicio extraño y frío, se disipa, sin embargo, en cuanto empieza la actividad comunitaria, y más exactamente con la asamblea general de la comunidad, que cada mañana se abre a las diez.

La asamblea general de la comunidad reúne cada mañana a enfermos, médicos, enfermeros y asistentes sociales, en la sala mayor del hospital, que de hecho es el refectorio de uno de los pabellones. Los enfermos ayudan a los enfermeros a disponer las sillas en semicírculo, dejándolas de nuevo en su sitio después, al finalizar la reunión. La asamblea es un acto espontáneo, es decir, que no existe ninguna obligación de asistencia, que se puede entrar y salir cuando se quiere, que no se pasa lista de ausentes o de presentes. Al menos en apariencia, no hay ninguna distinción formal o sustancial, entre los miembros de la comunidad: médicos, enfermos y enfermeros, ocupan sus puestos en la sala, mezclándose unos con otros. Estas circunstancias favorecen unas reacciones características de todas las reuniones públicas: los más desenvueltos y extrovertidos se instalan en primera fila. Los *leaders*, dando prueba de una cierta intuición estratégica, ocupan los puestos clave del semicírculo. Y en el otro ángulo, protegidos por un muro sin apertura (los otros muros tienen ventanas y puertas, una de ellas muy grande y con cristales), se sitúan los enfermos más retrógrados o aquellos cuya participación testimonia aún una actitud polémica o crítica en relación con la asamblea. Dos o tres enfermos ocupan por turno, la mesa de la presidencia: ellos son los responsables de la conducta de la asamblea, revelando de este modo sus dotes de prestigio y sus grandes recursos dialécticos en la distribución y desarrollo de los temas de discusión. No es extraño que un enfermo en plena crisis quiera sentarse en esta mesa, estorbando el trabajo de los demás y provocando con su actitud, una fuerte tensión en el interior del grupo. En tal caso, sus provocaciones o sus desvaríos son soportados o desviados por los demás enfermos con una delicadeza extrema. En efecto, se le reprocha su comportamiento, no en el dominio de la enfermedad, sino en el de las relaciones comunes, de la sensibilidad recíproca, etc.

En este sentido, es curioso notar que la asistencia se nutre con numerosos obreros y campesinos: con el tiempo, su lenguaje se ha depurado y su comportamiento a lo largo de la discusión —con relación a lo que sucede en Italia en institu-

ciones exteriores homólogas—, resulta casi excepcional. Esto se debe al hecho de que algunos de entre ellos, influenciados por el comportamiento de los demás (enfermeros, médicos, enfermos) en relación con ellos, han aprendido a mejorar y a hacer más adecuado el suyo. Por lo demás, la asamblea del hospital psiquiátrico de Gorizia desmiente un fenómeno muy extendido en Italia: la casi imposibilidad de que una reunión pública, a cualquier nivel, pueda desarrollarse de una forma coherente y positiva. Como hecho negativo, señalaremos una cierta tendencia al mimetismo por parte de algunos sujetos; sin embargo, el intento de centrar la discusión en algunos puntos concretos, realza la importancia de ciertos temas esenciales desde el punto de vista comunitario y terapéutico: las pagas y las salidas.

Estas pagas son modestísimas retribuciones, concedidas por la administración, que los enfermos reciben cada semana a cambio de sus servicios. Tienden a dar al trabajo un sentido lógico, pero, en numerosas instituciones, como en situaciones análogas a las de los hospitales psiquiátricos, son únicamente un factor de colonización (pensemos en la codicia de que son objeto las concesiones de mano de obra penitenciaria). Sin embargo, estos pocos centenares de liras semanales tienen, en el interior del hospital, un cierto valor económico y es justo que las pagas, los aumentos, etc., sean objeto frecuente de discusión. Por lo que atañe a las salidas, son deseadas como ocasión de distracción y alteración de la monótona vida del hospital, y como posibilidades de contacto con el exterior.

La vida interior del hospital está regulada por las reuniones. La jornada se desarrolla de acuerdo con el programa tradicional (visitas de los médicos a los pabellones, desayuno, apertura del bar, etc.), pero también según el ritmo de las reuniones. Incluso diría que ante las exigencias comunitarias, las actividades tradicionales quedan relegadas a un segundo plano. Hay más de cincuenta reuniones semanales. No interesan todas por igual a las mismas personas, pero hacen que los miembros de la comunidad vivan en un continuo estado de recíproca disponibilidad. Una mañana normal, empieza a las ocho y

media con la reunión de los enfermeros, las religiosas, los asistentes sociales y el *staff* médico. La reunión termina a las nueve. De nueve a diez los médicos visitan los pabellones. A las diez empieza la asamblea general, que dura una hora, u hora y cuarto. A las once, once y cuarto, los médicos, los enfermeros, los asistentes sociales y los *leaders* de los enfermos (*leaders* espontáneos, tradicionales o improvisados), se reúnen para discutir el desarrollo de la asamblea. A la una y media se reúnen —una vez a la semana y por turno—, los enfermeros entrantes y salientes de cada pabellón. Por la tarde tienen lugar las asambleas de los pabellones (diarias para los alcoholizados, bisemanales para los demás), las reuniones de médicos y las reuniones de comités. Los visitantes participan a menudo en esta última actividad.

Antes de empezar a registrar la asamblea, he querido interrogar al director del hospital sobre algunos problemas generales.

VASCON: Dado que la vida del hospital está regulada por las asambleas, podemos deducir de ello que éstas constituyen el hecho más importante de la comunidad. ¿Son necesarias, útiles o terapéuticas? ¿Cuál es su finalidad? ¿Es indispensable que sean frecuentes?

BASAGLIA: Nuestras reuniones no pueden ser consideradas como una psicoterapia de grupo, es decir, no tienen una base psicodinámica en su desarrollo o interpretación. Más bien podrían englobarse en la significación general de la dinámica de grupo, sin ninguna referencia específica a este tipo particular de psicoterapia. Dicho de otro modo, las reuniones que se llevan a cabo durante el día tienen esencialmente dos significados: 1) ofrecer al enfermo, en el marco del hospital, varias alternativas (asistir a las reuniones, ir a trabajar, no hacer nada, permanecer en el pabellón, ocuparse en otras actividades secundarias) y 2) crear un terreno de comparación y de verifica-

ción recíprocas. Que un enfermo participe en las reuniones, significa que su nivel de espontaneidad es suficientemente elevado, ya que acepta la comparación con los otros. Generalmente, en cambio, la psicoterapia de grupo implica una cierta obligación a participar en ella: los grupos son estimulados y animados por una inteligencia médica. Aquí intentamos actuar de manera que la vida de la comunidad, la vida cotidiana, no esté regulada por una inteligencia médica, sino que sea el resultado de la actividad espontánea de todos los que, de un modo u otro, participan en la vida del hospital. Como habrá usted podido constatar, los médicos, por ejemplo, no participan siempre en todas las reuniones. Probablemente porque se lo impiden otras actividades sanitarias, pero también es posible que quieran evitar expresar en estas reuniones un estado de tensión personal o de agresividad. Y lo mismo sucede con los enfermeros. Estos ejemplos demuestran que la presencia o la ausencia de los personajes y de las jerarquías de la vida institucional, son por sí mismas significativas. Las reuniones sólo tienen peso y valor en la medida en que la presencia de una persona es la expresión de una decisión, una elección entre diversas posibilidades. Tal vez éste sea el principal significado de todas las actividades que se desarrollan a lo largo de la jornada, actividades en parte espontáneas y en parte organizadas por el *staff* médico. Procurar que tengan lugar continuas elecciones: esta es la base de nuestro trabajo. Las personas en cuestión deben poder tomar sus decisiones sin estar organizadas hacia un fin determinado. Es importante que dicha espontaneidad de elección nazca de la participación de todos los miembros de la comunidad, médicos, enfermeros y enfermos, sin pretender crear, naturalmente, una realidad artificial que no tenga en cuenta la situación, el rol social, el *status* del enfermo, que es diferente al del médico y al del enfermero. El enfermo aún está atado, desgraciadamente, a una realidad social que le considera un individuo sin ningún derecho. Pongamos entre paréntesis el hecho de que no se le considere como una «persona», del mismo modo que ponemos entre paréntesis la enfermedad.

VASCON: De cualquier modo, vistas desde el exterior, estas reuniones dan la impresión de ser el motor de la comunidad.

BASAGLIA: Y lo son, pero sólo si se las considera como la ocasión, para los miembros de la comunidad, de encontrarse y de compararse: éste es su único significado. El hecho de que el enfermo tenga un *status* social, un papel diverso al de los enfermeros y médicos, es motivo de comparación y de discusión en las reuniones. A través de esta discusión cada uno va aclarando su propia posición. El enfermo ve en los médicos y en los enfermeros a personas «libres», poniendo en duda el papel privilegiado que ejercen en el seno de la institución; es decir, que analiza, frente a un poder exclusivo, su condición de *excluido*. Por otra parte, a los ojos de los enfermos, médicos y enfermeros no representan sólo el límite de la realidad, sino también el rechazo, a través de la negación dialéctica de su cometido social, de ser *excluyentes*. El cometido social del psiquiatra y de los enfermeros, coincide en que ambos son objetivados y determinados, en relación con el enfermo, con el papel de carceleros y defensores de la sociedad. En cierto sentido —tal vez en un grado diferente—, los psiquiatras mismos son *excluidos*, en la medida en que hacen inconscientemente el juego a la clase dominante. Sobre estas bases se establece el nivel de reciprocidad que permite la confrontación.

VASCON: Entonces, para ofrecer al enfermo un *status* social nuevo, o renovado, sobre todo en relación con el exterior que se lo niega, es necesario dárselo de un modo continuo...

BASAGLIA: De un modo continuo e independientemente de cualquier interpretación de tipo psicodinámico de las reuniones y de los grupos. Consideramos que la primera realidad del enfermo es ser un hombre sin derechos, e intentamos partir de esta realidad. La rehabilitación sólo es posible a partir de este hecho real: el enfermo es un hombre sin derechos, y nosotros discutimos con él este «ser sin derechos». El enfermo es un excluido y nosotros discutimos con él su exclusión.

VASCON: Se tiene la sensación, desde el exterior, de que

están ustedes prescindiendo de la enfermedad, como si ésta no existiera.

BASAGLIA: No es que prescindamos de la enfermedad, sino que, para entrar en relación con un individuo consideramos necesario no tener en cuenta la etiqueta que le define. Yo entro en relación con un hombre por lo que es y no por el nombre que lleva. Por tanto, si yo digo: «este individuo es un esquizofrénico» (con todo lo que implica, por razones culturales, este término), yo me relaciono con él de una forma particular; es decir, sabiendo que la esquizofrenia es una enfermedad contra la cual nada puede hacerse; mi posición sólo podrá ser la de un hombre que únicamente espera la «esquizofrenicidad» por parte de su interlocutor. Se comprende, pues, que sobre estas bases la vieja psiquiatría haya relegado, aprisionado y excluido al enfermo, considerando que no había para él ningún medio ni instrumento de curación. Por ello es necesario *aproximarse al enfermo poniendo la enfermedad entre paréntesis*, porque la definición del síndrome ha alcanzado ya el peso de un juicio de valor, de una etiqueta, que sobrepasa la significación real de la enfermedad en sí misma. El diagnóstico tiene el valor de un juicio discriminatorio, sin que por ello se niegue que el paciente esté, de algún modo, enfermo. Éste es el sentido de que pongamos entre paréntesis la enfermedad, que es colocar entre paréntesis la definición y la etiqueta. Lo esencial es tomar conciencia de lo que representa este individuo para mí, cuál es la realidad social en que vive, cuál es su relación con esta realidad. Por este motivo son importantes las reuniones: porque constituyen el terreno donde se hace posible una confrontación, más allá de cualquier categorización. Se trata de individuos hospitalizados a causa de su enfermedad. Y de su constante confrontación con la realidad, puede surgir la posibilidad de comprender algo de su enfermedad.

VASCON: Está usted hablando de despsiquiatrización de su trabajo.

BASAGLIA: La despsiquiatrización es, en cierto modo, nuestro *leitmotiv*. Es el intento de poner entre paréntesis cualquier esquema, con el fin de actuar en un terreno aún no co-

dificado ni definido. Para empezar, sólo se puede negar todo lo que nos rodea: la enfermedad, nuestro cometido social, nuestro papel. Negamos, por tanto, todo lo que pueda dar a nuestra acción una connotación ya definida. A partir del momento en que negamos nuestro cometido social, negamos al enfermo como enfermo irrecuperable, y por extensión nuestro papel de simples carceleros, de responsables del orden público. Al negar al enfermo como irrecuperable, negamos también su connotación psiquiátrica. Al negar su connotación psiquiátrica, negamos su enfermedad como definición científica. Al negar su enfermedad, despsiquiatrizamos nuestro trabajo y lo iniciamos en un nuevo terreno, donde todo está aún por hacerse.

VASCON: ¿Cuál es el punto de partida para ustedes?

BASAGLIA: Hemos partido de la realidad del manicomio, que es trágica porque es opresiva. No era posible que centenas de seres viviesen en unas condiciones de vida inhumanas por el sólo hecho de ser enfermos, y no era posible que nosotros, en calidad de psiquiatras, nos convirtiésemos en artífices y cómplices de tal situación. El enfermo mental es «enfermo» sobre todo porque es un *excluido*, y está abandonado por todos. Porque es una persona sin derechos, en contra de la cual todo es posible. Por ello, nosotros negamos dialécticamente nuestro cometido social —que nos pide considerar al enfermo como un no-hombre—. También negamos por extensión, en el plano de lo práctico, la no-humanidad del enfermo como último resultado de su enfermedad, e imputamos el nivel de destrucción a la violencia misma del asilo, del instituto, cuyas mortificaciones, prevaricaciones e imposiciones, nos remiten automáticamente a la violencia, a las prevaricaciones y a las mortificaciones sobre las cuales se funda nuestro sistema social. Si todo esto ha podido suceder es porque la ciencia —siempre al servicio de la clase dominante—, decidió que el enfermo mental era un enfermo incomprensible y, como tal, peligroso y de reacciones imprevisibles, dejándole como única posibilidad la muerte civil.

Nota: numerosos asistentes, tensión y ansiedad difundidas. Renato, en estado de crisis, se muestra agresivo y provocador. Giovanna preside.

GIOVANNA: ¿Se han informado ustedes del procedimiento a seguir para obtener este subsidio? Me parece que este asunto a todos nos importa.

MASO: El procedimiento a seguir no es demasiado complicado, prácticamente consiste en rellenar una solicitud. Yo lo he hecho, pero me la han devuelto. La he rellenado de nuevo, y ya veremos. El procedimiento no es complicado, no, yo creo que sólo falta comprensión, voluntad de aplicar la ley: este artículo dice que yo tengo derecho a un subsidio, pero cada uno lo interpreta como quiere, y esa es la causa de que no se consiga nada.

GIOVANNA: ¿Qué es lo que no era correcto en su solicitud? ¿Le han dicho por qué se la devolvían?

MASO: Sí, me lo han dicho. Me han dicho que es cierto que yo no soy un privilegiado, pero que mis parientes más próximos, como mi padre y mi hermana, tienen una casa, un trozo de tierra, como si fuesen rentistas. Por ello dicen que no necesito el subsidio.

LUCIA: Usted no es un menor para vivir a expensas de ellos.

MASO: Sí, pero según ellos lo que es justo nunca ha sido cierto.

ANDREA: Cuando trabajas, tus padres te dan un plato de sopa, en caso contrario, te dicen: «Arréglatelas como puedas,

intenta ganarte la vida. No puedes seguir viviendo con nosotros, no eres de la familia».

RENATO: Yo, por ejemplo, llegué aquí hace ocho años. El señor director y los médicos me hicieron quince electroshocks. Me rompieron todos los dientes de arriba. ¿Es justo eso? Yo os denuncié. Toda la culpa es de ellos. (*Blasfema, impreca*).

MASO: Renato, creo que no es este el momento más indicado para este tipo de discusiones.

GIOVANNA: He escuchado todo lo que ha dicho el señor Maso y lo he entendido perfectamente; sin embargo, quisiera añadir algo más. Él dice que ha pedido esta pensión, que sus padres viven bien y que podrían ocuparse de él. Pero se encuentra hospitalizado, es decir, que no es libre. Aquí tenemos una ley, no sé si es justa, pero creo que no, y esta ley dice que al salir de aquí debemos ser confiados a alguien que debe avalarnos con su firma. La razón es que nunca están seguros de nosotros. Somos como un paquete, este paquete debe ser custodiado, pero ¡ay!, si el paquete llega abierto, si alguien lo mueve o si falta algo. Y lo mismo sucede con el enfermo que regresa a su casa: sus padres se encargan de todo pensando en él. Pero entonces, yo me digo: es inútil que salga. Si alguien me hace una señal y yo reacciono, si empiezo a reaccionar ante esto o aquello, mis padres, encargados de mi custodia, pronto dirán: «Nos da demasiadas molestias, que la encierren de nuevo».

MASO: Es un razonamiento mezquino, dejad que lo haga yo mismo. He oído decir una cosa: tanto en la sociedad como en los ministerios y las grandes oficinas, prácticamente reina la ley del mal: los peces grandes se comen a los peces chicos, y los peces chicos no tienen más remedio que dejarse comer.

GIOVANNA: Esto es en el exterior, fuera, entre los obreros, los pobres, y los ricos que se aprovechan de ellos y que les explotan. En esto estoy de acuerdo. Pero nosotros, nosotros somos enfermos, admitamos que somos enfermos; por lo tanto, debemos ser protegidos con rigor durante un cierto tiempo, luego es distinto, como sucede con los niños al principio.

ELDA: Yo digo que es absurdo pensar que nosotros seamos como niños que deben ser protegidos cuando estamos fuera del hospital. Los niños pequeños sin duda estarán bien en el asilo, pero nosotros somos personas mayores y a nuestra edad tenemos nuestros derechos, que no son los derechos de los niños de asilo.

RENATO: Bueno, os diré una cosa, que nosotros no podemos tener nuestros derechos: cuando uno de nosotros ha estado en un hospital, cuando ha estado en un hospital psiquiátrico durante cinco años, no tiene derechos civiles.

BASAGLIA: Precisamente por ello la señora Giovanna decía que cuando una persona sale del hospital psiquiátrico es como un paquete.

GIOVANNA: Sí, sí, es como un paquete. Yo lo sé, porque cuando viene mi hijo a buscarme debe firmar. En casa no me tratará así por diversas razones: entre otras porque, gracias a Dios, se da cuenta de que yo razono. Pero en algunos aspectos, para mí está claro, somos como un paquete.

UNA VOZ: No todos somos iguales, por favor. Hay dos familias: los hermanos de Roma y los obreros.

SLAVICH: El señor Maso salió del hospital. ¿También él se siente como un paquete?

MASO: Yo empecé a ir a la escuela en 1946. Todas las mañanas iba a Trieste, vivía prácticamente en Trieste y volvía a las nueve o a las diez de la noche, a veces incluso a medianoche, con dos paradas: Aurisina y Monfalcone. Al terminar mi época escolar, empecé el servicio militar, y de nuevo estuve fuera de casa. Luego trabajé en los ferrocarriles, y de nuevo fuera de casa, en Venecia. Y siempre me las he arreglado yo solo, nunca he tenido necesidad de mi madre, ni de mi hermana. Siempre he sabido seguir adelante por mis propios medios. Por ello no me afecta demasiado estar solo.

GIOVANNA: Usted tal vez no se siente afectado por ello, pero los otros, cuando usted está fuera, no creo que se queden muy tranquilos, porque siempre hay una cierta tensión, porque se preguntan: «¿Dónde estará ahora? ¿Quién sabe si volverá, quién sabe si bebe?...»

PIETRO: Estoy de acuerdo con todo esto. Es necesario, pues, tener una familia. Cuando no se tiene la posibilidad de vivir, cuando se niega incluso esta pequeña ayuda, este pequeño apoyo, ¿cómo podría yo mantener a una mujer, pagar el alquiler, la electricidad, los impuestos y todo lo demás? ¿Qué hacer, cómo realizar todo esto sin trabajo, sin nada? ¿Pueden ustedes decirme cómo hacerlo? ¿Y quién no desea tener una familia? ¿Qué se creen ustedes? Mientras yo tenía madre, padre, hermana, ¿creen ustedes que no estaba bien? Yo vivía como un príncipe, nunca he estado mejor que entonces y nunca más volveré a estarlo, creo, aunque ganara el premio gordo en la lotería.

GIOVANNA: Escuche, señor Pietro, no tengo la intención de vejarle, lo que voy a decir no debe humillarle: usted ya ha dejado el hospital, y ahora, de nuevo está por aquí, nada puede impedirle que vuelva aquí, ¿tan fuerte es esta costumbre de estar aquí, porque se siente protegido? ¿Está usted bien, aquí? ¿Se siente bien?

ÁNGELA: Yo encuentro aquí la paz, la tranquilidad, y me siento amparada. Ayer era mi aniversario, y vine aquí, y sé que cuando lo deseo puedo salir. Mientras que si estoy fuera y hago cualquier tontería, me traen aquí por la fuerza. Por ello vine antes, para estar segura de no hacer tonterías, y así puedo salir. Ayer, como de costumbre, en mi casa hicieron una fiesta por mi aniversario, bebimos un poco...

UNA VOZ: Es decir, señora Ángela, que se siente usted protegida viniendo a pasar el día en el hospital, ¿no?

ÁNGELA: Sí.

UNA VOZ: Entonces es inútil devolver a la gente a sus casas si después todos vuelven aquí.

ÁNGELA: No es cierto; vuelven aquí en un momento de desaliento.

ELDA: Hace quince años que no he estado en mi casa. El señor director siempre me dice: «A mediados de agosto, por Pascua», y este día nunca llega.

ÁNGELA: Ayer vinieron tres señoras a verme en mi casa, y a pesar de todo yo vine aquí.

RENATO: ¿Y qué viniste a hacer? Quédate fuera. La libertad es hermosa. Ellos te meten en una celda.

ALDO: Ha venido porque fuera podría beber, y tiene miedo a la bebida...

ÁNGELA: Temo la bebida porque me hace daño, sólo un poquito ya basta para hacerme daño. No soporto el alcohol.

BASAGLIA: Señora Giovanna, dígame, por favor: ¿por qué una persona viene a refugiarse en el hospital?

RENATO: Porque los otros se ríen de nosotros. ¿Cuántos años hace que estás aquí, tú?

ANDREA: No lo recuerdo.

RENATO: Yo llevo ya ocho años dando vueltas por este asilo, no se trata de un mes o dos. Ahora, últimamente, se ríen de mí y ya es hora de ponerle fin a eso. Siempre hay un enfermero que me acompaña, ¿acaso he matado a alguien?

ÁNGELA: Cuatro años seguidos sin ver el sol...

RENATO: Y aún es poco, necesitarías diez para luego verte de nuevo dentro. No irás lejos y seré yo quien venga a buscarte.

PIETRO: Yo sentiría estar tan ocupado que no pudiese venir. Me gusta volver a ver a las buenas personas, y también a los enfermos, me siento feliz cuando vuelvo a verles .

RENATO: Lo que yo tengo enfermo es el corazón, y no la cabeza. Recordadlo bien, y que también lo tenga presente el señor director: el corazón y no la cabeza.

BASAGLIA: ¿Qué entiende usted por enfermo del corazón?

RENATO: Ver a estos pobres desgraciados que está usted echando a perder y nada más. ¿Cuándo volveré a casa? Mañana, por Pascua, por Navidad, a mediados de agosto: no me gusta estar aquí dentro. ¡Hace falta más seriedad aquí dentro, más seriedad y más severidad!

UNA VOZ: En mi opinión, si tuvieses el corazón enfermo, en este momento estarías en el hospital civil, en un servicio de medicina general, y no en un hospital psiquiátrico.

RENATO: Son ellos quienes han querido enviarme aquí. ¿Tal vez estoy loco? ¡No! Yo tengo el corazón enfermo, lloro todos los días.

UNA VOZ: De todos modos, la seriedad implica, además de una regla, muchas otras cosas. También cuenta la severidad, y más cosas. Y entonces no nos encontraríamos en las condiciones en que nos encontramos hoy. No hay que considerar la seriedad simplemente en tanto que seriedad... Prácticamente, los otros hospitales «serios», como dices tú mismo, prácticamente no tienen lo que nosotros tenemos.

RENATO: Hace dos meses que estoy aquí dentro, en el pabellón C y el Montepío no me paga para comer como los cerdos del C. Con esto basta.

ANGELA: Ya que usted habla de que tiene el corazón enfermo, le diré que yo sufro del hígado, y me he pasado cuatro años en el pabellón C. Debía permanecer allí porque allí está la enfermería. No pretenderá usted que le pongan en otro pabellón estando enfermo del corazón.

Largo silencio.

ELDA: He observado que los enfermeros tienen un sueldo considerable, ya que reciben mucho dinero...

GIOVANNA: Los enfermeros no tienen un sueldo considerable. Un padre de familia tiene poco...

ANGELA: Y además tienen grandes responsabilidades. Si uno barre y da un golpe a otro con la escoba, la enfermera es la responsable...

UNA VOZ: ¡Entonces que barra ella misma! Esta mañana he barrido las escaleras y no he podido tomarme el desayuno con pan y todo, para ayudar a la enfermera. Yo no estoy loco. Estoy sano de espíritu, estoy aquí por delincuencia.

OTRA VOZ: La responsabilidad nunca es de una sola persona, del mismo modo que la falta nunca es de uno solo, sino de todos.

GIOVANNA: Si uno se dirige a un enfermo con buenos modales, este enfermo no se vuelve contra uno.

UNA VOZ: Aquí debo apretarme el cinturón hasta mediodía aunque tenga hambre. Mientras trabajo, yo tengo la costumbre de tomar una merienda.

ANGELA: No crea usted, señor, que está obligado a apretarse el cinturón hasta el mediodía. Si desea comer algo, si lo necesita... yo vengo de fuera y si pido una taza de leche, me la dan.

UNA VOZ: ¡También a mí, pero debo pedirla! ¡Yo no necesitaba pedir, porque siempre había tenido cuanto deseaba para comer! Y el otro día me robaron la merienda. Si llego a adivinar quién es, enfermero o enfermo, ese pasará un mal rato.

ANGELA: No hace falta ponerse así, vamos, será alguien que lo ha hecho sin mala intención. Por mi parte, yo doy las gracias a los doctores, enfermeros y enfermos que me han ayudado. Pero si yo tuviese que ir otra vez a un hospital para mi enfermedad, como deberé hacerlo, prefiero venir aquí. Los médicos y el director saben cuánto me cuesta venir aquí. Una noche vine a las nueve, a suplicarles que me admitiesen porque ya no podía más. Cuántas veces he suplicado: «¡Ayúdenme, no puedo más!» Se lo he pedido a todo el mundo por la calle —y el señor Antonio puede decirlo—, cuántas veces he suplicado: «¡Ayúdenme, no puedo más!» El Montepío no ha querido hacerme los papeles ni nada. No podía más que dejar a mi hijo de veintidós años en la cama, con 39° de fiebre, y venir aquí. En casa lloraba, y gritaba. Mi hijo vino a casa y estaba cumpliendo el servicio militar, vino a casa y estaba enfermo. Yo, aquí, siempre me he sentido bien, no puedo quejarme ni acusar a los médicos. Sólo pido una cosa, por favor, aún os necesito: en vez de darme estos comprimidos que no están hechos para mi estómago, dénme otra cosa. Y aún tengo algo más que decir: señor director, el último domingo me robaron mil trescientas liras. Naturalmente yo no acuso a nadie. Pero esto no sólo me ha pasado a mí, sé de otra enferma. No acuso a nadie, ni a las enfermeras ni a la madre superiora, porque la pobre no puede tomar sobre sí esta responsabilidad. Yo estoy sana mentalmente.

OTRA VOZ: Estas cuestiones deben resolverse en el interior del servicio.

ANGELA: Yo quisiera decirle, señor director, que incluso

en el pabellón A-Mujeres, lo mismo que en el pabellón A-Hombres, hacen falta armarios para poder guardar nuestras cosas. De otro modo no se pueden guardar. No tenemos ni siquiera una silla junto a la cama ni un pequeño armario para guardar en él nuestras cosas. Yo no acuso a nadie, ni siquiera a los hospitalizados, son enfermos, no lo hacen deliberadamente, lo hacen por olvido, no saben cuáles son sus cosas. Me sucedió el otro día que, cuando iba a salir con Irma, ella cogió mi vestido y dijo que era el suyo, y no quiso devolvérmelo.

RENATO: (mucho más calmado): ¿Qué tienen que ver esas historias con la asamblea?

ANGELA: Algo tienen que ver. Se está bien aquí, se come, se bebe, se duerme, y si yo no tuviese hijos firmaría inmediatamente para quedarme siempre aquí. Me siento bien aquí, me siento como jamás me había sentido, y todo se lo debo al señor director y al doctor Slavich, al cual conocí primero.

BASAGLIA: Cuando mandamos fuera a un enfermo, queda bajo el cuidado de un pariente. Y muchas veces le acogen como si se tratara de un paquete.

GIOVANNA: Yo no retiro lo que he dicho.

BASAGLIA: Haría falta saber si los demás están de acuerdo con usted sobre este punto.

GIOVANNA: Sí, todos excepto los que vienen para un mes o dos, que siguen una cura. Los que están aquí desde hace varios años son otra cosa. Usted mismo, antes de internar al enfermo, le da consejos: intenta hacer esto y aquello, porque si la cosa no es segura se precisa la firma.

UNA VOZ: Y sin embargo, hay muchos que viven fuera y que no vienen aquí. Viven fuera y están muy contentos.

GIOVANNA: Esto quiere decir que han triunfado, que se han portado bien y que todo va bien. Pero no se trata de la totalidad, deben ser el 10 %. Debe haber un 10 % que se adapta y que se conduce bien.

RENATO: Habría que mandarles a trabajar fuera en vez de tenerles encerrados dándoles de comer. Habría que coger otros enfermos en su lugar, hay más enfermos fuera que dentro. Aquí se enmohecen, necesitan trabajar.

GIOVANNA: Pero ya dije el otro día que esto no es una fábrica. No hay que olvidar que se trata de un hospital y si te dan un trabajo es un trabajo para pasar el tiempo. Además, ganas algún dinero y te sirve de distracción durante la jornada que es larga, sobre todo para los hombres. Y tener la satisfacción de ganar quinientas, ochocientas o mil liras a la semana, que para uno es como un viático, ayuda. Yo, que ya tengo sesenta años, trabajo de la mañana a la noche y soy feliz mientras trabajo. ¡El trabajo hace olvidar muchas cosas, Renato! No hay que enfadarse.

RENATO: Y mientras tanto han aumentado la cerveza, el café, etc.

GIOVANNA: Han tenido que aumentarlos.

RENATO: ¿A dónde va a parar este dinero?

GIOVANNA: Es para lo de Bled.

UNA VOZ: Para hacer una excursión a Bled no hay dinero. Usted dijo ayer que no había dinero.

GIOVANNA: ¿Cómo que no hay dinero? Nadie ha dicho que no hubiese dinero.

TOMASSO: Ayer estuve presente y casi me dio la impresión de que el señor Furio se estaba burlando de nosotros: no quiso decirnos cuánto había en la caja del club para las excursiones y para lo demás.

GIOVANNA: Esto no es cierto. Él no sabe nada.

LETIZIA JERVIS: No es que no quiera, Tomasso. Yo tampoco sé nada.

FURIO: Yo sólo podría dar una cifra aproximada. Debe haber, no sé, alrededor de cuatrocientas mil liras. Pero puedo precisar lo que se gastó para ir al circo: se gastaron cuarenta y siete mil liras. Puedo decir esto porque me lo han comunicado.

ANDREA: ¿Y le parece a usted bien gastar cuarenta y siete mil liras para ir al circo?

GIOVANNA: A mi modo de ver fue un error. Yo ya dije que no desde el principio.

BASAGLIA: Entonces, ¿para qué sirve el dinero?

GUIDO: Para las salidas.

ANDREA: ¿Salir de una jaula para entrar en otra os parece que es una salida?

BASAGLIA: Yo creo que sí. Es una distracción.

ANDREA: Esto será para usted, que es libre, pero para los que estamos aquí como perros, como esclavos, es otra cosa: ¡una cerveza vale ciento cincuenta liras, una Coca-Cola, ciento cincuenta liras! ¿Cómo pueden hacerlo estas pobres gentes? ¿Esto les parece bien? ¿Por qué no se organiza una excursión a Castelmonte o a Barbana?

BASAGLIA: Si ellos han querido ir al circo, no comprendo por qué se han opuesto ustedes. Ellos han querido hacerlo. No les hemos obligado nosotros.

CASAGRANDE: Había ciento veinticinco que querían ir allí. Los que no quisieron ir, no lo hicieron.

ANDREA: Si llegan a tener que pagar no hubiesen querido ir ni siquiera veinte.

RENATO: *Creo que ahora se podría someter a discusión* la posibilidad de hacer una salida cada mes.

ANDREA: Ahora, hacemos una salida a Capriva o a Cormons: el círculo paga y nadie llegará a arruinarse. Al menos uno puede cenar, beber cualquier cosa durante el paseo, pero ¿pagar ciento cincuenta liras por un helado o por una botella de Coca-Cola? En cambio si van de paseo tienen una cena, comen todos, tienen por lo menos un bisteck, señor director, sin pagar, los quinientos, todos hubiesen querido ir, pero si llega a ser necesario pagar no hubiesen ido ni siquiera veinte.

RENATO: Y con la salida ocurre lo mismo. Si fuese necesario pagar nadie iría.

ANDREA: Una salida es siempre una salida: al salir, uno come.

RENATO: Pero si uno quiere comer bien tiene que pagar.

VITTORIA: Y, sin embargo, habéis ido allí, os habéis divertido, y ahora protestáis.

BASAGLIA: ¿Qué dice usted, Vittoria?

VITTORIA: Primero fueron allí, hicieron cualquier cosa para ir, y ahora están arrepentidos.

FERRUCCIO: No estamos arrepentidos, lo pasamos bien.

FURIO: Me parece que la decisión de ir al circo se tomó precisamente en asamblea, y creo que si alguno no estaba de acuerdo debía haberlo dicho antes.

RENATO: Yo no estaba allí, estaba enfermo.

GIOVANNA: Ahora vamos a hacer dos salidas, en junio y en julio.

FURIO: Opino que el problema de las salidas debe plantearse de tal modo que se pueda elegir el modo de hacerlas: en grandes grupos, en pequeños grupos, dónde ir, estudiar los itinerarios...

RENATO: Pero ¿por qué no dejamos de hablar? Todos los días hablamos las mismas cosas, ¿qué tienes que decir tú, cabeza de chorlito?

ANDREA: Si vamos a hacer una salida podríamos ir a Cormons o a Capriva. No demasiado lejos.

RENATO: ¿Cuánto tiempo creéis que voy a quedarme aquí aún, dos años?

Larga pausa. Discusiones en grupitos.

ELDA: Dado que el profesor Basaglia y yo hace varios años que nos conocemos quisiera pedirle un favor: que me destine al pabellón A, puesto que no quiero dormir con las mujeres de allí, ¿entendido? Yo no duermo con las demás enfermas: me desagradan ¿de acuerdo? Que me destinen de nuevo al pabellón A donde tiene que haber un sitio para mí. Estuve allí durante ocho años y todas las enfermeras me adoraban. Que yo sepa, nunca he armado escándalos ni nada de eso. Entonces, ¿podré ir allí?

VOZ DE MUJER: Tan desagradables te parecemos...

ELDA: ¡Sí, tanto!

VOZ DE HOMBRE: Vamos a ver, Giovanna, ¿cuándo haremos esta salida?

GIOVANNA: Aún falta discutir cómo, cuándo y dónde hacerla. No basta con decir salimos.

MASO: Poneos de acuerdo y haced una hermosa excursión a Venecia.

ANDREA: No, no a Venecia, es demasiado lejos. Venecia es un lugar para ir a bañarse y nosotros no vamos a bañarnos.

GIOVANNA: Para hacer una salida hay que preparar las cosas a la perfección, discutirlo antes y no así.

MASO: A mi modo de ver, después de lo que he oído por radio, con la nueva organización de los hospitales psiquiátricos habrá una cierta mejoría. Yo creo, estoy casi seguro de ello, que los servicios mejorarán: la remuneración de los enfermeros se aumentará, con el consiguiente aumento de gastos en algunos miles de millones o quinientos millones, de los cuales podrán beneficiarse igualmente los pobres enfermos. Estoy casi convencido de ello, puesto que cuando algo cambia siempre entraña un bienestar en todas las ramas. Entonces podríamos emprender distintas cosas, y también para los enfermos.

BASAGLIA: ¿Por qué estos enfermos son diferentes de los otros? ¿Por qué son los últimos en ser tomados en consideración?

MASO: ¿Son diferentes a los demás?

RENATO: Porque aquí somos esclavos y no enfermos.

MASO: Entre los que he conocido aquí, muchos han tenido los primeros síntomas durante la guerra, muchos han quedado inválidos, como yo que perdí la cabeza a raíz de un accidente de carretera. Algunos, en cambio, ya nacieron así, pero son pocos. Digamos que el malestar que reina en la sociedad obliga a la gente a convertirse en enfermos y a venir a estos hospitales. Porque está claro que cuando se tiene bienestar es muy difícil que uno se ponga a beber o a hacer extravagancias. La miseria es la causa de todo esto.

BASAGLIA: Los ricos, sabe usted, también llegan a estos extremos...

MASO: Muy pocos de ellos. Son otras las razones que los conducen aquí.

ANGELA: También es por una enfermedad, porque yo conozco a algunos que viven bien, que tienen todo el confort, todo lo que necesitan, y, sin embargo, beben.

MASO: Sí, sólo los ricos, los millonarios. Se les puede

meter en una clínica y no pierden ninguno de sus derechos cívicos, no quedan señalados.

ANGELA: Yo creo simplemente que son las miserias humanas las que nos traen aquí.

RENATO: Hace ya ocho años que doy vueltas por este hospital para curarme. ¿Por qué no me envían a otra clínica?

GIOVANNA: Ahora, en el hospital, se encuentran todas las clases sociales.

BRUNO: Sí, seguro, pero por lo que he visto, por lo que he podido percibir mirando a mi alrededor, somos unos seiscientos o setecientos en este hospital, y todos somos pobres. Y en los otros hospitales es lo mismo. Tal vez de seiscientos podrá haber cincuenta que estén bien: un cinco por ciento. Los otros son sólo pobres gentes a quienes la miseria ha conducido aquí. Yo veo que cuando un pobre desgraciado no tiene más que cien liras en el bolsillo, y no puede pagarse ni siquiera un bocadillo con estas cien liras, si no recoge nada, ¿qué puede hacer? Va y se paga un cuarto de vino tinto, sin comer naturalmente: y a fuerza de darle, acaba aquí. Mientras que si puede comer lo que quiera, ya no se le ocurrirá beber: se beberá un vaso y santas pascuas.

GIOVANNA: Pero si tiene dinero para pagarse un vaso de vino también lo tiene para pagarse un bocado.

BRUNO: Cuando uno no tiene dinero se pregunta: «¿Qué estoy haciendo? Para una cena no me alcanza; un bocadillo no me basta; voy a tomarme un cuarto de vino tinto con mis cien liras». Y uno se contenta con este cuarto de vino tinto, se emborracha, y luego cae, y así sucesivamente. Los nervios se debilitan, el cerebro se debilita y no se piensa en la miseria. Y si uno no bebe, son las desgracias y los trastornos los que le enferman.

MASO: Sin embargo, señor, usted puede quedarse aquí todo el tiempo que quiera, porque nunca he visto a nadie que comiera como usted. Puede usted quedarse aquí, porque para mantener a alguien como usted, fuera, hacen falta por lo menos tres mil liras al día.

RENATO: Cuando uno sabe que la vida de fuera es como es, no sale sin tener un apoyo...

ANDREA: A usted le gusta mucho quedarse porque aquí la comida es suficiente, usted puede comer cuanto quiera. Pero fuera hay que trabajar.

MASO: Incluso para los que beben, si lo hacen normalmente y también comen, el vino se convierte en una especie de medicina.

BASAGLIA: ¿Cuáles son los problemas de los enfermos que no son enfermos mentales?

MASO: No sé nada de mí. No soy psiquiatra, usted es quien debe saberlo. Estoy casi seguro de que es posible modificar un estado de la naturaleza. Los que enferman, en mi opinión pueden ser curados, pero todo depende de ustedes, de su capacidad, de sus posibilidades.

La liberalización del hospital tuvo durante mucho tiempo su avanzada en el pabellón B-Hombres, que fue el primero en regirse de un modo «comunitario». Esta liberalización fue posible gracias a la voluntad común de los enfermeros de este servicio. El testimonio que transcribimos a continuación es el registro de una reunión que agrupó, mucho después, en torno al micrófono, a algunos médicos y a los enfermeros del pabellón B, para discutir acerca de la función de este pabellón piloto y de su actual situación.

BASAGLIA: A mi modo de ver este debate podría suministrarnos la opinión de los enfermeros del pabellón B, que fueron los primeros en abrir completamente un servicio. Como quiera que a partir de este hecho la experiencia comunitaria se ha extendido al resto del hospital, creo que podríamos discutir este problema.

DIZORZ: Yo creo que los otros pabellones aún no han llegado al punto que llegamos nosotros entonces.

BASAGLIA: ¿Cree usted que un servicio es más o menos

comunitario según el tipo de enfermos que tiene? Éste es, según creo, el punto de vista de ustedes. En el curso de precedentes reuniones, usted ha dicho igualmente: «El pabellón B fue constituido de un modo particular. Se reunió a un grupo de unos cincuenta pacientes de un nivel de rehabilitación satisfactorio, que debía representar un cierto tipo de enfermo, etc. Luego, estos enfermos salieron y fueron reemplazados por otros, y aquello cambió el sentido del servicio».

DIZORZ: Usted ya sabe cuál es mi punto de vista. En el momento actual nos encontramos al mismo nivel que antes. Los veinticinco enfermos que volvieron a sus casas eran casos particulares...

BASAGLIA: Entonces, ¿usted cree que no habrá otro pabellón como el pabellón B?

SLAVICH: Por lo que a mí respecta, yo creo que cada servicio se forma realmente con las personas que lo componen. Lo que se hace allí o lo que no se hace, depende de lo que estas personas hacen o no hacen en el servicio. Que en el momento actual el pabellón es distinto de como era en 1964, me parece algo evidente. Tal vez lo que podríamos discutir es si actualmente es en realidad peor que antes. Sin perder de vista que «diferente» no significa siempre «peor».

DIZORZ: Yo creo que para nosotros, los enfermeros, es peor. Para ustedes, desde el punto de vista médico, tal vez pueda ser tan sólo diferente.

BASAGLIA: Perdón, pero ¿qué entiende usted por servicio peor o mejor?

DIZORZ: Bueno, no diré que sea peor, lo que digo es que actualmente hay unos problemas que antes no existían. Antes estábamos preocupados porque la cosa era nueva, porque el parque nunca se había abierto. Se le debía prestar atención. Queríamos saber dónde estaban los enfermos, qué hacían. Esto mismo es lo que intentamos actualmente, pero los enfermos ya no son los mismos. Los otros, ya los conocemos bien, e incluso a algunos les conocemos desde hace años. Muchos de ellos estaban hospitalizados para toda la vida... Pero me parece que actualmente no tenemos la seguridad que teníamos entonces.

SILVESTRI: Durante las reuniones siempre son los mismos dos o tres quienes toman la palabra. Los veinte o veinticinco enfermos que discutían, que protestaban, se van y sólo quedan Massi, Lucchi...

STURM: Están más apagados, son menos activos, no participan...

DIZORZ: Hemos adoptado la política del dejar hacer. Al principio, casi todos iban a trabajar, y recibían una remuneración semanal. Luego, uno no ha tenido más trabajo, otro no se ha sentido bien, pero todos han cobrado su paga lo mismo. Y los otros se han dicho que no valía la pena trabajar, puesto que, de todos modos iban a cobrar la semana.

BASAGLIA: ¿Creen ustedes que se trataba de una política de dejar hacer o de una tentativa por instaurar un nuevo modo de vida en la comunidad?

DIZORZ: Hace falta saber hasta dónde se quiere llegar. Era una experiencia, un ensayo, una tentativa... Todo ha ido bien, estábamos satisfechos y aún lo estamos.

BASAGLIA: Tengo la impresión de que los enfermeros de este servicio se sienten en cierto modo mortificados en relación con el resto del hospital, y no alcanzo a comprender por qué. El servicio se constituyó con cincuenta enfermos y un reducidísimo grupo de enfermeros. Estos enfermeros han rehabilitado a los cincuenta enfermos, de los cuales veinticinco han salido. Estas veinticinco personas fueron reemplazadas por otras veinticinco que cambiaron la apariencia del pabellón. Y tengo la impresión de que todos los miembros del servicio encuentran su nuevo trabajo mortificante.

MIAN: No, no creo que hayamos sido mortificados. Veinticinco han salido y nos sentimos felices por ello.

BASAGLIA: Lo cual no impide que el servicio, tal como está constituido en la actualidad, no dé tantas satisfacciones.

MIAN: Es diferente, por supuesto.

STURM: Antes el servicio era más activo. Ahora parece muerto.

JERVIS: Me parece que hay dos cosas que han cambiado: por una parte, la composición del servicio, en el sentido de que los enfermos más activos, los que lo animaban, se han ido. Y por otra, la «comunidad terapéutica», el servicio de ustedes, ya no es el alma del hospital. Ahora, los otros pabellones también están abiertos, y el de ustedes no es ya el servicio modelo.

DIZORZ: Es como cuando se pintan las paredes sin pintar las puertas, las puertas no cambian, mientras que las paredes parecen más bonitas. En relación a los otros servicios, hemos seguido siendo lo que éramos, y tenemos la impresión de haber retrocedido.

BASAGLIA: Pero, de hecho, la situación ha seguido siendo la misma.

JERVIS: Quizás haya un tercer factor: cuando se produce una mejora en un servicio, todo avanza, hay una transformación; luego, en un momento dado, esta renovación puede interrumpirse, o por lo menos dejar de ofrecer grandes novedades, y cuando éstas empiezan a faltar, falta asimismo entusiasmo. En resumen, cuando las cosas se transforman, se trabaja con entusiasmo: se obtienen ciertos resultados, se intenta obtener otros, llevar a cabo nuevas transformaciones, hacer algo completamente nuevo. Si, por el contrario, se estima que los resultados han sido alcanzados, entonces, prácticamente todo el mundo se duerme sobre los laureles, y creo que esto sucede en todas partes. A menudo, al tomar ciertas iniciativas, me he dado cuenta de que las cosas iban bien mientras se avanzaba. Pero apenas se pensaba en disminuir la marcha, todo se desplomaba, como si las cosas sólo pudiesen mantenerse corriendo. Creo que se trata de un hecho bastante generalizado en trabajos como el nuestro.

DIZORZ: El señor Director ha dicho que parecíamos humillados.

BASAGLIA: Sí, tengo la impresión de que todo el *staff* del pabellón B se siente algo mortificado con relación al resto del hospital. El pabellón B es el que ha puesto en práctica el nuevo tipo de aproximación al enfermo. Y, a medida que el resto del hospital se ha abierto y se ha transformado a su ima-

gen, el pabellón B ha tenido la impresión de quedarse rezagado.

SILVESTRI: Esta crisis del servicio, que es también la nuestra, se debe a la crisis del trabajo, de la ergoterapia: porque antes había más trabajo, estaban ustedes más ocupados.

DIZORZ: Digamos más bien que estamos insatisfechos.

SLAVICH: A mi modo de ver, si existe crisis, es menos por el hecho de que el servicio ha empeorado que porque es distinto. Se tiene la impresión de que faltan los medios que permitirían adaptar la actividad a la nueva situación, tanto más cuanto que el efectivo del equipo fue concebido en función de los pacientes elegidos para este pabellón. Al cambiar los pacientes, al desaparecer diversos medios —de los cuales algunos sienten más necesidad que otros—, en general todos los enfermeros piensan que el trabajo es un factor muy importante en la vida del hospital, y al hacerse insuficiente el número de enfermeros respecto a los pacientes, es posible que una parte del equipo sienta cierto malestar.

BASAGLIA: También yo creo que actualmente las cosas han cambiado. Los enfermeros constatan que los resultados son menos rápidos y esta situación no resulta reconfortante para ellos.

JERVIS: Creo que la desaparición de ciertas posibilidades de trabajo para los hospitalizados tiene importancia. He tenido la impresión de que dentro del hospital, estas actividades desaparecieron incluso antes de ser reemplazadas por otras menos institucionalizantes y más avanzadas.

DIZORZ: Sí, y también por el hecho de que en el exterior, por ejemplo, en un pensionado libre de obligaciones, si no hay ninguna necesidad de levantarse por la mañana, se dice: «Aquí me quedo, total...». En cambio, si cada día se dice: «Debo ir a pasearme por el puente de Isonzo», existe una razón para levantarse. Y los enfermos ya no sienten esto.

BASAGLIA: Si le he entendido bien, usted quiere decir que actualmente, en su servicio, el enfermo no tiene más alternativa que permanecer ocioso o escaparse. Una cosa u otra: es todo lo que se les ofrece. En resumen, no tienen posibilidad de elección entre ir a trabajar o no ir, y, por consiguiente, al

no haber nada que hacer, que bajen a las siete o a las diez de la mañana...

SLAVICH: ¿Hay, por lo menos, treinta que trabajan?

DIZORZ: Sí, treinta o treinta y cinco. Como Brizzi. Esta mañana le he preguntado: «¿Vas a trabajar?». Me ha contestado: «Sí, desde las nueve y media hasta las once y media. ¿No bastan dos horas?». Y yo le he dicho: «Si esto es todo lo que puedes hacer, dos horas son suficientes».

SLAVICH: ¿Tiene Brizzi también la alternativa de trabajar o no trabajar?

DIZORZ: Éste es uno de los pocos con los cuales aún se puede discutir. ¡Con otros es imposible!

SLAVICH: El problema precisamente concierne a los otros treinta que no trabajan. En 1964, había tres inactivos: uno porque era ciego, el otro porque era hemipléjico, y el tercero porque no trabajaba, y eso era todo. Hoy son treinta que pululan por el pabellón y que molestan en todas partes. Pero el hecho es que en vez de permanecer junto al muro o sentados en los bancos, actualmente se reúnen en pequeños grupos de dos o tres para charlar. He aquí, a mi modo de ver, una de las cosas que todavía suceden en el servicio. No sé lo que pensarán ustedes de ello, pero yo creo que aún queda cierta vida de relación.

DIZORZ: De cualquier modo, esto no nos sirve de mucho. Estábamos acostumbrados a algo mejor.

BASAGLIA: ¿Y se sienten ustedes frustrados por esta situación?

MIAN: También nos sentimos culpables, porque no conseguimos poner el servicio al nivel de antes.

SILVESTRI: Yo creo que es, además, una cuestión de dinero. Ellos se dicen: «El sábado cobraremos nuestra paga tanto si vamos a trabajar como si no». Entonces se contentan con trabajar una hora por la mañana, una hora por la tarde, y algunos ni siquiera eso...

BASAGLIA: Creo que Mian ha planteado un problema muy importante. Tal vez nos sentimos culpables porque deberíamos rehabilitar a estos nuevos pacientes, del mismo modo que reha-

bilitamos a los otros, que sin duda se encontraban en mejor situación. Pero no alcanzamos a conseguirlo y nos sentimos culpables por ello.

SILVESTRI: ¿Por qué no lo conseguimos?

SLAVICH: La aprobación que ha encontrado entre los enfermeros la iniciativa del tercer enfermero «volante» es reveladora. Este tercer enfermero no aumenta el efectivo del pabellón, sino que circula todo el día por el hospital, charla con éste o aquél, recoge observaciones, las discute con los otros y, al mismo tiempo, resuelve en parte *su* problema. Todos prefieren este trabajo de contactos múltiples.

BASAGLIA: A mi modo de ver, el problema que ha planteado Mian es de lo más interesante.

SILVESTRI: Puede que tengamos algo de culpa, pero puede que no.

BASAGLIA: Hemos sabido rehabilitar al cincuenta por ciento de nuestros pacientes, lo cual representa un resultado enorme. Actualmente, al haber cambiado de tipo de, digamos, «clientes», comprobamos que somos incapaces de afrontar el problema tan bien como antes. ¿Por qué? ¿Se trata de enfermos imposibles de rehabilitar? ¿Es una cuestión de tiempo? ¿Tememos no poder llegar a los resultados que deseábamos, o que anteriormente obtuvimos más rápidamente?

DIZORZ: También es una cuestión de edad. Un día establecí una media, y llegué a la conclusión de que nuestros hospitalizados tienen una edad media de 60 años. ¡Antes los santos hacían milagros, pero actualmente ni siquiera ellos los hacen!

JERVIS: Esta edad media de 60 años es muy elevada.

SLAVICH: Sin duda, no se trata de un azar el hecho de que en 1964 todos estaban bien físicamente, mientras que cuatro años más tarde se plantean distintos problemas propios del internado médico.

BASAGLIA: Podemos decir, entonces, que con enfermos de 60 años este tipo de actividad resulta una enorme fuente de frustraciones. En efecto, si tendemos a rehabilitar a personas que, por diversas razones, corren el riesgo de no poder ser rehabilitadas...

SLAVICH: El problema tal vez no consista tanto en trabajar con personas de edad como en verlas envejecer ante nuestros ojos. Un servicio compuesto por personas de edad es una cosa, pero un servicio cuyos pacientes, cuando empezamos, es decir, hace cinco o seis años, podían valerse, y actualmente siguen aquí, y empiezan a tener enfermedades del corazón, lo cual ya es suficiente para impedirles que salgan..., en tal servicio, acabamos pensando fatalmente que nuestros esfuerzos han sido vanos.

BASAGLIA: Entonces el pabellón se habría transformado en un servicio de asistencia para enfermos de edad. Ya no sería un servicio de rehabilitación, como antes, sino un servicio donde se da asistencia.

JERVIS: Esta insatisfacción con respecto al pabellón B debe tener causas diversas; sin embargo, el hecho de que los pacientes de este servicio hayan cambiado de tal modo, y que la edad media sea actualmente de sesenta años, explicaría ya muchas cosas. En estas condiciones, yo creo que es imposible seguir con el mismo sistema. Creo que nos encontramos ante una realidad claramente distinta y más difícil. Es decir, que estamos ante un nuevo problema.

SLAVICH: Sí, un nuevo problema, y las dificultades, según creo, vienen de nuestro temor a enfrentarnos con él, y no de una comparación con el pasado, de una nostalgia de «la edad de oro».

BASAGLIA: Pero precisamente los enfermeros hacen esta comparación. Cuando no alcanzan a obtener lo que obtenían habitualmente, se sienten frustrados, y es normal, puesto que ven de qué modo se pierden sus esfuerzos. Ésta es, al menos, mi hipótesis personal. Si se sienten descontentos, deben tener una razón.

DIZORZ: A decir verdad, se trabaja, se hace algo —y ésta es, según creo, la aspiración de todos—, para obtener ciertas satisfacciones, y creo que, durante este período, no las hemos tenido.

BASAGLIA: ¿Qué entiende usted por satisfacciones?

DIZORZ: Resultados. Por ejemplo, ver cómo Pilatos sale

de vez en cuando de su habitación, verle hablando algún día, en fin, algo, no sé cómo explicarme...

BASAGLIA: ¿Y eso sería un resultado?

DIZORZ: A mi modo de ver, sí.

BASAGLIA: ¿Y los enfermos? Quedan veinticinco. ¿Se sienten humillados o frustrados por el hecho de no tener ya nada en común con los otros?

SILVESTRI: Creo que sí. Algunos de ellos debían volver a sus casas, y se habían hecho a esa idea; y mientras otros han regresado a sus hogares, ellos, por razones familiares o por lo que sea, han permanecido aquí.

SLAVICH: En efecto, por lo que concierne a las salidas, este año ha sido desastroso para el pabellón B.

STURM: Y también en el aspecto del trabajo, doctor. Como los sábados salen a pasear por la ciudad, y van a distintas partes, aprenden a medir y conocer el valor del dinero. Yo creo que si el trabajo no les atrae en absoluto es por ello: sabiendo lo miserable que es su paga, hacen comparaciones con el exterior, y se dan cuenta de que es muy poco. ¿Por qué trabajar tanto —se preguntan— si sólo nos dan eso?

SLAVICH: Desde hace algún tiempo, al menos a partir de este año, los que han vuelto a sus casas eran hospitalizados recientes, se hallaban en observación, y sólo han permanecido aquí dos o tres meses. Cuando se habla de salidas, se trata de ellos y no de los otros que esperaban salir.

MIAN: Para nosotros representó una enorme satisfacción ver a Marri, o a cualquier otro, salir después de tantos años de internados.

BASAGLIA: Haber conseguido que el cincuenta por ciento de enfermos hayan dejado el hospital es ya algo enorme.

JERVIS: ¿Y qué? Han quedado los desechos, y ello basta para crear en el seno del servicio un gravísimo malestar.

DIZORZ: Nos gusta que los enfermos hayan salido, que vuelvan a vernos, que nos expongan sus problemas, pero también nos hace pensar en lo que solíamos hacer, y en nuestra incapacidad actual.

BASAGLIA: ¿Y qué hacíamos?

DIZORZ: Hemos logrado que estos enfermos pudieran salir, y si vuelven a vernos y a saludarnos, ello significa que reconocen haber recibido algo de este servicio, que nosotros les hemos dado algo. Algo que actualmente no podemos dar.

BASAGLIA: El hecho de que no podamos dar nada o que no seamos capaces de darlo, me parece un importante argumento de discusión. Es necesario ver las cosas como son. Es decir, el servicio comprende sesenta personas, de las cuales las tres cuartas partes tienen más de sesenta años.

VASCON: ¿A qué se debe que haya tal concentración de personas de edad? O, dicho de otro modo, ¿por qué todos los reemplazos han conducido inevitablemente a las personas de más edad hacia este servicio? También ha habido jóvenes, es cierto, pero para alcanzar una media tan elevada los reemplazos han tenido que hacerse con personas de edad avanzada.

SLAVICH: Lo que pasa es que, actualmente, los que «sedimentan» en el hospital son siempre personas de edad. Una importante fuente de pacientes para el pabellón B ha sido el pabellón C. En cuatro meses, cuando aún estaba cerrado, proveyó al pabellón B de unas quince personas, y todas de edad avanzada. En el fondo, es el hospital en sí que está viejo, bien porque los años pasan para los enfermos que se quedan aquí, bien porque, actualmente, entre los nuevos sólo sedimentan las personas de edad.

VASCON: Esto podría ser un dato positivo.

SLAVICH: Visto desde el exterior, sí; pero viviendo las cosas desde dentro, hay que tener en cuenta el sentimiento de impotencia que puede resultar de ello...

BASAGLIA: De hecho, si los enfermos no son «cosas», y para nosotros no lo son, lo cierto es que tampoco nosotros lo somos. No somos objetos que sirven para cuidar a los enfermos, sino personas, y por lo tanto, estamos sujetos a repercusiones psicológicas y emotivas. Por ello, precisamente, si no consideramos a los enfermos como cosas, tampoco debemos considerarnos a nosotros mismos como tales... Este sufrimiento, esta angustia que sentimos ante un servicio que ya no es lo que era, también puede revelar una proyección de nosotros

hacia los enfermos, y una proyección errónea, puesto que al estar ansiosos por no poder hacer lo que quisiéramos, el resultado mismo, en lo que concierne a la apreciación del enfermo, es, seguramente, negativo.

VASCON: Ciertamente, si el trabajo se ha hecho más ingrato y, como usted dice, ya no tenemos como antes «ciertas satisfacciones»...

DIZORZ: El hecho es que obtenemos menos que antes.

BASAGLIA: Esto sucede siempre cuando se trabaja en un servicio de larga enfermedad. En los otros servicios la situación es más satisfactoria: un mes después de su admisión, los enfermos salen restablecidos, y todos nos sentimos eficaces porque les hemos cuidado y les hemos devuelto a sus casas. El servicio de enfermedad larga, del cual salen en un año de siete a ocho personas, cuando salen, es un trabajo particularmente frustrante, un trabajo que pesa. Como quiera que el pabellón B multiplicó en poco tiempo las «salidas», resultaba comparable, en definitiva, al servicio de observación.

SLAVICH: Lo cual denota, por otra parte, que la satisfacción se mide por el número de «salidas» del hospital.

BASAGLIA: Por la capacidad de producir... personas «sanas».

SLAVICH: ...Y cuando no existe otra finalidad, una salida menos y todo parece hundirse.

SILVESTRI: De todos modos, yo creo que la razón de cierto malestar, en nuestro servicio, se debe también al hecho de que, desde hace un año o dos, hemos hecho demasiadas promesas. Salieron veinticinco pacientes y otros tantos se quedaron. Tal vez hubieran salido también, pero intervinieron motivaciones de tipo familiar...

BASAGLIA: Es que nosotros no somos omnipotentes.

SILVESTRI: Si ellos no salieron no ha sido a causa del hospital, sino por razones familiares...

DIZORZ: Yo creo que es a causa de la ergoterapia: la hemos descuidado.

SLAVICH: A menudo, los enfermeros y el médico, al ver en su servicio, durante todo el día, a un paciente que «se porta

bien», y que por lo tanto «está bien», sienten más el estímulo y la obligación de hacer salir a esta persona, que tienen constantemente ante sus ojos, que al paciente que trabaja regularmente en cualquier otro sitio del hospital. A mi modo de ver, está menos en cuestión el trabajo que el mecanismo tendiente a poner realmente en contacto al paciente con el exterior, y, por supuesto, no sólo en el sentido de irse a pasear por la ciudad.

JERVIS: Cuando consideramos a un paciente que trabaja todo el día en la colonia agrícola, no lo vemos. Para nosotros, el hecho de estar allí no constituye un problema, puesto que sabemos qué es lo que está haciendo: está catalogado. En cierto sentido, ha encontrado su solución: trabaja con la azada. Pero cuando el mismo paciente se queda en el pabellón durante todo el día, y nos preguntamos: «¿Qué sucede? Este enfermo es inactivo, hay que hacer algo», de hecho nos pone en crisis.

BASAGLIA: Sí, pero también pensamos que este paciente, al trabajar con la azada, se entrega a una actividad determinada que le es útil. Estarse todo el día sentado en el pabellón le es menos conveniente que labrar la tierra.

JERVIS: En cuanto a si esto es cierto o no, creo que es un problema a discutir.

DIZORZ: Ya que hablamos de adaptación a la sociedad, me parece que el trabajo también es necesario; no todos, al salir de aquí, tienen la suerte de vivir del aire...

JERVIS: En efecto, pero trabajo significa cualificación. Es indiscutible que una de las cosas más necesarias para la integración del enfermo en la sociedad es cualificarle, o, dicho de otro modo, suministrarle unos conocimientos que le permitan ejercer un trabajo semiespecializado o especializado. Y no creo que las actividades que ejercen los enfermos en el hospital sean actividades cualificadas. Todo lo más, podrán hacer de ellos peones, y ser peón hoy por hoy no es una cualificación, no sirve para nada.

DIZORZ: Los enfermos, tanto si son hombres como mujeres, son lo que son.

JERVIS: Lo que quiero decir es que existe una diferencia

real en comparación con lo que sucedía hace veinte o treinta años. Hace veinte años, se podía pensar: «Este enfermo trabaja en la colonia agrícola, sabe labrar la tierra, ha aprendido el oficio de peón agrícola, cuando salga encontrará trabajo en una explotación agrícola». Pero hoy, la misma persona no encuentra empleo en una explotación de este tipo. Por tanto, este trabajo debe cambiar. Tal vez labrar la tierra sea útil, pero no sirve para reintegrar al enfermo en el mundo exterior. Si es barman, ya resulta mucho mejor, y aún así, no creo que un barman pueda encontrar fácilmente trabajo al salir.

BASAGLIA: Danieli lo ha encontrado.

JERVIS: En este caso tuvimos suerte.

VASCON: Yo creo que, actualmente, se trata de una cuestión a considerar desde el exterior. Quien dirige las actividades agrícolas tal vez nunca ha pensado en formas de trabajo más modernas, que por otra parte tendrían un valor pedagógico, como el cultivo de los frutos (las fresas, por ejemplo, cuyo cultivo *no es muy costoso, pero cuya técnica hay que conocer*); quienes aprendiesen este trabajo tendrían más posibilidades de encontrar un empleo, un empleo muy simple, pero ya algo especializado. Esta colonia agrícola sin duda está concebida al modo de las antiguas granjas, mientras que sería posible plantear, con pocos gastos, algunas conversiones que, además, serían terapéuticas. La relación entre conversión agrícola y terapia parece lejana, pero podría existir.

JERVIS: ¡Ya lo creo que podría existir! A mi modo de ver, esta colonia agrícola se parece en todo a las del siglo pasado: tanto desde el punto de vista terapéutico como desde el punto de vista de la productividad.

VASCON: Actualmente, en el campo, existen sin duda sectores en los cuales el jornalero ya no existe. En su lugar está el obrero especialista en árboles frutales, que debe tener unos conocimientos determinados. Es decir, que, concebida de una forma determinada, la conversión agrícola podría resultar eficaz.

BASAGLIA: Sí, pero seguimos enfrentándonos con dos posiciones distintas: o todos trabajan porque de este modo adquieren un cierto grado de rehabilitación, porque de este modo se

olvidan de que están enfermos, o porque ello les ayuda a pasar el tiempo; o bien se acentúa el aspecto que podríamos llamar comunitario, el trabajo como ocasión de encuentros, posibilidades de diálogo, etc. En realidad, se trata de dos formas completamente distintas de considerar el trabajo de los enfermos.

JERVIS: No existe oposición entre ergoterapia, actividad y discusión; se trata más bien de enjuiciar la antigua concepción de la ergoterapia y de hallar una nueva forma de actividad; una forma de trabajo que pueda utilizarse para discutir y dialectizar este mismo trabajo. La oposición entre trabajo y discusión no me parece válida.

BASAGLIA: Tal vez podamos ponernos de acuerdo en cuanto a este punto. ¿Qué piensan ustedes de ello? ¿Conciben ustedes el trabajo únicamente como tal, el trabajo en sí, practicado desde la mañana hasta la noche? ¿O hay que considerarlo como una fuente de discusiones y encuentros?

DIZORZ: Comprendo, señor director, o al menos debo comprender, lo que usted quiere decir. Sé que la discusión tiene gran importancia, pero precisamente por ello —y esto no es una crítica—, debido a las reuniones que tenemos cada día, incluso si alguien tiene la intención de trabajar, de hacer algo, no puede hacerlo. Entonces, antes que interrumpir la discusión, que ustedes creen más útil, dejan a un lado la ergoterapia.

SLAVICH: Perdón, Dízorz, pero me parece que es éste un problema que ya hemos discutido extensamente. En definitiva, ¿por qué no hacer ambas cosas? Si se considera que la ergoterapia está ligada al hospital en tanto que iniciativa médica, yo no veo por qué debe practicarse veinticuatro horas al día. Tal vez se trate de organizar la ergoterapia de tal forma que una parte del día esté consagrada al trabajo, y otra parte a la discusión; o bien se discute mientras se trabaja; pero, en el fondo, las ocho horas de trabajo en el hospital no tienen nada que ver con la «ergoterapia». El único punto en común está en el hecho de que los servicios generales hacen sus ocho horas; dicho de otro modo, estas ocho horas no dependen de una exigencia terapéutica, sino de las necesidades del hospital.

JERVIS: De cualquier modo, yo creo que ocho horas es

demasiado tiempo. No veo por qué razón haya que trabajar durante ocho horas. Envejecer con semejante programa de trabajo cotidiano, impide seguramente numerosos contactos interpersonales y numerosas participaciones comunitarias.

VASCON: Sin duda se trata de una pregunta que ustedes ya se habrán planteado, una pregunta desde «el exterior»: ¿en qué medida los que trabajaban estaban disponibles en relación a las actividades de la comunidad? ¿Encontraban su única razón de ser en el trabajo, y por tanto, se desligaban de la comunidad?

DIZORZ: No, también tenían intereses comunitarios. Tomaban la palabra y asistían gustosos a las reuniones. También discutían entre ellos.

VASCON: ¿Entonces piensa usted que el trabajo les hacía de algún modo más disponibles en relación con la comunidad?

DIZORZ: No sabría aclarárselo. La gente comprendía, se decían: «Hay que trabajar. Incluso al salir de aquí, habrá que trabajar». Entonces trabajaban y participaban.

En la primavera de 1967, los servicios C, de hombres y mujeres, eran la nota discordante de la comunidad: eran los únicos servicios cerrados en un hospital sin barrotes, y representaban la imagen de la antigua institución. Atormentaban al equipo médico, ansioso por quemar etapas hacia una liberalización total, e indisponían a los enfermos «libres», que pasaban con disgusto por el pasillo donde se encontraban los pabellones-jaula. Es cierto que la comunidad ya había aportado a estos servicios transformaciones y mejoras, pero aún faltaba abrir las puertas y hacer desaparecer los barrotes. A los pabellones C, por otra parte, habían ido a parar los enfermos más viejos y más regresivos, hasta tal punto que estos servicios merecían la denominación de «foso de las serpientes». Enfermos sucios y babeantes, vociferantes, dispuestos a pegarse por una colilla, o silenciosos desde hacía años, petrificados, y en los cuales sólo un movimiento de mano o de labios revelaba aún

la presencia, enterrada quién sabe dónde, de retazos de imágenes y palabras: enfermos que eran ya más cosas que hombres. Por otra parte, al haberse efectuado gradualmente el proceso de liberalización era lógico que hubiese una última fase, posterior a las otras. Finalmente, la apertura de los pabellones C estaba subordinada a la adhesión total y a la íntima convicción de los miembros de la comunidad. Sin embargo, este momento era esperado por todos con la mayor impaciencia. La entrevista que sigue fue grabada con el médico responsable del pabellón C-hombres, poco antes de que este servicio se abriese.

VASCON: ¿Podría usted darme un ejemplo de lo que sucede en un pabellón cerrado, un ejemplo que ilustrara, por su dramatismo, lo que es el pabellón C en relación con los demás servicios de la comunidad?

PIRELLA: El servicio cerrado representa en un sentido el mantenimiento de las relaciones jerárquicas que nosotros consideramos antiterapéuticas, y también su conservación y su exasperación, puesto que no sólo conciernen al equipo médico, sino a una jerarquía propiamente dicha entre los mismos pacientes. En efecto, se opera una cierta estratificación de los pacientes en el interior de esta estructura cerrada, de esta institución hermética y aislada de la comunidad más vasta. Existe, por ejemplo, el enfermo que puede saborear su cigarrillo hasta el final y que lo fuma en paz, a pesar de las demandas más o menos apremiantes de los otros; también existe el que no puede fumarse el cigarrillo hasta el final porque debe cedérselo a un enfermo que le suplica que se lo dé, o que se lo exige. Se encuentra, luego, un tercer tipo de paciente, al cual los otros reclaman la colilla; y, finalmente, también hay un enfermo o dos que esperan poder aspirar una vez más esta última y minúscula colilla. Éstos son, a mi modo de ver, los restos de una situación institucional que hemos heredado y contra la cual, por supuesto, luchamos.

VASCON: Esta jerarquía de la colilla, por ejemplo, ¿corresponde al grado de enfermedad de los pacientes?

PIRELLA: A mi modo de ver, es en gran medida indepen-

diente de la enfermedad. Más bien entraría en relación, por una parte, con la personalidad vulnerable de algunos pacientes que, a partir de este hecho, han sufrido con más fuerza el peso de la institución cerrada, la violencia de este encierro; y, por otra parte, con un aspecto que yo calificaría de socioeconómico. En este servicio, lo cual es bastante significativo en el plano social, más del cincuenta por ciento de los pacientes nunca reciben visitas del exterior. Algunos de ellos son ciudadanos yugoslavos, y otros son personas que no tienen familia o cuyos parientes no los vienen a ver por desinterés.

VASCON: Son hombres abandonados...

PIRELLA: Sí, personas abandonadas, y no les es nada fácil procurarse dinero; no están en condiciones de ejercer una actividad. Por ello, creo que han aceptado, con total pasividad, esta regla de la «demanda» del cigarrillo.

VASCON: Todo ello está de un modo increíble en contradicción con el resto del hospital, de la comunidad, y toma un aspecto aún más dramático...

PIRELLA: Sí, el problema del servicio cerrado existe; sobre todo, en tanto que relación entre esta realidad residual, gravemente institucionalizada, y el resto del hospital, que madura. En este sentido, precisamente, se ha hecho un esfuerzo significativo: hemos centrado nuestra atención sobre este servicio y obtenido ya, este primer año, unos resultados que dejan entrever la posibilidad de modificar suficientemente, y en profundidad, la situación.

VASCON: Los enfermos del servicio cerrado, del pabellón C, ¿están más enfermos que los otros? ¿Tienen lesiones que hacen que la enfermedad se manifieste en ellos de forma más violenta, más dramática?

PIRELLA: Acabo de aludir a la personalidad frágil de estos pacientes. Existen, sin duda, enfermos que presentan lesiones orgánicas: se trata de dementes graves, encefalópatas, con respecto a los cuales se puede decir que el abandono en una situación de internamiento sólo ha servido para reforzar su tendencia a un comportamiento tan regresivo. Para otros pacientes, sin embargo, esto no resulta válido. Pensamos que, efectivamente,

non el resultado de un fallo terapéutico, es lo que nosotros llamamos el fracaso de la psiquiatría institucional.

VASCON: ¿Entonces usted piensa que cuando se derrumbe el muro, cuando desaparezcan los barrotes, es decir, cuando se abra el servicio, se obtendrán mejores resultados?

PIRELLA: La supresión de las barreras materiales del servicio, y por tanto su apertura, está condicionada por una serie de compromisos que, a nuestro modo de ver, no dependen solamente del personal y del equipo médico, sino también de toda la comunidad. Yo creo que si la comunidad, en su conjunto, incluidos los hospitalizados de los servicios abiertos, no colabora, no se compromete a apoyar la apertura de estos dos pabellones aún cerrados, no obtendremos ningún resultado.

VASCON: Y el resto de la comunidad, ¿siente el problema de los servicios cerrados?

PIRELLA: Sí, y esto es bastante significativo, tanto que en el transcurso de largas discusiones en las asambleas generales, se ha pensado en la posibilidad de hacer algo a favor de estos servicios, y este algo se ha concretado gradualmente, de forma algo fragmentaria, pero tomando finalmente un sentido muy preciso. Efectivamente, se decidió cargar las compras y consumiciones efectuadas en el bar con un pequeño impuesto en favor de los dos pabellones cerrados, y de este modo, cada mes, reciben una pequeña suma de dinero. Por otra parte, podemos decir que esta suma da testimonio del interés de los pacientes de los servicios abiertos hacia los de los servicios cerrados, y permite, además, remediar de forma concreta ciertas situaciones como la de estos enfermos sin recursos, de la cual le he hablado.

Las reuniones de servicio tienen lugar antes o después de la cena, entre las 17 y las 19, al aire libre o en el interior, según la estación. Asisten a ellas un promedio de 15 a 30 personas. La discusión se produce de forma espontánea y sin programa. En los servicios de enfermos «crónicos», ésta se ve

entrecortada por interminables silencios, pausas y rupturas, mientras que cuando se trata de enfermos en vía de curación en los pabellones de «paso», se desarrolla de una forma normal y rápida. Los debates giran alrededor de temas de orden general o de problemas inherentes al servicio. Los temas predominantes son las relaciones con la familia, el medio profesional, la sociedad o la obtención de permisos para salir. Estos permisos, en efecto, se conceden durante las asambleas, después de que el grupo de médicos y enfermeros hayan examinado las condiciones del enfermo, las hayan discutido con él y éste les haya asegurado que guardará un buen comportamiento en el exterior, un autocontrol riguroso y respetará los horarios establecidos. Estas seguridades se exigen sobre todo en el servicio para alcohólicos, donde los pacientes en vías de curación dominan la situación y son absolutamente intransigentes con respecto a la falta de palabra. He aquí, en relación con esto, la opinión del médico responsable.

CASAGRANDE: La comunidad hace suyos los éxitos o los fracasos de cada uno de sus miembros. Muchas veces sucede, por ejemplo, que una persona da su palabra o promete cosas que luego no mantiene. Cuando vuelve, pronto o tarde, y a veces incluso mucho tiempo después, la comunidad le llama al orden. Entonces el interesado se siente tanto más frustrado cuanto que tiene conciencia de haber traicionado a los demás. En cambio, cuando una persona le pide a otra que no beba y ésta mantiene su palabra, siente este éxito como suyo propio, puesto que si el otro ha podido controlarse, esto quiere decir que ella también puede conseguirlo. Éste es, a mi modo de ver, el factor que une a estas personas: tener un problema común y afrontarlo todos juntos. Pero el lazo que se crea de este modo no es suficiente. A menudo también recurrimos a las familias y una o dos veces a la semana tenemos reuniones con ellas. Por otra parte, los enfermos van frecuentemente de paseo, solos o acompañados por el enfermero. En ocasión de estas salidas, que ellos mismos organizan, muchas veces preparan sus comidas y se comprometen mutuamente a proseguir su lu-

cha en el exterior. Efectivamente, la mayoría de ellos se abstienen de beber, y si alguno de ellos cae en la tentación de beber como máximo un cuarto de vino, lo primero que hacen los demás al volver es discutir sobre ello. Y no sólo para reprochar al interesado el que haya bebido más o menos, sino para descubrir las razones que le han impulsado a beber.

VASCON: O sea que, en definitiva, es asumir nuevamente la responsabilidad.

CASAGRANDE: Además, están acostumbrados a tomar continuamente pequeñas decisiones. Me viene a la memoria el caso, reciente, de una persona que empezó a beber de nuevo. Este hombre regresó a vernos para hacerse hospitalizar, y había motivos bastante particulares que se oponían a su admisión (tenía un asunto pendiente con la justicia y su abogado no quería que se le hospitalizara en el momento en que el proceso iba a abrirse). La comunidad, entonces, le ofreció su cooperación bajo otras formas, pero siempre apelando a su sentido de la responsabilidad. En ese momento fue la comunidad, y no el médico, quien le puso frente a sus responsabilidades. Le dijo: «Te ayudaremos si haces esto y lo otro». Y lo que se le pidió fue que se comprometiese a venir cada día al hospital, desde la mañana hasta la noche. Él respondió: «Volveremos a hablar de esto el jueves.» «No», replicó la comunidad, «queremos saberlo ahora. Estamos dispuestos a ayudarte, pero queremos una respuesta inmediata». El hombre se sentía en un aprieto: tenía que hacer una pequeñísima elección, pero era incapaz de ello. Hasta el momento en que se encontró prácticamente en la obligación de aceptar lo que la comunidad, después de considerar diferentes posibilidades, le ofrecía. Se hizo lo posible para favorecerle al máximo, y luego se le puso entre una elección o la otra: o todo o nada, y tuvo que elegir. Desde entonces, como estaba convenido, viene al hospital, y actualmente está bien. Son estas pequeñas elecciones cotidianas las que preparan al individuo para elecciones más vastas, y también las que le enseñan a juzgar mejor la situación.

VASCON: Entonces usted experimenta todos los días la

sensación de tener en este servicio a unos pacientes que comparten la responsabilidad de la acción médica...

CASAGRANDE: Sí, y yo diría incluso que su responsabilidad está constantemente comprometida, puesto que la misma situación se lo exige. En efecto, al no estar encerrados, al disfrutar de una gran libertad de movimiento, tienen sin cesar la posibilidad de hacer elecciones, como, por ejemplo, colaborar o no colaborar en el trabajo común, salir para ir a beber —lo que, en el fondo, es bastante fácil— o no salir en absoluto e intentar que les lleven el vino, participar o no en las diversas actividades, etc. Pues bien, la comunidad constantemente los «responsabiliza». En efecto, al ser colectivas las actividades, si alguien está ausente, el hecho es advertido y se le llama al orden. Desde luego, el que se encarga de llamarlo al orden debe a su vez «responsabilizarse» (autorresponsabilizarse), puesto que sabe muy bien que mañana puede ser él mismo el acusado. Y en tal caso, no será el padre, ni la madre, ni el médico quienes se encargarán de acusarle (el médico podría ser considerado como la autoridad constituida), sino los otros, los otros con quienes está en contacto y a los cuales intenta constantemente «instrumentalizar» y que, a su vez, le instrumentalizan sin cesar. Tarde o temprano, a fuerza de instrumentalizar a los otros y de ser, a su vez, instrumentalizado, el individuo entra en estado de crisis y se ve forzado, de un modo u otro, a elegir.

Vista desde cerca, la responsabilidad del grupo, aun hallándose lejos de alcanzar la perfección, es un caso apasionante. Debe, en efecto, abrirse camino en un medio difícil, receloso, que pasa por graves momentos de irresponsabilidad, de regresión, y cuesta, en cualquier caso, enormes esfuerzos, tanto a los enfermos como al equipo médico. De todas formas, la situación varía de un servicio a otro. En el pabellón A-Mujeres, donde se reúnen las pacientes recién admitidas y que se compone sobre todo de enfermos «pasajeros», las relaciones en el interior del grupo son más fluidas.

VASCON: Veo que tiene usted reuniones con los enfermos. ¿Obtiene resultados de ellas?

JERVIS: A decir verdad, nunca me he planteado esta cuestión. Se trataría de saber qué resultados se desea obtener. Las reuniones son diarias, y cuando, por cualquier motivo, las interrumpimos durante algunos días, pronto las necesitamos. Por lo demás, la estructura y el clima del servicio cambian en función de numerosos factores, cuya mayor parte no es directamente controlable: piense simplemente en la red de interacciones emotivas que se instaura entre enfermos, enfermeros y médicos. En todo el servicio repercuten factores inconscientes que conciernen a un gran número de personas y que sólo pueden ser analizados de forma muy somera. La reunión de la noche muchas veces sirve para registrar estos factores. Cuando se advierte que algo cambia en la estructura y el clima del servicio, no siempre se puede definir exactamente la causa principal de esta transformación. De cualquier modo, y desde este punto de vista, es cierto que las reuniones son muy importantes.

VASCON: ¿Y usted las dirige?

JERVIS: No siempre, pero en todo caso más de lo que yo desearía. Los pacientes se dirigen fácilmente al psiquiatra de una forma directa, atribuyéndole un poder que no tiene y que no puede tener. Éste es, por supuesto, uno de los temas de discusión más frecuentes. El ideal sería que estas reuniones fuesen aún más informales, donde la presencia del médico no fuese determinante y acabase siendo accesorio. A veces, parece que llega a ser así, pero de hecho, quiérase o no, la presencia del médico en una reunión de enfermos es siempre determinante. No hay que olvidar que estas reuniones son más que nada ocasiones de encuentros para grandes grupos de veinte a treinta personas, y no reuniones de psicoterapia o reuniones de trabajo. Se escinden muy fácilmente en pequeños grupos y a veces muchos enfermos del servicio no están presentes. Las «dinámicas», muy variadas, son a menudo apasionantes.

VASCON: El suyo es un pabellón de tránsito: allí se admite a las enfermas que llegan al hospital. ¿Tienen, en gene-

ral, dificultades de adaptación? En lo que concierne a estas reuniones, por ejemplo.

JERVIS: No es fácil responder de forma general. Ello depende en gran parte de las modalidades de la admisión. Es evidente que las mayores dificultades aparecen con las admisiones forzadas, cuando los enfermos llegan aquí en ambulancia, a veces atados, o engañados. Pero también tenemos enfermas que vienen por propia iniciativa, a título de aseguradas sociales, muchas veces con problemas neuróticos familiares que el internamiento sólo resuelve en apariencia. Algunas de ellas provienen de capas sociales desahogadas; con estas personas existe una cierta dificultad en romper cierta tendencia hacia el aislamiento o la búsqueda de relaciones personales y privilegiadas con el médico. Muy a menudo, durante los primeros días de hospitalización, las reuniones se evitan; entonces se trata de averiguar si hay que estimular las relaciones de tipo personal con el enfermo, o si hay que orientarle hacia los grupos informales y las reuniones.

VASCON: Si le he entendido bien, usted prefiere la aproximación de grupo al acercamiento individual.

JERVIS: Me pregunto si éste es el verdadero problema, aunque, por mi parte, respondería afirmativamente. En cierto modo, es imposible eliminar la relación médico-paciente, y hay que medir la complejidad de este hecho. Por otra parte, tanto si es individual como de grupo, cualquier relación corre el riesgo de ser una relación puramente técnica, donde el médico acepta ser considerado como omnipotente o simplemente como «bueno», «justo» o «castigador»; en definitiva, se crean fantasmas. Por ello yo intento siempre, en la medida de lo posible, implicar a otras personas en estas relaciones: los parientes de la enferma, una enfermera o dos, otras pacientes, según el caso y la situación. No se trata de un grupo propiamente dicho, pero el carácter informal de estos encuentros los hace más reales. A veces, es preferible estar solos; pero la relación del psiquiatra con el paciente, a solas, puede revelarse tan artificiosa y falseada como estandarizada y aséptica una reunión de grupo.

Una psicóloga trabaja a tiempo completo en el hospital psiquiátrico de Gorizia. También aquí la definición del rol aparece de forma muy diferente que en la definición tradicional.

VASCON: Usted ha venido aquí para ejercer como psicóloga. ¿En qué consiste su trabajo?

LETIZIA JERVIS: No es fácil describir una actividad que, durante mucho tiempo, no ha tenido unas características digamos «positivas», que durante varios meses ha sido «negativa», como si permaneciese suspendida en el vacío. Por supuesto, he practicado algunos tests, pero pocos, y al principio ni siquiera eso.

VASCON: ¿En qué le ha parecido negativa esta actividad?

LETIZIA JERVIS: Más exactamente, yo diría que ha sido una actividad «de negación». Me encontré en una situación privilegiada, es decir, que podía coger el arsenal tradicional de la psicología clínica e intentar usarlo «de una forma nueva», o bien podía entrar simplemente en el campo de acción e intentar actuar. Elegí la segunda solución, y es por eso justamente que antes hablaba de una actividad suspendida en el vacío. Como usted sabe, los médicos tienen como punto de referencia un rol tradicional que destruir: se enfrentan constantemente con lo que no quieren ser, y esto no se podría cambiar, puesto que se exige de ellos prestaciones técnicas que tienen la absoluta obligación de dar. Mi elección ha sido distinta, para poder confrontarme con la posición de ellos siguiendo diferente itinerario.

VASCON: Es decir, que usted ha intentado hallar otra vía desechando totalmente las técnicas de su especialidad.

LETIZIA JERVIS: Sería ilusorio pensar que es posible desprenderse de todo aparato técnico; se puede elegir no utilizar ciertos medios, pero siempre se aborda la situación con la forma de ser que la especialidad impone al mismo tiempo que las técnicas. Yo elegí no tomar el rol tradicional como término de comparación, esto es todo. Intenté confrontarme con las personas y no con los papeles, ver por lo menos si eso era posible. Por lo demás, muchos psicólogos intentan actualmente

definir su papel en la institución psiquiátrica, y en este sentido, las incertidumbres, como las divergencias, son numerosas. En Francia, por ejemplo, este problema fue abordado en un número de *L'Information psychiatrique*, y se llegó a la conclusión de que el aprendizaje psicoanalítico constituía la regla de oro para cualquier psicólogo que quiera integrarse realmente a la institución psiquiátrica.

VASCON: Usted no parece ser de esta opinión.

LETIZIA JERVIS: Actualmente, intento liberarme de una técnica de objetivación del enfermo, y pienso que antes de adoptar otra, hay que ver qué significa el rechazo de una actitud objetivante y tecnicista.

VASCON: Las experiencias de estos primeros meses, ¿le han proporcionado algunas indicaciones?

LETIZIA JERVIS: Sí, por supuesto, pero a mi modo de ver son aún indicaciones ambiguas. Por una parte, la ausencia de puntos de referencia que puedan «situarme», hace pensar que yo soy una especie de médico incompleto: hago lo mismo que mis colegas los psiquiatras, pero sin prescribir medicamentos, y, desde luego, sin ocuparme del paciente desde el punto de vista de la medicina general, del cual ellos deben ocuparse a veces.

VASCON: ¿Es difícil de modificar esta opinión de los enfermos con respecto a usted?

LETIZIA JERVIS: ¡No se trata sólo de los enfermos! Antes, esta actitud es tomada por los colegas, los enfermeros... o por mí misma; temo que todos mis esfuerzos para evitar enfrentarme con el rol tradicional del psicólogo no alcancen más que a compararme con los médicos. En cambio, hay numerosos pacientes que en seguida comprendieron el lado nuevo de la cosa, y me han planteado, para intentar definirme, multitud de preguntas personales. Entre nosotros no había la mediación de las técnicas: las medicinas, los tests (diría incluso para puntualizar: la situación de test).

VASCON: De este modo, se ha instaurado sin duda una relación muy nueva con los enfermos.

LETIZIA JERVIS: Se ha puesto en evidencia una posibi-

lidad con relación al estereotipo tradicional del psiquiatra. La primera indicación anti-institucionalizante, para el psicólogo por lo menos, que ha suministrado mi trabajo, ha sido hacerse definir por los pacientes y esforzarse constantemente en superar con ellos esta definición. De cualquier modo, ello implica enormes riesgos: no analizar realísticamente esta «nueva» relación y caer en las improvisaciones de una práctica cotidiana liberada de la técnica, y, por lo tanto, incontrolable de hecho; tal vez, sacar partido de una falsa reciprocidad para tener la conciencia limpia y justificar de este modo la pérdida del rol, es decir, de nuestra identidad, la pérdida de la fachada habitual, que obliga a renovarse continuamente con relación a los otros.

«Cuando vemos que el enfermo llega hasta aquí y que parece condenado y que hay que seguirle y seguirle sin descanso, y le seguimos, y al final podemos decir: ya es capaz de valerse por sí mismo y para nosotros es un placer». Así es como se expresa el enfermero Di Lillo, cuyas palabras, simples y espontáneas, resumen el estado de ánimo de la mayor parte de sus ciento cincuenta colegas, hombres y mujeres. Los más jóvenes, sobre todo, se sienten satisfechos y orgullosos de los resultados obtenidos por la comunidad. Y también de su nueva condición. Sus funciones, después de algunos años, han cambiado por completo: ellos son quienes han hecho desaparecer los lúgubres cerrojos. «Nosotros éramos carceleros», dicen. Hoy, en cambio, el hecho de estar en contacto permanente con los enfermos —en los servicios, durante los paseos, en el bar o durante las partidas de naipes—, les permite ponerse al nivel de cada uno, teniendo en cuenta la situación general, y viceversa. Por lo tanto, resultan intermediarios indispensables entre el enfermo y el equipo médico: como una lupa que puede precisar o aclarar los puntos de vista. Algunos han permanecido indiferentes a las transformaciones surgidas en el hospital, otros incluso han añorado las fórmulas antiguas, cuando bastaba

correr los cerrojos e impedir a los enfermos que huyeran; tenían pocas responsabilidades y ninguna satisfacción. De hecho, si existe un pequeño grupo de oposición entre las enfermeras y los enfermeros, hay que ver su razón de ser, según creo, en la espera frustrada de una mejora de orden económico, que podría expresarse con la fórmula: a mayor responsabilidad, mayor salario. Desgraciadamente, no es de la microsociedad de la cual forman parte que puede llegarles este tipo de mejora, sino de la sociedad, y según sus normas, los contratos de trabajo, las luchas sindicales, es decir, la evolución de las condiciones en todo el sector de los hospitales italianos.

De la entrevista con algunos enfermeros (Augusto Benossi y Silvestro Troncar) y enfermeras (Anita Jerman y Luciana Marega), se desprenden dos grandes temas: la renovación institucional y el descubrimiento de un nuevo tipo de relación con el enfermo.

VASCON: Es decir que, aplicando los métodos actuales, ¿su trabajo es más pesado que antes?

JERMAN: No se trata de que sea más pesado que antes, sino de una nueva situación, completamente diferente, donde el enfermero, en vez de ser un guardián, es miembro de la comunidad.

VASCON: ¿Puede usted citarme algunos ejemplos?

MAREGA: Por mi parte, lo esencial es asistir a los enfermos; pero importa menos la asistencia que el darles confianza en sí mismos, para que puedan reintegrarse a la sociedad. Creo que esto es algo que todos han comprendido.

VASCON: ¿Cómo reaccionan los enfermos?

JERMAN: Digamos que reaccionan bien cuando se les aborda como es debido: cuando la aproximación entre el enfermero y el enfermo es libre en la medida de lo posible. Si se da al enfermero o a la enfermera un sentimiento de confianza y de responsabilidad en su trabajo, ellos sabrán comunicarlo a los enfermos. Cuanto más libre es el enfermero, mejores son sus relaciones con el enfermo.

VASCON: ¿Qué regla adoptan ustedes con los que vienen aquí por primera vez?

MAREGA: Al principio, y desde el primer momento, intentamos comprenderles, estar lo más cerca posible de ellos. Pero se adaptan muy de prisa, porque aquí el medio es muy libre...

VASCON: Y al llegar, ¿no están predispuestos en contra del hospital?

MAREGA: Por supuesto, llegan con ciertas prevenciones, pero se adaptan en seguida, a partir de los primeros contactos con nosotros y con el medio. Desde el momento en que ven lo que sucede alrededor de ellos, se habitúan.

JERMAN: Más de uno llega mal dispuesto. Yo creo que este es uno de los combates que debe sostener el hospital: el de los prejuicios de la sociedad ante el enfermo mental. El enfermo que llega aquí por primera vez, llega con las ideas falseadas.

VASCON: Y después, ¿supera esta predisposición?

JERMAN: La supera, puesto que se da cuenta de que no se le trata como temía.

MAREGA: Como le hacía creer el tópico del antiguo hospital psiquiátrico...

JERMAN: La sociedad sigue imaginando el hospital psiquiátrico como era hace años, y siempre piensa en el enfermo clásico de los chistes, cuando se trata de algo muy distinto. Aquí todos viven libremente y nadie experimenta la sensación de hallarse en un hospital. El enfermo se siente libre y se ayuda a sí mismo.

VASCON: ¿Ha sido usted testigo de progresos sensibles en algunos enfermos?

JERMAN: Yo diría que en todos los enfermos los progresos son sensibles. Trabajo en este hospital desde hace cinco años, y, prácticamente, he vivido la experiencia desde sus comienzos. Cuando llegué ya no se utilizaban las camisas de fuerza ni los medios de contención mecánica, pero los servicios aún estaban cerrados. Tuve, pues, la posibilidad de asistir a la apertura del primer pabellón.

VASCON: ¿Qué sucedió?

JERMAN: No sucedió nada en absoluto, nada de lo que se pensaba. Se creía que saldrían en tropel..., lo único que hubo fue el descontento de numerosos enfermeros, e incluso de algunos médicos, que juzgaban el método inadecuado. Ellos creían que no se obtendría ninguna mejora abriendo el hospital, liberando prácticamente al enfermo. Mientras que, actualmente, la mayoría, yo diría que todos, han cambiado de opinión. La mejora es tan evidente...

VASCON: Y entre los enfermos, ¿hubo desánimo?

JERMAN: Que yo sepa no. El mayor problema fue sacarles de su apatía. En lo que concierne a las fugas, su frecuencia no aumentó: incluso creo que disminuyó.

VASCON: Y ¿por qué esta apatía?

JERMAN: Porque habían permanecido encerrados, abandonados a sí mismos, sometidos a este enclaustramiento desde Dios sabe cuánto tiempo. Por tanto, se hallaban en la imposibilidad de ejercer la menor iniciativa personal.

VASCON: ¿Halla muchas dificultades para entrar en contacto con los enfermos?

BENOSI: Sobre todo durante sus primeros días de hospitalización. Intentamos por todos los medios favorecer su adaptación a la comunidad, a los grupos. A mi modo de ver, es un método excelente y que, por otra parte, simplifica nuestra labor.

VASCON: Y las reuniones, ¿aportan satisfacciones?

BENOSI: Sí, muchas. Se escuchan las opiniones, los deseos de todos. Todo el mundo, incluso nosotros, los enfermeros, tiene libertad para expresar su pensamiento, lo cual es muy importante. Hace alrededor de veinticuatro años que estoy aquí, y he podido constatar personalmente este progreso.

VASCON: Prácticamente, el visitante, como yo, el profano, circulando por el hospital, no tiene la impresión de hallarse en un hospital psiquiátrico.

BENOSI: Es cierto, sobre todo cuando se entra en ciertos servicios, como el nuestro, donde todo ha sido renovado, des-

de los muros hasta las instalaciones. Pero más que nada es el ambiente, la atmósfera, que ha cambiado. Actualmente es un medio familiar.

VASCON: Hace una semana, vi aquí a un muchacho particularmente agresivo, y hoy le encontré ya calmado. ¿A qué cree usted que se debe esta mejora?

BENOSSI: Sobre todo a los contactos con los otros, y al medio. Como puede ver, nos esforzamos cuanto podemos por hacer que esta comunidad exista verdaderamente. No sólo con palabras, sino también con hechos.

VASCON: ¿También usted, Troncar, cree que el restablecimiento de las relaciones con el enfermo se ha facilitado?

TRONCAR: La conversación en grupo va muy bien, porque hace que la gente se sitúe en el plano de las realidades: se puede discutir acerca de diversos problemas, aconsejar, comprender...

VASCON: Tengo la impresión de que actualmente el trabajo para ustedes debe ser más pesado que antes.

TRONCAR: Desde luego el trabajo es más pesado porque impone más responsabilidades, pero, sin embargo, también tenemos más satisfacciones: constatar que progresamos, que somos útiles. Antes, en cierto modo, éramos como carceleros: uno hacía su trabajo, cobraba su paga y santas pascuas.

VASCON: Actualmente, ustedes tienen de hecho una función más precisa.

TRONCAR: Algo más precisa, sí, en todo caso más pesada, puesto que ahora siempre estamos un poco ansiosos y nos preguntamos: «¿Lo he hecho bien? ¿Lo he hecho mal?» Antes la responsabilidad era menor: uno echaba el cerrojo, prestaba atención a que los enfermos no se peleasen, distribuía algunos comprimidos, los medicamentos que el médico recetaba. Es decir, que entonces estábamos a las órdenes, y las órdenes, una vez ejecutadas bien, nos dejaban tranquilos y con la conciencia limpia: curar a los enfermos era la labor de los médicos. Actualmente se puede ver cómo el enfermo mejora, cura ante nuestros ojos, estando cerca de él...

VASCON: Es decir, resumiendo, que ustedes colaboran en

la curación. ¿Cómo se comportan ustedes con el paciente? ¿Podría ponerme un ejemplo?

TRONCAR: Antes, y a partir de su admisión, el paciente era desvestido. Se le hacía tomar un baño y luego se le metía en una pequeña habitación, o más exactamente, una celda. Ahora, por el contrario, hablando con él, se le invita a entrar en la enfermería, se le toma la tensión, se le pregunta de dónde es, de forma que se pueda trabar amistad con él, que tome confianza para que se sienta a gusto, como si estuviese en su casa, en familia. Luego, poco a poco, se le presenta a los colegas, se le conduce hasta la habitación donde se encuentra su cama, y si hay otros enfermos, se le presenta. Es decir: intentamos que se sienta seguro y que poco a poco se habitúe. Por la noche, se le invita a asistir a la asamblea del servicio, para que conozca a todos, que hable con la gente y que, de este modo, poco a poco se integre en la comunidad.

Los residuos de la anterior atmósfera manicomial son claramente perceptibles donde aún perduran. La entrevista que sigue fue realizada con uno de los enfermeros (Orlando Andrian), del último servicio cerrado reservado a los hombres (el C), poco tiempo antes de que el pabellón fuese abierto; e ilustra el momento de transformación en que se encuentra.

VASCON: He constatado que usted se ocupa muy activamente de la vida del servicio.

ANDRIAN: Sí, es el servicio que presenta más dificultades. Es un servicio integrado con pacientes muy heterogéneos en cuanto a su enfermedad. Sin embargo, intentamos mejorar las cosas. Hemos practicado esta separación (señala la puerta) que ya es en sí una pequeña reforma.

VASCON: ¿En qué sentido?

ANDRIAN: Divide el servicio en dos: los enfermos más regresivos a una parte, y los que lo son menos, a la otra. Esto no ha sido inútil. Desde hace algún tiempo habíamos empeza-

do a tener reuniones de comunidad, como en los otros servicios. Y constatamos que, si bien en nuestro caso, aún no se puede hablar de participación, existe, sin embargo, cierto interés. Algo que se mueve, que también les da un sentido a ellos y que les responsabiliza.

VASCON: Casi todos son viejos, ¿no?

ANDRIAN: Algunos llevan ya treinta años aquí: el hospital empezó a funcionar en 1933. Y entonces muchos ya estaban internados en otros hospitales.

VASCON: Es decir, que hay gente de ochenta años.

ANDRIAN: La media es de cincuenta y seis años. Se puede decir que muchos de ellos han pasado toda su vida aquí o en otros hospitales.

VASCON: Debe ser particularmente difícil actuar sobre estos enfermos.

ANDRIAN: Es bastante difícil porque ahora ya están institucionalizados. Han estado durante mucho tiempo abandonados a sí mismos. Antes de la nueva orientación, la del trabajo en comunidad, se limitaban a practicar la asistencia directa, pero sin intentar hacer activo al enfermo, darle una responsabilidad cualquiera que pudiese ser para ellos una razón de ser. Simplemente se les impedía dañar a los demás y dañarse a sí mismos.

VASCON: ¿Cree usted que, abriendo este servicio, y a pesar de que los enfermos que hay en él sean regresivos, se obtendrían buenos resultados?

ANDRIAN: Hemos obtenido algunos buenos resultados con el grupo de musicoterapia. Recuerdo a un enfermo con el cual nunca nadie podía comunicarse. Actualmente, en cambio, responde, habla, nos ayuda incluso en los menores trabajos interiores. En resumen, se ve claramente que algo sucede, poco a poco, pero algo.

Desde los comienzos de la liberalización del hospital hasta el verano de 1967, las religiosas nunca han tomado parte en

las asambleas ni en las reuniones del servicio. Como quiera que el hospital psiquiátrico de Gorizia muestra abiertamente y de forma detallada, al visitante, su vida de relación, resultaba sorprendente no encontrar a las hermanitas, personajes clásicos de la escena de hospital. Caritativas y autoritarias a la vez, ellas prefieren trabajar al margen, y seguir ejerciendo su ministerio tradicional en los servicios femeninos. Haciéndolo así, cumplen legítimamente su función, siempre presentes y dispuestas al más duro trabajo.

Por otra parte, el resto de la comunidad siempre se ha portado con ellas de acuerdo con la lógica comunitaria: no obligar a nada a los individuos o a los grupos, dejar el máximo de libertad y de espontaneidad a las actitudes. Sin embargo, aún se nota un cierto inmovilismo, fértil en malentendidos, hasta el punto de que, cuando pregunté a la madre superiora un testimonio de sí misma y de las demás religiosas, me respondió: «¿Está usted seguro de que el director aprueba esto?»

Desde hace algún tiempo, las religiosas toman parte en la primera reunión del día, la de las ocho y media.

VASCON: ¿Hace mucho tiempo que hay religiosas aquí?

MADRE SUPERIORA: Mucho tiempo, treinta y dos años. Y también nosotras estamos satisfechas por el cambio del hospital: usted mismo puede constatar que se trata verdaderamente de una transformación. Ahora debemos prestar más atención.

VASCON: ¿Cree usted que resulta más pesado?

MADRE SUPERIORA: Más pesado, no sé, pero desde que los servicios se han abierto hay más responsabilidades. Cuando aún estaban cerrados, la vigilancia no era tan importante, mientras que actualmente, siempre hay que estar a punto.

RELIGIOSA: Los enfermos están menos agitados, no es como antes, exigen menos cuidados. Nos encontramos a gusto.

VASCON: ¿Era más tensa la atmósfera antes?

MADRE SUPERIORA: Los enfermos estaban encerrados y la forma de cuidarles era distinta. Entonces teníamos días, períodos, más o menos agitados. Ahora se les cuida de otro modo, y los enfermos están más calmados.

VASCON: Hablando desde su experiencia ¿hay una gran diferencia entre el nuevo sistema y el antiguo?

MADRE SUPERIORA: Hay, en efecto, una diferencia, e incluso una mejora, pero antes se veía que los enfermos eran más aptos para el trabajo, cuando estaban conscientes, tal vez tenían más energías. Actualmente, en cambio, están más débiles, más apáticos, menos entregados al trabajo. Les falta voluntad y prefieren dormir.

VASCON: Según usted ¿esto depende también de las medicinas?

MADRE SUPERIORA: Yo creo que sí. Antes, cuando el enfermo estaba agitado, se le podía contener con los medios algo rudos que se utilizaban entonces. Actualmente esto se ha terminado. Durante el buen período, antes, se sentían bien, sonrientes, mientras que ahora siempre están un poco melancólicos.

VASCON: Entonces, y según usted ¿había antes mucha más gente que trabajaba?

MADRE SUPERIORA: En el exterior, desde luego, y en los talleres. Ahora se consagran a trabajos más lucrativos, mientras que en los talleres, la cocina, la lavandería, etc., son menos numerosos. El hospital tenía más ayuda, pero actualmente es mejor para los enfermos, porque se benefician de una paga.

VASCON: El bar, que está abierto desde hace tres años, y que está regido por los enfermos, es, a mi modo de ver, una acertada iniciativa.

MADRE SUPERIORA: Sí, los enfermos se encuentran bien así. Para ellos es incluso mejor, porque antes no ganaban nada, no recibían este poco de dinero, esta pequeña recompensa. Les daban otra cosa: los hombres tenían cigarrillos, las mujeres un salario mucho más reducido. El nuevo sistema es más satisfactorio para ellos. Hay que decir que las excursiones que hacen actualmente, las empezamos a hacer nosotros, las religiosas, con las mujeres, y les gustaba, porque como eso sucedía una vez al año, esperaban la salida con ilusión. Organizábamos estas excursiones con esas pequeñas contribuciones que servían

también para hacer una merienda para todas. Hay que reconocer que, ahora, las cosas han mejorado mucho. Es importante el hecho de que los enfermos están retribuidos por la administración provincial, así es mucho mejor.

VASCON: Es decir, que hay cierta diferencia entre ayer y hoy. Antes se utilizaban a menudo métodos antiguos, métodos que podríamos llamar coercitivos, ¿no?

MADRE SUPERIORA: Sí, los enfermos permanecían aislados durante algunos días en celdas. También se usaba la camisa de fuerza, pero no se puede decir que se utilizaran métodos de fuerza, sobre todo cuando se ha conocido a los superiores de antes; que eran muy severos y querían que los enfermos estuviesen bien tratados, no sólo rechazando los golpes y demás, sino también con palabras. Querían que los enfermos recibiesen un buen trato, que fuesen respetados como tales. En cuanto a los aspectos negativos, no sé, la terapéutica era *distinta*.

VASCON: Según usted la nueva terapéutica, es decir, dar libertad al enfermo, darle la posibilidad de salir, etc., ¿es positiva o no? Si le hago esta pregunta, a pesar de que no sea usted médico, como tampoco lo soy yo, es en función de su experiencia.

MADRE SUPERIORA: En ciertos casos ello contribuye a una mejora notable; en otros, aún no podemos decir lo mismo: tal vez debido a la naturaleza del mal o a sus inclinaciones. Pero el hecho es que algunos enfermos mejoran.

VASCON: Es decir, que, para usted, la experiencia es positiva.

MADRE SUPERIORA: Para los enfermos, y en tanto que experiencia, es un bien.

VASCON: ¿Considera usted que esta situación, en su conjunto —puesto que evidentemente hay más trabajo, los servicios están abiertos, hay que seguir al enfermo de cerca, etc.—, suscita cierta angustia, cierta ansiedad, incluso un poco de anarquía o de caos?

MADRE SUPERIORA: Mire usted, hay tres servicios para

mujeres abiertos actualmente (1). Si uno de estos servicios está reservado a los enfermos crónicos, que guardan cama, es decir, a la enfermería, se han puesto aquí las enfermas peligrosas, al menos aquellas que tenían tendencia a escaparse. Y ahora plantean, incluso preparan, la apertura de este servicio. En verdad no la desaprobamos, pero nos preocupa. Conociendo a las enfermas, y sabiendo que muchas de ellas tienen tendencia a ser peligrosas, estamos un poco inquietas. Pero, en el fondo, estamos siempre dispuestas a colaborar.

VASCON: Tengo la impresión, después de la pregunta que me hizo usted esta mañana, de que ustedes se sienten algo aisladas en el seno de la comunidad.

MADRE SUPERIORA: No, yo no he dicho esto...

La madre superiora no quiere que su respuesta sea grabada. Poco después continuamos.

VASCON: En lo que se refiere a las diversiones, de vez en cuando se organizan fiestas. ¿Toman ustedes parte en su organización?

MADRE SUPERIORA: Sí, pero sólo en parte, y asistimos a ellas, e incluso varias veces al día. Durante los tres días que duró la fiesta, fuimos allí, incluso por la noche. Y tomamos parte en el espectáculo. Colaboramos, también, en la organización de la fiesta, haciéndonos útiles de diversos modos: ayudamos al conjunto del personal encargado de los preparativos, e incluso en la preparación de la cena. En fin, tuvimos un trabajo enorme. Cuando se hace necesario, sabemos colaborar.

VASCON: Tal vez tiene usted la impresión de que, en una atmósfera de trabajo, una cierta disciplina que crea obligaciones, hacía más conscientes a los enfermos.

MADRE SUPERIORA: No podemos pronunciarlos en este sentido...

(1) Esta grabación fue realizada durante el verano de 1967. La apertura del último servicio, data de noviembre de 1967.

VASCON: ¿Por qué dice usted, entonces, que le parecen más indolentes?

MADRE SUPERIORA: Tal vez porque disponen de más dinero, porque están mejor retribuidos. Tienen libertad para salir, tienen el bar, donde pueden reunirse, hacen excursiones y paseos, tienen más diversiones, todo ello desgasta su buena voluntad. Antes, sólo salir del pabellón ya era mucho, e iban al taller de muy buen grado, estimando que aquello les hacía superiores a los otros. Actualmente, todos ellos son libres, y envidian a los que se pasean por los jardines mientras que ellos están obligados a trabajar.

VASCON: Es cierto; antes, sólo los que colaboraban, los que trabajaban, podían salir: se trataba de una situación excepcional. Como quiera que hoy no hay sistemas excepcionales, tienen menos estímulos. Sin embargo, aún quedan algunos de ellos trabajando. ¿Hacían, antes, pequeños trabajos organizados?

MADRE SUPERIORA: No, no en los pabellones.

VASCON: Lamento, madre, que se haya usted interrumpido cuando iba a hacerme partícipe de su punto de vista personal. Esto podría habernos llevado a una mejor relación, a una mejor comprensión. En mi opinión, a veces es bueno decir las cosas claramente, discutir, hablar...

MADRE SUPERIORA: Nosotras, las religiosas, tenemos ya una cierta edad. No somos como la juventud, el personal nuevo, que hace su aprendizaje. Tenemos ya una experiencia...

VASCON: Si la he comprendido bien, como todos los que ejercen una profesión comprometida, ustedes trabajan desde hace muchos años. Es decir, que esta profesión, agotadora para todos, lo es igualmente para las religiosas. ¿No cree usted, sin embargo, que la nueva situación creada aquí, puede interesar más a un joven?

MADRE SUPERIORA: No, no para nosotras, para el conjunto... no sé cómo expresarme.

VASCON: Sí, pero en este sentido, ustedes, como todos los otros, han adquirido la mayor parte de su experiencia practicando otro sistema.

MADRE SUPERIORA: Sí, así es, pero no nos quejamos, no tenemos nada que objetar, del mismo modo que no vemos nada reprochable en el período precedente. Seamos francos: tal vez sea lamentable que se haya exagerado en los métodos pasados, pero en realidad los responsables eran castigados. ¡Ay de quien tocara a un enfermo! La disciplina era muy rigurosa. ¡Queremos tanto, tanto, a nuestros queridos enfermos! Algunos, sin embargo, debido a su enfermedad exageran un poco y dirán: «Nos han pegado, nos han maltratado». ¡Nunca quisiéramos que tal cosa fuese cierta! Porque el director era de una severidad tal que, ¡ay del médico o del enfermero que tocaba a un enfermo! ¡Ay si le maltrataba! Incluso había multas. Y el personal sorprendido cometiendo tales actos era trasladado.

VASCON: A mi modo de ver, en esta comunidad, lo que se critica son los antiguos métodos de la psiquiatría, métodos aún utilizados en numerosos hospitales italianos. Hay algo nuevo que se encuentra en funcionamiento de este modo.

MADRE SUPERIORA: Y nosotras no hacemos más que adaptarnos encantadas, porque, evidentemente, las cosas han mejorado mucho. Han mejorado en numerosos aspectos, hay que reconocerlo. Cuando antes nos reuníamos en la iglesia, teníamos un solo uniforme. Las enfermas tenían la cabeza afeitada, y no cuidada como ahora, desde que tenemos una peluquera.

VASCON: Tienen efectivamente una apariencia humana. Y hay algo más de orden, es cierto, incluso siendo modesto, puesto que este establecimiento no es una clínica, sino un hospital de pobres.

MADRE SUPERIORA: Nuestra provincia no es muy grande, hace lo que puede, de todas formas...

VASCON: He visto que también ustedes toman parte ahora en la reunión de las ocho y media.

MADRE SUPERIORA: Es una excelente forma de exponer nuestros problemas: hablando se entiende la gente.

VASCON: También yo lo creo: ¡ya se lo decía yo! Sin duda es la mejor forma de exponer un punto de vista y poder llegar a comprenderse. Le doy las gracias.

El problema de la «vocación» se plantea de forma muy distinta en otros casos. Me ha parecido interesante, en este sentido, entrevistar a diversas personas cuyo trabajo en el hospital es más específicamente voluntario.

El «exterior» penetra en el hospital a través del trabajo de las asistentes sociales y de los voluntarios. Este equipo actúa a modo de amortiguador en las relaciones entre el equipo médico y los pacientes, entre el exterior y la comunidad. Las asistentes sociales están en contacto con las familias, así como con las instituciones y los organismos administrativos, para todo lo relativo a las pensiones, los subsidios y la previsión. Con quinientos enfermos, de los cuales cada uno es un «caso», y con su «caso» que resolver, el trabajo de las asistentes se pierde de oficina en oficina en inevitables papeleos, cuando su presencia sería tan necesaria en el servicio para suscitar iniciativas y animar el medio. En cuanto a la acción de los voluntarios, está en manos de la buena voluntad de cada uno y de la sinceridad de su actitud. La entrevista que sigue está sacada de una grabación registrada entre las asistentes sociales del hospital y un grupo de interinas (entre otras Sonia Baiss) que terminan aquí su aprendizaje. Por aquella época (junio de 1967), el servicio «C-Hombres» aún no estaba abierto.

VASCON: ¿No siente usted algo de miedo? ¿No se siente usted incómoda cuando se encuentra aquí, en el hospital?

BAISS: No, nunca he sentido nada parecido, en contra seguramente de la opinión general. Yo, al igual que mis colegas, nunca había entrado en un hospital psiquiátrico, y la idea que me había hecho del mismo a través de las películas, tenía algo de pesadilla. Por lo contrario, aquí tiene uno la impresión de hallarse en un lugar cualquiera: en cualquier sitio donde existe una comunidad.

VASCON: ¿A pesar de ser interina, le han confiado una tarea específica?

BAISS: Sí, me han enviado al servicio «C-Hombres». Al principio, con la excusa de preparar las fiestas de Navidad, para intentar reactivar un poco a los enfermos, puesto que los en-

fermeros no tenían apenas tiempo. Luego decidieron que me quedara allí, y yo lo acepté porque ese trabajo me parece verdaderamente apasionante. Sobre todo ante la perspectiva de una eventual apertura del servicio.

VASCON: Siendo el servicio C el único servicio «hombres» que aún permanece cerrado, ¿por qué razón lo eligió usted?

BAISS: No creo que me encontrara en disposición de elegir, puesto que apenas conocía el hospital. Lo acepté porque tengo la convicción de que esta labor concreta, en el último servicio de «hombres» que sigue cerrado, responde simultáneamente a dos exigencias. En primer lugar, la exigencia objetiva de la institución, que es aplicarse a resolver la penosa situación de más de setenta pacientes, obligados a vivir en un clima que aún conserva las características del asilo de alienados, y de remediarla. En segundo lugar, pensé que sería provechoso trabajar con personas muy enfermas, y no sólo para los enfermos, sino también para mí.

VASCON: ¿Qué cree usted que dicen los enfermos de usted?

BAISS: No se trata sólo de lo que yo pienso, sino de lo que en realidad dicen. Hemos conseguido establecer unas relaciones lo bastante francas, intentando decirnos mutuamente lo que pensamos. Al principio yo les cohibía: la idea de una presencia femenina en el servicio les excitaba; luego se han habituado a ello. Actualmente me aceptan como a alguien que forma parte del servicio y a quien se dirigen para entrar en contacto con su familia, informarse sobre pensiones o subsidios, para que les acompañe fuera o para organizar un paseo. En definitiva, parecen haber comprendido bastante bien mi papel.

VASCON: ¿Ha hecho usted ya algunas salidas con los enfermos del pabellón C?

BAISS: No, y tal vez sea a causa de las relaciones que se han establecido con los enfermeros. Se tiende a reservar estas actividades (excursiones, paseos por la ciudad o en el hospital) sólo a los enfermeros. Según ellos, yo no vivo lo bastante en el servicio para conocer bien a los pacientes: tienen más con-

fianza en ellos mismos, porque me consideran como interina, y no llegan a concederme responsabilidad suficiente.

VASCON: En cierto modo hace usted el papel de «novato».

BAISS: Sí, en cierto modo. De todas formas, mis relaciones con los enfermeros se han clarificado. Después de dos meses, hemos llegado a entendernos, y ahora colaboramos bastante bien.

VASCON: Usted pasa gran parte de su tiempo en este servicio cerrado, donde se encuentran los enfermos graves o gravísimos. Algunos de ellos no hablan o tienen actitudes particularmente regresivas. ¿Qué piensa usted de estos enfermos, de sus posibilidades de curación y de asimilación a la comunidad?

BAISS: Para empezar, no se puede decir que se trate de los enfermos más graves: en los otros servicios también se encuentran enfermos que están como ellos. Lo que sucede con éstos es que han tenido la mala suerte de permanecer en el pabellón cerrado. En cuanto al hecho de que no hablen, yo creo que después de haber pasado veinte años en un servicio donde nadie le dirige la palabra, usted mismo llegaría a perder la costumbre de hablar. Si no dicen nada, no es a causa de una enfermedad particular o por motivos especiales de agresividad. Han quedado reducidos a este estado porque precisamente la institución les ha llevado a él, y estoy convencida de que en poco tiempo se les podría cambiar. Ciertamente no se trata de una cuestión de días o de meses; si consideramos que un enfermo ha permanecido encerrado veinte años en un servicio como éste, o en un hospital tradicional, yo creo que en un año o dos se le puede ayudar enormemente, e incluso se puede conseguir que cambie como de la noche al día.

VASCON: ¿Ha constatado ya resultados en este sentido?

BAISS: Sí, he presenciado resultados notables: hemos conseguido, por ejemplo, organizar reuniones de comunidad donde la participación es espontánea y siempre bastante concurrida, con una media de treinta personas por reunión, aunque sólo hablen unos diez. Los demás escuchan, o comentan en voz baja, porque aún no se atreven a expresarse en público. Algu-

nos, en cambio, hacen comentarios cuando la reunión se ha levantado, vienen a pedirme informaciones, o hablan de ello con los enfermeros. Sea como sea, se revelan mucho más activos. También empiezan a reclamar cosas, a tener exigencias: quieren tener dinero, ser libres. Hemos organizado así, en el cuadro del servicio, un comité, siempre de participación voluntaria, en el cual intentamos administrar los fondos que el Club les ha dado. Creo que podemos considerar todo esto como buenos resultados. Si se piensa que hay reuniones, que hemos podido constituir comités, que las personas se presentan espontáneamente cuando tienen ganas de salir, que se lamentan de tener los peores vestidos del hospital y quieren ir a elegir solas su guardarropa, que se preocupan por distinguir de los otros su único vestido decente, yo creo que todo esto constituye resultados muy notables, y además, obtenidos en poco tiempo.

La importancia de la elección personal —factor que, prácticamente, caracteriza el conjunto de la comunidad del hospital de Gorizia— se percibe claramente en esta entrevista con un médico.

VASCON: Doctor Schittar, también usted es un voluntario, o al menos lo ha sido durante bastante tiempo. ¿Qué le ha impulsado a venir a este hospital?

SCHITTAR: Cuando llegué a Gorizia me encontraba completamente «en ayunas» en materia de práctica psiquiátrica, y apenas mejor en el plano teórico. La psiquiatría siempre me había interesado mucho, pero hacía medicina general: estaba de asistente en la sección de Neumología de un hospital civil, y por otra parte había iniciado, sin demasiado entusiasmo, la carrera de médico mutualista.

VASCON: Es decir, que había usted iniciado una carrera que es la de la mayoría de los médicos jóvenes. ¿Por qué la abandonó tan repentinamente?

SCHITTAR: Resulta difícil discernir exactamente los mo-

tivos que conducen a elecciones tan importantes. Mi reacción fue, en parte, una reacción emotiva en relación con el tipo de papel que yo debería haber representado como practicante de la medicina general. En efecto, me parece evidente, al menos en la práctica corriente a la cual un médico recién diplomado debe limitarse, que la profesión médica se nutre cotidianamente de mala fe. El papel del médico es, *por definición*, el de un ser «superior»: el médico es, por definición, un ser cultivado, informado, objetivo, bueno y desinteresado, porque cumple una «misión». Sobre todo, conoce el arte de la medicina, conoce las enfermedades y sabe curarlas. «Ciencia y conciencia» son las cualidades que se le reconocen. Pero, desgraciadamente, es un hecho que todo eso sólo sirve para justificar el «poder» que, a pesar de todo, conserva el médico en nuestra sociedad. Las relaciones entre el médico y el paciente son casi siempre (y absolutamente siempre en la práctica mutualista y en las salas de los hospitales) relaciones de autoridad. Relaciones que encubren y disimulan a veces defectos infinitamente graves, que van desde una real ignorancia científica a los innumerables abusos que los pacientes deben soportar a diario. Es una situación extremadamente penosa para quien intenta establecer otro tipo de relaciones humanas.

VASCON: ¿Y ha encontrado usted este tipo de relaciones en Gorizia?

SCHITTAR: Yo creo que sí. En Gorizia *se tiende* por lo menos, a establecer otras relaciones que no sean las autoritarias. Tanto entre los miembros del equipo médico como con los pacientes y enfermeros. Se tiende a reducir el papel del médico al de un técnico: es una fea palabra, pero tiene el mérito de ser bastante clara. Un técnico de la salud, y no precisamente de la salud mental, de la cual todos podemos ser considerados —médicos, enfermeros o pacientes—, como «técnicos». Sin embargo, hay algo más: el entusiasmo que suscita ese tipo de trabajo proviene también de sus aspectos voluntaristas y «humanitarios», pero sobre todo —y ello permite escapar al neofitismo—, de sus corolarios «políticos». Aquí un médico joven se siente capaz de llevar a cabo, de un modo u otro, a través

de su trabajo y participando en las numerosas reuniones de grupos a todos los niveles, el doble fin de una actividad profesional y de una batalla de ideas cotidiana: ¡y esta última da, sin duda, más satisfacciones que la primera!

Las posibilidades de trabajo ofrecidas por la comunidad son pocas. Se reducen a un taller donde se fabrican sillas, otro donde se confeccionan cajas de cartón, y un tercero donde se forran botellas con paja. En total ocupan a unas treinta personas. Hay también un equipo bastante restringido que trabaja en la granja. Más numerosos son, en cambio, los enfermos empleados en los servicios del hospital: cocina, lavandería, etc. Estas actividades por tradición, corren a cargo de un reducido número de enfermos crónicos perfectamente adaptados a sus modestas funciones. En general, el trabajo de los enfermos no es obstaculizado, sin embargo, tampoco es favorecido, para evitar así determinadas formas de colonización. El enfermo, sin recibir una retribución normal (ninguna ley prohíbe el trabajo de los enfermos en los hospitales psiquiátricos), puede dar buenos resultados como campesino, obrero o artesano. También, y dejando aparte cualquier consideración sobre el valor de la ergoterapia, la comunidad niega la validez del trabajo, partiendo de la base que las economías realizadas por la administración pública gracias al trabajo de los internados no sirven a los interesados ni contribuyen a su readaptación.

La única actividad organizada por la comunidad en estos últimos tiempos, era una sección de musicoterapia, eficaz y muy frecuentada, basada en la enseñanza de los ritmos simples de la «Musik für Kinder», de Karl Orff. La sala de música fue cerrada y ya nadie habla de musicoterapia, debido a un problema sindical surgido entre la administración y el enfermero encargado de la sección. En efecto, este enfermero había seguido un curso de especialización en Salzburgo, y solicitó, después de algunos años de actividad, que se le reconociese la cualificación de musicoterapeuta. Pero, desgraciadamente, esta

nueva función, además de ser difícil de clasificar, no había sido prevista en el régimen burocrático de la administración provincial.

Muy recientemente aún, la comunidad publicaba una revista mensual titulada *Il Picchio* (El Pico), bien porque volvía insistentemente sobre los mismos problemas, del mismo modo que el pájaro golpea el tronco del árbol, bien como una alusión irónica a la enfermedad mental. Esta publicación, continuada durante tres años, resultaba particularmente interesante, puesto que expresaba la evolución de la vida institucional. Hoy ya no se publica porque la liberalización del hospital ha hecho innecesarios los medios de comunicación mediatos. *El Picchio* estaba dirigido por un enfermo, Furio, que es uno de los leaders de la comunidad. Furio es un hombre de unos cincuenta años, inteligente y cultivado, y el mejor informado, entre los enfermos, de los problemas del hospital psiquiátrico. La conversación, grabada, que mantuve con él, resume de forma espontánea y exhaustiva la breve historia de la liberalización, así como el pensamiento y la actual posición del enfermo en el seno de la comunidad.

VASCON: Personalmente, me gustan mucho estos cigarrillos...

FURIO: A decir verdad, cuando volví a Italia, no sabía qué cigarrillos fumar. Mi reserva de *Gauloises* se terminó y no pude comprar más porque eran demasiado caros.

VASCON: Antes de finales de año el precio tendrá que bajar. Los franceses se lamentan de que los italianos los venden demasiado caros.

FURIO: Como en Francia se venden pocos cigarrillos extranjeros, esto restablece el equilibrio...

VASCON: Estos cigarrillos, en Francia, se venden a 80 francos antiguos, de manera que en Italia, con los impuestos y todo, se podrían vender por 150 liras. Pero los italianos los

venden a 290, lo cual resulta un poco abusivo. En fin, de cualquier modo, empezamos nuestra conversación sobre los mismos temas de ayer, e intentemos trazar de nuevo el conjunto histórico de la comunidad, empezando, por ejemplo, hace seis años.

FURIO: Sí, seis años, porque ya estamos a finales de año. *Prácticamente aquí todo empezó en julio-agosto de 1962.*

VASCON: ¿Había ya empezado en 1962 lo que actualmente se llama la comunidad terapéutica?

FURIO: No. Se inició liberando a los enfermos del régimen represivo que estaba en vigor. Al principio se levantaron las rejas, luego pequeños muros, y ahí detuvimos todo durante dos meses, para estudiar las reacciones. Yo creo que, incluso para el director, que tenía la convicción científica de que era necesario liberar el hospital de ciertas trabas institucionales, se trataba de una experiencia nueva: tenía que experimentar el método, ver cómo funcionaba. Al comprobar que los resultados eran positivos, empezamos a liberalizar verdaderamente.

VASCON: Es decir, que la primera fase fue la liberalización del hospital, que empezó en 1962. Esta liberalización fue declarada, entiendo que todos los enfermos estarían al corriente. ¿Había empezado el equipo médico a dialogar con ellos?

FURIO: Sí...

VASCON: ¿O sólo se discutió con algunos de los enfermos?

FURIO: Con algunos, no con todos. Pero nosotros, por nuestra parte, debíamos intercambiar opiniones con los otros. Aún hoy seguimos discutiendo: muchos creen que la causa de la liberalización ha sido la bondad del director, pero muchos otros se dan cuenta de que sin la colaboración de los enfermos y de los enfermeros, el equipo médico no hubiese podido hacer gran cosa.

VASCON: Es decir, ¿que usted excluye la idea de que este primer gesto deba interpretarse como un acto humanitario?

FURIO: La excluyo por completo. Sin duda estaba inspirado por una convicción científica. Si pudo ser interpretado como un gesto humanitario, fue porque las anteriores condiciones de vida eran inhumanas.

VASCON: Volvamos al 62, o, mejor, a algunos años antes. ¿Cómo estaba dirigido el hospital?

FURIO: Al modo tradicional. La gente vivía encerrada en los pabellones, y el enfermo no tenía prácticamente ninguna participación en la vida del servicio, así como ninguna actividad más allá de los trabajos materiales. Existía el buen enfermo. Y creo que esta prerrogativa aún perdura en los hospitales tradicionales. Los médicos ven a los enfermos bajo dos aspectos, es decir, que hay dos tipos de enfermo: el buen enfermo y el malo. El buen enfermo es aquel que ayuda a los enfermeros en la limpieza y en los trabajos del servicio y el mal enfermo aquel que no quiere colaborar.

VASCON: El enfermo utilizable o no utilizable.

FURIO: Sí, el enfermo con el que se puede contar: «Haz esto, haz lo otro», el enfermo sumiso, digamos.

VASCON: Y, consecuentemente, horarios para levantarse, para acostarse...

FURIO: Horarios para levantarse, para comer... Los enfermos pasaban prácticamente todo el día en una habitación sin hacer nada.

VASCON: ¿Se usaban medios coercitivos?

FURIO: No, en todo caso no en mi pabellón. Al menos desde que yo estoy allí. Los medios coercitivos como la camisa de fuerza o la cama con barrotes no eran utilizados. Los enfermos más agitados, los que no sabían estarse quietos y debían permanecer en la cama, eran atados con las sábanas.

VASCON: Bien, sobre esta base se empezó la liberalización del hospital. Cuando se empezó a hablar en los servicios de esta apertura, ¿cómo fue acogida?

FURIO: La eliminación de las rejas fue acogida con entusiasmo. «¡Al fin podremos salir! ¡Podremos ir a donde nos plazca!» Hasta entonces, la tendencia normal era la de escapar de los lugares cerrados. Tuvimos muchas más fugas cuando el hospital estaba cerrado, y entonces podían considerarse como fugas; mientras que ahora, si alguien se va, puede parecer una salida. No hay vigilancia.

VASCON: Las cosas son distintas.

FURIO: Sí, muy distintas. Algunos pensaban: «Si quitan las rejas podremos irnos».

VASCON: ¿Y, como consecuencia, miedos, dudas?

FURIO: Yo creo que las dudas y el miedo se daban más entre los enfermeros, porque se decían: «¿Qué vamos a hacer? ¿Cómo vamos a retener a los enfermos?» En la práctica, los primeros días que siguieron a la supresión de las rejas, había un enfermero en el patio con los enfermos, y, en cierto sentido, con su sola presencia les impedía alejarse: era como si aún permanecieran las rejas.

VASCON: ¿No había, entre los enfermos, cierta ansiedad? ¿Estaban alegres?

FURIO: En algunos, tal vez sí, había una cierta ansiedad, yo creo que provocada por la costumbre, puesto que se trataba de una ruptura en las costumbres. El enfermo estaba tan habituado... A menudo se comprobó que después de la supresión de las rejas, incluso después de suprimir la vigilancia del enfermero en el patio, había muchos enfermos que no salían. El enfermo se había convertido en un autómatas, en una máquina.

VASCON: Y antes, con su sola presencia, el enfermero impedía...

FURIO: Sí, impedía que se alejasen. Pero luego fue la costumbre que lo impidió. La gente estaba sumida en un estado angustioso: «¿Qué me espera fuera? ¿Qué voy a encontrar?» Hay que aclarar que los primeros servicios que se abrieron fueron aquellos en los que ya había un buen número de enfermos que salían durante el día bien para ir a trabajar, bien acompañados, etc. No hubo, pues, una verdadera ruptura. Los que más notaron el cambio fueron aquellos enfermos que nunca dejaban los pabellones. Entre ellos pude escuchar reflexiones como ésta: «¡Ahora que no hay muros ni rejas, podríamos ir a dar un paseo por el parque! Sí, pero ¿tú sabes lo que hay fuera? ¿Con quién nos vamos a encontrar?». Sentían esta ansiedad porque no sabían qué hacer una vez fuera. Y yo creo que sin duda se debía a la costumbre de muchos años de internado: ya no sabían lo que era el mundo exterior...

VASCON: ¿En el transcurso de esta primera fase, se constató una mejora en las condiciones de los enfermos? ¿Aportó la apertura una mejora sensible?

FURIO: Aportó una mejora, sobre todo en el terreno de las relaciones sociales: el enfermo se hizo más sociable. En la sala de estar de los servicios cerrados a veces había un enorme barullo, y otras veces un silencio casi total: todos estaban replegados sobre sí mismos. Pero, cuando había ruido, prácticamente no existía ningún tipo de conversación, ningún contacto entre los enfermos. Intercambiaban algunas palabras al llegar al servicio de admisión: «¿También te han encerrado a ti? ¿Qué tienes? Aquí, por ahora, puedes estar tranquilo, Dios sabe cuándo saldrás. No saldrás más, yo hace una eternidad que estoy aquí». Y hasta ahí llegaban. Por el contrario, con la apertura, cada uno ha sentido la necesidad de solicitar la compañía de los demás para salir. Empezaron por salir en grupos de tres o cuatro, y en el interior de estos grupos se establecía el diálogo. En resumen, empezaban a establecer relaciones sociales.

VASCON: Y entonces intervino lo que se denomina la acción comunitaria. Llegamos, así, a la fase de liberalización...

FURIO: Sí, al llegar a esta fase de liberalización, dos pabellones permanecieron cerrados por razones técnicas, médicas y demás. Creo que también hubo dificultades de orden legal: no podíamos liberalizarlo todo de la noche a la mañana. Hacía falta que un servicio conservara las características del servicio cerrado, que fuese en realidad un servicio cerrado. Además, al principio, los enfermos que planteaban problemas de asistencia y demás en los servicios abiertos, eran enviados al servicio cerrado.

VASCON: Como al exilio.

FURIO: Sí, cuando su comportamiento no permitía tenerles en un servicio abierto, se les mandaba a un servicio cerrado, separado de los otros.

VASCON: Se trataba, pues, de una fase muy imprecisa.

FURIO: Muy imprecisa, sí. Desde hace dos años, los médicos hacen todo lo posible para que ningún enfermo vaya a un

servicio cerrado; incluso cuando el enfermo atraviesa un período de gran excitación, debe permanecer en el servicio abierto.

VASCON: Y es entonces que interviene la fase comunitaria, aquella que, por medio de reuniones, etc., permite contactos individuales o colectivos entre enfermos, entre enfermo y médico, entre médico y personal. Esta fase, caracterizada como es natural por numerosas reuniones preparatorias, etc., ¿fue bien acogida?

FURIO: Yo diría incluso que fue aceptada con entusiasmo. Yo, al menos, la veía así, sobre todo cuando se inauguró la asamblea de la comunidad, que constituía la segunda iniciativa. Antes, sólo existía en un servicio, el B-Hombres, denominado «comunidad terapéutica». El primer pabellón que se abrió, y donde se mantenían reuniones colectivas, donde se discutían los problemas inherentes al servicio. Estas reuniones fueron seguidas con gran interés al principio, porque, a fin de cuentas, el enfermo comprendía que debía ir allí para contestar, para protestar contra una serie de cosas que, en su opinión, dejaban mucho que desear, pero aún no se mantenían conversaciones de importancia. Después se empezó a discutir acerca de la salida definitiva del compañero, de sus problemas particulares. Y fue el principio de una madurez comunitaria. Aquello producía el mismo efecto de una asamblea de comunidad. Al principio la asistencia era numerosa, incluso siendo casi siempre los mismos quienes tomaban la palabra, dado que muchos no sabían expresarse o no se atrevían a hacerlo, por una especie de pudor. Participaban en la asamblea de la comunidad porque ésta determinaba, según creían, la vida del hospital. Esto es cierto sólo en parte, puesto que esta asamblea debería ser un diálogo, un coloquio, para ahondar en los problemas y resolverlos en lo posible; en lo que dependiera de nosotros, es decir, de la comunidad, con el apoyo de los médicos y de los enfermeros. Pero cuando se presentaban problemas que la comunidad no podía resolver, o dicho de otro modo, cuando la última palabra dependía de la administración o del exterior, entonces la comunidad se daba cuenta de que perdía un poco del poder que creía tener.

VASCON: Esta equivocación acerca de los poderes de la asamblea ¿se manifestó desde el principio?

FURIO: Así es, y a menudo podía escucharse: «¿Qué estamos haciendo aquí? Nunca podremos tomar una decisión, no hacemos más que discutir y nunca decidimos nada». Era la crítica más frecuente. Efectivamente, ese problema que antes presentarían ante el médico: «Quiero que me lleven a casa, ¿cuándo volveré a mi casa?», era planteado, después de estos cambios, a la asamblea, con entera franqueza. Y está claro que la asamblea puede intentar analizar cada caso. Pero de ningún modo puede decir: «Bueno, entonces vuelve a tu casa».

VASCON: Así que ha sido necesario un gran esfuerzo de educación y de autoeducación para llegar a hacer comprender los límites y las posibilidades de la asamblea. ¿Y esta fase duró, digamos, algunos años?

FURIO: En mi opinión duró tres años, y en algunos aspectos aún dura.

VASCON: Volveremos sobre esto. ¿Cree usted que las reuniones han servido también para una autoeducación, es decir, que han proporcionado de un modo u otro cierta cultura, dando a algunos los medios de expresarse, de utilizar una terminología, de no temer a equivocarse?

FURIO: Más que un factor educativo, yo diría que han estimulado más que enseñado, a conversar.

VASCON: Pero, de cualquier modo, existe el aspecto educativo.

FURIO: Sí, muy poco, pero indudablemente existe. He podido oír a más de un enfermo que se expresaba de una forma completamente distinta a como lo hacía antes.

VASCON: Tal vez haya colaborado también en ello el hecho de que se montó inmediatamente una biblioteca, se publicó un diario, etc., ¿no?

FURIO: Todo esto ha tenido, sin lugar a dudas, su importancia.

VASCON: ¿Y fue durante el período en que usted se convirtió en dirigente del grupo de la redacción, cuando empezaron a elaborar el *Picchio*?

FURIO: Esto que acaba usted de afirmar es inexacto. Puede que hoy exista esa impresión, pero no es cierto que yo intentara dirigir a los demás, ser un dirigente. Por otra parte, todos me impulsaron a ello, particularmente el director que me dijo: «Tanto por su propio bien como por el bien de los demás, Furio, puesto que tiene usted capacidad suficiente, utilícela, conviértase en una persona activa en la comunidad». Naturalmente, yo también veía que alguien debía, al menos parcialmente, servir de guía. Mi papel en esta época fue algo así como el de amortiguador entre el personal médico y los enfermos: atenuar ciertas desavenencias, algunas cosas que eran evidentes. Por ejemplo, cuando un enfermo era tratado con rudeza por un enfermero, se dirigía inmediatamente a mí para decirme: «Mira, Furio, este enfermero ha hecho esto y aquello...». De hecho, yo no podía enfrentarme con el enfermero en cuestión, pero hablaba del caso durante las reuniones de servicio, y decía: «No se comporte de este modo porque su actitud irrita a ciertas personas».

VASCON: Como quiera que sea, ¿fue durante este período que apareció el *Picchio*?

FURIO: El *Picchio* sale desde el mes de agosto de 1962, con la doble finalidad de acelerar la liberalización y responsabilizar al equipo de la redacción; con él se pretende formar un grupo piloto. Prácticamente, el grupo piloto salió del diario, pero a pesar de todos mis esfuerzos, a pesar de todo lo que yo hiciese y dijese, y a pesar de nuestras llamadas a la colaboración, ésta no fue excesiva por parte de los enfermos. El peso del periódico descansaba casi por entero sobre mí, hasta el punto de que los amigos tendían a identificar el *Picchio* con Furio. A veces jugaban con las palabras y decían Furio por *Picchio*.

VASCON: Es una confusión que puede producirse.

FURIO: Yo hice cuanto pude para remediarla.

VASCON: Como experiencia personal, este hecho de manifestar una actividad tan intensa en el seno de la comunidad, ¿le ha beneficiado?

FURIO: Indudablemente me ha hecho bien, puesto que

debo decirle que yo he tenido una de las existencias más atormentadas, tanto por mi culpa como por culpa de los otros. Poco a poco había ido madurando la decisión de ponerle fin: ya no esperaba nada de la vida. «La he derrochado, la he quemado, la he tirado», me decía a mí mismo. «¿Qué más puedo hacer aquí?». Me internaron después de un intento de suicidio, que repetí más tarde en el hospital.

VASCON: ¿Y esta actividad le ha hecho bien?

FURIO: Mucho bien. En todo caso, este pensamiento dejó de ser obsesivo. Comprendí que aún podía hallar una finalidad. Antes tenía vacía la cabeza a causa de la apatía que se había apoderado de mí; sentía apatía hacia todo, y este problema, este sentimiento de que haciendo algo aún podía ser útil a los otros, me ha hecho mucho bien, incluso teniendo en cuenta que debía recibir continuamente estímulos para superar los períodos de apatía. En cuanto comprendí que podía ser útil a los demás, por supuesto no logré desprenderme por completo de esta idea, que era una idea fija, pero sí logré atenuarla mucho.

VASCON: Supongo que se habrá producido el mismo proceso, aunque de forma diferente y bajo distintos aspectos, para muchos otros.

FURIO: Yo diría que para todos. Creo, efectivamente, que para la mayoría de personas, sobre todo para algunas, se trata de un problema parecido al mío. Algunos, al ver que debían ir a un pabellón cerrado, o se han escapado o han intentado una y otra vez escapar. Desde que el servicio ha sido abierto, estas tentativas han cesado. Creo que estas personas se habrán dicho lo mismo que yo: «Si lo hago, me arriesgo a que sea negativo, no sólo por mí, sino también para los otros». Por lo demás, no necesitaban huir, puesto que no tiene sentido huir de un lugar abierto.

VASCON: Entonces hemos llegado a una fase en que, prácticamente, después de seis años, todos los pabellones para hombres están abiertos. En el pasado julio tuvo lugar la apertura del servicio C, y dentro de poco le llegará el turno al servicio de «mujeres» que aún sigue cerrado. He creído notar una dialéctica bastante rica entre enfermos y médicos, etc. ¿Qué

piensa de ello, usted que vive en el hospital y conoce bien la situación?

FURIO: Indiscutiblemente hay diálogo, si bien por una parte persisten algunas reservas que hay que respetar, y por la otra, el enfermo utiliza muy a menudo una expresión reveladora: «los superiores». En efecto, hablando de los médicos, de los enfermeros, de las monjas o del sacerdote, dicen a menudo: «el superior», es decir, la persona que manda, a la cual se debe obedecer y a la cual se debe estar sometido. Y estamos sometidos, por supuesto, ya que el enfermo no puede hacer lo que quiere, al menos como persona, ni siquiera en el exterior. De todos modos aquí se intenta eliminar este temor. Yo creo que hay una diferencia entre decir: «No hagas esto porque va en contra de ciertas reglas de la convivencia, de la vida en comunidad», o decir: «No lo hagas por temor a tus superiores». Muchos aún dicen: «No haré esto para no enojar al director». Es una noción de dependencia que me esfuerzo en corregir: «No sólo no debes hacerlo para no enojar al director, en tanto que director, sino también en tanto que persona perteneciente a nuestra comunidad».

VASCON: Existe algo evidente, me parece, y es que muchos dicen: «Aquí no tengo miedo, me siento bien, estoy protegido, soy lo bastante libre, siento que tengo una función, o sea, que me protejo del exterior mientras estoy aquí».

FURIO: Sí, es un hecho, pero hay otro igualmente real, y es el deseo de dejar el hospital, al menos para la mayoría de los enfermos. Puede haber una minoría que, prácticamente, se ha dejado ganar por una especie de resignación, es decir que, en definitiva, se ha hecho a la idea de quedarse aquí por el resto de sus días. Y de hecho es comprensible, tratándose de personas que están encerradas aquí desde hace unos veinte o veinticinco años, personas olvidadas por la sociedad, representada por la familia y particularmente por las personas allegadas. Yo creo que acaban por llegar a un estado tal de resignación, que se dicen: «Aceptemos quedarnos aquí, tampoco se está tan mal». Pero estoy persuadido de que, en el fondo de sí mismos, no ha desaparecido el deseo de irse.

VASCON: El fin que persigue la comunidad es curar al enfermo y reincorporarle a la vida exterior, ¿no existe el peligro de que se cierre en sí misma al tratar de defender a sus miembros?

FURIO: Creo que algunos han alcanzado ese estado de resignación, pero también creo que si la sociedad les tiende la mano, estas personas necesitarán salir de nuevo. Ahora que estamos en el estadio en que el exterior debe preceder en prioridad al interior, hemos obtenido la apertura interior; también será necesario obtener la apertura hacia el exterior.

VASCON: La apertura hacia el exterior, o dicho de otro modo, la aceptación del enfermo mental por parte de la sociedad. Según usted, según su experiencia ¿es muy dura todavía la posición del exterior en relación con el enfermo mental?

FURIO: Sin lugar a dudas. Los prejuicios ante el enfermo mental y la enfermedad mental se hallan muy expandidos y profundamente arraigados. A menudo oigo a familiares que dicen: «No puedo tenerla en casa porque tengo miedo», y yo replico: «A mi modo de ver, su miedo no tiene ninguna razón de ser, puesto que esta persona no es peligrosa en absoluto. No es peligrosa porque no hace nada peligroso. Que yo sepa, levantar la voz de vez en cuando no tiene nada de peligroso: esto sucede en las mejores familias. Creo más bien que usted se halla instalado en exceso en esa posición cómoda que descarga su conciencia diciendo: «Tengo miedo, es peligroso, no puedo tenerle en casa, estaremos más tranquilos de este modo: él por una parte y yo por otra». De esta manera, nunca se enfrentará usted con el problema. Puesto que hemos visto que, al enfrentarse con el problema, hay mucha gente que ha vuelto a su casa, después de diez, quince o veinte años de hospital. Y han podido hacerlo cuando han tenido una apertura al exterior, cuando el problema ha pasado al exterior, hacia la familia, fuera del hospital.

VASCON: En este sentido, efectivamente, las salidas han sido numerosas.

FURIO: Ellos dicen: «Se está bien aquí, etc.», pero en mi opinión, repito, si lo dicen es porque están resignados: una re-

signación que proviene de la costumbre de haber sido abandonados por el exterior desde hace muchos años, porque el exterior no hace prácticamente nada por nosotros. Tomemos, por ejemplo, el caso de una persona que estaba aquí: usted me ha hablado de Mila, que trabajó durante mucho tiempo en el bar y que ha salido (una persona con la cual pasé muchos momentos agradables). Éramos muy amigos, también por razones de trabajo. Era muy activa y colaboraba. Cuando yo le decía: «Está aflojando la marcha», ella respondía: «Por supuesto, si el exterior no me ayuda, si no resuelvo mi problema fuera, no tengo otra posibilidad». En efecto, sólo desde el exterior ha podido enfrentarse con el problema, dado que en el hospital no había problema, desde el momento en que la enferma estaba curada y lo demostraba mediante sus actividades. Sólo ha podido resolverlo cuando la han mandado a su casa. En definitiva esta persona estaba resignada, porque estaba incomunicada con el exterior. Cuando vio que el exterior estaba dispuesto a aceptarla, nuevamente deseó salir.

VASCON: Así, pues, una vez superada la fase de liberalización, al entrar en la fase comunitaria, el problema se desplaza por completo hacia el exterior. O sea, que la comunidad terapéutica es sólo una fase transitoria, ¿no?

FURIO: Sí, es una fase transitoria. Tiene posiblemente aspectos positivos en el plano terapéutico: el enfermo no conoce ya aquellas, digamos, rupturas sociales que antes tenía en un hospital tradicional. Hoy, al llegar aquí, el enfermo no está aislado. Tiene constantemente la posibilidad de entrar en contacto con los otros, con sus semejantes. Es decir, no hay una clara ruptura, como antes, sino que la ruptura depende mucho del exterior.

VASCON: Es decir, que la sociedad es desmentida, en su concepción del enfermo tradicional, por el mismo enfermo y por los otros, cuando la comunidad consigue curaciones y demuestra al mismo tiempo que el enfermo no es peligroso.

FURIO: Todo es posible, pero no llego a imaginar que un enfermo que sale de nuestro hospital pueda cometer un acto de violencia sin justificación. Discutimos acerca de uno de estos

actos, cometido por un antiguo hospitalizado de otra ciudad. Yo di mi opinión, que fue compartida por diversas personas, enfermeros o enfermos: si se hubiese tratado de uno de nuestros enfermos, y si en el momento oportuno se hubiese reclamado la presencia de un enfermo, un médico o un enfermero que hubiesen tenido relación con él, no hubiera pasado nada. Me refiero a ese hecho reciente, usted lo recordará, que ha demostrado que los métodos del hospital psiquiátrico tradicional pueden llegar a matar a un policía. Entonces los artículos del diario dejaron entender muchas cosas. Leí una frase que me afectó mucho, personalmente. La mujer llamó por teléfono a la policía, diciendo: «Mi marido está muy agitado». Le respondieron: «No podemos intervenir simplemente porque usted tiene miedo. Hace falta que su marido pase a los actos, en tal caso llámenos e intervendremos». Poco después la mujer telefoneó: «Me ha amenazado con su revólver. Está armado y me está amenazando». Entonces enviaron a ese policía que fue muerto. Se pensó que apenas llegó el policía el otro ya le había disparado, pero no fue así. El policía se presentó y habló en el rellano con la mujer y la hija del enfermo. Entonces entró y habló con el hombre, luego salió de nuevo, dejando la puerta abierta y dijo a la mujer: «Ahora está calmado, pero de todos modos nos lo llevaremos». Sí, dijo estas palabras: «de todos modos nos lo llevaremos».

VASCON: Y esto fue lo que exasperó al enfermo.

FURIO: Precisamente. Por ello nosotros pensamos que, si en lugar del policía hubiesen mandado a un enfermero, otro enfermo o un médico que hubiesen tenido relación con él durante su hospitalización, el drama, a mi modo de ver, no se hubiese producido.

VASCON: Es cierto. No habrían provocado la violencia que este hombre llevaba en sí mismo, tal vez por razones relacionadas con su familia, por otra parte.

FURIO: Yo opino que un policía no está calificado ni tiene los requisitos y la preparación necesarias para discutir con un enfermo.

VASCON: Y también hay que tener en cuenta el contenido

de la frase, admitiendo que haya sido pronunciada de este modo, o poco menos, lo cual no admite dudas puesto que por lo general se cree que el enfermo es una cosa.

FURIO: Evidentemente: «Nos lo llevamos», como si se tratara de un mueble.

VASCON: Por lo general, se imagina al enfermo como a alguien furioso, violento. De hecho, cuando se viene aquí por primera vez, todo el mundo se sorprende y pregunta: «¿Dónde están los enfermos?».

FURIO: Algunos enfermos pueden resultar molestos, pero no veo que sean peligrosos. Podrán molestar repitiendo constantemente la misma frase, al pedir un café, o un cigarrillo, pero no creo que esto pueda considerarse como peligroso.

VASCON: ¿En qué medida cree usted que el estado de absoluta no violencia que se constata aquí es atribuible a la acción de los medicamentos o a la acción de la comunidad?

FURIO: En mi opinión, esta no-violencia se debe en un 80 % a las relaciones sociales. Que los médicos son eficaces en la curación general, está fuera de duda, pero en el comportamiento del enfermo las relaciones sociales juegan por lo menos un 80 %.

VASCON: El hecho de no sentirse ya una cosa, sino una persona, de reclamar unas responsabilidades ¿es esencial?

FURIO: Sí, y se puede constatar que se produce una especie de regresión cuando, en vez de actuar con convicción y sinceridad, uno se deja ir hacia formas alarmantes de paternalismo, que a veces resultan ofensivas. Uno no se da cuenta, pero muchas veces, no se puede tratar a un adulto como si fuese un niño caprichoso.

VASCON: ¿No teme usted que esto pueda producirse alguna vez?

FURIO: Por supuesto, se produce.

VASCON: Es decir, que existe una forma paternalista de abordar al enfermo: «Vamos, pobrecito, ven, hablemos un poco...».

FURIO: Sí, de forma conmisericordiosa. Y creo que, en el fondo de nosotros mismos, todos sufrimos por ello: «Si me

tratan de una forma conmisericordiosa, quiere decir que soy inferior». Mucha gente, que no está abierta a estos problemas, piensa que basta con tratar al enfermo con paternalismo para hacerle un bien, lo cual a mi modo de ver no es cierto en absoluto.

VASCON: ¿Cuándo cree usted que se produce esto?

FURIO: Cuando el enfermo, por una u otra razón, adopta una actitud de rebeldía, cuando se irrita y dice: «¿Pero por qué, etc.?». Entonces se le responde: «Lo he hecho por tu bien. Perdona». Puesto que, si se ha cometido una injusticia con el enfermo, es necesario discutirla, y no refugiarse en los: «Tienes razón, perdona, me equivoqué; no tenía que haberlo dicho». La rebeldía debe realizarse en un plano de igualdad, puesto que, en caso contrario, el enfermo sufre por ello, incluso a veces sin darse cuenta. A menudo, hay muchos que se complacen en hacerse compadecer, pero otras veces les irrita.

VASCON: Es decir, que, en este sentido, se impone una educación de la sociedad, ¿no?

FURIO: Sobre todo una educación, puesto que en rigor aún muchas veces la comprensión se reduce a pura palabrería.

VASCON: Sin duda la evolución actual de la sociedad hacia una mayor cultura, etc., la conduce a una cierta comprensión de tipo humanitario, del tipo de: «Bah, pobrecitos, que también ellos tengan su bienestar, que también tengan una sala de cine...».

FURIO: Al menos por lo que a mí concierne, intento que las diversiones en el interior del hospital tengan siempre esta significación: «Vivir con los demás». En mi opinión no se trata sólo de ir a ver una película, de ir a un baile para mirar mientras los otros bailan, o incluso bailar uno mismo, sino de estar juntos. Cuando uno va al baile no se contenta con bailar: el baile implica unas relaciones personales entre enfermos y allegados. Se forman grupos, se discute. Y esto, en mi opinión, resulta útil.

VASCON: ¿Tal vez, durante estos últimos años, el potencial de discusión ha crecido? ¿Había antes debates, discusiones, intervenciones, de interés concreto?

FURIO: Sí, pero, en mi opinión, no demasiadas. Nunca hay que olvidar que los enfermos que llegan a estos hospitales vienen de los estratos más bajos de la sociedad, y que, en razón de su misma enfermedad, casi nunca han recibido la menor educación. Muchos ni siquiera han ido a la escuela, y esto es lo que importa: no el hecho en sí mismo de que nunca hayan ido a la escuela, y que por lo tanto no sepan leer ni escribir —y que luego, por otras vías, hayan aprendido a leer y a escribir—, sino que creo que la escuela, prácticamente, además de los conocimientos necesarios, enseña al niño a vivir en sociedad. Es decir que, al no haber conocido la vida de grupo durante su infancia, al no haber formado parte de grupos, suelen ser algo apáticos en el plano de sus relaciones sociales. Por lo contrario, el género de vida que tenemos aquí estimula las relaciones sociales.

VASCON: Es decir, que este hospital está reservado únicamente a los pobres, ¿no?

FURIO: Sí, es exactamente eso: un hospital de pobres. Los que tienen posibilidades no vienen aquí: se hacen tratamientos en privado, o bien van a las casas llamadas de reposo. En parte, y tal vez inconscientemente, creo que las personas que están aquí se sienten inferiores, por no haber recibido una educación, pero esto sólo sucede en algunos casos.

VASCON: Me parece que esta vez hemos puesto el dedo en la llaga.

FURIO: Sí, repito que hablo desde mi punto de vista personal. A partir de mi experiencia, creo que las relaciones que mantengo con mis amigos a veces están algo falseadas porque ellos me consideran como a alguien con superior capacidad a la de ellos. Dicen, por ejemplo: «Esto déjalo para Furio, que él se ocupe, sólo él está a la altura necesaria».

VASCON: Es porque ahora usted ejerce una función.

FURIO: Sí, ejerzo una función que, a mi modo de ver, es incompatible con la comunidad. Por ello, a menudo, me inhibo.

VASCON: Porque usted siente, entre nosotros podemos decirlo francamente, que su posición es de algún modo contradictoria: o forma usted parte de la comunidad en tanto que

leader, terapeuta, promotor, o lo hace como enfermo. Y actualmente usted ya no es un enfermo, pero tampoco es un médico, y su situación resulta algo ambigua.

FURIO: Cierto, esta situación me da un cierto malestar continuo.

VASCON: Sin embargo, si le confiaran una función precisa, ¿la aceptaría?

FURIO: Bueno, yo creo que una función precisa... me da miedo que una función oficialmente reconocida... En resumen, usted lo que quiere decir es, si me dijese, por ejemplo: «Furio, a partir de hoy, usted deja de ser un hospitalizado más y se convierte en empleado con esta función y esta otra». Bueno, yo creo que esto es imposible. No podría aceptar: siempre sentiría que mi lugar está del otro lado.

VASCON: Porque usted cree que en este sentido la comunidad no...

FURIO: Mire, tomemos como ejemplo el caso de un enfermero de Udine que vino para pedirme algunos consejos en materia de socioterapia. Me dijo abiertamente: «Estoy irritado porque, muchas veces, debería tomar partido en contra de la dirección y a favor del enfermo, y no puedo hacerlo porque soy un empleado».

VASCON: Es decir, que esto terminaría por situarle en una posición falsa.

FURIO: También yo se lo he dicho: también yo soy consciente del hecho de que no debe usted aplicar la socioterapia al enfermo, sino que muchas veces es necesario aplicarla al personal.

VASCON: Ha tenido usted una expresión muy reveladora, y no se trata de un lapsus. Usted ha dicho: «Del otro lado».

FURIO: Sí, del otro lado.

VASCON: Es decir que, según usted, no hemos llegado a desprendernos de una identidad: hay un lado y hay el otro lado.

FURIO: Esto se siente tanto de una parte como de la otra. El enfermo siente que el enfermero y el médico son distintos que él. por otra parte el enfermero y el médico, incluso cuan-

do intentan de buena fe probar lo contrario, sólo consiguen acusar automáticamente esta distancia: «Yo soy el enfermero y tú eres el enfermo».

VASCON: ¿Y a qué cree usted que se deba el hecho de que el equipo médico no haya podido eliminar tal estado de cosas?

FURIO: El equipo médico hace todo lo posible para eliminarlo, pero, repito, como quiera que muchas decisiones no pueden tomarse comunitariamente, las que pueden tomarse así, así son tomadas, y las otras deben correr a cargo del equipo médico. Naturalmente, esto refuerza la desconfianza del enfermo, quien dice: «De acuerdo, he preconizado esta solución, pero en definitiva ¿quién decide?». Si usted participase en nuestra vida, podría ver que nos hallamos muchas veces en un callejón sin salida. Que nos resulta difícil tomar una decisión. Actualmente tenemos el ejemplo a propósito del servicio «C-Mujeres», como lo fue anteriormente el «C-Hombres». Pedimos su apertura, puesto que queremos que los amigos de este servicio se encuentren en un plano de igualdad con respecto a nosotros, que su servicio sea liberalizado. Y, sin embargo, esto no era una decisión que pudiéramos tomar por nuestra propia cuenta y riesgo: dependía de la dirección médica, que debía repartir los problemas del servicio cerrado con el fin de poder dar a estos enfermos los mismos derechos que a los otros. Así, cuando hablamos del «C-Mujeres» aún cerrado, decimos actualmente: «Señor director, ¿quiere usted tomar las disposiciones necesarias para abrir este pabellón?».

VASCON: Usted cree, después de haber estudiado la cuestión, que se puede tomar la decisión de abrir el pabellón...

FURIO: La dirección médica se ha visto obligada a responder, ante nuestra demanda de apertura: «Cuidado, que hay este o aquel problema».

VASCON: Y, por consiguiente, el hecho de que la dirección médica sea la única en ejercer el poder de decisión, engendra, según usted, la división en dos campos.

FURIO: Sí, ha creado dos campos. Muchas veces hace que el enfermo se sienta perteneciente a la comunidad, pero no le

hace sentirse partícipe en las determinaciones de la vida comunitaria. La comunidad se convence de que no es posible, por esta o aquella razón, realizar ciertas cosas, pero al mismo tiempo se siente en cierta forma menospreciada. Y cuando vuelve a presentarse otro problema a resolver con el concurso de la comunidad, la gente, como es natural, no participa.

VASCON: Es decir, que hay una especie de crisis.

FURIO: No hay que olvidar una cosa, y es que el médico, como los enfermeros, por el sólo hecho de que una vez han terminado su servicio pueden salir y marcharse a su casa, irse, son, a los ojos del enfermo, seres privilegiados. Es un tema que reaparece constantemente. Esta diferencia de situación crea un sentimiento de inferioridad.

VASCON: ¿No es consciente, el enfermo, de que debe permanecer aquí durante una temporada para que puedan cuidarle?

FURIO: Sí, pero tenemos enfermos crónicos que están aquí desde hace varios años, y este período es ya tan prolongado, que se hace interminable cuando se piensa en el porvenir. Y muchos son conscientes de ello.

VASCON: O sea, que persiste la posibilidad de crisis y de malentendidos, entre los enfermos por una parte y el personal y los médicos por otra. Y esta crisis siempre está determinada por el exterior, es decir, por el hecho de que los médicos no consiguen reincorporar a la sociedad, ya curado, al enfermo que desearía salir.

FURIO: El hecho está ahí, y nosotros lo impugnamos. Para el enfermo, los médicos y los enfermeros pertenecen al mundo del exterior. Son gente de fuera. Se siente nuestra debilidad, y creo que los médicos se dan perfecta cuenta de ella. La dificultad está ahí: en sensibilizar al exterior con relación a los problemas del enfermo mental.

Esta serie de entrevistas y de comentarios sería incompleta sin un último testimonio que permitiese al lector comparar dos

situaciones: la de la comunidad terapéutica inglesa de Maxwell Jones y la de Gorizia.

VASCON: Usted que ha estado en Dingleton puede comparar las dos comunidades.

FRANCA BASAGLIA: A mi modo de ver, la situación inglesa, con relación a la de Gorizia, revela una fricción menos importante entre la microsociedad hospitalaria y el exterior. Esto se puede atribuir a diversos factores: una mayor disponibilidad de los ingleses hacia las innovaciones técnicas y científicas (y por lo tanto una mayor tolerancia por parte del medio social), y el carácter menos político de la experiencia inglesa (en lo que concierne, igualmente, a la lucha contra la jerarquización y la estructura de las categorías, limitada, entre ellos, a la realidad institucional). En este sentido, lo que diferencia la experiencia de Gorizia es poner en tela de juicio, globalmente —a través de la suspensión de juicio institucional—, las estructuras que permiten la perpetuación de una realidad coercitiva y opresiva, de la cual el asilo de alienados ofrece un ejemplo. Se podría hallar un punto común a ambas experiencias en el callejón sin salida en que se encuentran ambas en estos momentos: el riesgo de una evolución que podría bloquear la acción «contestataria» al nivel de un perfeccionismo técnico, y en negar a la vez la significación esencial. Esto se hace particularmente notorio en Dingleton, cuyo hospital está abierto desde 1949 (incluso antes de la constitución de la comunidad terapéutica por Maxwell Jones). La estructura hospitalaria se halla estabilizada hasta tal punto, que llega a enumerar las alternativas ofrecidas a los enfermos en el interior de la institución, lo cual impide cualquier espontaneidad, y atenúa las contradicciones internas. La utilidad de esta comparación sería sobre todo mostrar el peligro que corre actualmente Gorizia: que después de haber sobrepasado el estadio de la subversión institucional (con la apertura de todos los servicios, etc.), no alcance el estadio de actuación sobre el exterior, sino que se encierre en un perfeccionismo interno, estéril y falto de profundidad.

VASCON: Y los ingleses, ¿tienen consciencia de ello?

FRANCA BASAGLIA: Digamos que no parecen tener por finalidad actuar sobre las estructuras exteriores por una acción anticonstitucional. Las proposiciones y las tentativas de cambio (como, por ejemplo, las reformas de tipo sectorial), se mantienen en los límites de un perfeccionamiento de la asistencia psiquiátrica, y todo lo más, tienden a una «resolución ideológica» de los conflictos sociales. En este sentido, y ello sería un fracaso para Gorizia (reconocer que hace falta reducir el nivel político de nuestra acción, limitándola a la institución), en Dingleton la acción general tiende simplemente hacia la realidad. En definitiva, la finalidad es diferente.

VASCON: Es decir, que la comunidad terapéutica inglesa estaría, en cierto sentido, más cristalizada que la italiana, ¿no?

FRANCA BASAGLIA: En conjunto sí, por el hecho de que Gorizia se halla todavía en el estadio de la negación, y Dingleton prefigura de algún modo el porvenir que le espera cuando se haya superado esta fase. El problema actual de Gorizia es ver en qué medida la acción negadora puede ejercerse en el exterior, siendo su objetivo la estructura social misma, y no una institución particular.

VASCON: En definitiva, ¿cuáles son las diferencias?

FRANCA BASAGLIA: Por una parte, el carácter político de la acción goriziana y por otro, en Dingleton, un compromiso didáctico y terapéutico más elevado a nivel del *staff*, pero que se encierra en la particular esfera de los intereses institucionales.

Con esta entrevista —que nos ha permitido definir las relaciones entre comunidad y sociedad en dos países cuyas situaciones políticas, económicas y sociales son diferentes—, termina mi documental sobre la comunidad terapéutica de Gorizia. Espero que la lectura de estos testimonios habrá demostrado claramente que no han sido alterados en nada, y que, a riesgo de parecer oscuros a veces, han sido transcritos con fidelidad.

Escuchando estas entrevistas por magnetófono, o al releerlas, algunos me han preguntado si los pacientes entrevistados estaban ya curados o se encontraban entre los enfermos menos afectados. Al poder elegir con toda libertad mis interlocutores, he obrado sin ningún tipo de discriminación: Andréa, Margherita, Carla, son enfermos crónicos hospitalizados desde hace muchos años, literalmente abandonados por sus familias. Están solos en el mundo y la sociedad no tiene ningún interés en acogerlos.

Por otra parte, hay que subrayar que la mayor parte de los enfermos, y dejamos de lado a aquellos que presentan lesiones orgánicas, han tenido una vida aventurera y a veces inverosímil. Las encuestas realizadas por el equipo médico han dado como resultado la comprobación de que algunos antiguos hospitalizados, cuyas historias se remontaban hasta los lejanos orígenes del internado, presentaban, después de su primera admisión en los asilos, ligeras formas de enfermedad que los sucesivos retornos a hospitales no hicieron más que agravar. Estas segregaciones repetidas hasta el internamiento definitivo, se deben casi siempre a la actitud de las familias, que no han sabido tolerar en sus casas la presencia de un pariente inactivo y molesto.

Muchos han sido víctimas de la guerra, como, por ejemplo, Carla, que fue admitida en un hospital a la salida de un campo de exterminio nazi. Poco importa el hecho de que Carla haya tenido o no a la princesa Mafalda por compañera de cautiverio, y tal vez se atribuye este lazo para ennoblecer su sufrimiento, como si sus vicisitudes personales no fuesen suficientes. En cualquier caso, el hecho es que lleva en el antebrazo un tatuaje con el número que confirmaría, si ello fuese necesario, la realidad de su calvario de marginada. Durante las entrevistas, así como a lo largo de las reuniones, el interés de la asistencia y su grado de participación están en función del tema tratado. Si éste interesa a un amplio número de personas, la discusión es fluida, en caso contrario languidece, como en todas partes. Sin embargo, es raro que no haya al menos un momento de interés, después que los enfermos han

comprendido que su opinión es escuchada, solicitada y considerada por igual que la de los demás.

Escribo «los demás» deliberadamente, puesto que, como dice Furio en su entrevista, a pesar de los esfuerzos de todos, las barreras de clase, de status, subsisten en el seno de la comunidad. Los enfermos constatan, en efecto, su exclusión cuando, después de una jornada de vida en común, de compromisos comunes, deben quedarse en el hospital mientras que «los otros» son libres de salir. Este es un factor de crisis. Se alcanza otro punto crítico, a mi modo de ver, cuando el enfermo declara que sólo puede vivir al amparo de la microsociedad constituida por el hospital liberalizado, cuando se encierra, por propia voluntad, en la ciudadela donde se ha concretado y desarrollado la corriente de acción y pensamiento que tiende a hacer de él un hombre libre y responsable, a quien no se pueda tomar por un objeto de escándalo público.

FRANCO BASAGLIA

LA INSTITUCIÓN DE LA VIOLENCIA

En los hospitales psiquiátricos se acostumbra a amontonar a los pacientes en grandes salas, de donde nadie puede salir, ni siquiera para ir a los lavabos. En caso de necesidad, el enfermero de turno hace sonar una campana para que otro enfermero venga a buscar al paciente y le acompañe. La ceremonia es tan larga que numerosos pacientes se ven obligados a hacer sus necesidades en la cama. Esta reacción del enfermo ante una regla inhumana es interpretada como una «maldad» para con el personal, o como la expresión del grado de incontinencia del enfermo, estrechamente ligado con su enfermedad.

En un hospital psiquiátrico, dos pacientes yacen inmóviles sobre la misma cama. Cuando hay escasez de espacio, se aprovecha el hecho de que los catatónicos no se molestan entre sí, para ponerles de dos en dos en la misma cama.

Un profesor de dibujo en un centro de enseñanza media, mientras rompe la hoja de un alumno que ha dibujado un cisne al cual se le ven las patas, declara: «A mí los cisnes me gustan en el agua».

Los niños de un asilo están obligados a sentarse en su banco sin poder hablar, mientras la maestra se dedica a hacer punto de media. Se hallan bajo la amenaza de permanecer durante varias horas con los brazos levantados —lo cual es muy doloroso—, si se mueven, hablan o hacen cualquier cosa que distraiga a la maestra de su trabajo.

Cualquier enfermo admitido en un hospital civil —a menos que sea «pagante» de primera clase—, queda a merced de las oscilaciones de humor del médico, que puede desfogar sobre el paciente una agresividad a la cual éste puede ser completamente ajeno.

En un hospital psiquiátrico se somete a los enfermos agitados a la «estranguladora». Este rudimentario sistema —de uso bastante extendido en los ambientes manicomiales— hace perder el conocimiento al paciente por ahogo. Se le pone una tela sobre la cabeza —muchos veces mojada, para impedir su respiración—, y después la atan estrechamente alrededor del cuello: la pérdida del conocimiento es inmediata.

Madres y padres resuelven generalmente sus frustraciones ejerciendo constantes violencias sobre los niños que no satisfacen sus ambiciones competitivas. El niño se ve inevitablemente obligado a hacer tal o tal otra cosa mejor que éste o aquel otro, y a vivir como un fracaso el hecho de ser *diferente*. Cualquier mala nota es castigada: como si el castigo corporal o psicológico pudiese resolver la insuficiencia escolar.

En el hospital psiquiátrico donde ejerzo, hace algunos años se practicaba un sistema muy elaborado que permitía al enfermo de servicio ser despertado cada media hora por un enfermo, para poder firmar de este modo su hoja de servicio, como exigía el reglamento. Esta técnica consistía en encargar a un enfermo (que no podía dormirse), que extrajera tabaco de una mezcla con migas de pan. La experiencia demostró que este trabajo exigía media hora justa, después de la cual el enfermo despertaba al enfermero, y recibía el tabaco como recompensa. Entonces el enfermero timbraba su hoja (debía demostrar que se había despertado cada media hora), y se volvía a dormir, no sin antes encargar a otro enfermo, o al mismo, que empezara de nuevo —como una clepsidra humana—, su alienante trabajo.

De un número de «Il Giorno», aparecido hace algún tiempo: «¡Basta de tristeza! La prisión de San Vittore perderá finalmente su aspecto gris y siniestro. Desde hace algunos días, un equipo de pintores de brocha gorda están trabajando en ello: ya la fachada que da sobre el bulevar Papiniano está pintada de un hermoso amarillo «shocking», que alegra el corazón. Cuando se haya renovado el conjunto, San Vittore ofrecerá un aspecto decente, menos angustioso y deprimente que antes». ¿Y en el interior? Las tinieblas persisten en las celdas, pero mientras tanto el amarillo *shocking* puede «alegrar el corazón».

Y así podríamos continuar hasta el infinito acerca de las instituciones sobre las cuales se basa nuestra sociedad. Lo que, en cualquier caso, une las situaciones-límite que acabamos de citar, es *la violencia ejercida por aquellos que están de parte del sistema, sobre aquellos que se encuentran irremediablemente colocados bajo su dominio*. La familia, la escuela, la fábrica, la universidad, el hospital, son instituciones basadas en una clara distribución de papeles: la división del trabajo (señor y siervo, maestro y alumno, dirigente y dirigido). Esto significa que lo más característico de dichas instituciones es una tajante separación entre los que detentan el poder y los que no lo detentan. De lo cual puede también deducirse que la subdivisión de los roles expresa *una relación de opresión y de violencia entre poder y no-poder, que se transforma en la exclusión del segundo por el primero*: la violencia y la exclusión se hallan en la base de todas las relaciones susceptibles de instaurarse en nuestra sociedad.

Los grados de aplicación de esta violencia varían según las necesidades que aquel que detenta el poder tiene de ocultarlas o disfrazarlas. De aquí derivan diversas instituciones que van de la familia a la escuela, de las prisiones a los asilos de alienados. La violencia y la exclusión son justificadas en estos sitios en nombre de la necesidad, como consecuencia de la finalidad educativa para las primeras, y de la culpa y de la enfermedad

para las segundas. Estas instituciones pueden definirse como las *instituciones de la violencia*.

Ésta es la historia reciente (y en parte actual) de una sociedad basada en una división radical entre el que tiene (que posee, en un sentido real y concreto) y el que no tiene. De donde se deriva la mistificadora subdivisión entre el bueno y el malo, el sano y el enfermo, el respetable y el no respetable. Las posiciones, en este sentido, están aún claras y bien delimitadas: la autoridad paterna es opresiva y arbitraria; la escuela se basa en el chantaje y la amenaza; el patrono explota al trabajador; el asilo de alienados destruye al enfermo mental.

Sin embargo, la sociedad llamada del bienestar y la abundancia ha descubierto que no puede mostrar abiertamente su rostro de violencia sin ocasionar en el seno de sí misma el nacimiento de unas contradicciones demasiado evidentes, que terminarían por volverse contra ella. Por ello ha encontrado un nuevo sistema: extender la concesión del poder a los técnicos que lo ejercerán en su nombre, y seguirán creando —a través de otras formas de violencia: la violencia técnica—, nuevos excluidos.

La labor de estos intermediarios consistirá, pues, en mistificar la violencia a través de la técnica, sin llegar a cambiar por ellos su propia naturaleza, de manera que el objeto de la violencia se adapte a la violencia de que es objeto, sin llegar nunca a tomar conciencia de ello, ni convertirse a su vez en sujeto de violencia real contra lo que le violenta. Los nuevos concesionarios tendrán por finalidad extender los límites de la exclusión, descubriendo técnicamente nuevas formas de desviación, consideradas hasta hoy como pertenecientes a la norma.

El nuevo psiquiatra social, el psicoterapeuta, el asistente social, el psicólogo de empresas, el sociólogo industrial (por citar sólo algunos), son únicamente los nuevos administradores de la violencia del poder, en la medida en que —suavizando asperezas, disolviendo resistencias, resolviendo conflictos engendrados por las instituciones—, se limitan a permitir, mediante su acción técnica aparentemente reparadora y no violenta, la perpetuación de la violencia global. Su tarea —que

se denomina terapéutica orientadora—, consiste en preparar a los individuos para que acepten sus condiciones de objetos de violencia, dando por sentado que, más allá de las diversas modalidades de adaptación que puedan elegir, ser objeto de violencia es la única realidad que les está permitida.

El resultado es, pues, idéntico. El perfeccionismo técnico-especializado llega a hacer aceptar la inferioridad social del excluido, del mismo modo como lo hacía, aunque de forma menos insidiosa y refinada, el concepto de diferencia biológica, que sancionaba, por otros caminos, la inferioridad moral y social del *diferente*: ambos sistemas tendían a reducir, efectivamente, el conflicto entre el excluido y el excluyente, mediante la confirmación científica de la inferioridad original del primero con relación al segundo. El acto terapéutico se revela de este modo como una reedición —corregida y revisada—, de la precedente acción discriminatoria de una ciencia que, para defenderse, creó la «norma» —más allá de la cual se cae en la sanción que la misma norma ha previsto.

La única solución válida para el psiquiatra será, en lugar de tender hacia las soluciones ficticias, hacer tomar conciencia de la situación global en la que vivimos, actuando todos a la vez como excluidos y excluyentes. La ambigüedad de nuestro rol de «terapeutas» subsiste mientras no nos damos cuenta del juego que se exige de nosotros. Si el acto *terapéutico* coincide con la prohibición, al enfermo, de tomar conciencia de su situación como *ser excluido*, al salir de su esfera «persecutora» particular (familia, vecinos, hospital) para elevarse hasta una situación global (conciencia de ser excluido por una sociedad que, *realmente*, no quiere nada con él), sólo nos queda *rechazar cualquier acto terapéutico siempre que tienda tan sólo a mitigar las reacciones del excluido hacia el excluyente*. Pero, para ello, es preciso que nosotros mismos —concesionarios del poder y de la violencia—, tomemos conciencia de que también somos excluidos desde el instante en que somos objetivados en el papel de excluyentes.

Cuando luchamos por conseguir el poder (oposiciones a cátedra, puestos de médico-director, la conquista de una clien-

tela adinerada), nos sometemos al examen del *establishment*, que de este modo se asegura de que estamos técnicamente en condiciones de cumplir nuestro cometido, sin dudas y sin desviaciones con respecto a la norma, es decir, que exige, en suma, que le garanticemos nuestro apoyo y nuestra eficacia técnica para la defensa y salvaguarda de sus intereses. Al aceptar nuestro cometido social, garantizamos un acto terapéutico que sólo es un acto de violencia hacia el excluido que nos ha sido confiado para que controlemos técnicamente sus reacciones en relación con el excluyente. Actuar en el interior de una institución de la violencia más o menos camuflada, significa rechazar el ordenamiento social, realizando en el plano de la práctica, y de forma dialéctica, esta negación: negar el acto terapéutico como acto de violencia mistificadora, con el fin de unir nuestra toma de conciencia de ser simples concesionarios de la violencia (y, por lo tanto, excluidos), a la toma de conciencia, que debemos estimular en los excluidos, de su situación como tales: siempre evitando cualquier cosa que pueda conducirles a instalarse en su exclusión.

La negación de un sistema es el resultado de un proceso de *transformación*; de su cuestionamiento en un campo de acción determinado. Éste es el caso de la crisis del sistema psiquiátrico, como sistema científico e institucional a la vez, que es subvertido y puesto en cuestión por la toma de conciencia del significado del campo específico, particular, en que opera. Esto significa que el encuentro con la realidad institucional ha evidenciado elementos —en abierta contradicción con la teoría técnico-científica—, que remiten a mecanismos ajenos a la enfermedad y a su curación. Lo cual sólo puede poner en cuestión las teorías científicas relativas a la enfermedad, así como las instituciones sobre las cuales descansan sus acciones terapéuticas, y remitirnos a la comprensión de estos «mecanismos ajenos» que tienen sus raíces en el sistema social, político y económico que los determina.

La integración del enfermo en el *corpus* médico fue lenta y laboriosa por parte de la ciencia. En medicina, la relación entre médico y paciente se sitúa al mismo nivel del cuerpo del enfermo, considerado como un objeto de investigación en su más estricta materialidad objetiva. Pero, en el terreno de la psiquiatría, las cosas no son tan simples, o al menos no están exentas de consecuencias. Si el encuentro con el enfermo mental se sitúa al nivel del *cuerpo*, sólo puede ser en relación con un cuerpo que se supone enfermo, realizando una acción objetivadora de carácter pre-reflexivo, de lo cual se deduce la naturaleza de la relación a establecer; en tal caso se impone al enfermo el papel objetivo sobre el cual ha de basarse la institución que le mantiene bajo su tutela. La aproximación de tipo objetivante acaba por influir sobre la idea que el enfermo se hace de sí mismo, el cual —a través de este proceso—, sólo puede vivirse como *cuerpo enfermo*, exactamente de la misma forma que le viven el psiquiatra y la institución que cuidan de él.

Por una parte, la *ciencia* nos ha dicho que el enfermo mental debía ser considerado como el resultado de una alteración biológica, por lo demás bastante mal identificada, y frente a la cual no se podía hacer otra cosa que admitir dócilmente su *diferencia* con relación a la norma; de aquí deriva la acción exclusivamente tutelar de las instituciones psiquiátricas, expresión directa de la impotencia de una disciplina que, frente a la enfermedad mental, se contenta con definirla, catalogarla y regularla de algún modo. Por otra parte, las teorías psicodinámicas que han intentado hallar el *sentido* del síntoma dirigiendo sus investigaciones hacia el inconsciente, han conservado el carácter objetivo del enfermo, si bien a través de una forma diversa de objetivación: no considerándole como cuerpo, sino como persona. Por otra parte, la ulterior contribución del pensamiento fenomenológico —a pesar de su desesperada búsqueda de la subjetividad del hombre—, no llegó a superar el terreno de la objetivación donde se halla *arrojado*: el hombre y su objetividad son considerados aún como un dato sobre el cual sólo se puede intervenir con una *comprensión* genérica.

Éstas son las interpretaciones científicas del problema de la enfermedad mental. En cuanto a saber lo que se ha hecho del enfermo mental, sólo es posible averiguarlo en nuestros asilos de alienados, donde ni las denuncias del complejo de Edipo ni los testimonios de nuestro ser-en-el-mundo-de-la-amenaza, han permitido que se superara la pasividad y la objetividad de su condición. Si estas «técnicas» se hubiesen introducido realmente en las organizaciones hospitalarias, si, aceptando la confrontación, se hubiesen dejado impugnar por la realidad del enfermo mental, por necesidad de coherencia deberían haberse transformado y extendido, hasta impregnar cada uno de los actos de la vida institucional, lo cual habría minado inevitablemente la estructura autoritaria, coercitiva y jerárquica de la institución psiquiátrica. Pero el poder subversivo de estos métodos de aproximación se mantiene en el interior de una estructura psicopatológica donde, en vez de poner en discusión la objetivación del enfermo, se siguen analizando las distintas formas de objetividad, desde un sistema que, en suma, acepta cada una de sus contradicciones como un hecho inevitable. La única alternativa consistiría —como ha sucedido en algunos casos—, en superponer a las otras terapéuticas (biológicas o farmacológicas), la psicoterapia individual y de grupo, cuya acción sería de cualquier modo desmentida por el clima de vigilancia propio del hospital tradicional, o por el clima de paternalismo propio del hospital basado únicamente en concepciones humanitarias. Una vez planteada esta impenetrabilidad estructural de las instituciones psiquiátricas para cualquier tipo de intervención que sobrepase su finalidad de vigilancia, debemos reconocer obligatoriamente que por el momento, y casi en todas partes, no hay posibilidad de aproximación ni de *relación terapéutica* más que a nivel del enfermo mental, el cual escapa al internamiento forzoso y cuyas relaciones con el psiquiatra conservan un margen de reciprocidad en estrecha relación con su poder contractual. En tal caso, el carácter integrante del acto terapéutico aparece de forma evidente en la recomposición de las estructuras y de los roles, ya en crisis, pero aún no rotos definitivamente por el tiempo de internamiento.

La situación (la posibilidad de una aproximación terapéutica al enfermo mental) se revela bajo la estrecha dependencia de un sistema donde cualquier relación se halla estrictamente determinada por leyes económicas. *Esto significa que los distintos tipos de aproximación no se hallan establecidos o decididos por la ideología médica, sino por el sistema socio-económico que determina sus modalidades a distintos niveles.*

De hecho, la enfermedad —en tanto que condición común— reviste un significado *concretamente* distinto según el nivel social del enfermo.

Lo cual no quiere decir que la enfermedad no exista, sino que puntualiza un hecho real a tener en cuenta a partir del momento en que se entra en contacto con el enfermo mental de los asilos psiquiátricos; las consecuencias de la enfermedad mental difieren según el tipo de aproximación que se establece con ella. Estas «consecuencias» (y nos referimos al nivel de destrucción y de institucionalización del internado de los manicomios provinciales), no pueden considerarse como la evolución directa de la enfermedad, sino que deben imputarse al tipo de relación que el psiquiatra y, por lo tanto, la sociedad que éste representa, implanta con el enfermo. Se pueden plantear diversos casos:

1) La relación de tipo *aristocrático*, en la cual el paciente dispone de un poder contractual que oponer al poder técnico del médico. En tal caso, esta relación se mantiene en un plano de reciprocidad, al nivel de los respectivos roles, por el hecho de que se establece entre el rol del médico (alimentado por el mito del poder técnico) y el rol social del enfermo, que por sí solo actúa como una garantía de control frente al acto terapéutico del cual es objeto. En la medida en que el enfermo *libre* convierte en fantasma al médico, en tanto que depositario de un poder técnico, juega el papel de depositario de otro poder: el poder económico, que el médico «fantasmagoriza» en él. Si bien, en principio, se trata más de un enfrentamiento de *poderes* que de un encuentro entre hombres, el enfermo no asume pasivamente el poder del médico, al menos en tanto que su valor social corresponde a un valor económico efectivo,

porque —una vez éste se termina— desaparece el poder contractual y el paciente empieza entonces su verdadera «carrera de enfermo mental», en un lugar donde su figura social no tiene ya ni peso ni valor.

2) La relación de tipo *mutualista*, donde se asiste a una reducción del poder técnico y a un aumento del poder arbitrario frente a un «asegurado» que no siempre tiene conciencia de su fuerza. En este caso la reciprocidad de la relación se ha esfumado, pero reaparece —de forma real— en el caso en que el paciente toma conciencia de su posición social y de sus derechos frente a una institución que debería tener por fin salvaguardar una y otros. Dicho de otro modo, la reciprocidad no existe, en el encuentro, más que si el paciente da pruebas de una madurez y de una conciencia de clase muy acentuadas, dado que el médico conserva a menudo la posibilidad de determinar a su gusto el tipo de relación, reservándose la posibilidad de entrar en el terreno del *poder técnico* en el caso en que su acción arbitraria fuese contestada.

3) La relación *institucional*, donde aumenta vertiginosamente el poder puro del médico (no es preciso que sea necesariamente *técnico*), porque disminuye el poder del enfermo. Por el simple hecho de ser internado en un hospital psiquiátrico, éste se convierte —automáticamente— en un ciudadano sin derechos, abandonado a la arbitrariedad del médico y de los enfermeros, que pueden hacer de él lo que quieran, sin posibilidad de apelación. En la dimensión institucional la reciprocidad no existe y, por lo demás, esta ausencia no es en modo alguno disimulada. Aquí es donde puede verse —sin velos y sin hipocresía— lo que la ciencia psiquiátrica, en tanto que expresión de la sociedad que la delega, ha querido hacer del enfermo mental. Aquí es donde se pone en evidencia que no es tanto la enfermedad en sí misma lo que está en juego, como la ausencia de cualquier valor contractual en el enfermo, el cual no tiene más posibilidad de oposición que un comportamiento anormal.

Este esbozo de análisis concierne a las diversas formas de abordar y de vivir la enfermedad mental —de las cuales por el momento sólo conocemos esta apariencia, en este contexto—, revela que el problema no es el de la enfermedad en sí (qué es, cuáles son sus causas y su diagnóstico), sino solamente *determinar cuál es el tipo de relación que se establece con el enfermo*. La enfermedad, en tanto que entidad mórbida, juega un papel puramente accesorio, puesto que, incluso siendo el denominador común de las tres situaciones antes enunciadas, reviste siempre, en el último caso (y frecuentemente en el segundo), una significación estigmatizante que confirma la pérdida de cualquier valor social por parte del individuo, pérdida por otra parte implícita en la misma forma en que la enfermedad ha sido vivida anteriormente.

Es decir, que dado que la enfermedad no es el elemento determinante de la condición del enfermo mental, como revelan nuestros asilos psiquiátricos, actualmente debemos examinar los elementos que, por extraños que sean a esta condición, juegan un papel tan importante en ella.

Al analizar la situación del internado en un hospital psiquiátrico (*al cual seguimos considerando como el único enfermo estigmatizado independientemente de la enfermedad y el único del cual vamos a ocuparnos aquí*), podremos empezar diciendo, antes que nada, que aparece como un hombre sin derechos, sometido al poder de la institución y, por consiguiente, a merced de los delegados de la sociedad (los médicos) que le ha alejado y excluido. Se ha visto, sin embargo, que esta exclusión o expulsión, por parte de la sociedad, está más relacionada con la falta de poder contractual por parte del enfermo (dada su condición social y económica), que con la enfermedad en sí misma. Entonces, ¿qué valor técnico y científico puede tener el diagnóstico clínico con el cual ha sido definido en el momento del internamiento? ¿Se puede hablar de diagnóstico objetivo, fundado en unos datos científicos concretos? ¿No se trata más bien de una simple etiqueta que —bajo las apariencias de un juicio técnico especializado— disimula más o menos bien su profunda significación discriminatoria? Un esquizofré-

nico rico, hospitalizado en una clínica privada, no tendrá el mismo diagnóstico que un esquizofrénico pobre, internado de oficio en un hospital psiquiátrico. Lo que caracteriza la hospitalización del primero no es sólo que le evita ser automáticamente etiquetado como enfermo mental «peligroso para sí mismo y para los otros, objeto de escándalo público», sino que el tipo de hospitalización del cual se beneficia le protegerá de ser deshistorizado, arrancado de su realidad. En efecto, la hospitalización «privada» no interrumpe siempre la continuidad de la existencia del enfermo, ni llega a reducir o abolir de forma irreversible su papel social. También le será fácil, una vez haya superado el período crítico, reintegrarse a la sociedad. El poder deshistorizante, destructivo e institucionalizante a todos los niveles, propio de la organización de los asilos, se ejerce únicamente sobre quienes no tienen más elección posible que el hospital psiquiátrico.

¿Se puede, entonces, continuar pensando que el número de los hospitalizados en las instituciones psiquiátricas corresponde al de los enfermos mentales de todas las capas sociales, y que sólo la enfermedad les reduce al grado de objetivación en el cual se hallan? ¿No es más justo pensar que —por el hecho mismo de que son social y económicamente insignificantes— estos enfermos son el objeto de una violencia original (la violencia de nuestro sistema social), que les arroja fuera de la producción y de la sociedad y les lleva hasta los muros del hospital? En definitiva, ¿no son los rechazados y los elementos inquietantes de una sociedad que no admite reconocerse a sí misma en sus propias contradicciones? ¿No se trata simplemente de aquellos que, partiendo de una situación desfavorable, están *perdidos* por anticipado? ¿Cómo continuar justificando nuestra actitud excluyente con relación a estos internados, en los cuales ha sido demasiado fácil definir cada acto, cada reacción, en términos de enfermedad?

El diagnóstico reviste el valor de un etiquetaje que codifica una *pasividad* considerada irreversible. Es decir, que esta pasividad puede ser de otra naturaleza: no es siempre ni únicamente patológica. A partir del instante en que se la considera

únicamente en términos de enfermedad, la necesidad de su separación y exclusión se halla confirmada, sin que intervenga en ello la menor duda en cuanto a la significación discriminatoria del diagnóstico. La exclusión del enfermo libera de este modo a la sociedad de sus elementos *críticos* y confirma al mismo tiempo la validez del concepto de norma que ha establecido. A partir de estas premisas, la relación entre el enfermo y el que le cuida sólo puede ser objetivada en la medida en que la comunicación entre uno y otro se efectúa únicamente a través del filtro de una definición, de una etiqueta, que no deja posibilidad alguna de apelación.

Esta forma de abordar las cosas no revela una realidad *subvertida*, donde el problema ya no es la enfermedad en sí misma, sino la *relación* que se establece con ella. Es decir, que, en esta relación, se hallan implicados, como partes en causa, tanto el enfermo y su enfermedad como el médico —y, por tanto, la sociedad—, que define esta enfermedad y la juzga: *la objetivación no es la condición objetiva del enfermo, pero tiende a la relación entre el enfermo y la sociedad que delega en el médico la facultad de cuidarle y de vigilarle*. Esto quiere decir que el médico necesita una objetividad sobre la cual afirmar su subjetividad, del mismo modo que nuestra sociedad necesita zonas donde descargar y hallar compensación o relegar y disimular sus contradicciones. El rechazo de la condición inhumana para el enfermo mental, el rechazo del nivel de objetivación en que se le ha dejado, no pueden dejar de aparecer como estrechamente ligadas a la puesta en duda de la psiquiatría, de la ciencia de la cual se favorece y de la sociedad a la que representa. El psiquiatra, la ciencia y la sociedad se han librado prácticamente del enfermo mental y del problema que plantea su presencia entre nosotros, en la medida en que, frente a un enfermo ya violentado por su familia, por el lugar de trabajo y por la necesidad, somos nosotros quienes detentamos el poder, y esta defensa se transforma, inevitablemente, en una ofensa desmesurada al alimentar la violencia que seguimos ejerciendo sobre el enfermo bajo el velo hipócrita de la necesidad de su curación.

Porque, ¿de qué tipo será la relación con estos enfermos, una vez se haya definido lo que Goffmann (1) llama la «serie de contingencias de carrera» ajenas a la enfermedad? La relación terapéutica ¿no actúa —de hecho— como una *nueva violencia*, como una relación política tendiente a la integración, desde el momento en que el psiquiatra —representante de la sociedad— tiene la misión de *cuidar* a los enfermos mediante *actos terapéuticos* cuya única significación es ayudarles a adaptarse a su condición de «objeto de violencia»? ¿No significa esto confirmar a los ojos del enfermo que ser el objeto de la violencia es la *única* realidad que se le reconoce, independientemente de las distintas modalidades de adaptación que puede adoptar?

Si aceptamos dócilmente este cometido al aceptar nuestro papel, ¿no nos convertimos, también nosotros, en objeto de violencia de parte del poder que nos impone actuar en el sentido que éste determina? Nuestra acción presente, en este sentido, no puede ser más que una *negación* que, nacida de una subversión institucional y científica, nos conduce a rechazar todo acto terapéutico que pretenda resolver los conflictos sociales, que no pueden superarse por la sumisión ante lo que los provoca. También los primeros pasos de esa subversión han consistido en proponer una nueva dimensión institucional, que calificamos al principio de comunidad terapéutica, tomando como modelo el anglosajón. Las primeras experiencias psiquiátricas de tipo comunitario, que podrían remontarse a 1942, vieron la luz en Inglaterra. Liberado del pensamiento ideológico de los países continentales de influencia alemana, el pragmatismo anglosajón supo desprenderse de la visión esclerótica del enfermo mental como entidad irrecuperable, acentuando el problema de la *institucionalización*, causa principal del fracaso de la psiquiatría de asilo. Las experiencias de Main, después de las de Maxwell Jones, fueron los primeros pasos de la

(1) ERVING GOFFMANN, *Asylums*, Doubleday & Company, Garden City, N.Y., 1961.

nueva psiquiatría institucional comunitaria, establecida sobre bases esencialmente sociológicas.

Al mismo tiempo se iniciaba en Francia, bajo el impulso de Tosquelles, un importante movimiento psiquiátrico institucional. Refugiado antifranquista de la guerra civil española, Tosquelles entró como enfermero en el hospital psiquiátrico de Saint-Alban, en el Macizo Central de Francia, y —después de doctorarse nuevamente en Medicina— llegó a dirigirlo. Entonces aún se trataba de un pequeño hospital —y no un centro de estudios ni un nuevo instituto de investigación psiquiátrica—, que es el terreno donde nacen, *en la práctica y bajo el imperio de la necesidad*, un nuevo lenguaje y una nueva dimensión psiquiátrica institucionales establecidos sobre bases psicoanalíticas.

Estas dos tendencias que proceden, en el plano teórico, de diferentes puntos de vista, revelan la validez de su posición, en el plano práctico, al operar, unidas, la subversión de una ideología cristalizada en la contemplación especulativa de la enfermedad entendida como entidad abstracta, claramente separada del enfermo del instituto psiquiátrico.

Los países de lengua alemana, en cambio, prisioneros de la rígida ideología teutona, actualmente intentan resolver el problema de los asilos psiquiátricos mediante la edificación de estructuras perfeccionadas, donde siga reinando el espíritu de vigilancia. Basta con citar el ejemplo de Gütersloh, el hospital de Herman Simon, hoy dirigido por Winkler, donde sólo se preocupan del perfeccionamiento técnico de la ideología ergoterápica de Simon. La misma psiquiatría social, hoy tan en boga, no es aquí la expresión de un constante fracaso de la psiquiatría de asilo (y, por lo tanto, de una toma de conciencia de la objetivación del enfermo a nivel institucional y científico), sino que responde a una necesidad de *aggiornamento intellettuale* que sólo puede desembocar en la fundación de institutos de psiquiatría social como el que surgirá —nueva Brasilia de la psiquiatría teutona— en Maguncia, bajo la dirección de Haefner.

Por lo mismo, en Italia, donde la cultura psiquiátrica oficial

estuvo influida sobre todo por el pensamiento alemán, la situación institucional se ha movido muy lentamente, con varios años de retraso respecto a Inglaterra y Francia. La experiencia de tipo «sectorial» (1), de clara inspiración francesa, y la experiencia «comunitaria», de la cual tratamos aquí, tenían precedentes a los cuales referirse. Sin embargo, en lo que nos concierne, nos pareció urgente adaptar nuestros medios de acción a la realidad; por lo tanto, no podíamos contentarnos con modelos ya codificados y aplicables a cualquier circunstancia. Además, al tomar la comunidad anglosajona como modelo, creíamos elegir un punto de referencia general, propio para justificar los primeros pasos de una acción de *negación*, en relación con la realidad de los asilos, puesto que tal acción implicaba inevitablemente la negación de cualquier clasificación nosográfica, cuyas subdivisiones y elaboraciones revelaban su carácter ideológico en relación con la condición real del enfermo. La referencia al modelo anglosajón, pues, ha seguido siendo válida hasta el momento en que el campo de acción se ha

(1) La organización de tipo sectorial —principalmente orientada y desplegada hacia el exterior— ofrece la ventaja de una acción profiláctica más capilar y más rápida. Pero, si no va acompañada de una destrucción simultánea del hospital psiquiátrico como espacio cerrado, represivo e institucionalizante, su acción es desmentida por la existencia misma del asilo de alienados, que sigue actuando como una fuerza amenazadora, a la cual el enfermo sólo puede escapar por la huida.

En efecto, la acción profiláctica de un servicio de higiene mental eficaz debería funcionar de forma que evitara a muchos enfermos el peligro de una hospitalización y los riesgos que éste comporta dado el estado actual de nuestros hospitales psiquiátricos; pero no se puede negar que el principio de la profilaxis psiquiátrica exterior se halla sometida al clima institucionalizante del miedo al internamiento: el internamiento es la medida extrema a la cual se recurre por obligación cuando los otros medios han revelado su impotencia. La creación, en los hospitales psiquiátricos, de estructuras del tipo de los servicios llamados «abiertos», no resolvería en principio la cuestión. Incluso en el marco hospitalario, el privilegio de los enfermos que tienen la suerte de ser admitidos bajo garantía mutualista subsistiría, mientras que los internados de oficio seguirían «marcados» en los «servicios cerrados».

transformado, cambiando la apariencia de la realidad institucional.

En el curso de las ulteriores etapas, la calificación de *comunidad terapéutica* aplicada a nuestra institución se reveló ambigua. En efecto, podía —y puede aún— pasar por un modelo acabado (el momento positivo de una negación dado como definitivo), que, en la medida en que es aceptado y englobado por el sistema, llega a perder su función *contestataria*. Sea como sea, recorriendo poco a poco los diversos estadios evolutivos de nuestra transformación institucional, se hará más clara la necesidad de una ruptura continua de las líneas de acción que —inscritas en el sistema—, por el hecho mismo de su inscripción, deben ser negadas y destruidas.

Nuestra comunidad terapéutica tiene, pues, como origen el rechazo de una situación presentada como un *dato*, en vez de serlo como un *producto*. El primer contacto con la realidad del asilo de alienados puso en claro cuáles eran las fuerzas en juego: el internado, lejos de aparecer como un *enfermo*, se revela como el objeto de una violencia institucional que actúa a todos los niveles, habiendo sido definida cada impugnación que viene de ella en el marco único de la enfermedad. El nivel de degradación, de objetivación y de aniquilación total que presenta, es, con mucho, menos la pura expresión de un estado mórbido que el producto de la acción destructora de una institución destinada a proteger de la locura a los normales. Sin embargo, una vez el paciente se ha desprendido de las superestructuras y de las incrustaciones institucionales, se nota que sigue siendo objeto de una violencia que la sociedad ejerció y sigue ejerciendo sobre él, en la misma medida en que —antes de ser un enfermo mental— es un hombre sin poder social, económico ni contractual: un hombre reducido al estado de simple presencia negativa, apromblemática y acontradictoria, para camuflar las contradicciones de nuestra sociedad.

Y dada esta situación, ¿cómo consagrarse a la enfermedad como *dato*? ¿Dónde reconocerla, dónde identificarla, si no es en otro lugar al cual, por el momento, aún no podemos llegar? ¿Podemos ignorar de qué naturaleza es la distancia que nos

separa del enfermo culpando de ella sólo a su enfermedad? ¿No es mejor apartar una por una las cortezas de la objetivación para ver finalmente lo que queda?

Si el primer estadio de esta acción subversiva puede ser emocional (dado que rehusamos negar al enfermo la humanidad), el segundo sólo podrá ser la toma de conciencia de su carácter político, puesto que cualquier acción relacionada con el paciente sigue oscilando entre la aceptación pasiva y el rechazo de la *violencia* sobre la cual se basa nuestro sistema sociopolítico. *El acto terapéutico se revela como un acto político de integración en la medida en que tiende a reabsorber, a un nivel regresivo, una crisis ya en curso; dicho de otro modo, haciendo aceptar mediante un retroceso lo que la ha provocado.*

Así nació, en el plano práctico, un proceso de liberación que, a partir de una realidad de violencia altamente represiva, se comprometió por el camino de la subversión institucional. Recorriendo de nuevo las etapas del proceso —por medio de notas de trabajo que sirvan para la elaboración de la acción en curso—, será tal vez más fácil desentrañar el sentido de una empresa que rechaza proponerse como modelo definitivo y cuyos resultados no harán más que confirmar el *sistema*.

En 1925, algunos artistas y escritores franceses que firmaban en nombre de la «revolución surrealista», dirigieron a los directores de hospitales psiquiátricos un manifiesto que terminaba con estas palabras: «Mañana, a la hora de la visita, cuando ustedes intenten sin la ayuda de léxico alguno comunicarse con estos hombres, podrán ustedes recordar y reconocer que sólo tienen sobre ellos una superioridad: la fuerza».

Cuarenta años más tarde —sometidos como estamos, en la mayoría de los países europeos, a una antigua ley, aún dubitativa, entre la asistencia y la seguridad, la piedad y el miedo—, la situación no es diferente: limitaciones, burocracia y autoritarismo regulan la vida de los internados para los cuales

ya había reclamado Pinel en su momento el derecho a la libertad... El psiquiatra parece que aún no ha descubierto que el primer paso hacia la curación del enfermo es el retorno a la *libertad*, de la cual él mismo le ha privado hasta hoy. En la compleja organización del espacio cerrado donde el enfermo mental se ha visto reducido durante siglos, las necesidades del régimen, del sistema, sólo han exigido del médico un papel de vigilante, de tutor interior, de moderador de los excesos a los cuales podía abocar la enfermedad: el sistema tenía más validez que el objeto de sus cuidados. Pero hoy el psiquiatra se da cuenta de que los primeros pasos hacia la «apertura» del manicomio producen en el enfermo un cambio gradual de su manera de situarse en relación con la enfermedad y el mundo; de su forma de ver las cosas, restringida y disminuida no sólo por la condición mórbida, sino por un prolongado internamiento. Desde que franquea el muro del internado, el enfermo penetra en una dimensión de vida emocional..., se le introduce, en resumen, en un espacio concebido desde sus mismos orígenes para hacerle inofensivo y cuidarle, pero que se revela, en la práctica y de forma paradójica, como un lugar construido para aniquilar su individualidad: el lugar de su *objetivación* total...

Sin embargo, en el curso de estas primeras etapas hacia la transformación del manicomio en un hospital de curación, el enfermo no se presenta ya como un hombre resignado y sometido a nuestra voluntad, intimidado por la fuerza y por la autoridad de sus vigilantes... Se presenta como un enfermo, transformado en objeto por la enfermedad, pero que ya no acepta ser objetivado por la mirada del médico que le mantiene a distancia. La agresividad —que, como expresión de la enfermedad, pero sobre todo de la institucionalización, rompía de vez en cuando el estado de apatía y de desinterés—, cede el paso, en numerosos pacientes, a una nueva agresividad, surgida, más allá de sus particulares delirios, del sentimiento oscuro de una «injusticia»: la de no ser considerados como hombres desde el momento en que están en «el manicomio».

Es entonces cuando el hospitalizado, con una agresividad

que trasciende la misma enfermedad, descubre su *derecho* a vivir una vida humana...

Para que el asilo de alienados, después de la destrucción progresiva de sus estructuras alienantes, no se convierta en un irrisoria asilo de domésticos agradecidos, el único punto en el cual al parecer puede apoyarse, es precisamente la *agresividad individual*. Esta agresividad —que nosotros, los psiquiatras, buscamos para fundar en ella una relación auténtica con el paciente— permitirá instaurar una tensión recíproca, que actualmente puede servir para romper los lazos de autoridad y de paternalismo que han representado, hasta ahora, una causa de institucionalización... (agosto 1964).

...Por lo que a nosotros concierne, nos encontramos ante una situación extremadamente institucionalizada en todos los sectores: enfermos, enfermeros, médicos... Hemos intentado provocar una situación de ruptura, de forma que haga salir los tres polos de la vida hospitalaria de sus roles cristalizados, sometiénolos a un juego de tensiones y de contratensiones en el cual todos se encontrarán implicados y serán responsables. Esto significa correr un «riesgo», única forma de poner en un plano de igualdad a enfermos y médicos, enfermos y *staff*, unidos en una misma causa, tendiendo hacia un fin común. Esta tensión debía servir de base a la nueva estructura: si ésta era relajada, todo caería de nuevo en la situación institucionalizada anterior... La nueva situación interna debía, pues, desarrollarse a partir de la base, y no de la cúspide, en el sentido de que, lejos de presentarse como un esquema al cual la vida comunitaria debía corresponder, esta misma vida estaba llamada a engendrar un orden respondiendo a sus exigencias y a sus necesidades; en vez de fundarse sobre una regla impuesta desde arriba, la organización se convertía, por sí misma, en un acto terapéutico...

No obstante, si la enfermedad está igualmente unida, como sucede en la mayoría de los casos, a factores sociales a nivel de resistencia al impacto de una sociedad que desconoce al hombre y sus exigencias, la solución de un problema tan grave sólo puede hallarse en una posición socioeconómica que permita, además, la reintegración progresiva de aquellos que han sucum-

bido bajo el esfuerzo, que no han podido jugar el juego. Cualquier intento de abordar el problema sólo servirá para demostrar que esta empresa es posible, pero queda inevitablemente aislada —y, por lo tanto, ausente de la menor significación social—, mientras no vaya unida a un movimiento estructural de base que tenga en cuenta las realidades que encuentra el enfermo mental a su salida del hospital: el trabajo que no encuentra, el medio que le rechaza, las circunstancias que, en vez de ayudarlo a reintegrarse, le empujan poco a poco hacia los muros del hospital psiquiátrico. Considerar una reforma de la ley psiquiátrica actual significa no sólo enfrentarse con otros sistemas y otras reglas sobre las cuales fundar la nueva organización, sino, sobre todo, atacar los problemas de orden social que van unidos a ella... (marzo 1965).

... Analizando cuáles son las fuerzas que han podido actuar en profundidad sobre el enfermo hasta el punto de aniquilarle, se llega a la conclusión de que sólo una es capaz de provocar un daño tal: la autoridad. Una organización basada únicamente en el principio de autoridad, y cuyos fines primordiales sean el orden y la eficacia, debe elegir entre la libertad del enfermo (y, por lo tanto, la resistencia que éste puede oponer), y la buena marcha del asilo. Siempre se ha elegido la eficacia, y el enfermo ha sido sacrificado en su nombre... Pero después que los medicamentos, por su acción, han revelado concretamente al psiquiatra que no se hallaba ante una enfermedad, sino ante un hombre enfermo, éste ya no puede seguir siendo considerado como un elemento del cual la sociedad deba protegerse. *Esta sociedad* siempre tenderá a defenderse de lo que la asusta y continuará imponiendo su sistema de restricciones y de limitaciones a los organismos delegados para cuidar a los enfermos mentales; pero el psiquiatra no puede asistir por más tiempo a la destrucción del enfermo que le ha sido confiado, del paciente reducido al estado de objeto, de *cosa*, por una organización que, en vez de buscar establecer diálogo con él, continúa su método de soliloquio...

Para rehabilitar al institucionalizado que vegeta en nuestros asilos, lo más importante será que nos esforcemos —antes de

edificar a su alrededor un nuevo espacio, acogedor y humano, del cual también tiene necesidad—, por despertar en él un sentimiento de *oposición* al poder que hasta aquí le ha determinado e institucionalizado. Con el despertar de este sentimiento, el vacío emocional, en el cual el enfermo ha vivido durante años, se llenará nuevamente con las fuerzas personales de reacción y de conflicto, la *agresividad*, que —por sí sola— podrá servir de punto de apoyo para su rehabilitación...

Nos encontramos, pues, ante la necesidad de disponer de una organización y la imposibilidad de concretarla; ante la necesidad de formular un esbozo de sistema al cual referirse, para sobrepasarlo y destruirlo; ante el deseo de provocar los sucesos desde arriba y la necesidad de esperar que se elaboren y se desarrollen en la base; ante la búsqueda de un nuevo tipo de relación entre enfermo, médico, *staff* y sociedad, donde el papel protector del hospital sea equitativamente repartido entre todos...; ante la necesidad de mantener un nivel de conflicto que estimule, en vez de reprimirlas, las fuerzas de agresividad y de reacción individual de cada enfermo (junio 1965).

La constitución de un complejo hospitalario regido de forma comunitaria y basado en unas premisas que tienden a destruir el principio de autoridad, nos pone ante una situación que se aparta poco a poco del plan de realidad sobre el cual vive la sociedad actual. Dicho estado de tensión sólo puede mantenerse mediante una toma de posición radical, por parte del psiquiatra, que vaya más allá de su papel y se concrete en una acción de desmantelamiento dirigida contra la jerarquía de los valores sobre la cual se funda la psiquiatría tradicional. Esto nos obliga, de hecho, a salir de nuestros papeles para correr un riesgo personal, para intentar esbozar algo que, llevando en sí los gérmenes de futuros errores, nos ayude momentáneamente a romper esta situación cristalizada, sin esperar que sólo las leyes sancionen nuestros actos...

Concebida de este modo la comunidad terapéutica, sólo puede oponerse a la realidad social en la cual vivimos, puesto que —basada en postulados que tienden a destruir el principio de autoridad, intentando programar una condición comunita-

riamente terapéutica—, se halla netamente en contradicción con los principios en los cuales se inspira una sociedad de hecho identificada con las reglas que la canalizan, ajena a cualquier posibilidad de intervención individual, hacia unas formas de vida anónimas, impersonales y conformistas (febrero de 1966).

...Sin embargo, en Italia, aún seguimos prisioneros de un escepticismo y de una pereza que no tienen justificación.

La única explicación es de orden socioeconómico: nuestro sistema social —que está muy lejos de ser un régimen de pleno empleo—, no tiene ningún interés en rehabilitar al enfermo mental, que nunca puede ser bien recibido en una sociedad donde el problema del trabajo de los miembros sanos no se halla enteramente resuelto.

En este sentido, cualquier exigencia científica por parte de la psiquiatría corre el riesgo de perder su significación más importante —es decir, su anclaje social—, a menos que su acción en el interior de un sistema hospitalario ya caduco no se una a un movimiento estructural de base, que tenga en cuenta todos los problemas sociales inherentes a la asistencia psiquiátrica.

Si la comunidad terapéutica puede ser considerada como una etapa necesaria en la evolución del hospital psiquiátrico (sobre todo por la función desmitificadora que tuvo y que sigue teniendo, en cuanto a la pretendida imagen del enfermo mental y por haber permitido definir papeles *antes inexistentes* más allá del nivel autoritario), no constituye por ello una finalidad, sino una fase transitoria, en espera de que la situación misma evolucione y proporcione nuevos elementos de clarificación...

La comunidad terapéutica es un conjunto en el cual todos los miembros —enfermos, enfermeros y médicos— (y ello es importante) están unidos por un compromiso total. Un lugar en el cual las contradicciones de la realidad son el humus del cual surge una acción terapéutica recíproca. El juego de estas contradicciones —entre médicos, médicos y enfermeros, enfermeros y enfermos, enfermos y médicos— rompe continuamente

una situación que, de otro modo, desembocaría fácilmente en una cristalización de los roles.

Vivir dialécticamente las contradicciones de la realidad es, pues, el aspecto terapéutico de nuestro trabajo. Si esas contradicciones —en vez de ser ignoradas, o sistemáticamente alejadas, en el intento de crear un mundo ideal— son enfrentadas dialécticamente, si los abusos cometidos por unos en detrimento de los otros, y la técnica de la víctima propiciatoria —en vez de tenerse por inevitable—, son dialécticamente discutidos, de forma que se pueda comprender su dinámica interna, entonces la comunidad se convierte en terapéutica. Pero no hay dialéctica posible en presencia de una sola posibilidad, o dicho de otro modo, sin alternativa. Si el enfermo no tiene alternativa, si su vida se le presenta ya fijada, organizada, si su participación personal consiste únicamente en adherirse al orden, sin otra salida posible, se encontrará prisionero del terreno psiquiátrico, como lo estaba antes del mundo exterior, cuyas contradicciones no llegaba a enfrentar dialécticamente. Como la realidad que no llegaba a impugnar, la institución, a la cual no pudo oponerse, le deja una sola escapatoria: la huida en la producción psicótica, el refugio en el delirio, donde no existen ni contradicción ni dialéctica...

La primera etapa —a la vez causa y efecto del paso de la ideología de tutela a una concepción más propiamente terapéutica—, consiste, pues, en una transformación de las relaciones interpersonales entre cada uno de los interesados. Por el cambio o la estabilización de motivaciones válidas, nuevos roles tienden a constituirse, y éstos no tienen ya la menor analogía con los tradicionales de la situación precedente. Desde este terreno aún informe, cada personaje va en busca de su rol, y la nueva vida terapéutica institucional resurge.

En la situación comunitaria, el médico, cotidianamente controlado y cuestionado por un paciente al cual no puede alejar ni ignorar por el hecho de que testimonia constantemente, y en persona, sus necesidades, no tiene la posibilidad de reducirse a un espacio de algún modo aséptico, donde puede ignorar las interrogaciones que la misma enfermedad le plantea.

No tiene ya la posibilidad de entregarse en una generosa donación de sí mismo que, inevitablemente transcendido en un papel apostólico y misional, establecería un tipo de distancia y de diferenciación tan grave y destructor como el primero. La única actitud que le estaría permitida sería un nuevo papel, construido y destruido por la necesidad que siente el enfermo de fantasmagorizar por su cuenta (es decir, de hacerse fuerte y protector), y después negarlo (para sentirse más fuerte en su contexto); un papel a través del cual la preparación técnica le permitiría —más allá de la relación estrictamente médica con el paciente, que permanece intacta—, seguir y comprender las fuerzas en juego, de forma que pueda representar, en esta relación, el polo dialéctico que controla y cuestiona, siendo él a su vez controlado y cuestionado.

Sin embargo, la ambigüedad de este rol persistirá mientras la sociedad no haya definido claramente su cometido, teniendo el mismo médico, en efecto, el rol pasivo que la misma sociedad le asigna: controlar una organización hospitalaria destinada a guardar y a cuidar al enfermo mental. Sin embargo, se ha visto hasta qué punto la noción de vigilancia (en tanto que medida de seguridad indispensable a la prevención y a la contención del peligro que representa el enfermo), contradice la noción de curación que debería tender, por lo contrario, a la expansión espontánea y personal del paciente; y de qué forma la niega. ¿Cómo podrá, el médico, conciliar esta doble exigencia, contradictoria en sí misma, mientras la sociedad no establezca hacia cuál de los dos polos (la vigilancia o la curación) quiere orientar la asistencia psiquiátrica?... (octubre 1966).

... Cualquier sociedad cuyas estructuras se basan únicamente en diferencias de cultura y de clase, así como también en sistemas competitivos, crea en sí misma áreas de compensación para sus propias contradicciones, en las cuales puede concretar la necesidad de negar o de fijar objetivamente una parte de su subjetividad...

El racismo, bajo todas sus formas, es únicamente la expresión de esta necesidad de áreas compensadoras. Y opera

de este modo ante la existencia de los asilos de alienados —símbolo de lo que se podrían denominar «reservas psiquiátricas», comparables al «apartheid» del negro o al ghetto—, con la expresa voluntad de excluir todo aquello de lo cual duda porque es desconocido e inaccesible. Una voluntad justificada, y científicamente confirmada, por una psiquiatría que ha considerado el objeto de su estudio como incomprendible, y por lo tanto, fácilmente relegable en la cohorte de los excluidos...

El enfermo mental es un excluido que, en una sociedad como la actual, nunca podrá oponerse a lo que le excluye, puesto que cada uno de sus actos se encuentra constantemente circunscrito y definido por la enfermedad. La psiquiatría es, pues, la única manera —en su doble papel médico y social—, de informar al enfermo de la naturaleza de la enfermedad, y de lo que le ha hecho la sociedad al excluirle: sólo tomando conciencia de haber sido excluido y rechazado podrá, el enfermo mental, rehabilitarse del estado de institucionalización en que se le ha sumido...

Porque es aquí, detrás de los muros del asilo de alienados, que la psiquiatría clásica ha demostrado su fracaso: en efecto, en presencia del problema del enfermo mental, ha tendido hacia una solución negativa, separándole de su contexto social y por lo tanto de su humanidad... Colocado a viva fuerza en un lugar donde las modificaciones, las humillaciones y la arbitrariedad son la regla, el hombre —sea cual fuere su estado mental—, se objetiviza poco a poco, identificándose con las leyes del internamiento. Su caparazón de apatía, de indiferencia y de insensibilidad, sólo sería en suma un acto desesperado de defensa contra un mundo que le excluye y después le aniquila: el último recurso personal de que dispone el enfermo para oponerse a la experiencia insoportable de vivir conscientemente una existencia de excluido.

Pero sólo tomando conciencia de su condición de excluido, y de la parte de responsabilidad que tiene la sociedad en dicha exclusión, el vacío emocional en que ha vivido el enfermo durante años será reemplazado progresivamente por una carga de agresividad personal. Ésta se resolverá en una acción

de rebelión abierta contra la realidad, que el enfermo rechaza, no a causa de enfermedad, sino porque se trata, efectivamente, de una realidad que no puede ser vivida por un hombre: su libertad será, por ello, el fruto de su conquista y no un regalo del más fuerte... (diciembre 1966).

... Si, originariamente, el enfermo sufre la pérdida de su identidad, la institución y los parámetros psiquiátricos le han confeccionado otra, a partir del tipo de relación objetivante que han establecido con él y los estereotipos culturales de los cuales le han rodeado. Así, pues, se puede decir que el enfermo mental, colocado en una institución cuya finalidad terapéutica resulta ambigua por su obstinación en no querer ver más que un *cuerpo enfermo*, se ve abocado a hacer de esta institución su propio cuerpo, asimilando la imagen de sí mismo, que ésta le impone... El enfermo, que ya sufre una pérdida de libertad que puede considerarse como característica de la enfermedad, se ve obligado a adherirse a este nuevo cuerpo, negando cualquier idea, cualquier acto, cualquier aspiración autónoma que pudieran permitirle sentirse siempre vivo, siempre él mismo. Se convierte en un *cuerpo vivido en la institución y por ella*, hasta el punto de ser asimilado por la misma, como parte de sus propias estructuras físicas.

«Antes de partir, las cerraduras y los enfermos fueron controlados», puede leerse en las notas redactadas por un turno de enfermeros del equipo siguiente, para garantizar el perfecto funcionamiento del servicio. Llaves, cerraduras, barrotes, enfermos, todo forma parte, sin distinción, del material del hospital, del cual son responsables los médicos y los enfermeros... El enfermo es ya únicamente un *cuerpo institucionalizado*, que se vive como un objeto y que, a veces, intenta —cuando aún no está completamente domado—, reconquistar mediante *acting-out*, aparentemente incomprensibles, los caracteres de un *cuerpo personal*, de un *cuerpo vivido*, rehusando identificarse con la institución.

La aproximación antropológica al mundo institucional, permite interpretar de otro modo las modalidades tradicionalmente atribuidas al paciente psiquiátrico. *El enfermo es obsceno*,

desordenado, se comporta de forma inconveniente. Estas son las manifestaciones de agresividad en el seno de las cuales el enfermo intenta, todavía, de una forma diferente, en un mundo diferente (tal vez, el de la provocación), escapar a la objetivación en la cual se siente encerrado, y de la cual da testimonio en cualquier caso. Pero, en un hospital psiquiátrico hay una razón psicopatológica para cualquier acontecimiento, y cada acto tiene su explicación científica. De este modo, el paciente que no ha podido ser objetivado inmediatamente a partir de su admisión, y en el cual el médico puede haber visto tan sólo un *cuerpo enfermo*, es finalmente domesticado y clasificado bajo una etiqueta con la bendición de la ciencia oficial... De este modo, el paciente llega a encontrarse en una institución que tiene por finalidad la invasión sistemática del espacio personal, ya de por sí reducido por la regresión enferma. La modalidad pasiva que la institución le impone no le permite vivir los acontecimientos de acuerdo con una dialéctica interior. Le impide vivir, ofrecerse, ser con los otros, y tener —además— la posibilidad de salvaguardarse, defenderse, cerrarse. El cuerpo del internado es únicamente un lugar de paso: un cuerpo sin defensa, desplazado, como un objeto, de servicio en servicio. Por la imposición del cuerpo único, aporofóbica y sin contradicciones de la institución, se le niega —de forma concreta y explícita—, la posibilidad de reconstruirse un *cuerpo propio* que logre dialectizar el mundo. Se trata, pues, de una comunidad completamente antiterapéutica por su obstinación en ser sólo un enorme receptáculo lleno de una cantidad de cuerpos que no pueden *vivirse*, y que están allí, *en espera de que alguien les tome*, para hacerles vivir a su manera, en la esquizofrenia, la psicosis maníaco-depresiva o el histerismo: definitivamente cosificados... (marzo de 1967).

... Si la situación del asilo de alienados ha revelado el carácter esencialmente antiterapéutico de sus estructuras, cualquier transformación que no vaya acompañada por una puesta en cuestión interna desde la base, resulta completamente superficial y pura apariencia. Lo que se ha revelado como anti-terapéutico y destructor, en las instituciones psiquiátricas, no

es una técnica o un instrumento particular, sino el conjunto de la organización hospitalaria, la cual —inclinada por completo hacia la eficacia del sistema—, ha objetivado inevitablemente al enfermo, que debía constituir su única razón de ser. Desde este punto de vista resulta evidente que la introducción de una nueva *técnica terapéutica* en el antiguo terreno institucional es al menos precipitada, cuando no claramente nociva. En efecto, la realidad institucional al ser puesta al desnudo por primera vez, en tanto que problema a resolver, corre el riesgo de ser recubierta velozmente con un nuevo vestido que la presente bajo un aspecto menos dramático. La «socioterapia», en sí misma, entendida como expresión de la elección por parte de la psiquiatría de la vía de la integración, corre el riesgo —dado el actual estado de cosas— de reducirse a un simple camuflaje de problemas. Un camuflaje que—al igual que el vestido del rey, en el famoso cuento de Andersen—, se revela inexistente, puesto que la estructura que lo sostiene sólo puede negarlo y destruirlo... (abril de 1967).

... Ante la imposibilidad de excluir al enfermo mental como problema..., se intenta actualmente *integrarle* en la sociedad —con todos los temores y los prejuicios que siempre la han caracterizado—, recurriendo a un sistema de instituciones que pueda preservarla, de una forma u otra, de la *diferencia* que este enfermo representa...

Entonces se abren dos caminos a seguir: o nos decidimos a mirar al enfermo cara a cara sin intentar proyectar sobre él el mal que no queremos para nosotros, y le consideramos como un problema que, al formar parte de nuestra realidad, no puede ser eludido, o nos aprestamos —con el mismo esfuerzo que la sociedad— a mitigar nuestra angustia levantando una nueva barrera para restablecer la distancia, apenas colmada, entre *ellos* y *nosotros*, y construimos de repente un *soberbio hospital*. En el primer caso, el problema no puede mantenerse en los estrechos límites de una «ciencia» como la psiquiatría, que ignora el objeto de su búsqueda, sino que se convierte en un problema general, y reviste un carácter más específicamente político al implicar el tipo de relación que la sociedad actual

quiere o no quiere establecer con algunos de sus miembros... (enero de 1967).

... Sin embargo, poner en discusión la psiquiatría tradicional —que ha resultado inadecuada para su cometido por haber atribuido un valor metafísico a los parámetros sobre los cuales se basa su sistema—, es correr el riesgo de llegar a un callejón sin salida análogo, si no se conserva un cierto nivel crítico en el interior mismo, al de la praxis... Esto significa que, partiendo del enfermo mental, del asilado como única realidad, se corre el peligro de abordar el problema de una forma puramente emocional. Pero, pasando del negativo al positivo, la imagen del sistema coercitivo-autoritario del antiguo asilo de alienados, corremos el riesgo de curar nuestro sentimiento de culpabilidad en relación con los enfermos con un impulso humanitario que sólo servirá para confundir nuevamente los términos del problema... Por ello sentimos la exigencia de una psiquiatría que quiera someterse constantemente a la prueba de los hechos, y que de este modo pueda hallar, en la realidad, los elementos de contestación necesarios para contestarse a sí misma...

La psiquiatría de asilo debe reconocer, pues, que ha faltado a su cita con la realidad, rehuyendo la verificación que hubiese podido operarse en ella a través de dicha realidad. Al habersele escapado la realidad, ha tenido que limitarse una vez más a hacer «literatura», a elaborar sus teorías ideológicas mientras el enfermo pagaba las consecuencias de este divorcio —encerrado en la única dimensión que se juzga apropiada para él: la segregación... Pero para luchar contra los efectos de una ciencia ideológica, es preciso combatir igualmente el sistema que la sostiene.

En efecto, si la psiquiatría —al confirmar científicamente la incomprendibilidad de los síntomas— ha jugado su papel en el proceso de exclusión del «enfermo mental», debe ser considerada, además, como la expresión de un sistema que, hasta hoy, ha creído poder negar y abolir sus contradicciones apartándolas, rechazando su dialéctica, intentando mantenerse, en el terreno ideológico, como una sociedad sin contradicciones...

Si el enfermo es la única realidad a la cual es preciso referirse, es necesario enfrentarse con las dos caras de que se compone esta realidad: el hecho de ser un enfermo, con sus problemas psicopatológicos (no ideológicos, sino dialécticos), y el de ser un excluido, un estigmatizado social. Una comunidad que pretende ser terapéutica debe tener en cuenta esta doble realidad —la enfermedad y la estigmatización— para poder reconstruir poco a poco el rostro del enfermo, tal y como debía ser antes de que la sociedad, con sus numerosos actos de exclusión y la institución que ha inventado, actuara sobre él con toda su potencia negativa (junio de 1967).

... En el campo real de la praxis, la relación llamada terapéutica emite unas fuerzas que —bien consideradas—, no tienen nada en común con la «enfermedad», pero que juegan un papel digno de tenerse en cuenta. Nos referimos aquí, en particular, a la relación de poder que se instaura entre el médico y el enfermo, y en la cual el diagnóstico es mero accidente, una ocasión para que se cree un juego de poder-regresión que resultará determinante en las formas de desarrollo de la enfermedad en sí misma. Tanto si se trata del «poder institucional» casi absoluto, del cual el psiquiatra está investido en el marco del asilo de alienados, como si se trata de un poder llamado «terapéutico», «técnico», «divino» o «fantasmagórico», el psiquiatra goza, con relación al enfermo, de una situación privilegiada que inhibe en sí misma la reciprocidad del encuentro, y, por lo tanto, la posibilidad de una relación real. Por lo demás, el enfermo, en tanto que enfermo mental, se acomodará tanto más fácilmente a este tipo de relación objetivada y «aprobématica», cuando más desee escapar a los problemas de una realidad que no sabe afrontar. Su objetivación y su desresponsabilización se hallarán de este modo avaladas, en sus relaciones con el psiquiatra, por un tipo de aproximación que sólo servirá para alimentar y cristalizar su regresión...

El psiquiatra dispone de un poder que, hasta ahora, no le ha permitido comprender gran cosa del enfermo mental y de su enfermedad, pero se ha servido del mismo, en cambio, para defenderse de ellos, utilizando —como arma princi-

pal—, la clasificación de los síndromes y las esquematizaciones psicopatológicas... Por ello, el diagnóstico psiquiátrico ha revestido inevitablemente la significación de un juicio de valor, y por lo tanto, de una etiqueta. En efecto, en la imposibilidad de comprender las contradicciones de nuestra realidad, basta con descargar la agresividad acumulada sobre el objeto provocador que no se deja comprender. Pero esto significa que el enfermo ha sido aislado y puesto entre paréntesis por la psiquiatría, con el fin de consagrarle a la definición abstracta de la enfermedad, a la codificación de las formas y a la clasificación de los síntomas, sin temer las eventuales posibilidades desmentidas por parte de una realidad que, de este modo, era negada... En su diagnóstico, el psiquiatra se reviste de un poder y de una terminología técnica para sancionar lo que la sociedad ya ha producido, excluyendo a quien no ha entrado en el juego del sistema. Sin embargo, esta sanción está desprovista de todo valor terapéutico, puesto que se contenta con operar una distinción entre lo que es normal y lo que no lo es, donde la norma no es un concepto elástico y discutible, sino algo *fijo y estrechamente ligado a los valores del médico y de la sociedad de la cual es representativa...*

El actual problema del psiquiatra es, pues, únicamente un problema de elección, en el sentido de que una vez más se halla en la posibilidad de usar los instrumentos que tiene en su poder para defenderse del enfermo y del problema de su presencia. La tentación de aplacar rápidamente la ansiedad que le produce esta relación real con el enfermo, cuando en ella reside el testimonio mismo de la reciprocidad de su relación...

Éste es actualmente el peligro: la psiquiatría ha entrado en una crisis real. Más allá de la ruptura que entraña esta crisis, sería posible empezar a vislumbrar al enfermo mental desprovisto de las etiquetas que hasta hoy le han enterrado o clasificado en un rol definitivo. Pero el reformismo psiquiátrico está pronto a partir al asalto, armado con una nueva solución, que sólo podría ser una nueva etiqueta que viene a superponerse sobre las viejas estructuras psicológicas. El lenguaje es

aprendido fácilmente y *consumado*. sin que las palabras vayan necesariamente de acuerdo con los actos (mayo de 1967).

¿Crisis psiquiátrica o crisis institucional? Una y otra parecen ir tan estrechamente unidas que no se puede distinguir cuál de las dos es consecuencia de la otra. Una y otra presentan un denominador común: la forma de relación objetivada que se establece con el enfermo. La ciencia, al considerarlo como un objeto de estudio susceptible de ser desglosado de acuerdo con un número infinito de clasificaciones o de modalidades; la institución, al considerarlo (en nombre de la eficacia de la organización o de la etiqueta que confirma la ciencia), como un objeto de la estructura hospitalaria con el cual está obligada a identificarse... ¿No es necesario destruir lo que se ha hecho para evitar quedar inmóvil en algo que aún guarda el germen (el virus psicopatológico) de esta ciencia, cuyo resultado paradójico fue *inventar* un enfermo a imagen de los parámetros utilizados para definirle? La realidad no puede ser definida *a priori*: en el mismo momento en que se corre el riesgo de hacerlo, la realidad desaparece para transformarse en abstracción.

En el momento actual, el peligro reside en querer resolver el problema del enfermo mental por medio de perfeccionamientos técnicos...

En tal caso, el psiquiatra sólo perpetuaría con sus organizaciones ultramodernas y perfectamente equipadas, o con teorías perfectamente lógicas, una relación que yo calificaría de *metálica*, relación de instrumento a instrumento, donde la reciprocidad seguiría siendo negada sistemáticamente.

El análisis de la crisis deja entrever la total incapacidad de comprensión, para la psiquiatría, de la naturaleza de una enfermedad cuya etiología permanece desconocida, y que reclama intuitivamente un tipo de relación diametralmente opuesto al que se ha venido adoptando hasta ahora. Lo que actualmente caracteriza esta relación a todos los niveles (psiquiatría, familia, institución, sociedad), es la *violencia* (la violencia sobre la cual se basa una sociedad represiva y competitiva), que se usa para acercarse al enfermo mental con la finalidad de desem-

barazarse inmediatamente de él... ¿Y qué es esto, más que *exclusión* y *violencia*, el motivo que impulsa a los miembros que se consideran sanos de una familia, a canalizar sobre el más débil la agresividad acumulada por las frustraciones de todos? ¿Qué es, más que *violencia*, lo que incita a una sociedad a apartar y a *excluir* a los elementos que no juegan el juego de todos? ¿No es *exclusión* y *violencia* lo que está en la base de instituciones cuyas reglas tienen por finalidad precisa destruir lo que aún queda de personal en el individuo, so pretexto de salvaguardar la buena marcha de la organización general?...

Analicemos el *mundo del terror*, el *mundo de la violencia*, el *mundo de la exclusión*. Si no reconocemos que este mundo somos nosotros —nosotros, que somos las instituciones, las reglas, los principios, las normas, las ordenanzas y las organizaciones—, si no reconocemos que formamos parte integrante del *mundo de la amenaza* y de la *prevaricación* por el cual el enfermo se siente aplastado, no comprenderemos nunca que la crisis del enfermo es nuestra propia crisis... El enfermo sufre, sobre todo, por verse obligado a elegir una forma de vida «aprobemática» y «adialéctica», dado que las contradicciones y las violencias de nuestra realidad son, muy a menudo, insostenibles. Por tanto, la psiquiatría sólo ha acentuado esta elección, asignando al enfermo el único espacio que se le había concedido: el espacio de una sola dimensión creado para su uso (junio de 1967).

Pero no es la comunidad terapéutica, en tanto que organización establecida y definida según nuevos esquemas, distintos a los de la psiquiatría de asilo, la que garantizará el carácter terapéutico de nuestra acción, sino el tipo de relación que se instaurará en el interior de esta comunidad. Ésta se convertirá en terapéutica en la medida en que sabrá discernir los factores de *violencia* y de *exclusión* presentes tanto en el instituto como en la sociedad entera: al crear los presupuestos para la toma de conciencia progresiva de esta *violencia* y de esta *exclusión*, de modo que el enfermo, el enfermero y el médico —en tanto que elementos constitutivos de la comunidad hos-

pitalaria y de la sociedad global—, puedan afrontarlas, dialectizarlas y combatirlas, reconociéndolas como estrechamente unidas a una estructura social particular, y no como un estado de hecho ineluctable. En el interior de la institución psiquiátrica, cualquier investigación científica sobre la enfermedad mental en sí sólo es posible después de haber eliminado por completo las superestructuras que nos remiten a la violencia del instituto, a la violencia de la familia, a la violencia de la sociedad y de sus instituciones (octubre de 1967).

La reconstrucción, efectuada a partir de los documentos, del proceso de transformación en nuestra institución, no intenta ser la descripción de una *técnica* ni de un *método* de trabajo más eficaces o más positivos que otros. La realidad de hoy no es la de mañana: a partir del instante en que es fijada, queda desnaturalizada o sobrepasada. Se trata únicamente de la elaboración teórica de una acción que ha madurado a medida que el sistema de vida concentracional cedía el paso a otras relaciones más humanas entre los miembros de la institución. Los problemas y las formas de afrontarlos se han modificado poco a poco, mientras se clarificaba y ampliaba gradualmente nuestro campo de acción. Y es esto lo que nos interesa en nuestra acción cotidiana.

De cualquier modo, como es normal —en la medida en que actuamos en el seno de una institución terapéutica—, se nos pregunta generalmente si la nueva condición comunitaria constituye la solución al problema de las instituciones psiquiátricas y si, a partir de los resultados estadísticos, los enfermos se curan más aprisa. Es difícil responder en términos cuantitativos, y aunque se pueden ofrecer, en este sentido, datos clásicamente *positivos*, no es ésta la mejor forma de plantear el problema.

Una visión de conjunto de los hospitales psiquiátricos basta para revelarnos que, en líneas generales, la terapia farmacológica ha dado en todas partes resultados a la vez sorprenden-

tes y desconcertantes. Los medicamentos ejercen una indudable acción, cuyos resultados se han podido ver en nuestros asilos a través de la disminución del número de enfermos «asociados» al hospital. Pero —*a posteriori*—, pueden empezar a comprarse las modalidades de su acción, tanto a nivel del enfermo como del médico. Los fármacos actúan simultáneamente sobre la *ansiedad del enfermo* y sobre la ansiedad de quien le cuida, poniendo de este modo en claro una situación paradójica: por medio de los medicamentos que administra el médico calma su propia ansiedad frente a un enfermo con el cual no sabe establecer relaciones, ni hallar un lenguaje común. De este modo, compensando mediante una nueva forma de violencia su incapacidad de controlar una situación que aún juzga *incomprensible*, sigue aplicando, bajo una fórmula perfeccionada, la ideología médica de la *objetivación*. El efecto «sedante» de los medicamentos fija al enfermo en su rol pasivo de enfermo; el único factor positivo de esta situación es que permite la posibilidad de establecer una relación, incluso cuando ésta se halla subordinada al juicio subjetivo del médico, quien puede sentir o no necesidad de ella. Por otra parte, los medicamentos actúan sobre el enfermo atenuando su percepción de la distancia real que le separa del «otro», lo cual le permite entrever una posibilidad de relación que, de otro modo, le sería negada.

En definitiva, lo que se transforma bajo el efecto de los medicamentos no es la *enfermedad*, sino la aparente actitud (en la medida en que siempre se trata de una forma de defensa, y por lo tanto de violencia) del médico en relación con ella. Lo cual confirma, por lo demás, nuestras conclusiones precedentes: a saber, que la enfermedad no es la condición objetiva del enfermo y que lo que le confiere *la cara que tiene*, reside en la relación con el médico, que la codifica, y la sociedad, que la niega.

El hecho de que en 1839 —antes de la era farmacológica—, Conolly hubiese podido crear una comunidad psiquiátrica completamente libre y abierta, da testimonio de lo que venimos afirmando. La acción de los medicamentos ha hecho evidente lo que nosotros, los médicos, más preocupados por la

enfermedad en abstracto que por el enfermo real, no habíamos intuido. Bien examinada, constituye un desafío al médico y a su escepticismo, más allá del cual se esboza la posibilidad de iniciar un diálogo que podrá abarcar o no la acción de los medicamentos.

Conscientes de esto, en el momento en que nuestra acción se halla sometida al juicio de la opinión pública, que se encuentra directamente interesada, estamos situados ante una elección fundamental: o bien exaltamos nuestro método de trabajo que —a través de una primera fase destructiva— nos ha permitido crear una nueva *realidad institucional*, y la proponemos como solución-modelo al problema de las instituciones psiquiátricas, o bien nos proponemos *la negación como única modalidad actualmente viable en el interior de un sistema político-económico que absorbe cualquier nueva afirmación y que la utiliza como nuevo instrumento de su propia consolidación*.

En el primer caso, es evidente que la conclusión sólo podría ser otra cara de la misma realidad que hemos destruido: la comunidad terapéutica, en tanto que nuevo modelo institucional, aparecería como un simple perfeccionamiento técnico, tanto en el interior del sistema psiquiátrico tradicional como del sistema sociopolítico general (1). Si nuestra acción de nega-

(1) El ejemplo inglés en este sentido nos parece muy significativo. En el ámbito de la National Health, la psiquiatría ya no ocupa un lugar secundario, pero el enfermo mental, como cualquier otro enfermo, está considerado como «informal people», y de este modo se halla integrado en el sistema sanitario general. Pero, si sólo se puede estar de acuerdo en cuanto a la orientación de conjunto, ésta sigue siendo un gran punto de interrogación. En efecto, la integración al sistema puede disimular una evasión al problema de la enfermedad mental, y por lo tanto, mantener la ilusión de haber eliminado una de las mayores contradicciones de nuestra realidad. Sofocar bajo una dulce regresión comunitaria el problema de la contradicción de la enfermedad, es el riesgo que corren algunas organizaciones psiquiátricas. Por ejemplo, las ideas de «learning leaving situation» o de «sensitivity training», de Maxwell Jones, corren el riesgo de revelarse, en la ausencia de un real control comunitario, como tentativas de integración «aprobématica»: creer que la «learning leaving situation» o el «sensitivity training», son técnicas de resolución de conflictos sociales igualmente aplicables a una comunidad de trabajadores

ción ha tenido por efecto poner en claro que el enfermo mental es uno de los *excluidos* y una de las víctimas propiciatorias de un sistema contradictorio que intenta negar en ellos sus contradicciones, ahora el mismo sistema tiende a mostrarse comprensivo en relación con esta *exclusión flagrante*: la comunidad terapéutica como acto reparador, como resolución de conflictos sociales a través de la adaptación de sus miembros a la violencia de la sociedad, puede cumplir su tarea terapéutico-integrante, y hacer de este modo el juego a aquellos mismos en contra de los cuales ha sido creada. Después de un período inicial de clandestinidad (cuando todavía su acción podía escapar al control y a una codificación cristalizante, que convertiría en fin lo que era sólo una simple etapa a lo largo del camino de la subversión radical), la comunidad terapéutica ha sido descubierta del mismo modo en que se descubre un nuevo producto: cura más, del mismo modo que OMO lava más blanco. De este modo, no sólo los enfermos, sino también los médicos y los enfermeros que han contribuido a realizar esta nueva y *buena* dimensión institucional se encontrarían cautivos de la prisión sin barrotes que ellos mismos han edificado, se encontrarían excluidos por la realidad sobre la cual creían actuar, en espera de ser readmitidos y reintegrados al seno de un sistema que se apresura en disimular los fallos más evidentes para enseñar muy pronto otros más subterráneos.

no enfermos, puede representar, efectivamente, una tentativa de solución ideológica que no tiene en cuenta una realidad contradictoria (colocándose en el mismo plano que el «resolving social conflict» de Lewin). Si la posición inglesa aparece como una de las más estimulantes, por el hecho de que atribuye al enfermo un papel activo en su *self making*, parece inaceptable, en cambio, cuando este *self making* revela una tendencia a la integración, y por lo tanto, una concepción reformista del sistema psiquiátrico.

A pesar de que la organización del hospital, en el cual ejercemos nuestra acción, esté basada en premisas análogas a las que existen en Inglaterra, somos perfectamente conscientes del peligro: es en la impugnación, y no en la integración, que el rol y el *self making* del enfermo deben hallar su sentido. (Franca y Franco Basaglia, G. F. Minguzzi, «*Exclusion, programmation et integration*», *Recherches*, núm. 5, París, 1967.)

La única posibilidad que nos queda, es preservar el ligamen del enfermo con su historia —que siempre es una historia de abusos y de violencia—, denunciando de forma clara y permanente el origen de la violencia y del abuso.

He aquí porqué rehusamos proponer la comunidad terapéutica como un *modelo institucional* que sería interpretado como una nueva técnica de resolver los conflictos. Nuestra acción sólo puede proseguir en una *dimensión negativa*, que sea, en sí misma, a la vez destrucción y superación. Una destrucción y una superación que, yendo más allá del sistema coercitivo-penitenciario de las instituciones psiquiátricas, o ideológico de la psiquiatría en tanto que ciencia, pueda entrar en el terreno de la violencia y de la exclusión inherentes al sistema socio-político, rehusando dejarse instrumentalizar por el objeto de su *negación*.

Somos perfectamente conscientes del riesgo que corremos: sucumbir a una estructura social basada en la *norma* establecida por ella misma, y más allá de la cual se entra en las sanciones previstas por el sistema. O nos dejamos reabsorber e integrar, y la comunidad terapéutica se mantendrá en los límites de una rebelión interior al sistema psiquiátrico y político, sin atacar los valores (lo cual implica recurrir, para lograr la supervivencia de nuestros proyectos, a una ideología psiquiátrica comunitaria propuesta como solución al problema específico y parcial de la psiquiatría), o bien seguimos minando —hoy a través de la comunidad terapéutica, mañana bajo nuevas formas de rebelión y de rechazo—, los mecanismos del poder en tanto que fuerte de regresión, de enfermedad, de exclusión y de institucionalización a todos los niveles.

Nuestra condición de psiquiatras nos obliga a una elección directa: o aceptamos ser los *concesionarios del poder y de la violencia* (y cada acción de renovación, mantenida en los límites de la *norma*, será aceptada con entusiasmo como la *solución* del problema), o rechazamos esta ambigüedad e intentamos (en la medida de lo posible, conscientes de formar parte, nosotros mismos, de este poder y de esta violencia), afrontar el problema de forma radical, exigiendo que se englobe en una

discusión de conjunto que no puede contentarse con soluciones parciales y mistificadoras.

Y hemos hecho ya nuestra elección que nos obliga a mantenernos anclados al enfermo entendido como el resultado de una realidad que no se puede evitar poner en cuestión. Por ello nos limitamos a verificaciones y a superaciones continuas, interpretadas demasiado apresuradamente como signos de escepticismo o de incoherencia relacionados con nuestra acción. Sólo el examen atento de las contradicciones de nuestra realidad puede librarnos de caer en la *ideología comunitaria*, cuyos resultados esquemáticos y codificados sólo podrían ser destruidos por una nueva *subversión*.

Mientras tanto, el *establishment* psiquiátrico define —aunque de forma no oficial—, nuestra empresa como falta de seriedad y de respetabilidad científica. Este juicio sólo puede halagarnos: *finalmente* nos asocia a la falta de seriedad y de respetabilidad atribuidas desde siempre al enfermo mental, del mismo modo que a todos los *excluidos*.

Un cuento oriental (1) relata la historia de un hombre que andaba enfrentándose con una serpiente. Un día que nuestro hombre dormía, la serpiente, deslizándose por su boca entreabierta, fue a colocarse en su estómago, y desde entonces se dedicó a dictar desde allí su voluntad a aquel desgraciado, que de este modo se convirtió en su esclavo. El hombre se encontraba a merced de la serpiente: no era dueño de sus actos. Hasta que, un buen día, el hombre volvió a sentirse libre: la serpiente se había marchado. Pero de repente se dio cuenta de que no sabía qué hacer con su libertad. «Durante todo el tiempo en que la serpiente había mantenido sobre él un dominio absoluto, el hombre se había acostumbrado a someter por completo su voluntad, deseos e impulsos a la voluntad, deseos e im-

(1) Citado por JURY DAVYDOF en *Il lavoro e la libertà*, Einaudi, Turín, 1966 (trad. por V. Strada).

pulsos de la serpiente, y por ello había perdido la facultad de desear, querer y actuar con autonomía... En vez de la libertad, sólo hallaba el vacío..., pero con la partida de la serpiente perdió su nueva esencia, adquirida durante su cautividad», y sólo fue necesario que aprendiera a reconquistar, poco a poco, el contenido precedente y humano de su vida.

La analogía entre esta fábula y la condición institucional del enfermo mental es sorprendente: parece ilustrar, en forma de parábola, la incorporación, por parte del enfermo mental, de un enemigo que le destruye con la misma arbitrariedad y la misma violencia que la serpiente de la fábula ejerce para subyugar y destruir al hombre. Pero nuestro encuentro con el enfermo mental nos ha demostrado, además, que —en esta sociedad— *todos somos esclavos de la serpiente*, y que si no intentamos destruirla o vomitarla, llegará el momento en que nunca más podremos recuperar el contenido humano de nuestra vida.

LUCIO SCHITTAR

LA IDEOLOGÍA DE LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Cualquier exposición acerca de la comunidad terapéutica (1), requiere hoy, no sólo una perspectiva historiográfica, sino también un intento de análisis crítico de los orígenes y desarrollo de esta nueva forma de aproximación psicoterapéutica. Este análisis parece más necesario hoy, puesto que la «terapia comunitaria» tiende a ser considerada como la solución ideal al problema de las instituciones psiquiátricas, cuando se la puede considerar, simplemente (a menos que sea vista como una «situación» posible de disgregación o de palíngenesia, sin duda una etapa indispensable en el proceso de renovación institucional), como un nuevo instrumento de control «científico» de la desviación.

La comunidad terapéutica parece ser en efecto el «último grito» de la ciencia, la estructura llamada a resolver las contradicciones en las cuales se debate una psiquiatría institucional perpetuamente indecisa entre su vocación terapéutica y la pretendida necesidad social de excluir y de controlar a los individuos que presentan un comportamiento patológico.

Que la comunidad terapéutica llegue a resolver estas contradicciones es algo que muchos desean o creen, pero un estu-

(1) Aquí se está hablando sobre todo de las experiencias de comunidad terapéutica efectuadas en Inglaterra y América del Norte. Experiencias análogas están intentándose por todo el mundo. En Italia existen comunidades terapéuticas privadas (napolitanas); otras han visto la luz en los «servicios libres» de ciertos hospitales psiquiátricos tradicionales. El único hospital completamente regido bajo la forma de «comunidad terapéutica» (pero este término cada vez reviste significaciones menos claras), es el de Gorizia.

dio de sus orígenes y de su desarrollo hace bastante dudosa la posibilidad de tal resolución.

La comunidad terapéutica es una «invención» típicamente anglosajona, es decir inglesa. Inglaterra tiene la mayor tradición en materia de renovación institucional psiquiátrica (1): se remonta a los tiempos de Tuke, de Conolly y de la «curación moral» de los enfermos mentales.

El mismo Conolly, con su sorprendente capacidad de poner en práctica sus intuiciones sobre el valor terapéutico de la liberalización de los hospitales psiquiátricos (a partir de 1839 supresión completa de los métodos de contención para los ochocientos enfermos de Hanwell), puede ser considerado (1) como el pionero de una serie de tentativas que desembocaron en Maxwell Jones y en las actuales comunidades terapéuticas.

Pero, más allá de la tradición reformista, de origen esencialmente religioso (los Tuke eran cuáqueros), otros factores han contribuido, seguramente, a la aparición en Inglaterra de los métodos sociales en el tratamiento de los enfermos mentales. La segunda guerra mundial parece haber desempeñado un importante papel: el aumento considerable de enfermos y la relativa escasez de psiquiatras y enfermeros, plantearon graves problemas de rendimiento a los hospitales psiquiátricos.

Podemos añadir, además (Clark) que la guerra «sacó a los psiquiatras del mundo cerrado de los hospitales psiquiátricos y de la tranquilidad de sus estudios de psicoterapia, para arrojarles en el magma de los campos de reclutamiento, de los hospitales de campaña y de las unidades de combate, haciéndoles tomar conciencia de la enorme influencia que tienen los

(1) Y no sólo psiquiátrica: las Borstal Institutions, por ejemplo, fueron intentos efectuados a finales del siglo XIX, tendientes a humanizar las «casas de corrección». Y presentan varios puntos de contacto en relación con las comunidades terapéuticas creadas en numerosas prisiones inglesas y americanas en el curso de los últimos años.

(1) Cfr. R. HUNTER, *One Hundred Years after John Conolly*, «Proc. R. Soc. Med.», 60/85 (1967). Cf. igualmente A. PIRELLA y D. CASAGRANDE, *John Conolly dalla filantropia alla psichiatria sociale*, en *Che cos'è la Psichiatria?*, Parma, 1967.

factores sociales sobre los pensamientos y los sentimientos de los individuos», lo cual confirmaba, al mismo tiempo, las teorías de la nueva psiquiatría sullivaniana.

Sin embargo, las causas que presidieron el nacimiento de los métodos socioterapéuticos, fueron en gran parte «políticas».

Durante la guerra y la inmediata posguerra, se verificó una clara modificación de los esquemas político-culturales de la sociedad inglesa con la asunción, por parte de la comunidad, de responsabilidades sociales antes ignoradas. La participación de los trabajadores en el Gobierno permitió la adopción de leyes y de importantes medidas de seguridad social —como la organización del National Health Service, y de leyes como la Disabled Persons Act de 1944—, que marcaron un viraje en la actitud de la sociedad respecto a los enfermos mentales. Por primera vez éstos fueron objeto de un programa de rehabilitación en el exterior del hospital, y, por lo tanto, quedaron fuera de una situación de exclusión social.

También fueron políticas, en un sentido más amplio, las razones que incitaron a Maxwell Jones, por ejemplo, a intentar desenmascarar, incluso en las manifestaciones exteriores (la blusa blanca, el martillejo «agresivo», etc.), el poder real y fantasmagórico que ejerce el psiquiatra sobre el paciente que se le ha confiado.

En la práctica, estos intentos de poner en tela de juicio la autoridad y el poder médico entendido como mandato social y secuela de elementos antropológicos de tipo mágico, tomaron la forma de discusión en grupo sobre los problemas planteados por la vida comunitaria, discusiones en las cuales pacientes, médicos, enfermeros y asistentes sociales debían participar con los mismos derechos y con igual poder de decisión.

Brevemente, éstos fueron los presupuestos «teóricos»: la noción de comunidad terapéutica surgió en 1946 cuando T. F. Main (1), en un número especial del «Bulletin of the

(1) Cf. T. F. MAIN, *The Hospital as a Therapeutic Institution*, «Bull. Menn. Clin.», 10-66, 1946.

Menninger Clinic» dedicado a una reseña de los progresos de la psiquiatría británica de posguerra, hablando del trabajo de los psiquiatras ingleses del «grupo de Northfield» (Bion y Rickman, y más tarde Foulkes), describe el hospital de Northfield bajo el título: *Una comunidad terapéutica*.

Bion y Rickman habían organizado en 1943 al grupo de enfermos del hospital de Northfield, constituido por soldados afectados de neurosis, en una forma comunitaria, con grupos de discusión y participación de los pacientes en el gobierno de la repartición.

Lo mismo había hecho Maxwell Jones, en la división por el síndrome del esfuerzo, en Mill Hill en el período 1941-44 y luego, en el hospital para los prisioneros de guerra en Dartford en 1945; posteriormente, en 1947, en la división de rehabilitación industrial (en seguida social) de Belmont, que devino con el nombre de Henderson, el hospital para psicópatas en el que Maxwell Jones trabajó hasta 1959 (él es actualmente director del Dingleton Hospital de Melrose, Escocia).

El mismo Maxwell Jones devino en poco tiempo el más representativo, entre los psiquiatras que se interesaban por la comunidad terapéutica, y su modalidad de aproximación al problema institucional fue rápidamente aceptada e imitada por muchos psiquiatras occidentales.

Por otro lado, Stanton y Schwartz, Goffman, Barton, los Cumming, Caudill, Belknap y tantos otros estudiosos de la microsociología del Hospital Psiquiátrico, habiendo mostrado en sus investigaciones el efecto de las estructuras organizativas formales e informales de la institución sobre el mismo discurso mórbido de los pacientes (1), contribuyeron de modo decisivo

(1) Cf. al respecto: A. STANTON y M. SCHWARTZ, *The Mental Hospital*, Basic Books, New York, 1954. — M. GREENBLAT, R. YORK y E. L. BROWN, *From Custodial to Therapeutic Care in Mental Hospitals*, Russel Sage Foundation, New York, 1955. — J. A. R. BICKFORD, *The Forgotten Patient*, «Lancet», 5 de noviembre de 1955. — D. V. MARTIN, *Institutionalisation*, «Lancet», 3 de diciembre de 1955. — I. BELKNAP, *Human Problems in a State Mental Hospital*, McGraw-Hill, New York, 1956. — M. GREENBLAT, D. J. LEVINSON y

a la imposición de una reforma institucional psiquiátrica, con lo cual se actuó en el sentido de una «terapia comunitaria».

En 1953, como colofón de un estudio sobre las organizaciones psiquiátricas de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud, el comité de expertos afirmó (1) que el hospital psiquiátrico debía ser, *en su totalidad*, una comunidad terapéutica. Debía estar regida, pues, por determinados principios, tales como la conservación y salvaguarda de la individualidad del paciente, la convicción de que los pacientes son dignos de confianza y capaces de tomar sus propias iniciativas y asumir sus responsabilidades, el regular empleo de los pacientes en determinados tipos de ocupación, etc.

La puesta en práctica de estos «principios fundamentales» debía estructurar el hospital psiquiátrico de una nueva forma, sin desembocar necesariamente en la formación de una comunidad terapéutica tal como se concibe normalmente hoy, y como la han aplicado los ingleses, particularmente Maxwell Jones.

Este último tipo de comunidad terapéutica (que es la comunidad terapéutica propiamente dicha), se basa en ciertos principios, calificados de revolucionarios, que de hecho suprimen los esquemas tradicionales de relación entre el médico y el paciente. Al no poder ser reducida a esquemas rígidos, esta relación se caracteriza por el aprovechamiento deliberado, con finalidades terapéuticas, de todos los recursos de la institución, entendida como un conjunto orgánico y no jerarquizado de médicos, pacientes y personal auxiliar.

L. H. WILLIAMS, *The patient and the Mental Hospital*, The Free Press, Glencoe, 1957. — W. A. CAUDILL, *The Psychiatric Hospital as a Small Society*, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1958. — R. BARTON, *Institutional Neurosis*, Wright, Bristol, 1959. — E. GOFFMAN, *Asylums*, Anchor Books, New York, 1961. — J. y E. CUMMINGS, *Ego and Milieu*, Tavistock, London, 1962. — J. K. WING, *Institutional in Mental Hospital*, «Brit. J. Soc. Clin. Psychol.», I:38-51, 1962. — A. WESSEN, *The Psychiatric Hospital as a Social System*, Thomas, Springfield, Ill., 1964.

(1) Cfr. *World health organization-expert committee on mental health*, 3rd. Report, Ginebra, 1953.

Según Martin: «Una comunidad terapéutica es aquella que se esfuerza en utilizar al máximo, en un vasto plano terapéutico, la contribución de todos, personal y pacientes».

Al conseguirse estos caracteres generales de multipolaridad en la aproximación terapéutica —así como el rechazo implícito de la relación dualista médico-paciente—, conviene subrayar que no existe un modelo de comunidad terapéutica, sino diversas modalidades de aplicación, que, por el mismo hecho de mantener su estructura en continuo devenir, son difícilmente esquematizables.

Sin embargo, según Clark es posible hallar rasgos comunes con distintas ideologías:

1. *Libertad de comunicación*: todos los esfuerzos tienden a que la comunicación se establezca, a distintos niveles, en todas las direcciones —y no sólo de arriba a abajo de la pirámide jerárquica, como es el caso en las instituciones tradicionales.

2. *Análisis en términos de dinámica individual y, particularmente, interpersonal, de todo lo que sucede en la comunidad*. Tienen lugar, precisamente, durante las reuniones de grupo, con tanta mayor intensidad y frecuencia cuanto más los psiquiatras se orienten en sentido psicodinámico. En el límite, las reuniones comunitarias de servicio pueden transformarse poco a poco en sesiones de psicoterapia de grupo (Mack).

3. *Tendencia a destruir las relaciones de autoridad tradicionales y a nivelar la pirámide jerárquica*, cuyo grado más bajo está tradicionalmente reservado al paciente, sobre el cual se descargan las tensiones de todo el hospital. Este movimiento horizontal, con la necesaria subdivisión del poder de decisión que implica, constituye, sin lugar a dudas, la innovación más significativa de la comunidad terapéutica.

4. *Posibilidad de disfrutar de ocasiones de reeducación social* (1), espontáneas o estructuradas por la institución (bai-

(1) Maxwell Jones, en sus obras más recientes, ha insistido sobre la reeducación social (*social learning*), entendida como el instrumento más eficaz de terapia comunitaria. Según esta teoría, la enfermedad mental estaría íntimamente ligada con un proceso de desculturización. Así, ciertos atributos de la personalidad adulta, como por ejemplo la facultad de

les, proyecciones cinematográficas, representaciones teatrales, fiestas, salidas individuales o en grupo, etc.).

5. Presencia en una reunión (generalmente diaria) de toda la comunidad (*community meeting*), así como frecuentes y regulares reuniones más restringidas, a todos los niveles, que son el lugar natural de todos los procesos arriba mencionados.

El estudio de las características estructurales de la ideología y de la práctica comunitaria, permite individualizar otras constantes. Al analizar, en *Community as Doctor*, los fundamentos ideológicos de la comunidad terapéutica del Henderson Hospital, el sociólogo Rapoport reveló cuatro temas fundamentales:

Democratización: la opinión de cada uno considerada de igual forma.

Permisividad: los miembros de la comunidad testimonian un alto grado de tolerancia en relación con los *acting-out* de los pacientes más afectados.

Comunidad de intenciones y de finalidades.

Confrontación con la realidad: hacia la cual eran conducidos sin cesar todos los miembros de la comunidad terapéutica.

vivir y de actuar con los otros, se perderían bajo el efecto de la regresión mórbida. La situación terapéutica comunitaria, al amortiguar de algún modo (por la tolerancia del delirio, la interpretación del *acting-out* en lugar de la represión, etc.) los choques entre el individuo enfermo y los otros, favorecería un proceso de reeducación, de reculturalización, que tendría por finalidad la rehabilitación y la reintegración del paciente a la comunidad exterior. El uso de un término como el de «aculturalización» (que está constituido históricamente como la aceptación de la cultura del «señor» por el «siervo», y que, por lo tanto, puede asimilarse al de «colonización»), al insistir sobre la diferencia entre cultura «sana» y cultura «enferma», parece proponer la recuperación, en el dominio de la sociopsiquiatría, de un maniqueísmo fundamentalmente burgués para el cual la alienación, que separa al enfermo del sano, justifica la relegación de los «locos» fuera del comercio social.

Esta exclusión constituye la causa, y no el efecto, de la desculturización: la cultura infrahumana de los «crónicos», relegados desde hace años en los asilos, es su salida natural, pero a partir de los estudios sobre la institucionalización, hemos aprendido que tiene poca relación con la enfermedad mental.

Rapoport hace notar que estos temas se hallaban dialécticamente mezclados en la práctica hospitalaria, lo cual exigía a veces, *para responder a la amenaza de una desorganización posible* de la comunidad, una suspensión del clima de tolerancia, la reaparición de la «autoridad latente» del *staff*, una reimposición de los límites y la represión de la desviación.

De esta forma la democracia ideológica, por ejemplo, sufría también un «proceso de oscilación» en la práctica: de la fase inicial (fase A) de «participación de todos», se llegaba (fase D), a causa de la ansiedad creciente del *staff*, a imponer el *leadership* del personal encargado de la curación.

Además de la de Henderson, estudiada por Rapoport, otras importantes comunidades terapéuticas inglesas, casi todas nacidas en hospitales psiquiátricos, son las del Claybury Hospital de D. Martin (quien en *Adventure in Psychiatry* ha realizado una lúcida descripción), el Fulbourn Hospital de D. H. Clark, el Dingleton Hospital de Maxwell Jones, etc. (1).

En los Estados Unidos han surgido numerosas comunidades terapéuticas, algunas en clínicas privadas, otras como parte de estructuras psiquiátricas universitarias; otras incluso en reparticiones psiquiátricas de los hospitales generales y afines, como estructuras intermedias de la Community Psychiatry (hospitales diurnos, hospitales nocturnos, etc.) (2).

Los problemas que constantemente surgen por la aplicación del método comunitario en el campo psiquiátrico están siendo objeto de numerosos escritos.

(1) Cf. D. H. CLARK, *Administrative Psychiatry 1942-1962*, «Brit. J. Psychiat.», 109:178, 1963, para una historia detallada de las transformaciones institucionales psiquiátricas que han tenido lugar en los países de habla inglesa en los últimos años.

(2) Una de las primeras comunidades terapéuticas surgidas en los Estados Unidos es la de Wilmer —el Centro de psicodiagnóstico de la Marina de Oakland, California—, la cual ha sido tan publicitada (fue hecha hasta una película) que es considerada por muchos como una especie de modelo comunitario. No es redundante hacer notar que se trataba de una repartición *militar* (en ella la jerarquía militar se respetaba) con *reglas* bien rígidas, inscriptas en afiches en todas las habitaciones; por otro lado, se trataba de una repartición *cerrada con llave*.

La eficacia de la situación comunitaria como instrumento terapéutico ha sido puesta en duda: ¿«Cura» realmente la comunidad terapéutica (Letemendia)? ¿Pretende verdaderamente curar a los individuos en el sentido tradicional de la palabra (Rapoport)? La situación comunitaria, ¿es más apropiada para los «neuróticos», los «psicópatas» y los «esquizofrénicos», que para los «deprimidos» y los «maníacos» (Kole y Daniels), o es necesaria para todos (Jones): pacientes, médicos y enfermeros, sean quienes sean?

Se ha considerado la posibilidad de reducir o abolir los instrumentos terapéuticos tradicionales; insulino-terapia —Este-
rapia—, e incluso el tratamiento farmacológico (Klerman, Rubenstein y Lasswell, Sanders, Wilmer). Se han puesto en evidencia las tensiones entre los miembros del *team* terapéutico (Band y Brody, Jones, Zeitlyn).

En cambio, raramente se ha intentado determinar, *más allá de la ideología*, cuál sería el poder de decisión *real* de los pacientes y su participación *real* en el poder.

Quienes lo han hecho (Rubenstein y Lasswell) han llegado a la conclusión de que *«el paciente —en la comunidad terapéutica— sigue privado de ciertas libertades, y los miembros del staff siguen siendo agentes habilitados y mandados por la sociedad, para ejercer un poder extraordinario sobre los pacientes que les han sido confiados. El director aún está autorizado a privar a los pacientes de los derechos y de los privilegios generalmente considerados como una prerrogativa de los ciudadanos de una democracia»*.

También puede observarse cómo se reproducen, en la comunidad terapéutica, las formas de exclusión social consideradas como características del asilo de alienados. A veces, por la presencia (Wilmer, Cone, etc.) de servicios programáticamente cerrados (que, al privar de su libertad de acción al paciente, le impiden realizar elecciones primarias) y otras (como hace notar Zeitlyn) por la selección de los pacientes más «aptos» y el traslado a otros hospitales cerrados, de los individuos más afectados, considerados como inintegrables por el medio tolerante de la comunidad terapéutica.

Para Stubblebine, «uno de los principios —de la comunidad terapéutica—, radica en que las relaciones de autoridad deben ser abiertamente reconocidas y admitidas. La comunidad terapéutica es esencialmente una expresión de confianza en la capacidad de los individuos para juzgar su situación social con todo lo que ésta implica de autoridad. Para que el grupo pueda discutir abiertamente los problemas de autoridad, y sacar provecho de ellos, es fundamental para *el médico*, ejercer su autoridad en un clima tranquilo. *Debe sentirse, en lo posible, libre de cualquier amenaza cuando sus afirmaciones o sus intervenciones son examinadas, criticadas o deformadas, debe estar seguro de no tener nada o casi nada de lo cual defenderse, de manera que pueda actuar como un modelo de objetividad*», etcétera.

Al llegar a este punto, intentemos desentrañar las razones por las cuales la comunidad terapéutica no ha mantenido, al parecer, las promesas de una modificación profunda de la situación institucional. Dadas las premisas culturales que han presidido su nacimiento y desarrollo (la psicología social, de inspiración esencialmente darwinista), no podía mantenerlas, y a menudo ha terminado por revelarse, en manos de los médicos, como un nuevo instrumento «terapéutico», al igual que los fármacos ES y la ergoterapia de Simon. Y de hecho, ha sido así desde que fue introducida, bajo una etiqueta revolucionaria, la técnica sociopsicológica del «problem solving», fundamental en todos los campos donde se ha aplicado el trabajo de grupo: la industria, la administración o la psicoterapia (1).

(1) Un buen ejemplo de aplicación a la comunidad terapéutica de las técnicas de democracia psicopsicológica, nos lo proporcionan Kole y Daniels: «Las decisiones en la comunidad terapéutica —se toman según el proceso de “reaching a consensus”, o alcance de un consenso. Este término se entiende en el sentido de que ninguna decisión es definitiva mientras el grupo no tenga el sentimiento de que la acción que se debate es necesaria o aceptable. Este consenso salvaguarda la opinión de la

Se trata de técnicas de grupo propias de la psicología social, fuertemente influenciadas, sobre todo en América del Norte, por la teoría del «campo social», de Kurt Lewin. La forma lewiniana de resolución de los conflictos sociales (1), fue aplicada a la comunidad terapéutica como lo fue a la administración y a la industria para aumentar su eficacia (2). Según él, la «participación» de todos permite reducir los conflictos por el camino de la discusión. Los puntos de fricción pueden ser suavizados mediante la «manipulación», unida a una actitud tolerante y comprensiva. La discusión de grupo orienta los esfuerzos de los participantes, bajo la dirección de un *leader* esclarecido, hacia la consecución del «buen» objetivo común: tanto si se trata del desarrollo ordenado del proceso administrativo, como de una producción regular o de la cura-rehabilitación-integración del enfermo mental.

La importancia que reviste, bajo este punto de vista, la *eficacia* organizadora, es evidente, y sólo puede permitir alcanzar un «buen» objetivo, como es natural.

minoría: lo que no permite un simple voto a la mayoría. El consenso marca a menudo un cambio en la atmósfera del grupo: cuando un miembro que goza de prestigio emite un punto de vista que agrupa opiniones aparentemente diferentes y clarifica los estados de ánimo subyacentes, la tensión decae, cada uno se defiende y todos ríen y hablan».

(1) Cf. KURT LEWIN, *Resolving social conflicts*, Harper & Bros, New York, 1948. Para una crítica en profundidad de las teorías lewinianas, ver el artículo de H. S. KARIEL, *Democracy unlimited: Kurt Field Theory*, «Am. J. Sociol.», 62/280 (1956).

(2) Cf., por ejemplo, en lo que concierne a la aplicación de las técnicas de grupo en la industria, M. S. VITELES, *Motivation and Morale in Industry*, W. W. Norton & Co, New York, 1953: «La participación de grupo permite una "locomoción" hacia la misma meta común, sin engendrar "tensiones" que podrían llevar a un conflicto. En el campo industrial, la participación en las decisiones está considerada, por lo general, como el medio de llevar igualmente a los trabajadores a adoptar una actitud favorable a una transformación dada. El peligro de conflicto está descartado, puesto que el sentimiento de grupo que entraña la participación tiende a aproximar el "objetivo" de la producción al optimum deseado por los dirigentes. Por otra parte, la "emotividad" disminuye, puesto que en su "papel" de planificadores, los trabajadores tienden a mantener la discusión a un nivel relativamente despersonalizado».

Si este objetivo es el tratamiento de los enfermos mentales, la organización, para ser eficaz, deberá estar dirigida por el psiquiatra, que en la nueva institución que se propone y en la comunidad terapéutica, tomará el nombre de *psiquiatra «administrativo»* (Clark), o, como proponen más correctamente Levison y Kerman, de *clínico-ejecutivo*, clínico y dirigente a la vez, realizando de este modo por una parte el ideal de panorganización de la sociedad neocapitalista, y por otro, la aspiración psicocrítica a menudo presente entre los psiquiatras.

El ciclo parece cerrado. Lo que nació como una exigencia de renovación fundamental de las instituciones psiquiátricas, se revela a lo sumo, tanto en la práctica como en la teoría, como un nuevo tipo de institución, más moderna, más eficaz, pero donde las relaciones de poder han permanecido aparentemente siendo las mismas.

La «tercera revolución psiquiátrica», pues, no sería más que una tardía adaptación de las modalidades de control social del comportamiento patológico a los métodos de producción perfeccionados en el curso de los últimos cuarenta años por los sociólogos y los técnicos de la comunicación de masas. Con el pretexto de sanear las estructuras enteramente deshumanizadas del asilo de alienados, los sociólogos y los psicólogos de la organización parecen haber hallado el modo de aplicar, al dominio de la psiquiatría institucional, las técnicas (ante todo técnicas de grupo), que se han revelado tan eficaces en la gestión de la economía neocapitalista, sin afectar por ello al poder opresivo de la sociedad.

Esta conclusión parece confirmar las palabras de Marcuse (1): *«En la medida en que la sociología y la psicología operatorias han contribuido a aliviar las condiciones infrahumanas, forman parte del progreso intelectual y material. Pero también dan testimonio de la racionalidad ambigua del progreso, que satisface mientras ejerce su poder represivo, y que reprime mientras satisface».*

(1) Cf. H. MARCUSE, *El hombre unidimensional*, Barcelona, 1969.

Las contradicciones permanecen. Lo esencial, es tener conciencia de ellas. El debate que sigue, inspirado por las consideraciones que acabamos de exponer, puede dar una idea de la forma como se efectúa esta toma de conciencia.

PIRELLA: En la situación tradicional, el poder y la autoridad son manifiestamente opresivos, mientras que en la comunidad terapéutica, estarían más camuflados y atenuados. Yo quisiera hacer la siguiente pregunta, con intención provocadora: Puesto que sabemos cuál es la causa que, en la vieja organización, impide denunciar este poder opresivo (y es la misma estructura de la opresión), ¿qué es lo que impide, en la nueva organización, a quienes les concierne (pacientes, enfermeros, médicos, asistentes sociales, etc.), denunciar abiertamente, por todos los medios y en todos los lugares, este poder disfrazado, amortiguado, pero siempre opresivo? Dicho de otro modo, si el reproche que hacemos a Maxwell Jones de transformar el hospital psiquiátrico, de tal forma que los técnicos de la psicología social que se han aplicado a ello aparecen como técnicos del consenso, está fundado, ¿qué es lo que impide, en nuestra situación, o en la de Maxwell Jones, denunciar, desenmascarar, desmitificar este poder? El sistema ¿es tan perfecto que permite obtener un consentimiento sin fallos, sin contradicciones?

SLAVICH: Al parecer lo es. En el fondo, las comunidades ideales se componen de numerosas «Giovanna». Yo veo en ello una actitud integrada y de consentimiento al *leadership* fantasmagórico de la comunidad (la de Maxwell Jones o de otros), gracias a la cual las necesidades de la comunidad terapéutica se satisfacen sin tropiezos. En este sentido, la comunidad terapéutica me parece que funciona muy bien. Una vez logrado el principio de la reforma del autoritarismo, tengo la impresión de que crea un sistema completo y sin fisuras, un

sistema que no permite la menor denuncia de la «autoridad latente» que implica.

JERVIS: Creo que incluso la comunidad terapéutica revisionista-integrante de tipo psico-sociológico, muy articulada, con su mecanismo del consentimiento perfectamente eficaz, engendra contradicciones a la larga. Tengo la ligera impresión de que subsisten residuos de insatisfacción, de no integración, de rebelión, es decir, de autoritarismo abierto. Creo que una comunidad terapéutica, integrada y paternalista, donde todo sucede según un consenso muy regulado, es imposible. Quiero decir que siempre habrá zonas no recuperadas por el sistema. En suma, para funcionar, una comunidad terapéutica tal y como la vemos, de tipo neocapitalista, siempre oprimirá un poco. Siempre reprimirá un margen de no integración.

SLAVICH: Estoy completamente de acuerdo. Me había olvidado de señalar la necesidad, en el interior del campo de la comunidad terapéutica, de una pequeña cerrazón, parcial e «iluminada». Es cierto que la comunidad terapéutica integrada no puede sobrepasar unas medidas que, en caso de crisis, salvaguardan su integración. No puede superar, por ejemplo, un servicio cerrado. Con ello demuestra que es un sistema híbrido que mantiene aún en sí, para existir, residuos de autoritarismo no sólo latentes, sino explícitos. Las comunidades terapéuticas integradas, *deben* prever una cierta posibilidad de represión. Es probable que sólo cortando los puentes con la posibilidad material de excluir, y sólo entonces, el discurso pueda hacerse dialéctico.

PIRELLA: A mi pregunta anterior: «¿Qué es lo que impide denunciar claramente el poder aún presente y opresivo?», se puede responder: «Precisamente la posibilidad de ver estallar en cualquier momento un mecanismo de represión dirigido desde arriba. Una posibilidad real, y no hipotética».

SLAVICH: También se puede hacer el razonamiento inverso: «¿Qué es lo que preserva a una comunidad de la integración?». Yo creo que en el fondo es la amenaza derivada de la irreversibilidad de la situación de hecho. La inexistencia de un servicio cerrado, por ejemplo, mantiene seguramente la si-

tuación en caliente, dado que evita que cristalice en un modelo «perfecto». La presión de la *contestación* en masa del paciente, permitida mediante el libre movimiento (que le habrá sido *dado* a su momento, pero que ahora tiene muy a mano), es la verdadera garantía de un poder de control del paciente ante nosotros y ante la situación institucional. Mediante este control, el paciente impide al médico el regreso por el camino de formación de la comunidad, el adoptar de nuevo actitudes autoritarias o el construir situaciones artificiosamente comunitarias.

JERVIS: Creo que, en teoría, también se podría prever una comunidad terapéutica en la cual la totalidad del poder estuviese controlado, es decir, ejercitado por la base. Estoy hablando de una comunidad que funcionaría, en definitiva, por medio de comités completamente «democratizados». No creo, sin embargo, que esta sea la solución ideal: a partir del momento en que la base introdujera la necesidad de mantener a la comunidad en tanto que comunidad eficiente, terminaría, en la práctica, por introducir en ella la exigencia del poder. A mi modo de ver, la garantía de no caer en una nueva mistificación no está en el hecho de delegar el poder en la base, sino de correr en todo momento el riesgo de una disgregación de la comunidad. Si delegamos el poder en la base, puesto que ésta nos garantiza que sabe ejercerlo, en realidad lo único que hacemos es delegar la mistificación.

PIRELLA: No estoy de acuerdo. Tú olvidas que, *por definición*, el paciente admitido en un hospital psiquiátrico *no puede* administrar el hospital. En el momento en que los pacientes mandan en el hospital, realizan un enorme acto de impugnación del poder, puesto que contradicen un hecho que el poder justifica: su relegación en una situación de dependencia. Por consiguiente, creo que en tu frase hay una confusión, que a veces cometemos nosotros mismos, entre el poder en el interior del hospital y el poder exterior. Somos los concesionarios del poder exterior en la medida en que mantenemos la situación bajo control. A partir del momento en que ésta se nos escapa y se rige por sí misma según sus modali-

dades, que se nos escapan a su vez (en parte o totalmente, como se ha visto en determinados casos), se crea una impugnación profunda del poder exterior. En la dinámica de la *contestación*, de la cual hemos hablado tan a menudo, reside la diferencia entre nuestra comunidad y la comunidad en el sentido clásico del término. El hecho nuevo es que nuestra comunidad se caracteriza por una actitud de rebelión a todos los niveles, control recíproco y rebelión recíproca, todo ello de una forma contradictoria e incluso desordenada, que lleva a impugnar globalmente el poder exterior: un poder que, por otra parte, nos impondría controlar por completo la situación en una comunidad guiada, cosa que no hacemos.

BASAGLIA: Me parece —a pesar de que no haya podido seguir toda la discusión—, que el problema de la comunidad terapéutica y de su futuro depende por completo de la conciencia del peligro que corremos: el de caer en un simple reformismo psiquiátrico. Pero si queremos reconocer una dimensión dialéctica en la situación, debemos separar la segunda posibilidad, que podría ser el carácter contradictorio de la situación en sí misma: la institución se encuentra a la vez negada y dirigida, la enfermedad se encuentra a la vez, puesta entre paréntesis y cuidada, el acto terapéutico se encuentra a la vez rechazado y practicado. En este sentido, la negación acompaña a la gestión, y a la inversa. En cierta medida, la presencia de la pretendida «norma» en el interior de la institución psiquiátrica, podría parecer contestataria, puesto que la función explícita de la institución es precisamente contener lo que se sale de la norma. Hasta que el sistema no establezca que la institución psiquiátrica es una nueva institución de la norma, esto podría sugerirnos un sucesivo uso polemizante de la comunidad terapéutica y de su futuro depende por completo de la con-norma sería negar la *funcionalidad* misma de la institución psiquiátrica como lugar de lo anormal en la norma. Lo cual también significa que la presencia en las otras instituciones (familia, escuela, fábrica, etc.), de elementos de perturbación salidos de un instituto psiquiátrico que no quiere ser un lugar de descarga de las contradicciones exteriores, podría servir (del

mismo modo que la «norma» es contradictoria en el seno de la anormalidad), para sacar a la luz las contradicciones reales, en el mismo terreno de la pretendida «norma». El paciente procedente de la comunidad terapéutica puede desempeñar su rol de persona integrada en la sociedad a través de una institución reintegrante, pero también puede asumir una función impugnadora, en el sentido en que negará abiertamente, por el simple hecho de su presencia en el mundo exterior, el mundo de una sola dimensión que desea el sistema, y confirmará, al mismo tiempo, la acción de una institución que rechaza existir únicamente como lugar de descarga acontradictoria de las contradicciones.

ANTONIO SLAVICH

MITO Y REALIDAD DEL AUTOGOBIERNO

Autogestión, autogobierno, decisiones comunitarias; he aquí unos términos que cada vez aparecen con más frecuencia en el lenguaje reformado de la nueva psiquiatría, hasta el punto de que podrían hacernos pensar que se halla en vías de realización —en lo que aún ayer eran las instituciones de tratamiento y vigilancia—, un nuevo modo de gestión del poder, más libre y más «democrático», donde incluso el mismo enfermo mental participa. ¡Seductora hipótesis! Puede descartar, como por encanto, las contradicciones fundamentales que contraponen la institución al enfermo en una relación adialéctica de subordinación objetivante y que llega a poner entre paréntesis la violencia, más o menos disfrazada, que por sí sola puede regir una relación tan contradictoria. Permite, sobre todo, a quienes ejercen oficialmente el poder institucional, sustraerse a la ingente acumulación de contradicciones en las cuales, a pesar suyo, se hallan sumergidos.

Sean cuales fueren los postulados ideológicos de tal «autogobierno», éste nunca deja de presentar una apariencia adialéctica. En este sentido se pueden discernir las tres posiciones siguientes:

a) Una perspectiva que ve la resolución interna de todas las contradicciones institucionales en el simple cambio de situación, y, por lo tanto, el principio de que el enfermo pueda tener en su mano un poder de decisión elevado y racional en el seno de una especie de «república psiquiátrica» rigurosamente limitada a las dimensiones de microsociedad, y así arbitrariamente seccionada de la realidad social particular, de la cual toda institución es, en primer lugar, la expresión.

b) Una segunda perspectiva ve en el advenimiento eventual del «autogobierno» del enfermo mental una contradicción amenazadora: este «poder enfermo» se ve coloreado con los sombríos colores de lo irracional y del caos. La hipótesis sirve para justificar la conservación oficial y autoritaria del poder institucional en la más pura tradición del asilo de alienados.

c) La tercera forma de considerar el autogobierno, cada vez más expandida, supone una reducción espontánea de las contradicciones internas bajo el efecto de una intervención *exterior* esclarecida, de una *orientación técnica* (médica o sociológica), que serviría de base a la gestión ordenada y racional de ciertos sectores del poder institucional por parte del enfermo, convertido en colaborador.

No se puede hablar realmente de autogobierno por parte del enfermo sin plantear, explícitamente al menos, dos cuestiones: una sobre la naturaleza efectiva del poder que posee el enfermo, y otra, sobre las modalidades históricas de la entrega del poder en sus manos, según determinadó proceso de transformación de las instituciones psiquiátricas. Esta eventual transferencia de poder no puede ser simplemente una hipótesis: es necesario efectuar un análisis concreto antes de que se pueda, bajo ningún aspecto, hablar de «autogobierno». Limitándonos a un intento de análisis de las contradicciones que presenta una situación institucional concreta —como la experiencia goriziana de los últimos seis años—, se puede examinar de forma esquemática el proceso de redistribución del poder institucional, con el fin de ver en qué medida y bajo qué formas, eventualmente distintas, de la «democracia comunitaria» o del «autogobierno», el poder adquirido por el enfermo ha tenido un peso real en la crisis de las estructuras de la institución del asilo.

En la situación típica del hospital psiquiátrico tradicional —como la que conocimos en Gorizia en 1961, al principio de nuestra experiencia—, el enfermo no se halla útilmente si-

tuado en la jerarquía para el ejercicio del poder institucional: queda abiertamente «fuera de juego». La lógica de la institución no admite desviaciones; por lo tanto, no podría plantearse un autogobierno por parte de los enfermos. Sin embargo, la presencia física de estos últimos sigue haciéndose sentir en una medida digna de tenerse en cuenta. En primer lugar, los enfermos no dejan de constituir la razón de ser de la institución, y son, por consiguiente, el punto de referencia obligatorio para cualquier actividad organizativa, y además, se hallan últimamente integrados en la jerarquía. En segundo lugar, el peso de esta presencia —que sólo puede presentarse en forma de una preponderancia numérica—, se mide igualmente por la dureza de la reacción coercitiva y serializante que la institución debe poner en movimiento para reducir, esquematizar y simplificar el problema que le presenta el conjunto de casos en tratamiento.

Por articulada y estratificada que se halle la jerarquía de la autoridad interna, no existe una menor *solidaridad homogénea* de los diversos niveles, basada en la concordancia objetiva de los fines prácticos de la institución: médicos y personal de asistencia, todos ellos depositarios conscientes de un mismo mandato social de curación y de vigilancia, partes integrantes de un mismo mecanismo funcional, que actúan de forma solidaria —cada uno según su técnica respectiva—, con miras a alcanzar y mantener el fin institucional. La posesión en común del mismo objeto de ejercicio del poder —la masa de los enfermos—, facilita la distribución jerárquica de los roles entre las diferentes categorías profesionales y en el interior de éstas: el enfermo viene a ser el único intermediario, pasivo, entre las diferentes categorías (médicos, enfermeros, personal religioso, administrativo, etc.), y todas ellas permanecen cerradas en sus propios intereses corporativos y en los parámetros socioculturales de su casta.

Esta solidaridad formalmente homogénea entre los diversos niveles de la jerarquía, se ve favorecida por la característica misma del mandato social, siempre *delegado* en una cadena que no tiene otra alternativa que el contacto directo con el ob-

jeto del mandato (el enfermo). La delegación de poder proviene de fuera, de la cima jerárquica de la institución, después de una larga serie de circuitos que van involucrando las estructuras profundas de la sociedad exterior y sus poderes constituidos (la familia, el medio social natural y el lugar de trabajo del enfermo, la magistratura, la seguridad pública, etc.). La delegación se convierte en un testimonio molesto: tan pronto se halla en manos del médico en el interior del hospital, se transmite por vía jerárquica (una vez honradas y satisfechas las exigencias «científicas» de la orientación del tratamiento al formular las «normas generales» de tratamiento), al personal administrativo y de asistencia. Esta delegación, una vez afianzada, se halla en disposición de ejercer una autoridad real, directa y personal sobre el enfermo. De ello se deriva que, en la institución psiquiátrica tradicional, el médico posee un poder puramente formal y abstracto. Ya que el poder substancial y concreto lo ejerce el personal auxiliar. Por lo demás, es indudable que, para el enfermo, en su vida cotidiana en el interior de un servicio cerrado, la autoridad está encarnada en el enfermero: él es quien decide y revoca, concede y deniega y quien formula, a instancias de los demás, incluidos los médicos, la imagen buena o mala del paciente, etc.

Este mecanismo de la delegación de poderes en un hospital «cerrado» puede explicar por qué el médico siempre llega a conservar cierta respetabilidad a los ojos del enfermo. Su ausencia —justificada por una imposible ubicuidad y por múltiples obligaciones profesionales, pero compensada, sin embargo, por la amplia delegación que concede para los detalles prácticos de la asistencia—, le evita la molestia de tomar decisiones cara a cara con el enfermo. Ofreciendo a este último un «rostro» severo y distante, pero justo y no comprometido, podrá ser recuperado como fantasma del técnico que sabe y puede, único antagonista (útilmente situado en la jerarquía) del enfermero que, en cambio, decide y actúa realmente, como una presencia amenazadora y permanente. Incluso el hecho de que a los ojos del enfermo sea el médico quien, en definitiva, le retiene en el hospital, es reabsorbido por el mecanismo de las

delegaciones: y en la mayoría de estos casos el enfermo acaba por aceptar la interpretación según la cual la responsabilidad de su internamiento prolongado se sitúa por encima del médico.

La situación de hace seis años en Gorizia, en lo que concierne a la distribución del poder en el «gobierno» del instituto, era una situación probablemente análoga a la de muchos otros hospitales psiquiátricos por la característica que tienen todas las instituciones globales de repetirse. Una situación donde, evidentemente, el poder de decisión del enfermo era absolutamente nulo.

A finales de 1961, un nuevo director, seguido poco después por otro médico, iniciaron sus funciones en el hospital. Su rechazo del mandato de simple conservación del instituto y de una gestión formalmente ordenada para la exclusión del enfermo mental, entrañó una *brusca ruptura de la solidaridad funcional*, entre ciertos médicos (entre los cuales, sin embargo, figuraba la cima jerárquica representada por el director), y el resto del personal asistente. Una de las consecuencias de esta ruptura fue interrumpir la cadena de delegaciones del poder institucional, que pasó a ser asumido y ejercido por los médicos que se constituían en vanguardia, en nombre de una negación de la estructura del asilo, de sus normas condicionantes y de la institucionalización aneja.

Su acción, en el curso de este primer período, revistió a menudo aspectos de franca ruptura con las normas establecidas: presencia permanente y «ubicuitaria» en los servicios; nueva aproximación médica y psicopatológica del paciente, cuya presencia se intentaba obtener a través de la pantalla de la serialización; abolición brusca de cualquier medio de contención física y vigilancia activa para prevenir cualquier medida de coerción violenta; búsqueda y denuncia de numerosos ritos institucionales desprovistos de toda significación, aunque fuese de forma simplemente teórica; restablecimiento de ciertos medios tradicionales de reeducación, tales como la ergoterapia;

distribución a gran escala, y sin discriminación, de privilegios reservados hasta entonces a algunos enfermos particularmente útiles al instituto; reconsideración de un gran número de situaciones familiares y sociales de los pacientes, con el consiguiente reenvío de un gran número de crónicos; solicitud de múltiples medidas administrativas tendientes a mejorar las condiciones de vida de los internados, etc. Si bien, a partir de 1962, la base de la vanguardia se extendió gracias a la llegada de nuevos médicos y, sobre todo, al consentimiento de una cierta parte del personal, no cabe duda de que esta acción inicial —que ponía globalmente en tela de juicio la estructura del instituto— sólo fue posible mediante el ejercicio del poder no delegado por la cima, en el seno de una estructura aún jerarquizada y forzada a mantenerse a sí misma para negarse. Como quiera que fuese, semejante tentativa de transformación de las estructuras asilares sólo podía conducir a una profunda crisis de las posiciones de poder, establecidas a diversos niveles, en las distintas categorías profesionales y los diversos subsistemas. Los enfermeros en particular, desprovistos, en tanto que grupo homogéneo y autónomo, de su poder personal sobre el enfermo, privados de la delegación de que fueron investidos por el médico hasta entonces, se hallaban brutalmente expulsados de su condición institucionalizada: vivían una crisis que les colocaba ante una elección fundamental e imponía a cada uno la obligación de definir el sentido y el valor de su tarea, mientras que, fuera de una entrega de sí mismos, voluntarista y vagamente terapéutica, no tenían nuevos criterios ni valores establecidos a los cuales referirse.

Los enfermos, que sólo desempeñaban un papel indirecto y bastante marginal en todo esto, seguían siendo el *objeto* de las decisiones y de las acciones de la vanguardia. Lejos de representar una posibilidad de decisión, se hallaban expuestos al riesgo de una nueva forma de poder, más latente, pero no menos insidiosa. La tentación paternalista se revelaba inmanente, en la medida en que se hallaba en vías de realización, y, en realidad, este «voluntarismo terapéutico» podía tomar la forma del paternalismo: sólo se emancipaba en la medida en

que la praxis, por el hecho de la sucesión rápida de las fases de organización, negadas dialécticamente tan pronto formuladas, excluía cualquier voluntad de conservar las instituciones manipulándoles una reforma estable, y tendía incluso a derruir sus bases. Ciertamente, las decisiones y las acciones de la vanguardia se definían en función del enfermo, y no de la institución en sí misma. Pero eran siempre decisiones en-favor-de, que se transformaban en un don desde lo alto, o una concesión de privilegios, y eran recibidas de este modo, inicialmente al menos, por la mayor parte de los enfermos.

Una medida que también emanaba del equipo médico, pero que se diferenciaba cualitativamente de las precedentes, en la perspectiva de una redistribución posible del poder de decisión, consistió en «abrir» el primer servicio de enfermos crónicos (noviembre de 1962). Esto llevó a la práctica la determinación real de la vanguardia de reestructurar la institución terapéutica sobre nuevas bases. Si se considera que la principal forma del poder ejercido sobre el enfermo característica de la ideología de vigilancia, consiste en coartar su libertad de movimientos y controlarlo en un espacio limitado, la ruptura irreversible con esta ideología se hallaba consumada por la apertura de los servicios, y sobre todo por el restablecimiento, para el paciente, de una libertad no controlada en el interior del hospital. A pesar de numerosas reservas y de múltiples resistencias, y no sin medidas de precaución transitorias, otros cuatro servicios fueron abiertos en 1963.

Al principio, a medida que crecía el número de enfermos que disponía de una libertad cada vez menos condicionada, la mayoría seguía manteniéndose al margen del proceso activo de renovación de las instituciones: unos poseían una libertad concedida desde arriba, con la cual aún demostraban no saber qué hacer, si no era usarla para responder a las solicitudes predeterminadas de la socioterapia tradicional; los otros, que eran numerosos, estaban aún sometidos a la empresa asilar de los subsistemas cerrados. El proceso de repersonalización que se desprendía de la situación, en constante transformación dialéctica, hizo salir a la luz algunos *leaders* entre los pacientes que

colaboraron activamente con la vanguardia. Fue en el curso de este período (1963-1964) cuando ciertas iniciativas, procedentes de los enfermos y favorecidas por el equipo de curación, vieron la luz. Mediante las modalidades de gestión formalmente «autónomas», la posesión de un medio de comunicación interno y de propaganda (el periódico interior *Il Picchio*) y, sobre todo, su contraste con el cuadro aún ampliamente tradicional donde se situaban estas iniciativas, se proponían formas parciales y «revolucionarias» de autogobierno por parte de los enfermos. Al menos se consideraba así desde fuera del hospital (sobre todo en virtud del estado de opinión creado por *Il Picchio*); en realidad, se trataba de un grupo de enfermos crónicos (de quince a veinte personas como máximo), relativamente restringido en relación con la masa de los pacientes, y que tenían al frente un *leader* (Furio). Las iniciativas del grupo, que por lo demás cuadraban perfectamente con las finalidades de la vanguardia, fueron particularmente importantes durante este período (creación del Club «Ayúdenos a curar», primer núcleo organizado de pacientes procedentes de diversos sectores del hospital; organización y animación de los ocios, utilizando medios tradicionales, tales como fiestas, paseos, la biblioteca interior, etc.). Pero esta contribución reflejaba una redistribución del poder de decisión, tal vez menos efectiva de lo que parecía. El enfermo vivía aún la experiencia de su hospitalización, bien colaborando en las decisiones y en las sugerencias dictadas por la vanguardia, bien como objeto de las iniciativas terapéuticas y de las «animaciones» socio-terapéuticas. El margen de libertad de que disponía, se concretaba lentamente en la posibilidad de decidir en primera persona, desvinculado del control de vigilancia, su espacio y sus posibilidades, incluidas las de impugnación.

En esta fase (otoño de 1964) —caracterizada por la apertura y la liberalización progresiva de los servicios, con la irreversible concesión de libertad física al enfermo y la lenta recuperación, por parte de este último, de un margen de libertad psicológica en el *interior* del hospital—, en este movimiento de renovación, aparentemente informe y caótico, pero en busca

de organización, se sitúa la creación de la primera «comunidad terapéutica» en un servicio de enfermos crónicos. Nacida también de una decisión médica (apertura del sexto servicio, traspaso de gran número de pacientes de un servicio a otro, elección del personal y de los cincuenta y cuatro enfermos llamados a participar en la experiencia comunitaria), esta iniciativa revestía una nueva significación; en efecto, solicitaba la colaboración activa, no sólo de algunos *leaders* ya integrados en la vanguardia, sino también de una masa considerable de pacientes que provenían del conjunto de los servicios masculinos. Con ocasión de las asambleas —que iban a multiplicarse en lo sucesivo—, y viviendo cotidianamente en estrecho contacto con el equipo encargado de la curación, el enfermo llegaba a jugar un papel determinante en la organización colectiva y la gestión diaria del servicio, en el establecimiento de las normas, la formación de su cultura, la crítica de los mecanismos institucionales. Pero si las «decisiones» de organización, la resolución de ciertos problemas interiores sin la intervención del poder jerárquico, representaban —dado el contexto en el cual estaban situadas—, el aspecto más espectacular de la experiencia, su valor para el conjunto del hospital creemos que reside sobre todo en la posibilidad de establecer, en el seno de las asambleas de servicio, grupos de discusión y, en la vida cotidiana, una comunicación más efectiva y más directa, *entre todos* los miembros del servicio; comunicación tendiente a subvertir concretamente la verticalización jerárquica, intentando realizar permanentemente, en una paridad precaria, la colaboración de todos en un mismo fin terapéutico, y examinar problemas y tensiones interpersonales sin recurrir a la autoridad técnica exclusiva y decisiva del médico.

Esta primera experiencia comunitaria proponía una ideología, formulaba slogans, intentaba deliberadamente extender al resto del hospital los principios formales de una nueva organización terapéutica. Los cincuenta y cuatro enfermos llamados a participar en ella, desempeñaron un papel importante en la medida en que ellos activamente, en el contacto directo con los otros pacientes, en grupos espontáneos formados fuera de los

servicios (el bar del hospital, íntegramente dirigido por los enfermos, fue creado en octubre de 1964, contemporáneamente a la comunidad terapéutica), demostraban la oportunidad y las ventajas del «nuevo» tipo de gestión comunitaria. No hay duda de que la consciencia y la cultura de este grupo inicial maduraron con bastante rapidez. Sin embargo, no hay que olvidar que las esperanzas, que estaban en la base de esta colaboración activa, se hallaban aún condicionadas por el poder de decisión del médico; en efecto, la experiencia era considerada por los enfermos como un gran esfuerzo común que preludiva su salida del hospital. Y en la medida en que estas promesas y esta posibilidad fueron mantenidas, el servicio pudo asegurar su cohesión y activar la espontaneidad de una dinámica que aparecía, desde el exterior, como un modelo de gestión «democrática» y comunitaria.

En el curso de los años 1965 y 1966, la «cultura comunitaria» ganó progresivamente la mayor parte de los sub-sistemas. Cada servicio instauró sus asambleas, mientras el equipo encargado de la curación mantenía reuniones semanales, sesiones de organización y «comités» que se creaban y se deshacían sin cesar. Estos intentos hallaron a menudo en sí mismos su propia negación. No fue por azar que, durante este período, la colaboración de nuevos médicos coincidió con la progresiva puesta en marcha de todos los sub-sistemas, su total apertura y la multiplicación de las reuniones. En noviembre de 1965, finalmente, se hizo sentir espontáneamente la necesidad de una asamblea general que favoreciera los contactos e intercambios entre todos aquellos que, por cualquier concepto, desearan participar en ella.

Las decisiones relacionadas con la realización de estas diferentes iniciativas, venían aún de la vanguardia; sin embargo, muchas de ellas se hallaban invalidadas desde el momento en que el enfermo —cuya participación en las reuniones era espontánea—, denunciaba en ellas la falta de motivaciones válidas para él. Por otra parte, la intensificación de las comunicaciones y una mayor participación de la base en las posibilidades de decisión, ofrecidas cotidianamente por la vida institu-

cional, llevaron espontáneamente a liberar algunos servicios —sobre todo en lo concerniente al tiempo libre—, del control y la organización con finalidades «socioterapéuticas» ejercidas por el equipo encargado de la curación.

Esta descripción del proceso que condujo a enfermos, médicos y enfermeros a colaborar de forma progresiva —lo cual hace pensar en una homogeneización del conjunto del campo hospitalario sobre una base «comunitaria» avanzada con la participación real y activa del paciente—, sería mistificadora si silenciara ciertas importantes contradicciones internas, que parecen desmentir en parte este mismo proceso comunitario. Es el caso, por ejemplo, del desfase que presentaron las etapas de apertura de los servicios femeninos en relación con los servicios masculinos. Las causas posiblemente son múltiples; la última, y menos importante, parece ser aquella, tantas veces invocada, de la «pasividad» femenina, también testimoniada por las enfermas.

Otra contradicción importante estaba representada, incluso recientemente, por la presencia de los dos últimos servicios cerrados. A pesar de que éstos no fuesen utilizados desde hacía mucho tiempo como medio de sanción y de control de las desviaciones, la posibilidad fantasmagórica de la sanción subsistía, y contrapesaba la restitución progresiva al enfermo de su libertad de movimientos. Poco después, estos últimos servicios fueron también abiertos. Gracias a dos acciones de «ruptura» que desposeyeron de sus poderes a los círculos «decisionales» interiores (muy controlados en estos dos servicios cerrados por sub-grupos del equipo de enfermeros), *todos* los pacientes tienen actualmente la *posibilidad teórica* de liberarse del sistema de vigilancia y de disponer por sí mismos de su libertad de movimientos, utilizando a su gusto los medios que la vida institucional les ofrece.

El enfermo tiene, pues, actualmente, poder para negar ciertas decisiones del equipo encargado de su curación, no por una «decisión» tomada por mayoría, sino mediante el rechazo individual de su colaboración.

Los debates aparentemente ordenados de las asambleas evocan los modelos parlamentarios. A través de ellos se reencuentra la imagen de un «autogobierno» del enfermo en el seno de la institución; pero al mismo tiempo surge el otro aspecto de la contradicción relativa a las asambleas. Todo «autogobierno», como decíamos al principio, exige un poder, y éste debe poder transformarse en decisiones que confirman el poder de quien las toma. Más allá de las apariencias parlamentarias formales, podemos preguntarnos: «¿Cuáles son las decisiones reales tomadas por un instituto psiquiátrico, y qué participación tiene el enfermo en cada una de sus decisiones?». Una respuesta perfectamente de acuerdo con la ideología comunitaria sería: «*Todos* deciden; *todas* las decisiones son importantes». De hecho, en una institución que sigue teniendo por fundamento legal la contradicción fundamental que le opone al enfermo como objeto de la orden de curación y de vigilancia, no todas las decisiones tienen la misma importancia: algunas tienen relación con esta contradicción fundamental y otras no. De un modo análogo, tales decisiones no podrían ser tomadas indiferentemente por todos, puesto que, en la medida en que esta contradicción fundamental persiste, siempre habrá participantes a títulos diversos.

Por ejemplo, ¿cuáles son, en la práctica, los tipos de decisiones que pueden ser discutidas en las asambleas? Distinguiremos las siguientes categorías:

1. En una institución cerrada, donde el médico tiene la orden de retener al enfermo por coacción, y que de este modo sigue siendo solidaria de la institución en la contradicción fundamental, las decisiones importantes conciernen a la dimisión del enfermo, su transferencia o la posibilidad de salir del hospital manteniendo contacto con la institución (permisos para visitar la familia, paseos, etc.). El enfermo no tiene poder alguno sobre estas decisiones. Cualquier presión de grupo o individual

en este sentido sólo es eficaz si expresa una posición de acuerdo con el consentimiento que el médico tiene previsto conceder.

2. Para las decisiones «terapéuticas» que, por sí mismas, son una prerrogativa del médico, el enfermo puede disponer de un cierto margen de discusión. Pero, generalmente, no puede oponerse más que rechazando globalmente determinado tipo de terapia, puesto que se halla desprovisto del poder técnico, que le permitiría criticar con detalle el tratamiento.

3. Para las decisiones administrativas interiores (beneficios individuales o de grupo, mejoras, etc.), el enfermo puede desempeñar un papel, aunque limitado, formulando, en el curso de las asambleas, algunas opiniones abiertamente contrarias que ponen en serios aprietos a los órganos oficiales de decisión administrativa. Sin embargo, se trata de ocasiones bastante raras, y en relación con hechos o sujetos capaces de suscitar una crítica masiva. Por otra parte, es indudable que el enfermo no tiene posibilidad alguna de control sobre el tiempo y el modo de aplicación de estas medidas. Por lo demás, este tipo de decisiones tiende más a consolidar el «nuevo» sistema de vida institucional, a reforzar la integración del enfermo en la microsociedad hospitalaria, que a «poner en crisis» su relación contradictoria con ella.

4. Las decisiones que conciernen a la vida común en el interior del hospital, así como la organización de ciertas actividades y del tiempo libre: ciertamente son posibilidades reales para el enfermo, sobre todo a partir del momento en que el equipo encargado de su curación parece haber renunciado a su poder socioterapéutico, y, por lo tanto, a sus intervenciones organizadoras «clarividentes». Este último tipo de decisiones es el más frecuente en las asambleas. Sin embargo, no podríamos afirmar que reflejan el poder del enfermo: contribuyen, y de forma determinante, a formar unas *superestructuras comunitarias* —que no tienen sentido, dado que no son negadas—, y en todo caso, no ejercen influencia alguna sobre la contradicción fundamental. Ciertamente, cualquiera de estas decisiones puede ser tomada sin la intervención de ningún guía técnico, pero esto

ya es suficiente para hacerlas sospechosas y para revelar la insidiosa mistificación que consiste en calificar esta gestión de «autogobierno».

Si dejamos de lado la contradicción fundamental que opone la institución —organizada para practicar la exclusión, la curación y la vigilancia del enfermo— al enfermo mismo, objeto de esta curación y de esta exclusión y si pretendemos que la acepte *de facto*, sugiriéndole la posibilidad de recuperar sus «derechos cívicos» en el cuadro del instituto mediante una colaboración en la gestión, formalmente ordenada de acuerdo con todas sus contradicciones internas, acabaremos por descubrir un extraño y jocosos mecanismo, que no sabe reírse de sí mismo. Por otra parte, cada juego obedece a reglas predeterminadas que no admiten variantes ni transgresiones: el menor error se paga caro. De ello se deduce que cualquier institución que elige practicar el juego del formalismo comunitario, debe prever sólidos mecanismos compensadores para asegurar el control de las desviaciones. Al menos se le ofrecen dos vías seguras: la primera consiste en transformarse en una comunidad terapéutica «guiada», que admite explícitamente la sanción de las reglas del juego, y que, por consiguiente, se basa en la persistencia de sectores institucionales cerrados, que ejercen esta sanción, sin los cuales cualquier dirección sería vana e irrisoria. La segunda permite que la tensión inherente a las contradicciones institucionales crezca de forma condicionada y sólo hasta cierto punto, más allá del cual entra en juego una autoridad no coercitiva, persuasiva e interpretativa, que no se manifiesta en otras circunstancias. Esta segunda actitud se basa claramente en el poder técnico médico, que no confía más que en sí mismo y en su capacidad de interpretación y de resolución. Sin embargo, a pesar de que esta seguridad sea lo contrario de la inseguridad inherente al primer modelo «comunitario», que se ve obligado a mantener la violencia para hacer contrapeso a la «permisividad», en lo que concierne al poder del enfermo, el resultado es el mismo.

Como hemos visto, ni siquiera el hospital de Gorizia ha podido evitar todas las reglas de este juego institucional, y observando más de cerca, veríamos que reúne las condiciones de un perfeccionamiento formal que permitiría al equipo encargado de la curación tener en todo momento los triunfos en la mano. Pero, durante el proceso de transformación de la situación asilar, la acción de vanguardia, de forma paralela al redescubrimiento del juego comunitario, ha puesto intencionalmente las bases de su negación. En efecto, desde el momento en que el enfermo recobró su libertad de movimientos por un «don» concedido desde arriba, desde que la apertura de los servicios fue llevada deliberadamente hasta sus últimas consecuencias, es decir, la apertura de todo el hospital, los mecanismos tradicionales de control se hallan fuera de juego. La llamada a una colaboración comunitaria masiva por parte de los pacientes, muestra sus límites objetivos y se pone a sí misma en discusión. Tal vez resida en esto el margen de poder adquirido realmente por el enfermo. Frente a esta posibilidad de impugnación —individual e incluso regresiva, del enfermo, pero que se multiplica por la masa numérica de los hospitalizados—, la lógica de la contradicción fundamental que opone la institución al enfermo, así como todos los mecanismos de defensa con los cuales la institución puede intentar reformarse a sí misma, entran, en cierto modo, en crisis. Los límites de la «permisividad» ya no pueden ser fijados de una vez por todas, ni pueden dictarse las reglas que aseguran, de forma rígida, la observancia de estos límites. El poder de decisión real, incluso en una situación liberalizada, sigue en manos de la institución, que actualmente representa la vanguardia. Sin embargo, ésta ya no tiene la posibilidad de delegar en el enfermo un «autogobierno» conforme a sus propias decisiones y a sus propios fines, sino que, por el contrario, está en gran medida controlada a su alrededor en el «gobierno» de la institución. Ciertamente, todo se halla todavía en estado de posible dialéctica. La actitud rebelde del enfermo sigue siendo casi siempre desorganizada, individualista, a veces regresiva, es decir, «enferma». Pero de la *suma* de estas posibilidades surge una presión de masas que,

por el eco que despierta igualmente en el exterior de la institución, tiende a poner en crisis la contradicción fundamental. Sólo entonces se abren, en el interior del campo, todas las posibilidades y empieza a tener sentido la gestión comunitaria en el margen de libertad y de poder personal adquiridos por el enfermo en el seno de la institución. Y en este momento, no hay por qué asombrarse si los enfermos, al aceptar ciertas reglas convencionales de coexistencia comunitaria, no utilizan absolutamente su margen de poder para confirmar la dudosa hipótesis de un «poder enfermo» condenado a perderse en la esterilidad de una impugnación regresiva y anónima.

Por otra parte, en la medida en que sale de su condicionamiento institucional, el enfermo puede aprehender el sentido y las finalidades de la acción dirigida por la vanguardia. De acuerdo con esta última, puede utilizar su margen de poder para alcanzar el *objetivo común* del cual se habla en otra parte de la presente obra. La realidad de este objetivo común llega tal vez, en virtud de la parte de poder que aporta el enfermo, a desplazar los términos de la contradicción fundamental. En cierto sentido, ésta no se plantea entre la institución y su objeto de curación, sino entre la institución (que halla en sí misma, en un equilibrio precario, la finalidad común constituida por la transformación de sus características asilares), y el contexto social (que intentaría, en cambio, reformar a la institución sin cambiar sus finalidades). Los términos de la contradicción principal se hallan desplazados por el hecho de que la institución, también a causa de la parte de rebelión «amenazadora» representada por el enfermo, se convierte en un problema para la sociedad de la cual es expresión. En esta perspectiva, las contradicciones internas aparecen como secundarias en relación con la nueva contradicción principal. Sólo entonces las relaciones de fuerza pueden desempeñar, en el interior del campo institucional, diferentes papeles y diferentes posiciones de poder, que tienden a reducir, dialécticamente, sus contradicciones. El enfermo, incluso si no se «autogobierna», tiene una parte real. Y sin duda sacará de esta participación un beneficio que el médico calificará de «terapéutico», pero ante tal *posibilidad*

de impugnación y de participación masiva de los pacientes en las dinámicas institucionales, será muy difícil que el poder técnico-médico se sienta lo bastante seguro como para ver en el «autogobierno» del enfermo mental una nueva —y más moderna— solución final.

LETIZIA JERVIS COMBA

C-MUJERES: EL ÚLTIMO SERVICIO CERRADO

ENTREVISTADOR: ¿Hace muchos años que trabaja usted aquí, doctor?

MÉDICO: Desde 1945. He estado en el B, el C y el «D-Mujeres». Dirigí estos tres servicios durante quince años.

ENTREVISTADOR: El «C-Mujeres» ¿era diferente de los otros servicios? ¿Tenía un carácter particular?

MÉDICO: Cada servicio tenía sus características particulares. El B estaba reservado a las más agitadas. El C a las pacientes físicamente enfermas, y el D a las que se denominaba trabajadoras.

ENTREVISTADOR: ¿A partir de cuándo el servicio tomó su actual aspecto? ¿Cómo ha evolucionado en el curso de estos años?

MÉDICO: A partir de la llegada del profesor Basaglia, las cosas empezaron a cambiar. Antes, las agitadas eran enviadas al B: si se calmaban, las pasaban al C o al D. No se las llevaba al B como castigo, sino porque el personal y el conjunto del servicio estaban mejor equipados para vigilarlas. También porque allí había mayor número de celdas. El C fue constituido tal como es ahora cuando se abrió el servicio B: por supuesto, fue necesario elegir a las mejores enfermas para que se quedaran en el B, pero casi todas han acabado por irse del B, porque eran las peores.

ENTREVISTADOR: ¿Y han venido al C?

MÉDICO: La mayoría sí, especialmente aquellas que tenían tendencia a escaparse o las que presentaban inclinaciones eróticas. En cuanto a las enfermas «físicas» que ya se hallaban en el C, han permanecido allí. Luego, a medida que se abrió

el D, algunos enfermos de este servicio también vinieron al C.

ENTREVISTADOR: Durante estos cinco años, ¿han enviado al C a enfermos que estuviesen poco tiempo allí?

MÉDICO: ¿Como castigo? Durante bastante tiempo se ha amenazado a los enfermos con mandarles al C.

ENTREVISTADOR: Es decir, que este servicio ha sustituido al servicio B.

MÉDICO: Sí, pero naturalmente sin las medidas coercitivas de antes. Se eliminaron inmediatamente las camisas de fuerza y, poco después, las camas de contención. Las camas de grilletes aún han sido utilizadas durante un año, creo, pero no se aplicaban a las agitadas, sino a las epilépticas o a las viejecitas que se levantaban sin cesar. Pero, incluso no teniendo la cosa nada de cruel, resultaba muy feo de ver.

ENTREVISTADOR: ¿A partir de cuándo el C dejó de ser un servicio, digamos, de «castigo»?

MÉDICO: Desde hace unos dos años. Hasta entonces, aún se tenía la costumbre de decir: «Te mandaré al C». Y se hacía. Pero esencialmente se trataba de una amenaza: siempre se hallaba un pretexto para no mandar allí a la enferma, lo cual no impedía que fuese una especie de espada de Damocles.

ENTREVISTADOR: ¿Pero esto sucedía cuando el C era aún el único servicio cerrado? ¿Estas características habrán asumido una connotación peyorativa!

MÉDICO: Sí, pero las características del C no han empeorado más que porque se ha puesto allí a los peores elementos. Es decir, que, gracias a los servicios del C, los otros servicios pueden permanecer abiertos.

ENTREVISTADOR: ¿Piensa usted que ha habido una gran diferencia entre los dos servicios C, masculino y femenino, haciendo abstracción del número de los internados? Dicho de otro modo, ¿por qué se abrió el «C-Hombres» dejando cerrado el «C-Mujeres»?

MÉDICO: Para empezar, entre los hombres no tenemos el problema de las tendencias eróticas. En segundo lugar, a mi modo de ver, las mujeres tienen, o parecen tener más a menu-

do, tendencia a escaparse. En cambio, cuando se produce algún tumulto, creo que los hombres son más violentos.

ENTREVISTADOR: Pero, dada esta tendencia a la fuga por parte de las mujeres, ¿por qué en los últimos tiempos ninguna o casi ninguna quería dejar el servicio cerrado para ir a un pabellón abierto?

MÉDICO: Bueno, sobre todo porque son mujeres. Tienen una mayor tendencia a permanecer en su propio ambiente, a permanecer entre ellas, y tal vez también porque han sido mejor tratadas por las enfermeras que los hombres por los enfermeros. A veces puede oírse a las enfermeras levantar la voz, pero en el fondo quieren mucho a sus enfermas. Ya anteriormente, las enfermeras ofrecían pequeños regalos a las enfermas: bizcochos, chocolate, incluso se las llevaban a comer a sus casas. Por lo demás, las mujeres nunca han expresado el deseo de salir a dar una vuelta, a diferencia de los hombres, que tienen una imperiosa necesidad de salir. Las mujeres piden más permisos para ir a sus casas que para salir al jardín.

ENTREVISTADOR: ¿Cree usted que la aproximación de las enfermeras hacia las enfermas ha tenido una importancia determinante?

MÉDICO: Ciertamente, las enfermas están más institucionalizadas aquí que entre los hombres, y las enfermeras también. La costumbre de hacer lo mismo durante años y años, permanece siempre.

La historia del servicio «C-Mujeres» puede escribirse, como cualquier historia, con fechas, cifras, menciones de sucesos: «hechos». También se puede, con menor frialdad, intentar vivirla a través de los ojos de aquellos que, durante años, han trabajado en este servicio. Pero ¿por qué intentamos reconstruir este pasado?

El último servicio cerrado del hospital contaba, en octubre de 1967, con cien internadas: y ningún «hecho» puede darnos

la medida de la violencia que ha puesto a estos personajes al margen de la nueva historia del hospital.

La eficacia institucional congeló en esta isla sin historia a las inválidas de la enfermería, las oligofrénicas graves, las viejas dementes, algunas «fugitivas notorias» y a las mujeres con problemas sexuales, clasificándolas como «buenas» pacientes capaces de colaborar activamente en los trabajos interiores del servicio.

Teniendo en cuenta la forma como han sido reunidas aquí, el médico sólo puede proporcionarnos algunas explicaciones, avanzar una justificación: los inválidos que están en cama a menudo son sólo el fruto de un defecto de asistencia (una fractura de fémur mal consolidada, la amputación de las piernas, una hemipléjica no reeducada y para la cual es imposible conseguir una silla de ruedas). Y se dice: «¿Cuál sería la diferencia para ellas si la puerta estuviese abierta, dado que están obligadas a permanecer en cama?». Para las oligofrénicas graves y las dementes, la necesidad de protegerlas se confunde con el deseo de hacerlo a costa del menor esfuerzo posible. Y se dice: «Para ellas abrir la puerta no tendría sentido: ni siquiera saben abrirla, y, por otra parte, ¿saben a dónde ir?».

A este núcleo de personas consignadas en un espacio cerrado, «físicamente inaptas» para la libertad, se han añadido otras reenviadas de servicios que estaban abiertos o que se acababa de abrir, o bien abandonadas desde hacía años en los lugares que habitaban. ¿«Psicológicamente inaptas» para la libertad? Por encima de esta vaga etiqueta, y a menos que recurramos a la coartada de las clasificaciones nosográficas, la medicina no tiene demasiadas cosas que decirnos acerca de estos enfermos, ni la psicología, rica en métodos estadísticos objetivantes. Sin embargo, podemos intentar el análisis de esta violencia institucional.

El paso de un espacio cerrado a otro espacio cerrado, ha obedecido —por última vez quizá y de forma flagrante—, a las leyes de la eficacia institucional. Con el fin de abrir los otros servicios se ha ido relegando progresivamente los problemas (reales o fantasmagóricos), que parecían amenazar más gra-

vemente el «éxito» de la operación. La enferma que había escapado una sola vez, quizás hace cinco años, o que permanecía de pie contemplando la puerta durante días enteros, era apartada y encerrada para no diferir la apertura de un servicio a causa de una sobrecarga de ansiedad en el personal (enfermeros, médicos y director), para que la «operación» pudiese repetirse; porque una duda inmediata y total hubiese sido ideológicamente perfecta, pero irreal. En cuanto a los internos, esta transferencia sólo ha servido para confirmar de nuevo su disponibilidad total para la institución, su ahistórica objetividad.

El paso del servicio abierto al servicio cerrado tuvo, sin embargo, otra significación: la exclusión de la «mejor parte» del hospital, la parte abierta, que se desprendió de elementos de disturbo, y que utilizó la estructura asilar residual del *servicio cerrado para crear una distancia entre ella misma y los otros, los peores (¿los verdaderos locos?)*. Durante más de cinco años, es decir, desde el principio de la liberalización del hospital hasta estos últimos tiempos, el servicio C cumplió esta función con las mujeres que se escapaban o que tenían problemas sexuales y las internadas que eran fuente de graves disturbios para la vida en común («los problemas» como se las llamó después, deshumanizando a las personas incluso en el plano del lenguaje), fueron enviadas, provisional o definitivamente, al servicio cerrado.

Finalmente, debemos considerar el tercer grupo de personas que actualmente se encuentran en el «C-Mujeres»: las hospitalizadas que han sedimentado en este servicio del cual forman parte «desde siempre», sin que haya motivo alguno para tenerlas allí. Durante años no se habló de ellas, han quedado allí, mezcladas con las demás, confundidas en el indistinto «residuo cerrado»: la violencia institucional revistió para ellas la apariencia del olvido.

Bajo todos sus aspectos, en la diversidad de sus orígenes o en sus diferentes justificaciones, la cantera de enfermas del servicio cerrado confirma las modalidades de *violencia* y de *exclusión*: castigadas por «faltas» reales o imaginarias, fueron simple-

mente olvidadas, han sido constante y activamente separadas del movimiento del hospital.

En el curso de estos últimos meses, casi todas las mujeres del C han visto cómo se abría ante ellas la posibilidad de ir a vivir a otro servicio: invitadas a dejar el espacio cerrado por una dimensión más vasta, nueva y «libre», han preferido no moverse.

La dificultad por salir del servicio tiene su primera explicación en el análisis de las relaciones internas propias de esta especie de «institución total» que es el pabellón cerrado; sin embargo, ésta aparece de diferente forma según el tipo de relaciones que se establecen entre el servicio y el resto del hospital. Creemos que no hace falta recordar la persistencia de ligámenes entre enfermos y personal, ni la naturaleza de violencia desenmascarada que revisten: los pequeños favores, los privilegios —a menudo esenciales en la vida del enfermo—, concedidos de vez en cuando, o denegados se revelan tanto más terroríficos, en cuanto que son solamente el fruto de un cambio, «una caja de galletas por limpiar el corredor», «puedes quedarte en cama si no te mueves», etc.). La posibilidad de romper el pacto siempre está presente detrás de esta apariencia: una de las dos partes tiene todo el poder de decidir si es válido, si debe ser respetado. La ley no es igual para todos: la relación entre el débil y el fuerte se establece en contradicción con el principio general, según el cual el «poder» está regulado por «valores morales». Aquí, la enfermera, no sólo posee la norma, el valor, sino que, además, es su depositaria hasta el punto de convertirse ella misma en norma o valor. En este estado de absoluta dependencia, que concierne por completo a su ser, la enferma no tiene poder alguno de decisión.

En el hospital completamente cerrado, el cambio de servicio depende de la arbitrariedad propicia al favoritismo: la adhesión del objeto transportado es puramente accidental. Pero, ¿qué sentido tendría ésta en un hospital que se abre o que, a excepción del «C-Mujeres», está completamente abierto? En otras palabras, ¿de qué posibilidad de elección efectiva, de qué «poder de decisión» dispondrá el paciente de un servicio cerra-

do, en el marco de un hospital abierto? ¿Y qué relaciones puede haber entre estas dos realidades?

Al hablar del «C-Mujeres» y decir que era una «isla congelada y sin historia», subrayamos implícitamente la analogía que existe entre las relaciones «asilo de alienados-sociedad», por una parte, y «servicio cerrado-hospital abierto», por otra. El asilo de alienados constituye en la sociedad una isla separada del mundo: utilizada e instrumentalizada en su función de «etapa final», no podría formar parte del contexto vivo y real de las cosas que cambian o que hacen cambiar. El asilo es un mundo sin historia. El tiempo se detiene en las barreras. Los días, allí dentro, siguen, idénticos y vacíos, indiscernibles, y sería necesario grabar cada noche una crucecita sobre el muro para medir esta duración.

Los últimos días, las últimas horas que preceden al internamiento son un «pasado inmediato» (incluso si la fecha está correctamente citada y se remonta a veinte o treinta años más tarde): la niña llora, tiene dos años, no ha crecido, y la hija de veinte años que viene a ver a su madre no puede ser la misma persona: su presencia no disminuye en nada la angustia, siempre actual, de la separación. Numerosos internados no conocen su edad ni su fecha de nacimiento, aunque conozcan el año y sean capaces de hacer cálculos simples. Cualquier suceso acaecido «dentro» (la víspera, es decir, hace diez años), es evocado de forma idéntica: no pertenece a la historia sino a la leyenda.

El hospital empieza a tener una historia —podríamos decir que la historia entra en el hospital— cuando la sociedad penetra allí rompiendo su aislamiento. Y la forma como esta penetración se efectúa, está mediatizada por las personas que, de algún modo, «hacen entrar» a la sociedad y no son sólo depositarios de la orden de vigilancia.

Los pacientes del servicio C encontraron un obstáculo particular, propio de la estructura del servicio-relegación femenino: la «permisividad».

En el «C-Mujeres» todo está permitido: algunas comen con los dedos y tiran al suelo lo que no les gusta; otras hacen gestos obscenos dirigidos al personal o a las enfermas. Ésta un lenguaje subido de tono y grosero, aquélla saca provecho del menor momento de descuido del personal para exhibirse detrás de los barrotes de las ventanas.

Nadie se escandaliza.

Los *gestos* han sido desprovistos de su contenido provocador. Congeladas bajo una mirada que *no las ve*, las enfermas se han vuelto desordenadas, inconvenientes, obscenas.

La obscenidad no es ya el gesto indecente y provocador, sino la distancia a la cual se coloca quien lo tolera, vaciándolo de este modo de toda significación, es decir, utilizándolo para objetivar a su autor, instrumentalizando la modalidad regresiva para reducir a este último a la más absoluta de las reificaciones.

En la reclusión, la «permisividad» va unida a la distancia.

La jerarquía que se establece entre las enfermas testimonia su esfuerzo por sustraerse a la continua invasión de lo obsceno, pero esta «recuperación» de la distancia, por sí, confirma de nuevo la objetivación de la otra. Y el juego se repite, puesto que siempre hay otra jerárquicamente superior que se encuentra en disposición de objetivar a la enferma: una vez más, la enfermera resulta ser la depositaria de los valores (del poder).

El juego de las relaciones jerárquicas se encuentra igualmente entre las enfermeras: el poder se sustrae de la gestión común, se asiste al adiestramiento mortificador de las «reclutas» y al reconocimiento del liderazgo de aquellas que han cumplido mejor sus funciones en el sub-gobierno del servicio.

Todo esto sirve para sustraer a cualquier relación el carácter de un encuentro entre personas, y para dar paso a una con-

cepción particular de la mujer-institucional-asexuada, cuyo cuerpo, en definitiva, sólo está presente en la dimensión (no temible ya, porque ceriada y deshistorizada resulta esterilizada), de lo obsceno. Además, se halla ya en el «C-Mujeres» —en tanto que servicio de enfermería—, la actitud de objetivación médica de los «enfermos físicos» a través de su cuerpo, incluso si éste no está muy cuidado, como sucede con el cuerpo de los pobres; actitud que va indisolublemente unida al desapego institucional, y, por tanto, no puede ser utilizada como primera etapa a negar ulteriormente para instaurar una relación diferente.

En contra de estos obstáculos (que como tales quizá no sean completamente diferentes en un servicio masculino), se halla el modelo social del cuerpo femenino propuesto en el curso de los últimos años tanto para el libre comportamiento de las enfermeras como para otras modificaciones institucionales. En efecto, a medida que enfermas y enfermeras han tenido ocasión de franquear los muros del servicio cerrado y de hallar términos de comparación en el campo más vasto del hospital completamente liberalizado, han surgido las primeras contradicciones. Algunas enfermeras han sufrido la limitación que les imponía su papel jerárquico y el maternalismo inherente al mismo, de cuyo sentimiento ha surgido la necesidad de comportarse de una forma más consciente, de acuerdo con la especificidad, la historicidad de su ser mujer. En cuanto a las internadas, han hallado fuera del servicio múltiples solicitudes: la instalación de un salón de peluquería, la importancia concedida a la modista, la forma de conducirse en otros servicios (fruto a su vez de la libre actitud de los médicos, del director, de las enfermeras, etc.), todo lo cual les indicaba nuevas posibilidades para recuperar su identidad perdida. La enferma se ha visto en la enfermera, cuyos valores ha adoptado y hecho ambiguamente suyos; no se ha planteado, en dos tiempos, sus relaciones con la enfermera y su identificación con la misma, sino que se ha apropiado de los márgenes de reciprocidad que se hallaban disponibles, dejando de este modo la puerta abierta a un pesado bagaje de contradicciones.

En esta situación, que permite a la enferma una recuperación inicial y espontánea de su cuerpo, las determinaciones culturales, íntimamente ligadas a la conducta, al comportamiento relacionado con el mundo, no se superponen bajo la forma de sucesivos aprendizajes, sino que se introducen en la dialéctica de las relaciones, las califican, las hacen accesibles (y muchas veces inaccesibles), a la reciprocidad.

Puesto que las determinaciones culturales de nuestra sociedad han propuesto el modelo de una mujer «segundo sexo» (con Simone de Beauvoir), en la cual la objetivación no sólo tiene lugar en el plano de la relación individual, que está expuesta a la dialéctica del encuentro, sino que alcanza las mismas modalidades de este encuentro y en este sentido resulta genérica y generalizadora. Eternamente «Otra», la mujer no puede reconocerse como persona al mismo nivel que el hombre y se define siempre *en función* de él (las etapas históricas de este proceso son las mismas que derivan de la división del trabajo, donde los igualitarismos no tienen lugar alguno).

Se pueden discernir esquemáticamente los modelos que la sociedad nos propone. La mujer-femineidad, culturalmente encerrada en los gustos actuales bajo las apariencias de «profesión: sus labores», está muy bien descrita por Betty Friedman (en *Mística de la feminidad*), como el producto de una sociedad de consumo en estado avanzado: colmada por las tareas de la maternidad, esclava-señora de mil aparatos electrodomésticos, «esthéticienne» de sí misma con vistas a «conquistar» al hombre, es la consumidora ávida e idónea de los productos que el capital debe colocar. A pesar de que su nivel de vida sea muy superior al nuestro, representa para muchas obreras un espejo de libertad. Para otras, conquistar una dignidad en el mundo del trabajo corresponde a un nivel superior de emancipación

de la mujer. Pero «emanciparse», como liberarse de una esclavitud, aún es un movimiento comprendido en la misma dialéctica, y la mujer-hombre que pretende subvertir un sistema en definitivo no hace más que consolidarlo integrándose al mismo.

Añadir a la exclusión de la mujer, la del enfermo mental, sólo podía contribuir a acentuar notablemente, el retraso de los servicios femeninos en relación con los servicios masculinos, y el cierre prolongado del «C-Mujeres».

Pero he aquí que, a partir del 22 de noviembre, una parte de este pabellón ha sido abierta. Las internadas entran en contacto con el resto del hospital y descubren nuevos puntos de comparación, nuevas posibilidades de encuentro: al lado de los modelos femeninos que ofrecía el servicio cerrado, aparecen otros (entre los cuales destacan las pacientes de los servicios liberalizados desde hace mucho tiempo, y que actúan como *leaders*). A menudo, estos modelos están directamente inspirados en la sociedad exterior. El más coherente de ellos, lo proporcionan indudablemente las religiosas, que realizan, a pesar de todo, a través de su rechazo del cuerpo, su ser-en-el-mundo, y reniegan de su papel individual para alcanzar un papel puramente social (recuperando de este modo la autoridad a un nivel «esterilizado»). Por otra parte, la religiosa propone también, bajo otra forma, los valores de «honestidad, de pudor y de virginidad», asociándolos al rol matriarcal, tradicionalmente femenino, que tiene su razón de ser en la abnegación protectora, en la previsión, con las cuales mantienen el orden en la organización.

La hospitalizada halla, pues, en este contexto, los modelos tradicionales de la propiedad doméstica y de la cocina, íntimamente ligados a la obediencia y al orden.

Así Antonia —antigua internada, madre y abuela feliz—, ofrece la imagen de un matriarcado bondadoso, pero fundado en una sólida autoridad. Su grandeza descansa a la vez en la edad, en la inteligencia debida a la experiencia y en un cono-

cimiento de sí misma: puede dialogar en el mismo plano con la autoridad, a la cual atribuye y reconoce una indiscutible bondad, buscando la confirmación de esta creencia. No desprecia los valores tradicionales de la buena ama de casa —tejer y cocinar—, a condición de poderse entregar a ellos con toda independencia; asume competentemente tareas de dirección y de organización cuando se trata de «obras para la paz». Y muchos son los que agradecen su iluminado dominio conservador.

Pero hay otros medios de escapar a la grisalla institucional. La oposición dialéctica entre «pudor» y «belleza» penetra diariamente en el hospital con las jóvenes que vienen de visita, las enfermeras o asistentes sociales, las pacientes de los servicios de observación, que proponen una nueva apariencia de la feminidad: la de la mujer «moderna» que paga su derecho al placer con la obligación de aparecer siempre como un objeto seductor a los ojos del hombre. Utilizar espejo y lápiz de labios, llevar jerseys provocativos, examinar su propio cuerpo, retocarlo, prepararlo, encontrarlo «hermoso», son actos que se detienen en el límite de la identidad personal y que no pueden alcanzarla, puesto que sólo el mundo masculino (en el plano individual y social), posee su confirmación.

Por otra parte, estas personas que llevan «dentro» los valores de la sociedad, no son amas de casa: su participación activa en el mundo del trabajo testimonia otra dimensión femenina que sufren por necesidad o en virtud de una «emancipación» que tiene de nuevo en cuenta los valores «masculinos» de carrera, de libertad, de familia, de competición (y de explotación).

Rebelde desde siempre, Ada rechazó la idea de dejarse integrar en la institución en el papel clásico de la buena enferma laboriosa e industrial, haciéndose juzgar al principio como «agitada» (se le ponía a menudo la camisa de fuerza), luego «impulsiva». Actualmente, como si quisiera demostrarse a sí misma su independencia, pasa la mayor parte de su tiempo fuera del servicio, frecuenta con asiduidad el bar; asiste a todas las asambleas generales y no falta a ninguna de las citas «sociales» (bailes, paseos, fiestas) ofrecidas por la vida comunitaria. Su

participación en los debates es particularmente fecunda cuando se trata de problemas generales, y a menudo plantea cuestiones esenciales para la comunidad, y vuelve sobre las mismas sin cesar. Vulnerable e insegura en sus contactos personales (donde se consumiría más fácilmente el espacio que tanto le cuesta defender), eligió situarse en el plano social, lo cual le permitió poner en práctica todos sus recursos: desde el aspecto cuidado y la cortesía, heredados de su educación burguesa, hasta un sentido crítico desprovisto de agresividad.

Estos ejemplos —que demuestran de qué modo todos pueden tomar posesión de sí mismos de una forma diferente en el interior del hospital—, confirman de hecho la entrada de la sociedad externa con todas sus contradicciones, en el campo hospitalario, y la reducción de éste a un pequeño núcleo de contradicciones fácilmente integrables.

Sin embargo, las enfermas del C, últimas en abríseles las puertas, son las primeras en enfrentarse con una realidad que no tiene un «más allá», un espacio cerrado ulterior, donde proyectar incómodas negaciones. De este modo, deben confrontarse con la situación real, de donde emergen dramáticamente los límites que la sociedad externa impide transgredir: las consecuencias de ello siempre acaban siendo pagadas por las personas.

La negación de los roles no puede ser un privilegio reservado al dominio hospitalario, y que todos irían abandonando a medida que se integrasen de nuevo en la sociedad exterior; se hace indispensable *ser del mismo modo* dentro o fuera. No introduciendo los «valores» de fuera, sino sacando al exterior el antiinstitucionalismo, la antijerarquización de los papeles y la antividivisión del trabajo, a los cuales la ambigüedad de nuestro «estar dentro» nos obliga.

La apertura de las puertas es una etapa obligatoria, sin embargo no existe regla alguna en cuanto a la forma de proceder, a pesar de los numerosos problemas que se plantean cada vez que un servicio se halla en «vías de apertura». En octubre de 1967, para el «C-Mujeres», último servicio aún cerrado, estas cuestiones fueron ampliamente discutidas. El interés particular del debate que transcribimos (y en el cual sólo participó, por desgracia, una parte del equipo terapéutico, dado que ciertos miembros directamente interesados en la marcha de los dos servicios en cuestión se hallaban ausentes), reside, a nuestro modo de ver, en el hecho de que los temas son abordados desde la perspectiva de una apertura total del hospital: anticipación que se revela inextricablemente unida al análisis de la realidad actual.

JERVIS: Creo que se han planteado dos problemas. El primero se refiere al tiempo y a las modalidades de apertura en relación con la evolución del hospital y la situación concreta en cada servicio; es un problema que debe tener en cuenta las exigencias que surgen progresivamente en el interior del hospital actual. Mientras que hace cinco o seis años la apertura podía realizarse bruscamente, como una acción de ruptura en relación con la situación asilar, hoy se presenta en el interior de una realidad esencialmente comunitaria, y ya no puede ser un acto puramente subversivo dirigido contra esta situación. El otro problema me ha parecido más fundamental, puesto que concierne a la significación misma del servicio abierto. Se ha dicho en un momento dado: «¿Qué es un «servicio abierto»?

¿Cuáles son, en definitiva, las motivaciones que presiden su apertura?». Este problema se ha planteado, evidentemente, porque puede haber diversos grados de apertura o bien porque la apertura aparentemente más total puede ir acompañada de diferentes medidas de precaución, y en última instancia, resultar «mitigada» y *mistificadora*, aunque podemos preguntarnos si esta noción es válida en sí o si sólo tiene sentido en el contexto de las modalidades particulares en las cuales se realiza.

BASAGLIA: Éste es precisamente el problema. "A mi modo de ver, tanto cuando interviene en una situación estrictamente asilar como cuando el resto del hospital se halla totalmente «abierto», la apertura siempre será un momento de negación o, dicho de otro modo, un servicio cerrado será siempre un servicio de asilo de alienados, incluso cuando el hospital está abierto. La apertura de un servicio es siempre una acción de ruptura, puesto que es siempre un momento dialéctico de la negación. No llego a imaginármelo como el resultado de una elaboración conceptual por parte de las personas que viven en el sistema cerrado y que debe abrirse. Creo que la apertura es un acto «revolucionario», y un acto revolucionario no es un acto elaborado. No constituye por sí mismo un acto «maduro», yo diría incluso que es un acto inmaduro. Me explicaré: una acción elaborada puede entrañar por sus efectos una maduración de la situación de conjunto en una determinada dirección, pero la apertura es en sí misma un acto de ruptura, considerado, en relación con la norma, como un acto de inmadurez; pero esto es simplemente porque el acto «revolucionario» no reconoce la norma, puesto que se encuentra fuera de ella. El acto «revolucionario» no tiene en cuenta la sanción inherente a la norma, y la acción de ruptura, al desconocer la norma, desemboca aparentemente en el estado de «caos, desorden y anarquía» del cual hablábamos.

SLAVICH: Sí, pero esto me parece más la descripción de una forma de proceder «anárquica» que la de una praxis progresiva —«revolucionaria» si se quiere—, capaz de subvertir una norma que quiere que en todo hospital psiquiátrico haya servicios cerrados.

JERVIS: No creo. El acto «revolucionario» representado por la apertura del servicio puede ser concebido, a mi modo de ver, de dos formas: como la maduración necesaria, la culminación de un proceso que hace que, al hallarse reunidas determinadas condiciones objetivas, se proceda a la apertura (si bien debe ir precedida de una previa preparación en virtud de la cual se resuelvan ciertas contradicciones, de toda una maduración personal que desemboca en una toma de conciencia; y, por lo tanto, en la subversión de la norma, etc.); es lo que podríamos llamar la concepción tradicional del acto «revolucionario». O bien, según la nueva concepción algo diferente y bastante actual a la cual Basaglia parece referirse; la de la acción revolucionaria como toma de posición, como una decisión que, en cierto sentido, se adelanta al tiempo y se manifiesta cuando las condiciones objetivas aún no han madurado, y que no espera a que maduren, sino que acelera su proceso y las fuerza. Si las condiciones objetivas están verdaderamente maduras, entonces no se trata de un acto revolucionario, sino de una simple subversión automática.

SLAVICH: Pero el acto «revolucionario», en un servicio cerrado, no creo que deba limitarse a la apertura de las puertas. Son las personas, la conciencia de quienes viven en el servicio, las que engendran el sistema, la situación local. Y a mi modo de ver, se trata menos de intentar imponer la apertura de las puertas que de realizar una serie de actos —subversivos en relación con la norma del sistema— con miras a actuar sobre la conciencia misma de las personas que forman parte del servicio, y de este modo influir más profundamente sobre la situación en el sentido de la apertura.

BASAGLIA: Nos hallamos de nuevo ante el famoso problema de las vanguardias. No hay mucho que decir: si hubiésemos querido «instruir» al hospital sobre la apertura o las perspectivas de la nueva psiquiatría institucional, creo que aún tendríamos algo de qué hablar; pero, en realidad, hemos forzado los acontecimientos. Tal vez haya sido una acción «prematura», pero esto es sólo, a mi modo de ver, una apariencia. No creo que existan momentos de objetividad apropiados para medir

el grado de madurez de una acción. No nos es posible ser objetivos, debemos tomar partido, realizar ciertas elecciones: en caso contrario, no podríamos hacer lo que quisiéramos.

SLAVICH: Por supuesto, tomamos partido, actuamos de forma subjetiva, e incluso facciosa, pero cada una de nuestras acciones ha exigido siempre un tiempo determinado para alcanzar su finalidad. Creo, pues, que, en el caso que nos ocupa, se imponen una serie de actos entre los cuales la apertura en sí misma, y para sí misma, ocupa una posición mediana y no constituye el acto inicial. La apertura del servicio pierde su mágica coloración y se convierte en una simple etapa dentro de un proceso cuyo objetivo es la apertura real del servicio. La apertura material pura y simple del servicio debe ir precedida por una serie de actos preparatorios, realizados en un tiempo determinado y sin retrasos, según una línea estratégica que debemos fijar conscientemente.

BASAGLIA: Si delegamos a la situación comunitaria, tal como nosotros la entendemos, la decisión de abrir el servicio, sería necesario que todos, absolutamente todos, estuvieran convencidos de la oportunidad de hacerlo.

SLAVICH: En efecto, puesto que un servicio está constituido exclusivamente por personas, creo que la mejor forma de abrirlo es actuar sobre las personas.

BASAGLIA: Quisiera recordar a Slavich que, cuando iniciamos esta nueva acción institucional, éramos sólo nosotros dos: actualmente, somos por lo menos un centenar; y se trataba de una acción inmadura, invertida, se trataba de un tipo de acción que no era en absoluto objetiva para nadie: una serie de actos realizados por una determinada vanguardia que decidía hacer determinadas cosas que desembocaban en determinados resultados.

SLAVICH: Exactamente: «que desembocaban en determinados resultados». Se trataba, en efecto, de acciones subjetivas, pero no eran instantáneas.

BASAGLIA: La instantaneidad concierne, por ejemplo, al momento de la apertura. Durante la asamblea de hoy, alguien dijo: «Es cierto que los médicos han puesto la llave en la ce-

radura, pero son los enfermos quienes han dado la vuelta a la llave». Si hoy han dicho esto, si pueden decirlo, es porque los enfermos, han adquirido, tal vez tanto como nosotros, una cierta conciencia de la situación. Pero cuando decíamos: «Abrimos la puerta», nos situábamos limpiamente fuera de la norma y todos teníamos miedo de lo que pudiese pasar.

JERVIS: Pero el problema también está en saber por qué se ha tomado esta iniciativa. Es una coincidencia desgraciada, incluso sin ser fortuita, que la vanguardia que decide abrir un servicio esté representada sólo por la cúspide jerárquica de la institución, es decir, por el director y los médicos. Esto crea una situación algo ambigua, puesto que prácticamente la vanguardia se identifica, en la práctica, con el poder institucional.

BASAGLIA: Bueno, digamos que, en este caso, la vanguardia no ha podido más que identificarse con el poder institucional; porque sin duda habría sido difícil que «la isla de los excluidos» pudiese madurar una conciencia tal, pudiese tomar conciencia de la exclusión hasta el punto de decir: «Abramos las puertas», y sobre todo, que pudiese hallar todos los medios para hacerlo.

JERVIS: Me parece que Slavich se refiere a la exigencia de que esta vanguardia, después de cierto número de años en que el hospital ha vivido una situación con tendencia comunitaria, deje de estar representada sólo por la cúspide jerárquica, quiero decir, que no se identifique necesariamente con la cima del poder, sino que sea una vanguardia compuesta por una minoría de personas, y que esta minoría a su vez abarque los cuadros intermedios, lo cual me parece bastante justo. En cierto sentido, es una lástima que después de estos años de comunidad terapéutica nos hallemos de nuevo en una situación que sólo al principio era plenamente justificada, o dicho de otro modo, que la decisión de abrir un servicio parte siempre de la cúspide. Actualmente sería necesario que esta vanguardia volviera a crearse espontáneamente en el interior de la comunidad y a los niveles intermedios, por ejemplo, entre los enfermeros o —en la mejor de las hipótesis—, entre los enfermos.

BASAGLIA: Eso equivale a decir paradójicamente: «Si se

ha hecho la revolución en un Estado, ¿por qué después de algunos decenios el ejemplo no estimula a otro Estado a hacer su propia revolución?». Nuestro hospital comprende ocho servicios, de los cuales se abrieron sucesivamente cinco, luego seis y luego siete. El proceso parecía continuo, pero el último servicio fue difícil de abrir. ¿Por qué? A mi modo de ver porque esta última isla representa la norma, y es absolutamente necesario romperla.

JERVIS: Creo que en este sentido todos estamos de acuerdo.

SLAVICH: En efecto, no creo que estemos discutiendo sobre la necesidad de romper esta norma, sino, al menos a mi modo de ver, sobre la forma de hacerlo. En mi opinión, es necesario que en el interior del servicio se constituya un verdadero grupo de poder, en abierta contradicción con los otros grupos, que tienda claramente a abrir el servicio, y que la decisión de apertura no esté sólo representada por el médico.

BASAGLIA: De cualquier modo, este grupo de poder sería así porque participaríamos nosotros en el mismo. No: no creo que podamos esperar a que el servicio madure para abrirlo.

JERVIS: Por otra parte, es preciso constatar —y debemos sentirnos bastante satisfechos por ello—, que actualmente existe en el hospital una presión en favor de la apertura del «C-Mujeres», una presión que no sólo viene de nosotros, sino de numerosos enfermeros de los otros servicios, de los enfermos (a juzgar por lo que se oye en las asambleas), e incluso, según creo, de algunas enfermeras del «C-Mujeres».

BASAGLIA: Si no hay una intervención de ruptura al abrir el servicio, éste quizá podría abrirse, pero de forma potencialmente reformista, puesto que se habrá dado tiempo para reconstituir una norma que, a mi modo de ver, corre el riesgo de vaciar esta apertura de toda significación; y, por otra parte, me parece que en un momento dado, la apertura del «C-Hombres» también ha sido forzada; no todos los enfermeros estaban de acuerdo.

JERVIS: Supongamos que, en el servicio cerrado, el conjunto del personal se oponga a la apertura y que subsista, por

lo tanto, una condición objetiva de inmadurez, ejerciéndose, al mismo tiempo, por parte de los enfermeros y de los enfermos del resto del hospital, una fuerte presión para abrir este último servicio. En tal caso, creo que el servicio debería abrirse por una acción de ruptura, mientras que Slavich parece ser de la opinión que es necesario dar a la vanguardia tiempo para organizar esta apertura desde el interior. Creo que, dado el actual estado de cosas, el «C-Mujeres» va a abrirse desde fuera. En rigor, deberíamos evitar que la apertura dependa de la acción del director y del equipo médico. En cierto modo, debería ser la masa de enfermeros y de enfermos del resto del hospital quienes deberían obligar al servicio a que se abriera y a que se adaptara a la nueva situación.

SLAVICH: Conviene tener presente el efecto que tendría esta posición por parte de los otros servicios: esta imposición de una superioridad que sería interpretada como la consecuencia de una nueva norma: la «superioridad moral» del servicio abierto sobre el servicio cerrado.

BASAGLIA: Por el momento, en el C no hay nada. Ni siquiera un sentimiento de grupo entre los enfermeros, y esto seguirá así mientras el servicio no se abra. Con la apertura, la ansiedad hará su entrada, y la ansiedad es sin duda el elemento más importante en la dinámica terapéutica del servicio.

SLAVICH: Esta ansiedad penetra en el servicio mucho antes de que se abra la puerta.

BASAGLIA: ¡Pero si ya está allí! El miedo de ver abrir el servicio ha creado una situación de incertidumbre. Es una discusión que desde el principio hemos mantenido con Slavich: yo me manifiesto siempre a favor de plazos breves, él también, pero algo menos, a causa de la necesidad que siente de ver con claridad lo que se hace. Mientras que por mi parte siempre he mantenido que si damos tiempo para organizarse a los que no quieren moverse, terminarán por no moverse en absoluto.

SLAVICH: El hecho es que todos los riesgos, como por ejemplo el de la apertura, que hemos corrido en los últimos años, los hemos corrido —al menos hasta cierto límite— con suficiente lucidez. En este sentido, antes de abrir un servicio

hemos pesado y examinado la situación, realizando cierto número de operaciones sobre algunas resistencias particulares, tomando ciertas medidas de seguridad...

BASAGLIA: En el fondo era un estudio muy relativo. Cada vez que hemos separado los problemas, la práctica nos ha demostrado que los verdaderos problemas no estaban allí. Por consiguiente, puede ser que con estas operaciones queramos asegurarnos mutuamente de algo que, en el fondo, no admite seguridad alguna. En el fondo, nosotros sabíamos muy bien que todo lo que hacíamos sólo era válido para aquel momento, porque después los problemas cambiarían. No debemos dejar que se organicen los que intentan ganar tiempo.

SLAVICH: A mi modo de ver, debemos guardarnos de maximalizar la fórmula «todas las manzanas podridas están en el cesto». Tal vez sea preferible pensar que este último servicio también posee un contraste representativo de todas las tendencias expresadas por los enfermeros a propósito de la apertura, y que incluso en el servicio cerrado pueden haber personas aptas para constituir la vanguardia de cierta situación. En efecto, no debemos dejar que se organicen quienes pretenden ganar tiempo programáticamente, y si podemos olvidar y negar, en líneas generales, esta tendencia al retraso, en las situaciones concretas y particulares debemos tener en cuenta estas resistencias para poderlas superar una por una.

BASAGLIA: Desde el momento en que queremos realizar determinadas cosas, y no podemos hacerlo porque nuestro efectivo no está completo, es necesario iniciarlas con esta vanguardia, aunque quede reducida a nosotros. Es bastante grave, pero no veo qué otra cosa podamos hacer. En todo ello hay un riesgo: el de la situación contradictoria en la cual vivimos. El sistema, del cual a pesar nuestro formamos parte, nos conduce a realizar en contra de sí mismo actos definitivamente desviacionistas. Al principio, aquí, en el hospital, todo el mundo decía: «¡Oh, ellos saben muy bien —los médicos— lo que quieren hacer!» Y, en realidad, no sabíamos en absoluto lo que íbamos a hacer al día siguiente. Nos enfrentábamos con la situación alegremente, sin programa, y todo iba bien. Entonces

decían: «Se equivocan ustedes al no instruirnos. Si estuviésemos al corriente podríamos ayudarles, mientras que ahora no sabemos lo que piensan ustedes hacer, ustedes se contentan con explicarnos las cosas cuando ya están hechas». Pero lo importante era que se iniciaba esta necesidad de hacer algo juntos.

SLAVICH: En esto no estoy de acuerdo. Concebíamos las cosas en breves plazos, de acuerdo, pero siempre había un tiempo operatorio, períodos de preparación en el curso de los cuales, al menos, formulábamos nuestras ideas, tal vez para negarlas inmediatamente después. Procediendo a tientas, conocíamos las resistencias, y si más tarde nos veíamos obligados a cambiar nuestros planes, el hecho de haber vencido estas resistencias dejaba su rastro, y todo esto nos llevaba cierto tiempo... A mi modo de ver, deberíamos fijar un plazo y demostrar, mediante una serie de actos, que el proceso de apertura se ha realizado de forma irreversible: respetando los plazos, demostrando que esta apertura se realizará a pesar de ciertas resistencias, explicando su necesidad y discutiéndola a todos los niveles. Creo que es esencialmente de este modo como la apertura puede revestir un sentido más profundo, y no sólo simbólico, y cómo puede influir realmente sobre la situación interna del servicio, aún típicamente asilario.

BASAGLIA: ¿Qué sucederá si abrimos en contra de la voluntad del personal? Probablemente se producirá, de forma oculta o manifiesta, una reacción bastante violenta en contra de nosotros. Por otra parte, creo que es necesario que corramos este riesgo inherente al proceso de negación. La negación es siempre algo veleidosa en sí misma. Para cambiar realmente la situación del servicio, debemos ir más allá de la negación. Por su naturaleza, es una negación dialéctica. No es un simple «no»: sobre el «no», no se construye nada. Sin embargo, puede constituir el punto de partida de una dialéctica que permitirá la construcción de una nueva realidad, en nuestro caso, un nuevo servicio. Cuando se abre, se está realmente «loco» para hacerlo, puesto que nunca se sabe demasiado bien lo que pueda suceder. Por otra parte, es un tipo de «locura» que se halla en el origen de cualquier subversión efectiva.

SLAVICH: Sin embargo, no creo que el único acto subversivo y «loco» sea el de abrir. El hecho, por ejemplo, de que algunas pacientes del servicio cerrado, «malas» y, en cualquier caso, estigmatizadas, vayan a un hermoso servicio abierto, y que este servicio, contrariando a la opinión predominante del servicio cerrado, manipule de forma terapéutica su relación con estos pacientes, es también un acontecimiento subversivo, una negación que inclina hacia la apertura.

JERVIS: De nuevo nos hallamos ante el problema: «¿Qué significa la apertura del servicio? ¿Es una condición necesaria y suficiente para cambiarlo todo?» Tengo la impresión de que, por mecanismos que aún permanecen oscuros, al menos para mis ojos, hay una relación orgánica entre el hecho de que las puertas estén cerradas con llave y el hecho de que en el interior del servicio el paciente se halle sometido a una serie de abusos, aunque no sean necesariamente físicos. Me parece extraño que una cosa tan simple como una puerta cerrada se halle tan ligada a una dinámica microsociológica muy determinada en el interior del servicio. Lo cual me hace pensar que, en razón de la dinámica misma del servicio cerrado, sus miembros, enfermos o enfermeros, no pueden saber lo que significa vivir o trabajar en un servicio abierto, y que, por lo tanto, en cierto modo, la apertura proviene siempre desde fuera.

BASAGLIA: Es una característica propia de las instituciones totalitarias; desde el momento en que la situación se abre, todas las relaciones cambian. El gran problema del hospital surgirá cuando todos los servicios estén abiertos; entonces se crearán nuevos problemas y no será ya el momento de la negación. Hasta la apertura del último servicio, nos hallaremos en una fase de negación, pero cuando el hospital esté completamente abierto, se tratará de construir a partir de la negación, y éste será el mayor problema.

SLAVICH: Se hablará verdaderamente de la proyección hacia el exterior.

BASAGLIA: La realidad estará verdaderamente en el exterior, a menos que, por miedo o por ansiedad, efectuemos un retroceso y transformemos todo el hospital en un gran servicio

cerrado, lo cual sería una acción reformista. Haríamos del hospital un gran instituto liberalizado, regido por ciertas normas, por ciertas sanciones, y pensaríamos que hemos resuelto el problema. Por ahora nos hallamos aún en una fase típica de negación. En el fondo, estar entre los negadores es como echarse al monte. Y, terminada la revolución, ser integrados por América, ¿no es cierto? Esto es lo más difícil, y no echarse al monte. Nuestro mayor problema surgirá cuando hayamos abierto el «C-Mujeres». Entonces habrá dos posibilidades: hacer un hospital verdaderamente abierto, en el sentido total, o bien hacer un gran servicio cerrado, aparentemente abierto, y con una particular mediación hacia el exterior. Pero esto también depende de la forma como abramos el «C-Mujeres».

JERVIS: Volvamos atrás. Es bastante singular que la mayoría de los enfermeros se halle de nuestra parte. ¿Es por simple oportunismo? No creo.

BASAGLIA: Tal vez no vean otra forma mejor de trabajar y consideren que no es posible volver al trabajo tradicional.

SLAVICH: En mi opinión son muy pocos los que añoran el tiempo pasado. Aparte de algunos del servicio C...

BASAGLIA: De hecho el hospital abierto funciona actualmente con un número muy reducido de enfermeros. Incluso diría que funciona sólo con una parte de los enfermeros: el resto llega por la mañana y no sabe qué hacer, si no es ponerse a barrer el suelo. Es decir, que su ansiedad se concreta barriendo el suelo.

PIRELLA: Creo que éste es uno de los grandes argumentos en contra de la apertura: su presencia en el servicio no tiene sentido. Durante uno de los primeros días de la apertura del «C-Hombres», un jefe de enfermeros dijo que antes era mucho mejor, puesto que él estaba en su dispensario y dirigía el servicio a su alrededor. Quedarse en el dispensario cuando todo está abierto ya no tiene sentido: los pacientes pueden empujar la puerta y salir.

BASAGLIA: En este momento de extrema importancia para la transformación de la situación institucional y tradicional, la ansiedad es la única condición de trabajo. Las tres asistentes

sanitarias que vinieron aquí, por ejemplo, no se atrevían, después de un mes, a ir a cobrar su salario: se sentían culpables. Habían vivido durante un mes sumergidas en la ansiedad y no comprendían que esta ansiedad debía estar retribuida. En este trabajo comunitario nunca hallamos nuestro rol: recurrimos al fantasma del rol porque buscamos la norma, y continuamos rechazándola. Es desagradable vivir en la ansiedad. El momento de la negación que perseguimos sin cesar es tal vez el elemento determinante de nuestro trabajo comunitario, pero la mayor parte de ustedes, ya lo sé, no están de acuerdo respecto a este punto.

JERVIS: Sí, formulado de este modo, estamos de acuerdo.

SLAVICH: Yo no creo que la negación sea negativa hasta el punto de no dejar lugar a la dialéctica.

BASAGLIA: En suma, buscamos un papel dinámico, del cual por otra parte no sabemos absolutamente nada.

JERVIS: Tal vez sepamos más o menos de qué se trata, pero sin cesar nos preguntamos si no será otra cosa.

BASAGLIA: Hace ya veinticinco años que soy doctor en Medicina, y nunca comprendí lo que debía hacer hasta que vine a ejercer aquí. Pero, ¿se trata de un trabajo de médico? Desconozco por completo lo que es un trabajo de «médico» o de «psiquiatra» en una institución.

PIRELLA: En cambio, el rol de negación emerge perfectamente. Me acuerdo de que las primeras veces que vine aquí, una de mis preocupaciones era que no se produjera ningún accidente. Uno de mis principales cuidados, en el servicio que iba a abrirse, o acababa de ser abierto, era «evitar los inconvenientes», es decir, que se trataba de una preocupación esencialmente restrictiva. Después comprendí que era preciso negar el servicio tradicional.

JERVIS: ¿Nos preguntamos, pues, por qué se quiere abrir un servicio? Porque todos los esfuerzos, en un momento dado, conducen a este punto. En diversos aspectos, existe una ansiedad de perfeccionamiento: para poder decir que el hospital está abierto por completo, para declarar finalmente: «He abierto este servicio», para tener la satisfacción de crear un caos

y de hallarse implicado en él, con enfermeros y enfermos, en una nueva situación de ansiedad, etc. Pero desde el punto de vista institucional, desde el punto de vista de la destrucción del hospital, ¿qué significa esto?

BASAGLIA: Yo diría que, desde el punto de vista institucional, se trata de una exigencia personal que se sitúa dentro de la significación general de una toma de posición política. Nuestro trabajo no consiste en abrir los servicios, pero, en la medida en que somos psiquiatras que operan en una realidad institucional dada, nuestro empeño consiste en romper la institución de la realidad sobre la cual actuamos.

JERVIS: Desde el punto de vista institucional, la apertura del servicio se justifica tal vez en tanto que ruptura violenta de una posición de equilibrio para alcanzar otra posición de equilibrio. El servicio cerrado tiene su equilibrio, su dinámica. Al abrir las puertas, se le obliga a hallar una nueva dinámica y un nuevo equilibrio.

BASAGLIA: Para mí no puede haber nuevo equilibrio sin que todos los servicios sean abiertos. Por el momento, existe aún un servicio por abrir, lo cual nos permite continuar negando. Después será necesario buscar otra negación para poder negarlo prácticamente todo.

JERVIS: Sí. En suma, abrir el conjunto de los servicios nos lleva a la realidad. Mientras quede uno sin abrir, habrá siempre en el fondo el falso problema de la apertura del servicio. En cierto modo, es un problema que absorbe todos los demás. Éstos no podrán ser planteados con claridad hasta que el último servicio se abra.

BASAGLIA: Nuestro problema está en fundar la comunidad terapéutica sobre la negación y no partir de una base ya reformada. Supongamos que entrásemos con todo nuestro *staff* en una situación como ésta, en un hospital abierto. ¿Qué haríamos? Nuestra actitud sería sin duda muy diferente de como fue al principio. Si partiésemos de aquí, por ejemplo, y si otro *staff*, radicalmente distinto nos reemplazase, realizaría sin duda un trabajo muy diferente que no se basaría en la negación.

JERVIS: En cierto modo, es muy fácil, actualmente, hacer no-psiquiatría.

BASAGLIA: Nosotros no hacemos no-psiquiatría.

JERVIS: Una vez abiertos todos los servicios, será necesario definir con más claridad a nuestros enemigos para no debilitar la negación de la psiquiatría. Por el momento, aún somos destructores de hospital, y creo verdaderamente que, para pasar por la ruptura del hospital a la ruptura de la psiquiatría, deberemos dar un salto cualitativo.

BASAGLIA: Nosotros realizamos simultáneamente la ruptura de los servicios y de la psiquiatría.

SLAVICH: Al abrir el conjunto de los servicios, nos hallamos en el punto en que las deudas son abolidas y se distribuye la tierra entre los campesinos. Sin embargo, en este momento, cuando todos los servicios estén abiertos, el problema de la naturaleza psiquiátrica de nuestra acción se plantea con una urgencia creciente.

JERVIS: Sí, pero Basaglia dice, precisamente, que existe una determinada forma, que no es una forma cualquiera, de realizar la apertura de los servicios. Y ésta constituye ya una premisa para una negación ulterior, para una impugnación de la psiquiatría que va mucho más allá de la simple negación de la realidad asilar tradicional; es decir, que hacemos mucho más que sostener la necesidad de abrir los servicios. En suma, se trata de una preparación de la acción a realizar cuando los servicios estén abiertos.

SLAVICH: Cuando todos los servicios estén abiertos, se podrá empezar a atacar ciertos mecanismos internos de poder: el hecho, por ejemplo, de que ciertas personas obliguen a los enfermos a hacer economías. Éste será, naturalmente, un problema bastante grande.

JERVIS: En cierto modo, yo diría que podemos ser bastante optimistas, puesto que la apertura del servicio es un problema y no una finalidad.

BASAGLIA: Yo creo que, después de la negación institucional, es el problema de la psiquiatría el que está en juego.

PIRELLA: Creo que ha llegado el momento de dilucidar el problema psiquiátrico.

BASAGLIA: Sí, pero de hecho ignoramos qué es la psiquiatría moderna, cuando muy probablemente no es más que el perfeccionamiento de la antigua psiquiatría, es decir, el hospital mejorado.

PIRELLA: La psiquiatría moderna no es más que el intento de hacer menos manifiesta y más obligatoria la exclusión.

Puede ser interesante recordar, como ejemplo de verificación práctica del precedente debate, los tiempos y las modalidades de apertura de los dos últimos servicios cerrados, el «C-Hombres» y el «C-Mujeres». A pesar de que el grado de participación del servicio haya sido diferente en los dos casos, la constante presión de lo que se ha denominado «la vanguardia» —formada por algunos médicos, la psicóloga, la asistente social y algunos enfermeros— se ha revelado necesaria para desembocar en una decisión que, vista desde cualquier punto, sería un acto de ruptura cualitativa en relación con el pasado. En cuanto a la actitud de los pacientes, oscilaba entre la antigua dependencia institucional y una cierta ambivalencia en relación con las opiniones del personal. Sin embargo, algunos expresaban una opinión claramente favorable.

La apertura del «C-Hombres» se efectuó el 14 de julio de 1967. Vino precedida, durante el último año, de una serie de decisiones liberales, siendo la más significativa la de conceder a un número creciente de pacientes la facultad de salir del servicio cuando lo desearan, sin ser acompañados. Poco antes de la apertura, se tomó la decisión, en el curso de las reuniones de servicio, de verificar, de forma concreta, la posibilidad de proceder a ello. El equipo médico y un cierto número de enfermeros sostenían, con más o menos vehemencia, que

era necesario abrir inmediatamente las puertas, mientras que el resto del personal no dejaba de presentar una oposición. Las etapas de la decisión fueron las siguientes: primero se decidió, durante las reuniones, que la apertura tendría lugar en una fecha próxima a la fiesta anual de la comunidad, o en la primera semana del mes de agosto. Seguidamente, y a causa de las presiones ejercidas por los impacientes (la espera debía parecer tanto más intolerable o absurda cuanto que no iba acompañada de ningún «preparativo» particular, sobrevino la oportunidad de abrir inmediatamente el servicio. Se fijó la fecha en el 17 de julio, un lunes. Esta decisión se tomó en una reunión que tuvo lugar el 13 de julio.

El servicio se abrió al día siguiente, en el curso de una significativa ceremonia. Se efectuó un brindis —con naranjada—, a petición de un *leader* de otro pabellón, que quiso hacerse fotografiar lanzando a lo lejos un manojo de llaves. El servicio había elegido libremente, pues, adelantar la fecha de la apertura, gracias a la acción persuasiva de un enfermero-jefe, entusiasta partidario de esta iniciativa.

Notemos que un interesante elemento de contradicción entrañó la adhesión final de los que se oponían. Efectivamente, éstos se dieron cuenta de que sólo la apertura liberaría definitivamente al servicio de la connotación negativa de ser un lugar donde se relegaba a los últimos excluidos. Y se manifestó de una forma tan espectacular, que un enfermo del C, laborioso y «útil» para los trabajos de limpieza, solicitó en diversas ocasiones cambiar de servicio. La imposibilidad de oponerse a su demanda puso en evidencia que seguir manteniendo una posición de rechazo mantendría al servicio en una condición de degradación y de «relegación». Poco a poco, los «mejores» enfermos se irían, y el resto del hospital pasaría por la tentación de «trasladar» a los peores. La apertura del servicio respondía de este modo no sólo a una decisión de la «vanguardia», sino a exigencias objetivas e incontestables. Paradójicamente, el servicio cerrado en un hospital abierto se ve obligado a negarse a sí mismo.

Durante los últimos meses que precedieron la apertura del «C-Hombres», la existencia de un problema análogo para la mitad femenina del hospital quedó casi completamente relegada a la sombra. Esta situación persistió después de la apertura del último servicio masculino cerrado, como si el triunfo obtenido con la apertura de la mitad del hospital no permitiese pensar en otra cosa.

Cuando se fijó finalmente la atención en el «C-Mujeres», la asamblea general se convirtió en el lugar natural donde se planteó el problema: el último servicio cerrado fue considerado como la «culpa» de todos, pero en particular de las enfermeras de este servicio, que se sintieron tácitamente acusadas de no haber dado el paso hacia delante que todo el mundo esperaba de ellas. La cuestión fue discutida en el curso de unos reuniones semanales reservadas a las enfermeras de todos los servicios femeninos: las enfermeras del C fueron acusadas por sus colegas, hasta experimentar un sentimiento de ineluctabilidad y de parálisis. No en vano tuvieron la impresión de jugar el papel de «cabeza de turco». En el curso de este período, una minoría de ellas empezó a tomar el punto de vista de la vanguardia; pero no llegaron a estructurarse y a hallar un *leader* capaz de oponerse a los elementos del personal que seguían boicoteando sordamente la liberación del servicio.

El resultado fue una adhesión casi fatalista al proyecto de apertura, y una actitud pasiva en relación con el director y el equipo dirigente que «de cualquier modo abriría el servicio».

Esta desresponsabilización delegó de hecho en el equipo la tarea de fijar la fecha de apertura. Al principio se dio por inminente —«antes de Navidad»—, de forma bastante vaga, con el fin de permitir eventuales «preparativos» (en particular, la transferencia a otros servicios ya abiertos de ciertos enfermos —«los problemas»—, decidida por los pacientes y las enfermeras del servicio de procedencia, discutida y aceptada por el servicio de destino). La espera se acortó: «dentro de un mes», para que «los preparativos» fuesen acelerados, pero se pudo comprobar que todos estos preparativos no bastaban para ga-

rantizar la apertura y que el plazo fijado iba acompañado de ambiguas justificaciones.

Así, la noche del 25 de noviembre, en la reunión semanal del conjunto de las enfermeras, el director preguntó: «¿Por qué no mañana?» Y nadie se opuso.

La dinámica interna del grupo de enfermeros había sufrido una modificación evidente, puesto que éstos asumían la responsabilidad de controlar el servicio después de la apertura y de enfrentarse con la nueva situación, rehusando asumirla en tanto que libres protagonistas de la transformación.

DOMENICO CASAGRANDE

UNA CONTRADICCIÓN INSTITUCIONAL:
EL SERVICIO CERRADO
PARA ALCOHÓLICOS

BEN: Me opongo a que los alcohólicos vivan juntos, y si alguno me pidiese venir a la *comunidad social* (1), primero le preguntaría el por qué. Yo prefiero vivir junto con los otros, puesto que creo que el problema de los alcohólicos no es diferente al de los demás, al de los otros hospitalizados por enfermedades, digamos, mentales. Personalmente estoy en contra porque, conviviendo con alcohólicos en otros institutos, en un momento dado les he oído decir: «Nosotros no estamos locos. Somos alcohólicos, y basta». Y yo, en cambio, pienso que los problemas de los alcohólicos y de los demás enfermos son semejantes.

CASAGRANDE: Además de los motivos que usted acaba de expresar, y que a mi modo de ver conciernen al problema general de las relaciones entre los alcohólicos y los otros pacientes, ¿cree usted que existen otras razones estrechamente ligadas a la estructura de este hospital?

BEN: Sí. Me molesta ver un servicio reservado sólo para los alcohólicos. Ver, por ejemplo, a los enfermeros sin uniforme, contrariamente a sus colegas de otros servicios, ver cómo los alcohólicos comen juntos, etc., me parece injusto. Preferiría verles con los otros enfermos, no sólo porque tengan los mismos problemas, sino porque de este modo se podría poner a los esquizos con los esquizos, a los deprimidos con los deprimidos, y así sucesivamente, mientras que aquí se les hace vivir a todos juntos.

(1) Este es el nombre que recibe el servicio para los «alcohólicos», del cual vamos a tratar en este capítulo.

CASAGRANDE: Si le he entendido bien, usted cree que se ha creado una estructura que contrasta con el resto del hospital.

BEN: Sí, sí, exactamente esto. He hablado con alcohólicos que desgraciadamente ahora no están aquí y les he invitado a venir conmigo a esta reunión, y han respondido: «No, la mezcla entre alcohólicos y los demás no nos interesa».

Este diálogo fue registrado en una de las reuniones diarias del único servicio del hospital constituido según un parámetro nosográfico. En este servicio, calificado de *comunidad social*, viven, efectivamente, diecisiete alcohólicos. El paciente que interviene aquí no forma parte de este grupo, pero solicitó participar durante cierto tiempo en las reuniones a título de observador. Después de unos diez días, durante los cuales participó en las discusiones con aparente pasividad, cuando uno de los hospitalizados llevó la discusión a la forma como son considerados los pacientes de este servicio por el resto de la comunidad terapéutica, intervino, como hemos podido ver, poniendo en cuestión la validez de esta estructura con relación al conjunto de la institución.

Como lo demuestra claramente el diálogo, y como lo confirma indirectamente, por otra parte, el problema planteado por el hospitalizado del servicio «alcohólicos», Ben se hace portavoz lúcido y consciente de una contradicción propia de la mayor parte de aquellos que viven y trabajan en el seno de la comunidad hospitalaria, trátese de pacientes, médicos o enfermeros.

La denuncia de Ben halla respuesta en diversas manifestaciones de impaciencia que han acabado por desembocar en actos de ruptura.

El hospital vive actualmente una situación de libre movimiento y de libre comunicación, en la cual las contradicciones se ponen al desnudo y se manifiestan a todos los niveles; de ello proviene un estado de crisis que conduce a reconsiderar

la significación del servicio «alcohólico», y que se hizo evidente en el curso de una reunión del equipo encargado de la curación que tuvo que analizar las razones de ser de un servicio considerado hasta entonces como la solución más avanzada y más de acuerdo con la organización general.

El servicio «alcohólicos» nació hace un año y medio, en abril de 1966. Fue un período difícil en la historia del hospital: los servicios aún estaban completamente cerrados, las asambleas generales empezaron a funcionar después de seis meses y no todos los servicios celebraban aún sus reuniones. En este período de transformación institucional aún en curso de la negación de una antigua organización concentracionaria que tiene *por única finalidad envilecer al hombre y despojarlo de su dignidad*, se pasaba a la creación de una nueva organización cuya ulterior evolución se ignoraba. En estas circunstancias, cualquier iniciativa que negase la institución tradicional tenía un valor y revestía una significación en una palabra: era buena. Era también el momento en que la comunidad terapéutica tomaba forma e iniciaba su expansión en el marco del hospital. Sería erróneo, sin embargo, creer que este servicio nacía sólo de un prurito de «estar de moda», o, al contrario, su constitución respondía a una exigencia, lo mismo que todas las realizaciones que la precedieron y que la seguirían. En la renovación del servicio «Admisión-Hombres» residen las premisas efectivas de su formación.

Al finalizar el trabajo, los pacientes —que mientras tanto se hallaban repartidos por grupos en los diversos pabellones— se reúnen de nuevo. Llevan aún elementos de diferenciación que poco a poco se han constituido y reforzado durante el período precedente. Así, por una parte, encontramos los «mutualistas», pacientes a cargo de las mutuas, que tienen más o menos la posibilidad de rechazar la hospitalización, gozan de una gran libertad de movimientos, viven en habitaciones separadas y se benefician de una mejor alimentación. Junto a ellos están los

psicóticos, considerados como los pacientes más vulnerables y, por tanto, los más necesitados de asistencia. Efectivamente, les es muy difícil mezclarse con los demás, y hasta ahora han formado parte de un grupo de psicoterapia precisamente constituido para facilitar su integración a la comunidad. Seguidamente vienen los alcohólicos, quienes también han seguido sesiones de psicoterapia y que ya pasaban la mayor parte de la jornada juntos, formando un grupo homogéneo que reducía al mínimo sus contactos con los otros pacientes. Finalmente, un último grupo comprendía los neuróticos, los deprimidos, los orgánicos y los viejos. El problema consiste en homogeneizar estas cuatro categorías, que seguramente no responden a exigencias nosográficas y que reflejan sobre todo cuatro connotaciones sociales derivadas de una situación particular. ¿Cómo es posible no ver auténticos privilegios de primera categoría en los «mutualistas»? Y los psicóticos, ¿no son los «incomprensibles», los únicos en ser considerados como verdaderos «locos», aquellos a quienes se debe distinguir continuamente y a quienes sería preferible mandar al servicio cerrado? En cuanto a los alcohólicos, ¿no se trata de viciosos, faltos de voluntad, que necesitan más que nada severidad y mano dura? Y los otros, ¿qué son si no gente que se hace hospitalizar para escapar a sus compromisos profesionales o viejos que se lamentan y lloriquean sin razón, es decir, «gente molesta e inoportuna»?

Homogeneizar a los privilegiados y a los oprimidos, a los culpables y a los parias no es nada fácil. Y no es una solución extender los grupos psicoterapéuticos a los otros enfermos, tanto por motivos de orden teórico como por otros de origen práctico. En efecto, falta tiempo para seguir a los que se ha empezado a cuidar y, por otra parte, es en extremo difícil para el médico desempeñar al mismo tiempo el doble rol de psicoterapeuta y de socioterapeuta comunitario. El problema, en todo caso, debe resolverse, y la vía más indicada —dado que una sala de servicio de los crónicos se halla desocupada— parece consistir en la separación de los alcohólicos. Pero, ¿por qué precisamente éstos y no otros cualesquiera de las demás categorías?

La formación de este grupo obedece a múltiples consideraciones: en primer lugar, es el más fuerte y el más numeroso, y también el que cuenta con un mayor número de reincidentes. Nuestra provincia pertenece a una de las regiones cuya media de alcohólicos es más elevada. Por otra parte, su separación deja presumir una mayor posibilidad de cohesión entre las otras categorías. Una nueva experiencia empieza y no podemos aún prever su evolución, pero esperamos que nos aporte nuevos datos sobre el problema del alcoholismo.

De este modo nace el nuevo servicio, constituido por un núcleo de pacientes entre los cuales figuran todos aquellos que forman parte del grupo psicoterapéutico. Tan pronto como las plazas quedan libres, son ocupadas por otros alcohólicos, procedentes en su mayor parte del servicio de admisión. Como criterio de selección, se tiene en cuenta la frecuencia de las recaídas y la dificultad de resolver ciertos problemas sociales. Es decir, que se sigue acogiendo en el nuevo servicio a pacientes de tendencia alcohólica no reciente, muchos de los cuales han pasado ya por diversas hospitalizaciones en hospitales tradicionales y han conocido diversos episodios de intoxicación aguda con síntomas de deterioro psíquico. Por otra parte, muy a menudo se trata de personas ya «reconocidas», es decir, que han superado —según la ley de 1904 sobre la asistencia psiquiátrica— el período de observación estando asociadas al hospital y socialmente estigmatizadas.

El servicio está totalmente abierto, comprende un máximo de diecisiete pacientes y hasta hoy ha registrado la presencia de setenta y dos personas. Se rige de forma comunitaria, según las reglas del autogobierno. Cada noche se mantienen reuniones en las cuales participan los enfermos, el médico y el enfermero, quienes toman conjuntamente todas las decisiones. Estas reuniones son un medio de verificación y de impugnación recíproca, con todos los límites y las contradicciones que ello comporta (véase en este sentido el capítulo incluido en la presente obra sobre el autogobierno).

La evolución del servicio atraviesa diversas fases. Se asiste, en primer lugar, a un rechazo a colaborar. Las ausencias en

las reuniones son numerosas, cada uno tiende a vivir por su cuenta e intenta crearse su propio espacio fuera del servicio. Pero las dificultades que el paciente encuentra en sus relaciones con los otros —una especie de dinámica de mala fe y de incompreensión entre alcohólicos y no alcohólicos—, determinan precisamente el retorno al seno del grupo. Entonces la participación se hace más activa: la «cultura comunitaria» se hace un patrimonio común y la finalidad terapéutica que une al médico, al enfermero y al enfermo poco a poco es reconocida. El primer servicio regido bajo la forma de comunidad terapéutica muy pronto pasa a representar un modelo. La unión se realiza a través de las discusiones acerca de hechos elementales, como la alimentación, o de otros más complejos que implican un sentido mayor de las responsabilidades. El paciente, de este modo, toma gradualmente conciencia de su poder de decisión en el ámbito del servicio y en el establecimiento de normas para regirlo. Empieza a sentirlo como suyo y no como una cosa que le viene impuesta desde arriba. Al principio se ha considerado como una persona apartada de las demás a la que se impedía permanecer en el servicio «admisiones» para asimilarle de algún modo a los enfermos crónicos; por ello rechazaba su nueva instalación e intentaba alejarse de ella, sabotearla. Pero la penosa experiencia de sus relaciones con los otros le ha incitado a reintegrarse al servicio: descubre en él nuevas posibilidades, se siente seguro y se apresta a defenderlo. En el curso de este período inicial, algunos, huyendo del servicio, intentan integrarse a la comunidad participando en la asamblea general, donde cuentan la experiencia de sus dificultades; continuamente estigmatizados por los otros, se revelan incapaces de soportar los reproches que a veces les dirigen. Y si acceden a algún puesto de responsabilidad (como, por ejemplo, el de presidente de la asamblea), no consiguen llevar su trabajo a buen término. La mayor parte de sus intentos de manipulación son inmediatamente desmitificados, quedando frente a los demás sin defensa alguna, sin un biombo con el cual cubrirse. En el bar, a veces se les niega el vaso de cerveza que los otros consumen con toda libertad. Es decir, que descubren que ellos son los

alcohólicos del hospital, aquellos a quienes se niega la menor comprensión. Si alguien grita o se pelea, la comunidad, en el fondo, lo soporta, así como cuando alguno se excede un poco con la cerveza y se hace molesto, se le comprende y se le ayuda. Pero cuando se trata de un alcohólico, este margen de tolerancia no existe: queda eliminado de improviso y él se convierte en víctima propiciatoria de todas las tensiones. Durante este período las reuniones de servicio se reducen a menudo a largos silencios, y las raras intervenciones de los pacientes tienden a denunciar un clima de opresión y de vagas persecuciones que testimonian el ostracismo de que son objeto. De este modo surge para ellos la necesidad de crear su propio espacio en respuesta a esta exclusión.

Con el asentimiento se inicia una segunda fase. Las iniciativas se multiplican y provocan una distribución del trabajo. Algunos, por su capacidad, se ponen en evidencia y reúnen la adhesión de los otros. De este modo se revelan los primeros leaders, que proponen iniciativas, las llevan a buen término y responsabilizan de este modo a quienes les sostienen. Al aparecer como portavoces del servicio en las asambleas generales de comunidad, constituyen un nuevo punto de referencia en relación al médico y al enfermero. Sin embargo, cuando el alcohólico intenta una salida para establecer de nuevo relación con los pacientes de los otros servicios, experimenta un nuevo fracaso, que le confirma de nuevo su marginalidad con respecto a la comunidad. Ello le conduce a reforzar su confianza en el grupo, donde descubre una forma diferente de relación con los otros que no es su dependencia alcohólica. Efectivamente, en el grupo, en vez de hallarse a merced de una autoridad ciega que le culpabiliza sin cesar, que le remite a su dependencia alcohólica como única posibilidad de relación, rechazado y objetivante, experimenta una situación de conflicto donde se le proponen constantemente diversas alternativas. Ya no es el otro quien elige por él, sino es él quien tiene continuamente la posibilidad de ser él mismo. Sin embargo, esto sólo sucede en el interior del servicio, donde descubre precisamente su capacidad de enfrentarse al otro, y descubre que puede vivir

con este último sin enmascararse ni mentir. En suma, se siente «comprendido y aceptado», mientras que fuera del grupo sigue marcado por un signo que hace de él un perseguido y que le obliga a jugar un rol que no acepta. Así buscará intensificar y profundizar las relaciones en el interior del grupo, con una necesidad constante de conciencia y de claridad, con vistas a alcanzar una homogeneidad cada vez mayor. Durante esta fase el servicio se refuerza y se pueden citar como ejemplos sus iniciativas (paseos por la ciudad, cenas, excursiones, organización de fiestas). Por otra parte, inicia relaciones en el exterior del hospital, bien por medio de estas iniciativas, bien haciendo participar cada vez más a las familias en las reuniones. Precisamente entonces, enfermos y enfermeros substituyen la denominación del servicio «alcohólicos» por la de «comunidad social», en un intento simbólico de rechazar la exclusión, recalcando el aspecto comunitario de la experiencia en curso. Pero, al mismo tiempo, los contactos con el resto de la comunidad van haciéndose más escasos.

La participación de los alcohólicos en las sesiones de la asamblea general se hacen esporádicas, y cuando asisten lo hacen en grupo, con el fin de instrumentalizar la asamblea para realizar cierto proyecto: son los únicos que no participan nunca en los paseos colectivos. Individualmente, intentan camuflarse lo más posible, no exponerse, realizando una acción de grupo que les lleva a adoptar una posición de vanguardia. Ante su exclusión de la comunidad han reaccionado creando un servicio piloto, que a su vez tiende a excluir. Actualmente, sienten que tienen algo constructivo que oponer a los otros, y constatan con satisfacción que el resto del hospital sigue su ejemplo. El punto culminante se alcanza cuando la asamblea decide por unanimidad que, para el año nuevo, cada servicio se encargará de sus excursiones. De este modo, el servicio «alcohólicos» alimenta la ilusión de haber ganado su batalla. *Actualmente el conjunto del hospital está abierto y todos gozan de libertad de movimiento.* Las comunicaciones entre los diversos servicios y los mismos pacientes se hallan igualmente liberalizadas. De este modo, los cambios de opinión están faci-

litados, y se crea una mayor necesidad de confrontación, incluso fuera del cuadro institucional que representan las asambleas. De este modo, los alcohólicos se dan cuenta de que su espacio está demasiado restringido y sienten la necesidad de ampliarlo, conscientes de haber sido conducidos a la hospitalización por el mismo mecanismo que los otros pacientes: conscientes, en suma, de haber sido excluidos de la sociedad. Entonces les parece lógico intentar una fusión con el resto del hospital. Se organiza una fiesta ofrecida por la «comunidad social en favor de la comunidad hospitalaria», que les vale las alabanzas y el agradecimiento de todos. El momento es considerado propicio para pasar a la acción. Pero esta contraofensiva no tiene en cuenta ciertos hechos significativos.

Después de algún tiempo sucedió que ciertos pacientes procedentes de otros servicios, aconsejados por el médico y aceptados —después de presentación y discusión— en el servicio «alcohólicos», manifestaban un comportamiento regresivo. Tomemos por ejemplo, el caso de Giovanni, a quien se ofreció el traslado al servicio «alcohólicos» para permitirle un enfrentamiento más tranquilo con sus propias dificultades. En realidad, él consideró esta invitación como una orden y, durante los días que siguieron, no dejó de realizar gestos de ruptura. Al preguntarle cuál era la razón, él afirmaba haber sido obligado a cambiar de servicio porque se había dado cuenta de que un rechazo de su parte no habría impedido al médico obtener lo que quería a fuerza de persuasión. Este comportamiento que por una parte tendía a cuestionar el rol del médico en tanto que autoridad opresiva, recalcaba por otra parte el rechazo de una condición que sentía como negativa. Esto se confirmó con el caso de otros dos antiguos pacientes, hospitalizados en el servicio «admisiones» por una reincidencia, y que se negaron a ser trasladados, siempre participando espontánea y activamente en las asambleas. Además, era frecuente, durante las reuniones de servicio o en la asamblea general, al discutir el caso de ciertos hospitalizados, que, en el curso de un permiso o de una salida, habían abusado de las bebidas alcohólicas incomodando a la gente de su alrededor, escuchar, como una amenaza, la posibi-

lidad de traslado del interesado al servicio «alcohólicos», considerado no como un lugar privilegiado, sino como un lugar de castigo.

Cuando se propone incorporarse a la comunidad, el alcohólico descubre una realidad completamente distinta a como la imaginaba. La libre comunicación en el seno del hospital le coloca de nuevo ante las contradicciones que había experimentado viviendo en el mundo restringido de su servicio. Así, al participar en las asambleas generales, a menudo toma conciencia de que este servicio, que hasta entonces había defendido tan celosamente y que creía el mejor, está considerado por los otros como un lugar de castigo. Se da cuenta de que la frase que ha oído durante tantos años, y que él mismo ha pronunciado: «Si no eres razonable te mandarán al C» (el servicio cerrado), es reemplazada por otra: «Si bebes y nos molestas, te mandaremos a la rama» (1). Es decir, constata que está más estigmatizado que nunca. La apertura total del hospital tuvo, entre otras consecuencias, la de hacer descubrir a la comunidad que los reclusos —los encerrados porque *no comprendían nada*, por ser *malos* o porque *huían*, y que por lo tanto eran *irresponsables*—, en el fondo son como todos. Sólo las circunstancias han querido que fuesen últimos en ser liberados. Apropiándose de forma responsable del nuevo espacio que se les concede, recalcan aún más las dificultades que siente el alcohólico al apropiarse del suyo, siempre excesivamente restringido o dilatado. Es decir que el alcohólico es el irresponsable y el que se enfrenta a la regla.

De pronto, la dificultad de la transferencia se le presenta claramente: usa el servicio, no como un lugar creado por la institución para ayudarle y defenderle, sino para defenderse a sí mismo de los mecanismos autodestructivos que a veces pone en acción. Al contacto con los otros servicios, se da cuenta de que el margen de tolerancia que poseen los demás,

(1) En el Friuli-Venecia, algunas tabernas aún tienen por distintivo una *frasca* o rama de verdura. Este término es utilizado a menudo en el hospital para designar el servicio «alcohólico».

hacia el co-hospitalizado alcohólico es elevado, y que sólo a partir de un cierto límite se desencadena un mecanismo de exclusión que le remite, como por azar, al servicio «alcohólicos». De este modo se le ofrece una elección: combatir su exclusión y unirse a los demás, reconociéndoles como semejantes, o ser vencido de nuevo.

El alcohólico que llega al hospital, ya se halla excluido de una sociedad que no le comprende y que no acepta a los débiles: una sociedad que se desprende de los miembros que juzga indeseables, objetivándoles, transformándoles en algo diferente a sí misma para no verse obligada a ponerse en cuestión.

El alcohólico es, pues, confiado a la institución para que ésta le aparte de la vista de los demás, para que le guarde, o, en el mejor de los casos, para que le devuelva tal como la sociedad le desea. «Déle algunos comprimidos para que deje de beber», «Hágale más amable», «Es amable cuando no bebe, me escucha, hace lo que yo quiero, pero cuando bebe siempre tiene algo de qué protestar». Estas son las palabras que a menudo acompañan su entrada. En cualquier caso, se halla en la misma situación que los demás hospitalizados y responde de la única forma que conoce: aprovechando la libertad de la cual se beneficia para beber y abandonarse a gestos de ruptura. Sin embargo, experimenta poco a poco una nueva posibilidad de relación y se une al grupo, donde se encuentra a sí mismo, y deja de sentirse rechazado. Reforzado de este modo en el seno del grupo, entra en competición, gracias al mismo, con el resto de la comunidad, al tiempo que toma conciencia de su exclusión, que es también la de los otros pacientes del hospital, en los cuales acaba por reconocerse. Pero a partir del momento en que intenta establecer una relación de igualdad con ellos, es conducido de nuevo, brutalmente, al punto de partida. En efecto, él no es Luigi ni Mario, sino el alcohólico, el culpable, el diferente. Es el único, en una situación donde todas las etiquetas son puestas entre paréntesis, que soporta el peso de la suya. Objetivado de nuevo, reducido a su espacio, del cual ha intentado salir desesperadamente, cae de nuevo en una situación

aún más trágica al darse cuenta de que es *el excluido* de una comunidad de excluidos. Su trabajo se hace extremadamente difícil. Debe batirse a la vez en demasiados frentes: asaltado por una ansiedad que no llega a dialectizar, impugna la institución que le ha encerrado en el *ghetto* e intenta ponerla en crisis volviendo contra ella las armas que esta misma le ha proporcionado. Su única posibilidad es destruir un servicio que contradice abiertamente la evolución de la comunidad. El servicio entra en crisis sobre este fondo. La crisis tiene, pues, un sentido, una significación y una finalidad. La institución no puede ignorar esta situación, y debe asumir el problema y resolverlo.

Pero cualquier búsqueda de una solución positiva sólo es un intento de enmascarar el fracaso de la empresa. La experiencia nace de una elección práctica, determinada por la evolución del hospital y sostenida por una exigencia metodológica que debe culminar en la negación de la exclusión. Pero incluso estos dos aspectos de la misma realidad, la elección terapéutica y el rechazo de la exclusión, se contradicen. Por modificada que se halle debido a una experiencia necesaria, la realidad institucional experimenta actualmente la urgencia de oponerse a ella, al tiempo que revela su contradicción.

AGOSTINO PIRELLA

LA NEGACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO
TRADICIONAL

Sin ninguna duda, la posibilidad, ofrecida a los pacientes que pueden permitirse el lujo de ir a una clínica privada, de evitar el internamiento, ha contribuido a mantener un silencio casi total sobre el dramático fracaso de la psiquiatría. El enfermo mental ha sido, durante largo tiempo, y sigue siendo, alguien a quien se puede oprimir brutalmente, un ciudadano frustrado en sus derechos, privado de su libertad personal, de sus bienes y de sus relaciones humanas por un tiempo indeterminado, que se pregunta dolorosamente: «¿Qué mal he hecho?», que se enfrenta a la norma: un «desviado». Durante muchos años, la psiquiatría se ha permitido el lujo de construir a su alrededor un castillo de criterios y de etiquetas que han terminado por constituirse en norma. El rol de estabilizadores del sistema político que desempeñan las normas sociales y científicas puede ser constantemente demostrado.

Una de las normas más tenaces, eminentemente autodefensiva, concierne a la suerte del enfermo mental en nuestra sociedad. La presencia de un enfermo tal no puede ser tolerada: su forma de ser y de vivir debe ser ocultada y reprimida. A pesar de que los nuevos sedantes, distribuidos con generosidad, han contribuido a suprimir las manifestaciones más visibles de la «locura», la actitud social hacia el enfermo mental no ha cambiado por ello. La infracción de la norma debe ser castigada mediante una forma particular de reclusión y mediante curas terroríficas o penosas. La realidad asilar constituía, y en gran parte constituye siempre, una estructura punitiva de extrema eficacia, y que alcanza momentos de horror silenciados frecuentemente. Se puede decir que se trata de la mayor contradic-

ción entre el optimismo científico y la realidad. La realidad desnuda, la opresión manifiesta ejercida por las instituciones psiquiátricas, no son conciliables con las intenciones científicas de la terapia y la readaptación. Los lugares a donde son enviados los enfermos mentales, calificados de «hospitales», el carácter médico de las intervenciones que tienen por finalidad el «tratamiento» de los comportamientos desviados, contradicen cualquier situación abiertamente opresiva. El límite dramático de esta actitud —que presenta como médico aquello que casi siempre no es más que vulgar terror—, se revela sobre todo en la utilización punitiva de ciertas «terapias». Esta intención punitiva es denunciada en la transacción que se establece entre actor pasivo y actor activo del tratamiento. El hecho de que se diga, por ejemplo, en los hospitales psiquiátricos: «Si no te tranquilizas, te voy a dar un pinchazo (o un electroshock, etc.)», denuncia la presencia, legítima y real, bajo la apariencia de una ideología médica ingenua, de una dinámica opresiva. El hecho de que ciertas «terapias» —como la piroterapia, el shock cardiazólico, etc.—, hayan caído en desuso, demuestra, entre otras cosas, su significación abiertamente punitiva, que no han podido mantener los que aceptaban esta actitud, donde la violencia es a la vez más sutilmente y más groseramente camuflada. La ideología médica no deja de ser mistificadora. Un psiquiatra italiano declaró textualmente durante un congreso, a propósito del valor y de la eficacia de un medicamento, que su ausencia de sabor permite administrarlo en el alimento a escondidas del enfermo: este producto resuelve «el problema de la persuasión y, digámoslo, el del incentivo necesario para internar a los recalcitrantes o a los protestatarios. El rebelde se hace dócil, ¡incluso a veces se transforma en corderito! Y si por suerte el medicamento le produce una torticolis espasmódica, ¡será él mismo quien pedirá la intervención del neuropsiquiatra! ¡Sean, pues, bienvenidos, en ciertos casos, los síndromes neurodislépticos!». Actitud que revela evidentemente una especie de racismo, dispuesto a utilizar, hasta los penosos efectos secundarios, un medicamento, para aumentar el poder de opresión. La necesidad de tener en cuenta la contradicción conduce siempre a

formas de mistificación cada vez más acentuadas. Después de haber sido «cazados», burlados, oprimidos, los enfermos son actualmente animados mediante espectáculos, bailes, actividades y trabajos diversos, pretendidamente terapéuticos, con el fin de que se encuentren dispuestos a las dos soluciones que la institución les reserva: la readaptación forzada o el acostumbrarse al lugar que desde entonces será su casa (1), lo que equivale, en uno u otro caso, a la pérdida de toda personalidad, y a quedar reducidos a la más estricta dependencia.

La infracción de la norma, la incapacidad para «jugar el juego», la angustia de vivir en un mundo que rechaza y reprime, tienen como precio el paso a la institución totalitaria.

La división del trabajo, la distinción entre trabajo intelectual y trabajo manual, se convierte aquí, también, en motivo de privilegio. Al negar la ideología de la violencia, el médico niega su práctica. De hecho, quiere sacar a la opresión de la sombra donde se disimula. Empieza por utilizar su poder para rechazar la violencia física y la reclusión en el espacio restringido de la celda, de los refectorios y de los servicios. Inicia, así, su empresa de negación.

Negar la reclusión es rechazar al mismo tiempo el mandato social. El psiquiatra que rechaza es un hombre que toma conciencia de la contradicción permanente, pero disimulada por la ideología médica, según la cual una persona reducida contra su voluntad al estado de objeto debería ser considerada como «un enfermo idéntico a los otros». El psiquiatra tiende, pues, a rechazar a la vez el mandato social y la ideología médica que recubre los aspectos degradantes. Este rechazo, madurado en estrecho contacto con la institución, se opone tanto a la ideología como a la realidad concentracionaria que justifica o disi-

(1) Cf. E. BLEULER, *Tratado de psiquiatría*: «Sobre ciertos enfermos crónicos, las visitas tienen como efecto contrarrestar una adaptación definitiva al medio que constituirá su nueva casa...».

mula. El rechazo de la ideología, unido a la negación de la realidad de la violencia, lleva a tomar conciencia de lo que no hay que hacer y a discernir, en la situación concreta, lo que debe ser negado.

La negación no implica referencia a un «positivo» que serviría de modelo, sino el simple rechazo de la perpetuación de la institución y el intento de cambiarla poniéndola continuamente en crisis. Este acto de negación sistemática concierne no sólo al rol tradicional del médico (que de este modo se apropia del poder en primera persona), sino a los roles del enfermero y del enfermo. Lo negado, en definitiva, es el valor atribuido al rol del «buen enfermo», es decir al siervo dócil y siempre disponible, a los roles del enfermo embrutecido y del enfermero jefe autoritario. La negación y el desenmascaramiento de la violencia conducen de este modo a negar radicalmente la institución como lugar donde uno nunca puede ser dueño de su propia persona.

La autoridad, primera contradicción.

El hospital ha tropezado con una primera contradicción, históricamente explicable por el hecho de que la negación de la autoridad había empezado con un acto eminentemente autoritario, por parte del director y de los médicos, que de este modo se reafirmaban en el poder, hasta entonces delegado al personal y a la institución. Mientras se denunciaba la significación opresiva de una serie de comportamientos pseudomédicos, al plantear que la opresión, la violencia y el autoritarismo ciego son un «mal», se hacía notar al mismo tiempo que el uso autoritario del poder con fines de negación podía ser considerado como un «bien». En verdad, este tipo de impugnación escapa a la condena institucional (que los enfermos, en cambio, han soportado), sin embargo, la institución sigue viviendo, actuando en todo momento como norma y como sanción: norma contradictoria, ciertamente, y por lo tanto siempre abierta a la discusión y a la impugnación, pero también sanción, al

menos en la medida en que la segregación se perpetúa. Esta contradicción, que afecta al conjunto de las relaciones institucionales, se manifiesta con una intensidad igual en los tres polos representativos del hospital: pacientes, médicos y enfermeros. Más adelante se verán ejemplos de ello.

La norma, segunda contradicción.

La negación de la violencia ha puesto radicalmente en crisis el hospital, pero no ha podido constituirse en norma: la norma de la negación está desprovista de poder y de significación. La negación no puede convertirse en una norma. De vez en cuando, todos declaran que este acto, esta orientación, esta elección, es «buena», «mala» o «terapéutica», pero finalmente se dan cuenta de que la institución es una norma en sí misma, y que si se empieza por negarla hay que llegar hasta la negación global. Entre negar la institución y negar la posibilidad de impugnación, hay a menudo una contradicción agudizada. Es «bueno» lo que se presenta como posibilidad de impugnación, de poner en crisis, y «malo» lo que aparece lleno de inconvenientes, como una traba para todos, una parálisis de la vida en común. Un ejemplo institucional típico nos lo proporcionan las infracciones de la norma cometidas por diversos pacientes, tales como irse del hospital sin permiso, emborracharse o conducirse de forma que la institución se ponga en crisis. Las discusiones que se siguen de ella, demuestran que estas actitudes son una respuesta crítica al sistema institucional, que obliga a todos a tomar posición, a definir de nuevo las relaciones, los roles, e incluso la significación de permanecer en el hospital. Esta puesta en crisis significa, además, en la realidad, un riesgo «mortal» para la institución, un ejemplo del «mal» que todos intentan disimular, rechazar, excluir de sí. Por otra parte, el encuentro real entre los diversos miembros de la comunidad no podría llevar a definir la norma, excepto en líneas generales, implicando la negación de la violencia, de la opresión física y de la reclusión. Lo que se niega al poner en crisis el poder

de decisión «científica», es un aspecto tradicional de la cultura: el saber en manos de algunos privilegiados. El «pensamiento médico» (Tosquelles) supone un proceso-guía gracias al cual todo lo que se produce en el campo puede y debe ser examinado críticamente, y relacionado a modelos de valores. La negación de este sistema pasa por una fase de desorden intenso, pero puede convertirse en verificación práctica en la medida en que todos los interesados participen en su elaboración. La crítica, entonces, deja de ser el privilegio de los depositarios de la ciencia, la verificación colectiva plantea la norma (social, científica) como objetivo de búsqueda, de invención, al rechazar el «tecnicismo» y las argumentaciones esquemáticas. La contradicción tiende nuevamente a la oposición entre trabajo intelectual y trabajo manual, o bien al desacuerdo entre la exigencia real, para el hospital, de cumplir el mandato que la sociedad le ha confiado, y el modo negativo de responder del interior, invención práctica que tiende al rechazo de la ideología médica **mistificadora**.

Los enfermos como hospitalizados, tercera contradicción.

El rol de los enfermos se halla en crisis, bien por la recuperación del espacio hospitalario, bien por el contraste entre esta recuperación «interior» y la exclusión exterior. Por contra, en la comunidad, el enfermo mental, en tanto que elemento irresponsable, peligroso para sí mismo y para los demás, reconquista la posibilidad de control. Toma parte en los debates, circula libremente por el hospital y pierde su connotación tradicional a medida que la institución se transforma, y que él mismo, junto con los médicos y los enfermeros, se hace artesano de esta transformación. Para muchos, es un medio técnico de reeducación; el hecho decisivo, en cambio, es que la libertad reconquistada de este modo en el interior, al destruir en los hechos el mito del enfermo mental peligroso, ataca las barreras psicológicas, sociales y económicas que la sociedad mantiene en el exterior. Se empieza a tomar conciencia de que la sociedad

produce enfermos, no en un sentido banal de causalidad, sino como resultado de la exclusión, y que la libertad interior puede llegar a ser la coartada de una reclusión mucho más sutil y disimulada. A partir del momento en que sólo puede salir del hospital acompañado, el paciente se ve obligado a constatar que «no es un hombre». Al no ser juzgado como responsable de sus actos, testimonia la contradicción entre libertad interior y opresión exterior. Al apelar a la legislación actual, sólo hará más grotesca la coartada que consiste en tener como «enfermo» lo que es sólo el objeto de una exclusión. Los «enfermos», son, pues, pacientes, hospitalizados, en condición de verificar, prácticamente, con los médicos y los enfermeros, la contradicción en la cual se ven obligados a vivir.

Médicos y enfermeros, cuarta contradicción.

Como hemos dicho en otros capítulos, la elección realizada por el equipo médico es el origen del movimiento de negación, y se presenta como un *leadership* institucionalmente legítimo, aunque en todo momento discutible. Las motivaciones sociopolíticas, científicas y «humanitarias» que se hallan en la base de esta elección, también pueden ser discutidas. Lo que se revela evidente, sin embargo, es que los enfermeros, frente al equipo médico, constituyen un grupo, o una casta, que posee intereses específicos, una suerte y unos problemas comunes.

Contradicciones y realidad institucional.

Examinemos ahora ciertas cuestiones institucionales que nos parecen las más significativas, y las más afectadas por estas crisis.

Enfermeros, médicos y pacientes se pñnen a menudo de acuerdo hoy para discutir, por ejemplo, acerca del problema que plantea un elemento de disturbio, sin recurrir a la medida, ya de por sí regresiva, del cambio de servicio. Si un pa-

ciente molesta, actualmente parece normal preguntarse por qué, y profundizar en la cuestión. En principio, menos para «resolverla» que para «comprenderla», para aproximarse al paciente en lugar de apartarle. El principal argumento, que parece haber hecho mella, es aquel según el cual es absurdo hacer soportar a otro servicio un elemento semejante. Su servicio de origen tiene muchas más oportunidades de afrontar este problema que el servicio de destino, incluso suponiendo que el interesado acepte su traslado. Se ha planteado una discusión característica acerca de esto: cierto paciente había cometido un acto de violencia impulsiva contra algunos objetos y parecía que debía sufrir un proceso de exclusión bastante claro. El servicio se dio cuenta, de repente, de que lo ignoraba todo acerca de este enfermo, que se hallaba, de algún modo, excluido del servicio antes de haber cometido el acto en cuestión. Y como que esto había contribuido a poner al servicio en evidencia, el absurdo del traslado saltaba a la vista. Sólo ocupándose de este amigo desvalido se podría llegar a tener sobre él un juicio real (y no mítico, fantasmático). En esta circunstancia, el nivel de tensión alcanzado por el servicio puede ser considerado como un elemento útil para la verificación práctica de la cual hablábamos en las páginas precedentes.

Es evidente que un nivel de tensión excesivo corre el riesgo de engendrar una situación de pánico. Esto sólo se produjo una vez en el servicio «Admisiones-Hombres», por culpa de un paciente que canalizaba su profunda ansiedad entregándose de vez en cuando a actos destructores contra las personas y la cosas. Las posibilidades de confrontación y de participación se hallaban de este modo gravemente comprometidas, tanto más cuanto que este paciente había expresado muy claramente su intención de destruir las relaciones comunitarias y atentar contra la convivencia. La imperiosa necesidad de efectuar una pausa en el movimiento de *impugnación caótico y regresivo*, aconsejó trasladar al enfermo al servicio cerrado, lo cual, como provocación, reclamaba él mismo a voz en cuello. Hubo un largo debate a todos los niveles, del cual da testimonio, en parte,

la documentación sobre la asamblea de comunidad publicada íntegramente en este volumen.

El problema es contradictorio porque concierne, entre otras cosas, a la imagen que de sí mismos poseen los enfermos. Durante largos años, y según estereotipos seculares comunes a los denominados «normales», se ha visto al «loco» como alguien que no puede vivir como los otros, que rompe cualquier contacto y que responde de forma destructiva a la ansiedad que es incapaz de tolerar. El enfermo del cual acabamos de hablar hablaba precisamente con un médico de su nostalgia del tiempo pasado, cuando, trasladado al pabellón de los agitados, podía pasearse completamente desnudo, masturbarse ante los otros, regresionar por medio de una rebelión desenfrenada. Además, proclamaba que el cierre persistente de un servicio (en aquel tiempo, efectivamente, el C estaba aún cerrado), demostraba que los médicos tenían la convicción de que este cierre aún se imponía, que era necesario prever casos como el suyo, que el mecanismo de exclusión, de castigo, debía continuar en vigencia.

Este enfermo salió del hospital después de haber superado su crisis en unos dos meses. La apertura del último servicio imposibilita hoy una «solución» de este tipo. La institución debe inventar nuevos modos de relación a menos que la apertura de todos los servicios signifique el fin de la impugnación regresiva.

Por otra parte, la existencia de un servicio especializado, reservado a los alcohólicos, ha planteado, en repetidas ocasiones, el problema de los criterios de traslado. Se ha visto muy claramente que la presencia de este servicio en nuestro hospital es contradictoria. La negación de los criterios de traslado se ha transformado en negación del traslado. Todos los traslados efectuados en el curso del último año han sido requeridos por el paciente, y largamente discutidos por los interesados (servicio de origen, servicio de destino).

Es decir, que hoy, hay dos elementos fundamentales que diferencian los servicios del hospital. El primero está constituido por la aceptación o el rechazo de los pacientes en prime-

ra admisión: la distinción entre agudos y crónicos, de la cual trataremos a continuación, es uno de los principales factores de la dinámica institucional. El segundo viene dado por las características interiores del servicio: mayores o menores comodidades, número de pacientes, mayor o menor «respetabilidad» social de estos últimos (los dos servicios del C, por ejemplo, abiertos desde hace poco, son menos «respetables» que los otros, y menos «confortables»). La exclusión interior marca estas dos vertientes.

Enfermos agudos y enfermos crónicos.

Otro elemento de exclusión interior lo plantea la presencia, en el campo hospitalario, de pacientes que saben que sólo deben permanecer en el hospital algunas semanas. Algunos de ellos son asegurados sociales, otros, poco numerosos, pagan ellos mismos su estancia (1). La comparación, el marco de la vida comunitaria, con los pacientes hospitalizados desde hace años, creó, al principio, una situación de choques y de fricciones que tiene su raíz en el profundo malestar ocasionado por las «diferencias» institucionales. La presencia de los dos servicios cerrados, marcaba aún hace poco tiempo una discriminación de hecho. Se decía: «Esperemos que no vaya al C», del mismo modo que desde fuera se dice «Es uno del manicomio». El C fue negado en tanto que «asilo» desde su apertura, pero los contrastes permanecen, uno de ellos es de naturaleza socio-económica, el otro de naturaleza sobre todo cultural. El enfermo «agudo», con su seguridad social, sus estrechos lazos, con el exterior, recalca más crudamente el abandono y la soledad de los «crónicos». Las disponibilidades financieras son

(1) En el hospital de Gorizia, los asegurados sociales y los que pagan son admitidos en el mismo servicio que los «psiquiátricos», sometidos a la legislación sobre las enfermedades mentales. Los servicios llamados neurológicos o abiertos, en los hospitales psiquiátricos, deben ser considerados como una de las últimas mistificaciones de la psiquiatría, que de este modo confirma la diferencia entre «fichados» y «no-fichados».

bastante grandes entre los agudos y muy pequeñas entre los demás. El modo de vestir de los primeros es cuidado, casi elegante, mientras que el de los segundos es más sombrío, menos parecido al del «mundo exterior», sobre todo entre las mujeres. Las excepciones en este sentido, entre los crónicos, han permitido una progresiva aproximación que actualmente parece acentuarse. El factor de asimilación parece estar constituido más por el sentimiento de una exclusión social común que por la enfermedad. Citemos a este respecto un diálogo que tuvo lugar en una asamblea de comunidad.

Enfermo agudo A: Voy a decirle una cosa que seguramente no va usted a creer. Ayer alguien dijo: «Mire a los señores que vienen aquí, parecen de vacaciones. Ya no es el asilo de antes: vienen como si fuesen a pasar una temporada de descanso. Se encuentran bien aquí».

Enfermo agudo B: Sin embargo, algo se ha hecho, algo que era imposible hacer veinte años atrás.

A: Escuche, yo vengo de Venecia. Ignoro si soy un enfermo fácil o difícil, no sé nada, son los médicos quienes deben decirlo, pero me han aconsejado... No podemos escaparnos de aquí, porque es ridículo, en seguida nos cogen. Y, sin embargo, hay mucha gente que no desea salir, y no desean salir porque, precisamente, la sociedad les rechaza. Sí, les rechaza y ¿por qué? ¿Cómo confiar en un enfermo que estuvo internado durante diez años, tal vez quince? Nunca salió del asilo, y, sin embargo, la enfermedad mental no es diferente de las demás enfermedades, enfermedades del corazón o de los pulmones.

B: ¿Y a usted, esto le parece normal? ¿Encuentra usted normal que el señor X, cuando quiera contratar a alguien...?

A: De acuerdo, debe contratarles con ciertas reservas, pero yo sé muy bien que es así, que tal vez es así...

La condición común, entonces, no es la enfermedad, sino ser o haber sido internado en un hospital psiquiátrico y sufrir

o haber sufrido un proceso de exclusión. Exclusión social, generalmente, pero muy a menudo también familiar, a la cual son muy sensibles los enfermos.

ENFERMO AGUDO: ¿Por qué se les ha mandado aquí? Porque no podían permanecer fuera. Porque, fuera, eran nocivos para la sociedad, por eso han venido a parar aquí...

ENFERMO CRÓNICO: Lo que usted dice no es verdad. Hay una gran cantidad de gente que es traída aquí, simplemente, para desembarazarse de ellos.

ENFERMO AGUDO: Pero dígame entonces por qué quieren desembarazarse de ellos. Porque molestan a todos, porque son insoportables.

El enfermo agudo empieza a darse cuenta de que uno de los motivos de internamiento es el hecho de «molestar a todos». Y es significativo que el enfermo crónico haya podido oponer su sentimiento de exclusión en términos aceptables.

Por otra parte, durante mucho tiempo, y tal vez aún hoy, el enfermo agudo, en las distintas alternativas ofrecidas por la vida comunitaria (bar, bailes, reuniones, paseos), se ha esforzado por conjurar la presencia fastidiosa del crónico intentando alejarle, considerarle como alguien a quien debe excluir. Los debates han revelado que esta actitud era parecida a la de las familias en relación con el enfermo agudo: analogía que conduce a este último a reflexionar sobre su condición y a compararse de modo más dialéctico con el enfermo crónico. Es indudable que el enfermo agudo se siente (como lo sienten los otros), más próximo a la sociedad exterior, menos excluido. Por otra parte, está más cerca de la crisis de separación, del problema de las relaciones exteriores, más alejado de la institucionalización. Por ello parece más apto para negar la institución de la violencia, más fácil para responsabilizarse. Finalmente, y con el fin preciso de excluir a los otros, el enfermo agudo intenta plantear, en su propio provecho, el problema de la «buena» insti-

tución, intentando en cierto modo desprenderse de la influencia que la institución ejerce sobre él.

Los fármacos y la negación médica.

La negación del hospital tradicional ha pasado, como hemos visto, por la negación de la violencia y de la opresión que precedían y acompañaban al uso de determinados tratamientos «terapéuticos». Aún hoy, y a pesar de la disminución o desaparición de ciertos tratamientos somáticos, se da gran importancia a los medicamentos. No se puede negar que el poder médico pasa por este modo de relación, independientemente (en la medida en que ello es posible), de cualquier condicionamiento institucional. Ponerse frente al enfermo y decir: «Usted necesita este medicamento», significa asumir la posición de poder y no la de consejo. A la larga, esta actitud tiende a mistificar o a hacer vana la lucha contra la opresión, puesto que, en tanto que médico, yo conservo este enorme poder de dominio y de control a través del fármaco psicotropo. Y aquí se plantea una cuestión que representa una contradicción real y práctica. Negar la violencia significa efectivamente negar los matices de la violencia de que el medicamento psicotropo es portador: la somnolencia, la dificultad de concentración, la astenia, los desagradables efectos secundarios, pero ¿también significa esto *negar directamente la prescripción del medicamento?* ¿Significa la negación del hospital, la negación absoluta de todo hospital? Ha habido momentos, en el curso de nuestra historia comunitaria, en que se ha creído poder dar una respuesta positiva a estas preguntas. Plantear la discusión de estos problemas, a veces significa, para ciertos enfermos, desembocar en elecciones responsables y rechazar el medicamento. En el curso del debate, muchos han sostenido que la eventual necesidad de administrar el medicamento debía aparecer como un hecho colectivamente controlable, y no como un juicio exclusivo por parte del médico. Quedaba la ansiedad general que provocaba este rechazo y el hecho de que si el personal lo aceptaba era porque

intentaba compartir la ansiedad del paciente, hallar un nuevo punto de contacto con él, estar disponible y libre de cualquier condicionamiento, cultural o cientifista. En otras circunstancias se decidió ofrecer el medicamento al paciente, pero sin insistir en ello, y aceptando la discusión después del rechazo. Todo ello ha planteado, en el plano médico, la cuestión de la medicación necesaria para los enfermos afectados de epilepsia, lo cual ha aparecido como un caso de puesta en crisis de la institución.

El ejercicio de la autoridad médica adquiere una dimensión opresiva desde que se sitúa en el marco institucional típico e incontestable. Pero, al aceptar la impugnación, debe correr el riesgo de algunas consecuencias. Renunciar a esta responsabilidad no podía constituir una alternativa aceptable al modo de relación opresiva.

En la nueva situación, los enfermeros tienden a reaccionar mediante una creciente disponibilidad personal, unida a la profunda necesidad de constituirse en tanto que clase. La huelga representa en este sentido un episodio capital.

Decidida unilateralmente, en sus modalidades, por el sindicato, fue seguida respectivamente por la mitad y la totalidad de los servicios particulares y de los servicios generales. Este hecho, que amenazaba con poner radicalmente en crisis el trabajo institucional, fue vivido de manera contradictoria por los otros miembros de la comunidad.

La mayoría de los enfermos no expresó ningún conflicto y, en algunos puntos, manifestó una posición de solidaridad activa, al proclamar su rechazo, por ejemplo, a hacer trabajos de sustitución. Otros pacientes, en cambio, no ocultaron su descontento ante las molestias que les ocasionaba la huelga, y uno de ellos llegó a protestar de forma enérgica. El equipo médico, sin que nadie dudara del derecho a la huelga, se hallaba igualmente dividido: las modalidades de la huelga, se objetó, habrían podido ser menos rígidas. Además, la agitación corría el riesgo de ser utilizada menos contra el patrono que contra el nuevo sistema institucional. Hubo acaloradas discusiones en

este sentido, pero sucedió un hecho al parecer evidente: el personal hallaba su momento de identificación y de fuerza al llegar a diferenciarse de los enfermos, que se hallaban impotentes frente a la necesidad, privados de cualquier derecho a la huelga, y en la imposibilidad de presentarse masivamente en la Administración con pancartas y silbidos, como hacían los enfermeros. Se trató realmente de una protesta nada habitual y de una extensión insólita. Un sindicalista, un hombre político, habría hablado de «madurez obrera». En cualquier caso, es indudable que se trataba de un ejemplo anti-institucional, de una *contestación*. La aceptación, a veces pasiva, del nuevo estado de cosas, se redimía mediante un acto de presencia activa, mediante una elección que ponía repentinamente en estado de tensión las relaciones con los pacientes y con el equipo médico. Mientras que, en relación con los primeros se trataba, como hemos dicho, de diferenciarse, en cuanto a los segundos la dinámica se reveló menos clara, tendiendo de hecho a desafiar al poder médico, juzgándolo como opresivo, incluso fuera de sus prerrogativas burocráticas y disciplinarias. Nos parece útil, en este sentido, transcribir las declaraciones de un «libre» representante del personal (sin lazos particulares con la comisión interior o el sindicato), que intervino en el curso de la asamblea destinada a enfocar y aclarar la situación respectiva de los tres polos del hospital.

«La responsabilidad acrecienta nuestra eficacia profesional y nuestra libertad de elección. Sin embargo, una verdadera comunidad debe reconocer en todos sus miembros los mismos derechos: cuando nuestras opiniones y decisiones no son discutidas y aceptadas más que si concuerdan con los programas establecidos de antemano por el personal médico, no tenemos el sentimiento de formar parte de este último, sino de ser utilizados por él. De este modo, debemos afrontar situaciones siempre nuevas, que a menudo suscitan en nosotros un estado de ansiedad. Lo aceptamos porque estamos convencidos de la bondad del sistema, pero nos es difícil superarlo, puesto que tenemos conciencia, precisamente, de la poca consideración en que se nos tiene.»

Se ve claramente que la dialéctica entre libertad e impugnación coloca al personal ante una contradicción difícilmente superable. Ser libre sin caer en la dependencia institucional —y en otros términos, «acceder a la autonomía»— plantea el problema a su nivel más alto.

Frente a las múltiples cuestiones abiertas y a las contradicciones desenmascaradas por el proceso de negación, puede parecer insuficiente afirmar que la vida del hospital continúa a pesar de estos obstáculos. Somos, efectivamente, conscientes de no poder superar las contradicciones que surgen del antagonismo irremediable, inherente a la sociedad «exterior». Por otra parte, franquear estos obstáculos no significaría en absoluto resolver los problemas terapéuticos o, al menos, los problemas sociales que piden soluciones políticas globales. El proyecto parece, entonces, hacerse demasiado ambicioso o inefable, perderse en la utopía o en la banalidad cotidiana.

Sin embargo, la negación del hospital tradicional, que se realiza día tras día, al acumular experiencias, marcar el paso a la necesidad, hacer durar la tensión, implicar un número creciente de personas (enfermos, familias, técnicos, políticos), se hace significativa en la misma medida en que se transforma en cualidad lo que sólo era cantidad opaca, elemental: el número de servicios abiertos, de personas que empiezan a confrontar sus ideas, de enfermos que participan en las diversas actividades independientemente de cualquier solicitud directa, paternalista o pseudo-técnica, etc. Y esto es gradualmente observado como una «conquista» (la apertura del último servicio cerrado, el aumento del número de los pacientes que salen a la montaña, que se van de permiso, la frecuencia de estos últimos, etc.), se desarrolla ciertamente bajo apariencias reformistas, pero va unido de manera precisa al acto de negación inicial.

Otra cuestión a dilucidar: la negación de la autoridad. Negar la exclusión (y, por lo tanto, la violencia y la opresión que son sus instrumentos inmediatamente eficaces), no significa en

absoluto no ser autoritario. «Una revolución es ciertamente la cosa más autoritaria que existe», decía Engels (1). La autoridad puede ser abusiva, pero no se identifica por ello con el abuso. Se puede ver un ejemplo de ello en la dualidad médico-enfermo, donde la autoridad abusiva del primero puede hacer descargar sobre otros, normalmente el internado, las tensiones no resueltas. La actitud burocrático-disciplinaria vigente en los hospitales tradicionales, se revela autoritaria e institucionalmente violenta bajo una apariencia de frialdad o bien de cortesía o campechanería. Exponerse de forma autoritaria a la impugnación de los otros y, en definitiva, de toda la institución, es la experiencia más importante que puede realizar cualquiera que desee pasar de un *leadership* institucional a un *leadership* real. No se trata de crear una situación de *leadership* completamente compartida, lo cual sería pura utopía (2), sino de luchar por la negación de la violencia institucional, pasando por una fase transitoria, durante la cual la aceptación dócil del rol prevaricador será sustituida por el rechazo de este rol y el uso del poder con finalidades de transformación y de toma de conciencia social.

El riesgo de fracaso es enorme. Hace falta ser consciente, y nunca dejar de aceptar ni de exigir la confrontación con lo real.

(1) F. ENGELS: *De la autoridad*, en Obras completas. Ediciones Sociales.

(2) G. MINGUZZI: *L'alternativa al «leader»*. Che fare n.º 2.

GIOVANNI JERVIS

CRISIS DE LA PSIQUIATRÍA Y CONTRADICCIONES
INSTITUCIONALES

Más allá de la «crítica del manicomio», incluso en el marco de ésta, se abren perspectivas de análisis y de experiencia que sobrepasan los temas de la «humanización» y de la «modernización» de la asistencia psiquiátrica. Inevitablemente, aparecen nuevos problemas que no son estrictamente institucionales. Frutos de un examen más atento de la condición asilar —que se revela unida a las estructuras de la sociedad—, nos remiten, por otra parte, a toda una serie de profundizaciones teóricas sobre el conjunto de la psiquiatría y la discusión de sus finalidades. La crisis de la institución psiquiátrica, finalmente, no nos remite sólo a una crítica general de las instituciones en un sentido estricto, sino que tiende a poner en discusión, junto con la psiquiatría, la validez de la «demarcación técnica» como forma particular de la división del trabajo y como institucionalización represiva del poder.

Estamos persuadidos de que el análisis de las instituciones asilares y de su crisis proporciona un punto de vista y una serie de criterios operativos particularmente fecundos para revelar —mediante profundizaciones y verificaciones, ciertos engaños «culturales» que hoy parecen cada vez más necesarios para el mantenimiento del *statu quo* social.

Conviene darse cuenta aquí de la presencia simétrica de un doble peligro: el del empirismo y el de las abstracciones generalizadoras y no verificadas.

El peligro del empirismo se debe a la incapacidad de aplicar instrumentos de análisis teórico apropiados a lo que cons-

tituye el punto de partida de cualquier crítica asilar: la indignación ante la inhumanidad del tradicional asilo de alineados. Esta indignación corre el riesgo de proponer reformas que permanecen prisioneras de las mismas estructuras que las han engendrado. La proposición de reformar empíricamente el hospital psiquiátrico conduce a una ideología de la comunidad terapéutica, y sólo remite al problema fundamental. Por otra parte, el reformismo es la primera respuesta a la actitud de desresponsabilización típica de los psiquiatras que controlan los asilos de alienados: con más o menos buena fe, consideran que no pueden hacer nada por cambiar verdaderamente su institución y atribuyen la causa de ello a los políticos y administradores, los cuales deberían proporcionar las leyes, los reglamentos y los fondos necesarios. En realidad, el espectáculo asilar (locales opresores, vetustos, sobrecargados; miseria de las personas y de las cosas; negligencia y retraso técnico; violencia encubierta o manifiesta; embrutecimiento en la inacción), justifica plenamente la tentación del reformismo empírico: hay que hacer algo, y en seguida, para cambiar, aunque sea sólo un poco una situación extremadamente grave. Esta exigencia debe ser tanto más respetada y estimulada en cuanto que es patente verificación de que las estructuras asilares pueden ser transformadas —a condición de que se desee hacerlo— por los médicos directamente responsables. La indignación de que acabamos de hablar, debe llevarnos a establecer la existencia de un fallo, es decir de culpabilidades muy precisas (1).

(1) La experiencia de Gorizia demuestra al menos que un manicomio de los más tradicionales puede ser radicalmente transformado en sus estructuras sin necesidad de ninguna facilidad legislativa, administrativa o financiera, y sin que las condiciones sociales del medio difirieran significativamente de las de la mayoría de las provincias italianas. (En este sentido se puede añadir incidentalmente que la principal diferencia entre la situación goriziana y la de las otras provincias, consiste probablemente sólo en el porcentaje particularmente elevado de problemas de alcoholismo, aspecto que no facilita el trabajo. En cuanto a las ventajas derivadas de las reducidas dimensiones de nuestra provincia, éstas son sin duda contrarrestadas con creces por diversos inconvenientes locales, entre los cuales destaca la grave carencia de disponibilidades financieras.

Es decir que si la idea de una responsabilidad y de una culpa directa de los médicos tradicionales demuestra que es posible y necesario «hacer algo de cualquier modo», incluso en el plano del simple reformismo empírico, es cierto por otra parte que este reformismo constituye la piedra de toque de las intenciones reales de sus promotores. Y es así, porque se dará como una solución del problema asilar, o bien porque al final se convierte en contradicción, objeto de crítica indispensable, y punto de partida para las proposiciones más radicales y coherentes.

El peligro opuesto al empirismo consiste en la denuncia de carácter abstracto: una denuncia global, extremista e imprecisa. También puede tener valor, y personalmente consideramos que lo tiene, a pesar de las apariencias: el riesgo de una facción «extremista» puede representar la mejor forma de oponerse a viejas críticas «científicas», «objetivas» y «equilibradas» del sistema social. Pero no se ha dicho que una denuncia de este tipo deba partir necesariamente del terreno asilar.

A propósito de ciertas técnicas de grupo utilizadas por los hospitales psiquiátricos como instrumentos «modernos» en una estructura institucional prácticamente imóvil, se ha hablado en Gorizia de «socioterapia como coartada institucional». De hecho, el discurso puede llegar más lejos, y si hoy se habla alegremente de comunidades terapéuticas en vez de asilos de alienados, es justo replicar, llegando hasta la crítica de las «comunidades terapéuticas como coartada institucional», enfrentando, para terminar, lógicamente, una crisis de las «instituciones como coartada». El peligro de estas sucesivas impugnaciones no reside en su aspecto extremista, sino en su aceptabilidad sugestiva: en efecto, son fácilmente recibidas de forma abstracta, y apreciadas también a causa de su carácter anticonformista y «revolucionario». Por la misma razón, se han aceptado demasiadas veces con entusiasmo las consideraciones sumarias sobre el «mito de la enfermedad mental», sin ver claramente las dificultades y las contradicciones que conlleva, por necesaria que sea, una destrucción de la imagen tradicional (tanto «vulgar» como «científica») de la locura.

Es decir que si se impone la necesidad de llegar hasta una crítica radical de numerosos lugares comunes y de coartadas constantemente renovadas, sólo es posible en función de una praxis. No es indispensable que ésta sea institucional: simplemente, se trata de ver si una praxis institucional permite verificar suficientemente tomas de posición que pueden ser acusadas, en sí mismas, y con razón, de extremismo abstracto. En este contexto, conviene añadir que cada experiencia, apenas realizada tiende a constituir su ideología, sin embargo, del rechazo de esta ideología y de la autocrítica, nace cualquier ulterior impugnación.

Así se plantea el problema de la especificidad de la organización psiquiátrica. La defensa tradicional de esta institución comienza fundamentándose en una especificidad técnica: los enfermos mentales deben ser cuidados, puesto que incontestablemente tienen necesidad de ello. Deben ser objeto de cuidados particulares, puesto que los límites y las dificultades técnicas (que sólo las personas competentes saben apreciar) prohíben la utilización de terapias más rápidas, más eficaces y menos desagradables. Según esta perspectiva —sobre cuya falsedad será necesario detenerse un momento—, no existe ninguna relación directa entre las formas de la asistencia psiquiátrica y la organización de la sociedad. Al avanzar por el camino del progreso, esta última proporcionará mejores medicamentos, un número superior de plazas, un personal más calificado, locales más acogedores y mejor organizados, pero las formas de la asistencia siempre serán decididas por los psiquiatras a partir de sus conocimientos.

Conviene señalar la existencia del peligro contrario: el de creer que la organización psiquiátrica de un determinado país se halla perfectamente de acuerdo con la estructura social dominante. Si se cede a esta tentación, puede parecer excesivamente fácil centrifugar el problema de las perturbaciones mentales, reduciéndolas a las contradicciones sociales, y creer que las organizaciones de asistencia terapéutica obedecen directamente a la lógica del poder. Se corre el peligro de creer que el

poder (digamos para concretar, el poder capitalista), constituye un sistema homogéneo y desprovisto de contradicciones, identificable en primera persona con el «capital» o con los planes racionales de una élite neocapitalista, o creen, paralelamente, que las organizaciones psiquiátricas se modifican y se estructuran sin contradicciones, según los esquemas políticos dominantes. En realidad es necesario observar detenidamente la hipótesis a partir de la cual las organizaciones psiquiátricas están «retrasadas» o son «diferentes» en relación con las exigencias institucionales de la sociedad en general, y por consiguiente tienen, en alguna medida, a pesar de todo, su propia historia y especificidad. Sólo entonces podremos estudiar el carácter «anacrónico» de las estructuras institucionales y buscar en la historia, como en el análisis del presente, la relación entre los hospitales psiquiátricos, por una parte, y por otra las teorías «científicas», las ideologías dominantes y las exigencias más inmediatas del mantenimiento del orden social.

Volvamos al origen histórico de los hospitales psiquiátricos y a las actuales justificaciones de su existencia según la opinión más generalizada, las leyes, y los reglamentos interiores: la función esencial y primera de estas instituciones no es terapéutica, sino represiva. Los asilos de alienados tienen por cometido defender a los ciudadanos de ciertos sujetos que presentan un comportamiento desviante, que los médicos han denominado patológico: cualquier individuo «peligroso para sí mismo y para los otros» es internado.

«Se puede constatar claramente que el sistema institucional de una sociedad cumple dos cometidos diferentes. Por una parte, consiste en una organización de la violencia que puede reprimir la satisfacción de las pulsiones, y por otra en un sistema de tradiciones culturales que articulan la totalidad de nuestras necesidades y pretenden satisfacer las pulsiones. Estos valores culturales comprenden igualmente las interpretaciones de necesidades que no están integradas en el sistema de autoconservación —contenidos míticos, religiosos, utópicos, es decir, los consuelos colectivos, así como las fuentes de la filosofía y de

la crítica. Estos contenidos están en parte dirigidos y utilizados para legitimar el sistema dominante» (1).

Este sistema dominante comprende, sin duda alguna, los hospitales psiquiátricos. En cuanto a los «contenidos», concierne igualmente a la ideología del enfermo mental y a la ideología custodiadora, sobre las cuales se basa la legitimación de todas las «organizaciones de la violencia» que se ocupan de los sujetos cuya desviación se atribuye a trastornos mentales. La imagen cultural de la locura y de su represión no sólo contiene la justificación global de la psiquiatría como teorización especializada, erigida en defensa del sano, sino que sirve además para reorientar las necesidades de libertad, definiendo a ésta como lo que es «lícitamente sano» en oposición a la locura, imagen de una libertad no tolerada.

Es muy difícil separar los componentes psicológicos del estereotipo cultural dominante de la locura, puesto que este estereotipo se presenta ya institucionalizado en actitudes que instigan y sancionan el poder social (autoridades civiles) y el poder médico.

Si en la exclusión de la locura entran en juego los mecanismos de violencia presentes en el contexto social, ello significa que la actitud de exclusión hacia el loco está ya impregnada de una violencia institucional aprobada. Por otra parte, la violencia misma de la sociedad es controlada, sancionada: sólo el psiquiatra, en su instituto, es libre para actuar, fuera de cualquier control, e incluso investido de un poder que la sociedad tiene a bien ofrecerle. Escoria irracional de la racionalidad social, el enfermo mental es apartado porque es el único que escapa por completo a las reglas del juego. La psiquiatría institucional puede dirigir sobre él toda la violencia de la sociedad porque la norma social expulsa de sí misma, al identificarla con el enfermo mental, la imagen «incomprensible» y

(1) JÜRGEN HABERMAS: *Conseguenze pratiche del progresso tecnico-scientifico*, «Quaderni Piacentini», VI, n.º 32 (octubre, 1967), páginas 72-91 (p. 87).

«peligrosa» de una posibilidad de transformación que la haría completamente distinta y «desordenada». Para escapar a la tentación de rechazar una coherencia que es también complicidad, el sano proyecta sobre el individuo indefenso una agresividad que no puede canalizar en otra dirección y que, en cualquier momento, puede destruirle. La penosa aceptación de un «principio de realidad» socialmente determinado le impone exteriorizar esta tentación, objetivándola. La «normalidad» de su ser se halla, de este modo, confirmada por la máscara inhumana que aplica al loco: al rechazar reconocerse a sí mismo en este último, acepta de buen grado la inhumanidad de su subordinación.

La psiquiatría sanciona y justifica esta exclusión del loco. Si existe una «cultura» general de la salud y de la enfermedad mental, no cabe duda alguna de que el psiquiatra tiene en ello su parte. Por lo demás, no es el fruto de una institución abstracta: su función se deriva de los roles y de la ideología general del poder médico. Se ha discutido, a propósito de una página conocida de Talcott Parsons, el hecho de que la ideología de la técnica médica es por sí misma, y en gran parte, una mistificación. El médico es un individuo que dispone de cierto poder, y, para ejercerlo, necesita aceptar el mito de la omnipotencia que el paciente le confiere. Sin embargo, a diferencia del médico o del cirujano, el psiquiatra está investido de un poder mucho mayor, es decir que, en vez de usar su omnipotencia técnica para actuar sobre una parte del cuerpo que pertenece al enfermo, actúa en forma global sobre un enfermo que le pertenece.

Es entonces legítimo sospechar que las particularidades por las cuales un comportamiento desviante compete a la psiquiatría, no han sido nunca claramente definidas por ésta. Sin embargo, hay un problema preliminar, y concierne al peligro de que la presencia, científicamente demostrada, de una enfermedad como base de un comportamiento apormal, sirva para justificar una extensión abusiva del concepto técnico de desviación, y favorezca los proyectos tecnocráticos de discriminación, de represión y de reeducación de los comportamientos desvian-

tes. Se puede observar que los psiquiatras que tienden a confinar en su universo psicológico, en calidad de especialistas, los problemas que pertenecen al dominio social, son peligrosos reaccionarios. Tal vez lo sean, y se puede constatar fácilmente en todo caso, que estos lacayos del poder se aprestan a camuflar y a transmitir bajo la apariencia de su técnica incomprensible, mezclados con más o menos adquisiciones científicas, motivos ideológicos que van unidos a la defensa de intereses y de valores históricamente muy precisos. De hecho, este uso reaccionario del concepto de desviación no implica en absoluto una elección política e ideológica: la idea misma de que un comportamiento desviante particular pueda ser técnicamente definido en términos médico-psiquiátricos, entraña la posibilidad de definir la desviación en general, según criterios que no tienen nada en común con el relativismo sociológico, y que escapan, por consiguiente, a la posibilidad de una crítica política. Paralelamente, la definición de ciertas formas de desviación psiquiátrica se remite inevitablemente a modelos generales de normalidad. El peligro reside, pues, menos en una extensión «abusiva» del concepto técnico-psiquiátrico de desviación, que en el hecho mismo de que esta desviación, aplicada a un pequeño número de casos, tienda a revestir automáticamente un carácter universal.

La psiquiatría tradicional aún tenía, hace algunos años, una línea de defensa aparentemente sólida. Según la psiquiatría de inspiración positivista, un comportamiento es anormal (al menos en teoría), no por sus caracteres fenoménicos, sino porque no es otra cosa que la manifestación exterior y *directa* de una enfermedad de las funciones superiores del sistema nervioso. Si es indiscutible que un hígado afectado de cirrosis es anormal, se debe aclarar de igual modo en qué consiste el carácter mórbido de la locura y de todas las alteraciones mentales: un desorden posee ciertas características intrínsecas, que lo definen como tal; es pérdida de funcional, disgregación, muerte, y no desviación con respecto a una norma convencional. En realidad, la noción misma de enfermedad, en general, no era

nada fácil de definir, y la asimilación de los trastornos mentales a las enfermedades orgánicas terminaba por realizarse sobre un plano empírico y aproximativo. La psiquiatría positivista conquistó sus posiciones a finales del siglo pasado, y las consolidó con el descubrimiento de la etiología sifilítica de la parálisis progresiva. La presencia de treponemas en el cerebro de los paráliticos sentaba las bases de una «psicosis modelo», de la cual derivaban todas las interpretaciones de las enfermedades en el dominio psiquiátrico, y parecía anunciar la reconciliación entre la medicina general y la psiquiatría.

Se suele considerar, generalmente, que esta visión «orgánica» de las enfermedades mentales fue superada por las concepciones «dinámicas» introducidas por Freud y sus sucesores, y que el antiguo modelo de la enfermedad mental como enfermedad del cerebro, no sobrevivió a la constatación de que las neurosis, y probablemente las principales psicosis, no se desarrollan en base a un sustrato lesional verificable.

La crisis de la psiquiatría positivista tuvo en realidad motivos muy distintos, que tal vez se reduzcan a uno solo: la imposibilidad de introducir los trastornos del comportamiento dentro de los fenómenos que pueden ser descritos objetivamente en términos naturalistas. No hay duda de que, en parte, se trató de un fracaso empírico, de una bancarrota general: la psiquiatría, considerada en el marco de las disciplinas médicas o en el de las ciencias del hombre, no ha mantenido sus promesas. No sabemos casi nada acerca de la mayoría de los trastornos mentales. Por lo que respecta a la terapia, la situación no resulta más brillante, y si bien es cierto que los medicamentos tienen por efecto, sobre todo, actuar sobre los síntomas, aún se duda de la significación de la psicoterapia. En el plano teórico, el fracaso de la psiquiatría «médica» ha entrañado una serie de distintas tentativas de síntesis: ésta es toda la historia de la psiquiatría contemporánea, desde Freud hasta nuestros días. Para comprender hasta qué punto la situación ha cambiado, basta con leer las viejas obras de Kraepelin o de

Babinski y compararlas con las de los autores «modernos»: Sullivan, Binswanger, Laing. Lo que más llama la atención, en las obras de los clínicos de finales del siglo XIX, es su extraordinario respeto por los *hechos*. La enfermedad mental está allí, presente en los gestos amanerados del esquizofrénico así como en la zona cortical del demente: para el sabio que les observa, se trata de estímulos sensoriales de igual valor, objetos que hay que recoger y elaborar como datos de un sistema. Por lo demás, el enfermo mental descubre por sí mismo un sistema completamente cerrado, que tiene sus propias leyes, todavía ignoradas en parte y separadas del observador que no participa en modo alguno de su universo. La misma noción de comportamiento parece volatilizarse continuamente ante las categorías interpretativas del psiquiatra: el enfermo es una entidad aislada que se limita a *funcionar* (y lo hace mal), pero que *no se comporta*. Para que esto sea así, el psiquiatra debe negar sus propias categorías y cualquier relación de sujeto a objeto, demostrando que el enfermo, pura objetividad, no es así, porque él mismo lo objetiviza, sino porque pertenece al mundo de los hechos, del cual se ocupa la ciencia. En este mundo de objetos no se puede aplicar ninguna categoría interpretativa, por la razón de que los hechos se reconstituyen por ellos mismos, según sus *propias* categorías, para que el sabio los recoja en número suficiente y con una perfecta neutralidad.

Hoy sabemos que la ciencia moderna se mueve en otras perspectivas. Los hechos ya no hablan por sí mismos, el observador —con sus intervenciones prácticas, sus categorías de interpretación, su ideología—, está presente en la búsqueda y no fuera de ella. El naturalismo empírico y la metafísica immanente del positivismo han sido superados, y definitivamente destruidos. Para la psiquiatría, esta destrucción, si ha tenido por una parte una posición radical, por otra se ha mostrado parcial e ineficaz.

En el plano teórico, se han unido las condiciones necesarias para la transformación del empirismo médico y del positivismo objetivante. Esto ha sucedido en dos grandes etapas: al principio por la desmitificación de la distinción tradicional

entre «sano» y «enfermo», que Freud realizó en el dominio de la psicopatología, y después, por el descubrimiento, debido a los psiquiatras existencialistas, del carácter «humano» (con todas las ambigüedades que implica este término) de las dinámicas psicológicas tradicionalmente consideradas como «enfermas». La destrucción de las justificaciones asilares de la locura, de las cuales trata la presente obra, no sólo ha demostrado la imposibilidad de considerar al enfermo mental según criterios especiales, distintos de los utilizados para con los sanos, sino que, además, también ha demostrado que el problema «científico» del «trastorno» mental sólo existe en la medida en que el comportamiento de ciertas personas es conducido artificialmente hacia una alteración funcional del sistema nervioso. Sin embargo, el error no consiste tanto en suponer la posibilidad de este deterioro funcional, como en identificarla con el comportamiento «alterado»: este último sólo es comprendido correctamente cuando va unido a la dinámica de las relaciones interpersonales y sociales que le han conferido una apariencia. Incluso cuando es posible poner en relación el «trastorno» del comportamiento con una lesión («enfermedad») cerebral, éste sigue siendo un punto intermedio entre una serie de sucesos concurrentes que lo han provocado y un encadenamiento de sucesos ulteriores que han determinado la forma en que el individuo reacciona ante su estado de inferioridad. Lo que ya resulta imposible de sostener es el carácter «natural» de la enfermedad, y la posibilidad de una relación *directa* de causa a efecto entre los desarreglos cerebrales, más o menos hipotéticos, y la forma como el «enfermo» consigue o no consigue vivir en sociedad. En la mayor parte de los casos, la hipótesis de una lesión cerebral resulta infundada, artificiosa o irrelevante; en efecto, el trastorno interpersonal sólo toma sentido en el seno de la dinámica social que poco a poco le dio cuerpo, y que de este modo creó *su* enfermo, negándole, gradualmente, la posibilidad de mantener relaciones sociales. Desde esta perspectiva, el mismo examen del enfermo por el psiquiatra tiende a perder su carácter tradicional, y se establece en el marco de una relación interpersonal que ya no es la relación dicotómica

«psiquiatra-paciente», para transformarse en una confrontación de las recíprocas dificultades debidas a un contexto social generador de roles diversos. Estos roles definen la psiquiatría. La principal diferencia entre el psiquiatra y el enfermo que se halla ante él, no reside en el desequilibrio entre salud y enfermedad, sino en un desequilibrio de poder. Una de las dos personas posee un poder mayor, en ciertos casos absoluto, que le permite definir el rol del otro según su propia terminología. Volveremos sobre este punto.

Por el contrario, en la práctica, la psiquiatría permanece anclada al empirismo médico, cuyos valores no ha dejado de tomar prestados. Aún hoy, la mayoría de los profesores de universidad, al igual que sus predecesores del siglo XIX, conducen al enfermo mental al anfiteatro y lo «muestran» a los estudiantes, del mismo modo como podrían exhibir un hígado cirrótico sobre la mesa de anatomía: los gestos y las palabras del enfermo siguen siendo «hechos» y no actos situados en un contexto. De este modo, la objetivación práctica de la locura refleja exactamente la gestión del enfermo mental por parte de las instituciones psiquiátricas.

A partir de Sullivan, el sector más activo y lúcido de la psiquiatría moderna, tomó conciencia del hecho de que el trastorno mental, lejos de aparecer como un problema individual, en el interior del cuerpo objetivado del enfermo, sólo puede ser vivido correctamente bajo su aspecto interindividual. Sin embargo, los criterios aplicados al examen de estos problemas derivan fundamentalmente de la psicología y del psicoanálisis: en vez de analizar la forma como los problemas sociales y políticos influyen sobre las dinámicas de grupo y las determinan en su realidad histórica, han preferido extender el examen psicológico y psiquiátrico hasta el dominio social, liberando a este último de la crítica política.

De este modo se han reunido las condiciones para realizar el viejo sueño del siglo de las luces de reunir bajo un control racional el conjunto de los comportamientos desviantes, imputados una vez más a trastornos psicológicos y a «desarreglos»

pasionales. Los psiquiatras han recibido mandatos más amplios por parte del poder y la enfermedad mental ha sido reinterpretada como un desarreglo psicológico de todas las relaciones sociales. La psiquiatría se ha entregado, pues, atada de pies y manos, a los guardianes del orden social, libres de definir las normas, las desviaciones y las sanciones según sus criterios.

Una parte de la psiquiatría moderna, consciente de este problema, se ha dado cuenta de que operaba y teorizaba en función de *valores sociales* no definibles en términos psiquiátricos, aunque capaces, en cambio, de definir la naturaleza de la psiquiatría. El sector donde esta conciencia se ha manifestado de forma menos sumaria, es en el del desequilibrio de poder y la diferencia de roles y valores que determinan, en el plano concreto, el encuentro médico-paciente. La psiquiatría social y la psiquiatría interpersonal han examinado, por igual, el contexto socio-cultural donde el paciente es definido como tal, y la relación «terapéutica» como sistema de interacciones psicológicas: la misma psiquiatría, en tanto que práctica psiquiátrica, se ha convertido en objeto de la psiquiatría. Sin embargo, incluso aquí el psiquiatra sólo ha elevado el nivel de búsqueda: al considerarse a sí mismo en su relación con el enfermo, como objeto de su disciplina, ha confirmado, sustancialmente, la validez de ésta. El psiquiatra ha seguido aceptando el mandato social, incluso reconociendo su carácter convencional: ha admitido, por ejemplo, que el joven delincuente o el asocial pueda ser considerado como más o menos enfermo, según las normas de la sociedad; que la neurosis es un problema colectivo; que la madre de un esquizofrénico puede estar en cierto sentido más enferma que su hijo; que la terapia individual no tiene más significación (y tal vez menos) que la terapia de los grupos familiares o profesionales; ha transigido en conceder a sus adversarios que la psiquiatría tiende a integrar al individuo según las exigencias del poder; incluso ha aceptado la *idea* de que tiene la misma necesidad de ser cuidado que su paciente. Lo que, en cambio, no ha podido aceptar, es cuestionar su propia naturaleza de concesionario del poder

y su subordinación a la norma que este poder ha restablecido. Queda, entonces, dueño de la situación.

En esta relación, el paciente sigue siendo examinado a la luz de una nueva teoría que, si bien ha renunciado a la psiquiatría tradicional, no ha podido renegar de sí misma, ni de su pretensión científica, ni de las normas y los valores que propugna.

La psiquiatría ha reunido, pues, todas las condiciones de su destrucción, pero no ha sabido llegar hasta las últimas consecuencias. Conviene precisar aquí que, muy probablemente, el poder coercitivo de la psiquiatría no tenderá a disminuir en el curso de los años, ni a disolverse en la «libre» relación del paciente acomodado que alimenta la ilusión de elegir su tratamiento o su clínica: la psiquiatría industrial por una parte (bajo su aspecto de reeducación en la productividad y en el consumo), y la psiquiatría institucional por otra, están llamadas sin duda a ensanchar su campo de acción. Del mismo modo que el especialista en psiquiatría, junto con el psicólogo, el psicoanalista y el sociólogo, sirve para reeducar al ciudadano —independientemente de la presencia, en este último, de lo que seguimos denominando «trastorno mental»—, con fines de consumo o de adhesión al poder, las instituciones psiquiátricas coercitivas se modifican también interiormente (su proceso ya está en curso), con el fin de controlar *con toda seguridad* a los excluidos que no son inmediatamente reintegrables: los asociales o los antisociales que las «megalópolis» industriales tienden cada vez más a producir y a apartar del juego de la competición productiva. El número creciente de asilos para «inadaptados» o «vagabundos» nos revela la orientación obligatoria de una represión psiquiátrica que se extenderá durante los próximos años. La psiquiatría moderna ya ha forjado los instrumentos teóricos indispensables para sus nuevas tareas.

La reforma institucional sólo deriva en parte de la crisis de la psiquiatría moderna. El ejemplo de los asilos de alienados «abiertos» del último siglo, demuestra, no sólo que es posi-

ble liberalizar un hospital psiquiátrico sin recurrir a los sedantes hoy en boga, sino también que siempre hay un terreno empírico sobre el cual no es tan difícil iniciar la ruptura del círculo vicioso asilar. A partir del momento en que la violencia institucional desaparece, la violencia del enfermo mental también desaparece, y éste cambia de apariencia: pierde los rasgos psicopáticos descritos en los viejos tratados, desaparece como «catatónico», «agitado», «desgarrado» y «peligroso», para mostrarse, finalmente, como lo que realmente es, bajo su aspecto de persona psicológicamente violentada antes y después de su internamiento. El enfermo mental pierde sus caracteres «incomprensibles» en la medida en que tiende a identificar su malestar con un contexto que respeta la existencia y las razones.

Pero los problemas empiezan aquí y el enfermo se los plantea al médico. La crisis de la psiquiatría moderna nos ofrece hoy los medios para comprender realmente lo que sucede en un contexto institucional liberalizado, y nos permite, por otra parte, llevar mucho más lejos la destrucción de la institución. Una vez abiertas las puertas, el proceso continúa y tiende a hacerse irreversible, pero aparecen nuevas contradicciones.

Las contradicciones internas de la institución se resumen en la dificultad de abolir la subordinación del enfermo sin caer en el paternalismo. Las contradicciones exteriores se refieren al hecho de que el espacio asilar no es destruido, puesto que la sociedad envía allí nuevamente a sus excluidos, sometiendo a una legislación muy precisa. El antiguo internado no encuentra trabajo, o se halla de nuevo ante los mismos factores de violencia familiar y social que le han llevado al asilo. El enfermo descubre que puede ser libre mientras permanezca en el seno de la institución, pero que no puede salir a voluntad sin que se desencadenen unos mecanismos represivos muy determinados.

La destrucción interior y progresiva de la organización asilar tiende a crear un espacio vital donde el uso de los instrumentos de autogobierno parece prometer la solución de todos

los problemas que plantea la vida en común; pero la sociedad pone límites infranqueables, y no deja de intervenir para impedir que el hospital renovado se convierta en una isla fuera del mundo. En la medida en que los problemas interiores no son «resueltos» a través de procedimientos de tipo «democrático», «comunitario» o «progresista», sino sobre todo discutidos y planteados de nuevo sin cesar, desembocan, inevitablemente en una confrontación directa con problemas más reales, que no conciernen a los desarreglos marginales de un comunitarismo que se satisface a sí mismo, sino al aspecto impersonal y burocrático de la violencia social. En un hospital psiquiátrico provincial no se corren los riesgos característicos de las comunidades terapéuticas privadas, donde la preselección de los pacientes, según la procedencia social y las formas mórbidas, permiten una dorada protección contra el conflicto con la sociedad exterior: aquí, en cambio, la legislación sobre los asilos de alienados, la incomprensión de los políticos y de la administración, las imposiciones burocráticas, y, sobre todo, la *pobreza*, la falta de recursos, la impotencia de los hospitalizados, son un dato real que impide cualquier mistificación.

Si hemos acentuado este aspecto del hospital psiquiátrico en vías de transformación ha sido para definir mejor los caracteres del ambiguo personaje que, frente al enfermo, actúa a la vez como parte de la realidad interna y como mandatario de la sociedad externa: es decir, el personaje encargado de su curación, médico o enfermero.

Aquí dejaremos de lado a los enfermeros, aunque nos darían la ocasión de desarrollar una exposición de gran importancia, para referirnos a la definición de la particular ambigüedad en que se halla el médico. Incluso en los hospitales psiquiátricos más tradicionales, el enfermero, por encima del carácter «arbitrario» de su poder sobre el enfermo, puede establecer fácilmente con éste una relación directa que el médico, por sí mismo, no llega a conseguir. Motivaciones de afinidad cultural y un prolongado tiempo de convivencia favorecen estos

contactos, que conservan su carácter de relación *personal*, incluso cuando se ordenan, como es frecuente en los viejos asilos de alienados, de acuerdo con mecanismos abiertamente sádicos. La ausencia de mediaciones racionales, de ideologías expresadas bajo una forma objetiva, de diafragmas científicos, caracteriza este tipo de relaciones.

Por lo contrario, existe casi siempre una mediación entre médico y paciente. No se trata en absoluto de la situación asilar clásica, en la que no se puede hablar de una «relación médico-paciente», puesto que ésta no existe, sino de la situación institucional en transformación, donde la tentativa del médico a renunciar a su poder institucional choca con la imposibilidad de desprenderse de una superioridad de conocimientos, que es un privilegio cultural o de clase. La *reflexión* del médico sobre su relación con el paciente —de la cual la presente obra constituye un ejemplo—, es la última expresión de un privilegio que tiende indefectiblemente a reflejarse en la idea que el médico, *en privado*, se hace de sí mismo y del enfermo, usando conocimientos e instrumentos teóricos, de los cuales se halla desprovisto el paciente. Todas las dificultades concretas responsables de la ambigüedad del papel psiquiátrico derivan de este desequilibrio fundamental.

En el hospital psiquiátrico en transformación, el equipo dirigente advierte su propio malestar como una división entre la adhesión a los roles y a los valores tradicionales, y una tensión anti-institucional carente de nuevos roles y de valores claramente definidos.

El equipo sigue siendo responsable de la «buena marcha» del hospital a los ojos de la opinión pública y de las autoridades legales, y sabe que sus posibilidades de acción se hallan limitadas por la tolerancia social, la buena disposición de un procurador de la República, por el hecho de encarnar, frente al mundo exterior, un poder técnico y un símbolo de prestigio social que la margina parcialmente de la violencia de aquellos que prescriben que el hospital debe ser cerrado y los enfermos

puestos a buen recaudo. El equipo tiende, sin embargo, a refutar el mandato institucional, y no se trata de un rechazo de poca importancia. El mandato social impone no atacar la institución, sino mantenerla; no renunciar al tecnicismo psiquiátrico que avala la represión, sino utilizarlo; no criticar el papel opresivo o integrador de la psiquiatría, sino confirmar la «seriedad» de esta disciplina para justificar la opresión y la integración; no favorecer el poder de impugnación de los excluidos y los oprimidos, sino defender los privilegios de aquellos que oprimen y excluyen; no crear en el hospital una estructura horizontal, sino reflejar, de forma absoluta, la jerarquización de la sociedad exterior; no someter a crítica permanente las técnicas de manipulación de las consciencias, sino proporcionar a la sociedad estructuras de asistencia «modernas» que sean funcionales, sin sobrepasar los límites impuestos por las leyes y las convenciones culturales.

La denuncia del manicomio reviste hoy una forma científica o al menos se ordena de acuerdo con una crítica netamente teorizada. Por otra parte, esta teorización, al enseñar lo que no hay que hacer, no prescribe nada en particular: la psiquiatría moderna ha llegado a negarse a sí misma, pero no dice al psiquiatra como debe actuar para renunciar a su mandato. La única indicación concierne a la exigencia, para el médico y el paciente, de enfrentarse y de buscar nuevos roles, olvidando respectivamente, uno que es el médico, y el otro el enfermo. Pero de hecho, el desequilibrio de los roles persiste, y el paciente permanece encerrado en la institución del mismo modo que el médico sigue viviendo según los valores de libertad, de inteligencia racionalizante y de responsabilidad social.

En otros términos, la realidad institucional «liberalizada» propone nuevamente el problema de la psiquiatría.

Las dificultades se sitúan a la vez al nivel del hospitalizado, que no llega a reapropiarse de su distancia, impugnándola, y al del médico, que entra en conflicto consigo mismo, debido a la tentativa de renunciar a su superioridad y a sus privilegios. La principal contradicción concierne, sin embargo, al médico: a diferencia del hospitalizado, éste no necesita con-

quistar su libertad para sobrevivir y replantearse el mundo, sino que debe renunciar a un universo cultural y de clase del cual obtiene sus privilegios. El médico sigue tenazmente anclado en esta situación social, en las formas de pensar de su clase, las presunciones de su formación científica, la ideología del productivismo, de la propiedad (incluso la propiedad intelectual) y de la supremacía individual. Liberarse de todo ello no es fácil, ni siquiera como primer paso: no bastan un gesto voluntarista, ni una diligencia benévola y neuróticamente reparadora, ni un aprendizaje comunitario más o menos ingenuo.

La dinámica institucional se complica por el hecho de que no se desarrolla en el terreno de una reivindicación del poder (en su sentido político) por parte del hospitalizado, sino del mundo aún cerrado de una institución que no tiene otra finalidad que preservar su propia existencia. El internado vive en un mundo de separación. Como excluido y víctima propiciatoria de la organización coercitiva, vive de la explotación de la sociedad exterior, pero no es directamente el explotado. Él es a la vez escoria y víctima de la violencia social. Expulsado por la violencia productiva y confiado a la violencia institucional, no puede oponerse al mundo político de la productividad, porque *este último le ha marginado del universo de sus posibles interlocutores*. La relación que existe siempre entre explotación y exclusión se halla oscurecida, y el internado que busca reapropiarse de su exclusión, y oponerse a ella, no dispone de los medios necesarios para cuestionar la explotación que la ha provocado. El enfermo de un hospital psiquiátrico no podría ser comparado al productor de bienes o de servicios, inscrito aún en un sistema que espera de él la «libre» alienación de su fuerza-trabajo: alienado en tanto que persona en la institución, es inútil al sistema en la medida en que su presencia institucional, después del internamiento forzado, sólo concurre indirectamente a la estabilidad social.

El segundo obstáculo de la dinámica antimanicomial es la presencia persistente de la inteligencia médica. El ejemplo más

típico lo proporciona el psiquiatra que aconseja al paciente (por su bien, naturalmente) que tome ciertos medicamentos que le ayudarán a dormir si está cansado, a controlarse mejor si está colérico, a desintoxicarse si ha bebido. Además (pero no siempre), el paciente es *curado*. En algunos casos, puede curarse a sí mismo, tomar un somnífero si no llega a dormirse, o confiarse a los cuidados de otros hospitalizados: pero la destrucción del rol institucional del médico, encuentra aquí uno de sus límites más difíciles de franquear. Incluso si el médico se quita la blusa blanca, acepta discutir con el enfermo o es cuestionado por este último, sigue utilizando de hecho su superioridad: la autoridad que el enfermo le atribuye, incluso antes de que pueda exigirla por la violencia, le permite imponer sus tratamientos.

Por otra parte, la renuncia efectiva del poder médico corre el riesgo de perpetuar bajo otras formas la subordinación del paciente. El propósito de destruir la institución asilar desde el interior no procede nunca, en la práctica, de los hospitalizados, sino del personal encargado de su curación y de los responsables de la organización. Estos últimos utilizan el poder que les da el mandato social para crear condiciones tales, que permiten al enfermo impugnar el poder institucional; sin embargo, no dejan de ser representantes del poder, y como tales permanecen durante mucho tiempo como agentes de la liberalización del enfermo antes de que éste pueda asumirla en toda su autonomía. El papel anti-institucional del médico se parece aquí al de un pedagogo «activo» que educaría a sus alumnos en la *libertad* esperando que un día lleguen a impugnar su papel pedagógico.

Pero, en el campo de la institución la libertad no existe, ni podría ser mistificada bajo la forma de libertad interior en ausencia de una libertad objetiva. Si a esta observación se puede responder que la libertad no existe ni siquiera en el exterior, y que el medio institucional tiene al menos el mérito de recalcar la ausencia general de libertad, habrá que replicar que el mundo exterior ofrece a cada uno la ocasión de unir su rebelión en el mundo de la productividad a una praxis política revolu-

cionaria. Estas posibilidades, en el marco de un hospital psiquiátrico, aparecen remotas y veladas. También la consciencia de la exclusión es vivida demasiado a menudo por el enfermo como una injusticia accidental, como una delimitación imperfecta de las fronteras de una norma cuya noción podrá difícilmente criticar. El psiquiatra, en cuanto a sí mismo, ha perdido ya la ilusión de ser objetivo, y sabe que no puede mantener al enfermo a distancia objetivándole bajo su examen. Además, él tiende a ennoblecer la desviación, sustrayéndole el corolario automático de la sanción, llegando con muchas dificultades a proponer un universo práctico donde la noción tradicional de desviación sea por sí misma cuestionada.

Por consiguiente, se impone una acción revolucionaria incluso siendo bastante claro que el hospital psiquiátrico, por institucional que sea, no privilegia especialmente este tipo de acción. La destrucción del hospital psiquiátrico es una empresa política por el mismo hecho de que la psiquiatría tradicional, al disolverse, ha dejado a psiquiatras y pacientes directamente enfrentados con los problemas de la violencia social; pero aún no presenta las típicas características de una empresa revolucionaria.

Esto explica algunos límites de la toma de conciencia en los hospitalizados. Es comprensible, en efecto, que para ellos, los valores de curación sigan siendo considerados más fácilmente según los términos conformistas de la sociedad exterior —y en función de una tentativa de integración—, que según los valores bastante más difíciles de elaborar (y también más difíciles de sostener en el plano psicológico) de una impugnación de orden social.

El equipo encargado de la curación, en la medida en que ésta no basta para forjar un nuevo tipo de conciencia anti-psiquiátrica, corre, igualmente, el riesgo evidente de no seguir actuando más que en el marco de las contradicciones características de su antiguo mandato.

El discurso parece, pues, terminar por la constatación de

una impotencia. Sin embargo, desde que fueron afirmados con bastante claridad los límites prácticos de una acción anti-institucional *a partir de los hospitales psiquiátricos*, también fue necesario proponer una nueva transformación y reconocer que se puede negar una vez más la especificidad de la psiquiatría.

Para el enfermo, esta transformación es posible, al menos bajo una forma embrionaria, en la medida en que la práctica anti-institucional encierra ya el rechazo del principio de autoridad. Para el equipo encargado del tratamiento, la experiencia toma un sentido cuando registra no sólo lo que hay de incongruente en el acto psiquiátrico, sino también la formulación de una protesta dotada de una significación y un alcance más generales.

Otros podrán recoger esta protesta, pero ello no impide que esté ya presente en sus elecciones iniciales. El hecho de que distintos psiquiatras llegados de diversas regiones se hayan reunido en Gorizia para experimentar allí una acción anti-institucional, no se debe al azar, ni a la coagulación inevitable alrededor de una «escuela» de los desequilibrios de la psiquiatría italiana, sino a una serie de análisis y de elecciones políticas preliminares. En este sentido, la denuncia de la psiquiatría asilar tradicional como sistema de poder tiene esencialmente dos finalidades: por una parte, proveer una serie de estructuras críticas que, junto con otras, puedan destruir las «verdades evidentes por sí mismas», sobre las cuales se funda la ideología de nuestra vida cotidiana. Por otra parte, llamar la atención sobre un mundo —el mundo institucional—, donde la violencia inherente a la explotación del hombre por el hombre es reabsorbida por la necesidad de aplastar a los rechazados, vigilar y hacer inofensivos a los excluidos. Los hospitales psiquiátricos pueden enseñarnos muchas cosas sobre una sociedad donde el oprimido está cada vez más lejos de las causas y de los mecanismos de la opresión. En el momento en que la crítica política empieza a plantear la potencialidad subversiva de todos aquellos a quienes se ha declarado «fuera de juego», la veleidat de la antipsiquiatría se propone indicar, mediante una experiencia y una teorización resueltamente anticipatorias, algunas de las vías posibles para una sociedad totalmente diferente.

FRANCA BASAGLIA ONGARO

TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL Y FINALIDAD
COMÚN

Una *institución totalitaria*, según la definición de Goffman (1), puede considerarse como un lugar donde un grupo de personas, condicionado por otras, no tiene la menor posibilidad de elegir su forma de vida. Pertenecer a una institución totalitaria significa estar a merced del control, del juicio y de los proyectos de los otros, sin que el interesado pueda intervenir para modificar la marcha y el sentido de la institución.

En el caso de una institución totalitaria, como es el hospital psiquiátrico, la función de vigilancia del personal encargado del tratamiento condiciona a todos los niveles al grupo de los internados. Estos están obligados a considerar las medidas de protección tomadas en contra de ellos como único significado de su existencia. Este tipo de institución ofrece a los enfermos, como identificación, solamente la necesidad que tienen los sanos de defenderse de ellos. Lo cual significa que el enfermo es llevado a reconocerse en un estereotipo perfectamente definido por las estructuras físicas y psicológicas de la institución: el del internado *del cual el sano se defiende*. Además de este carácter coercitivo de naturaleza defensiva, la institución psiquiátrica totalitaria presenta la absoluta aproblematicidad de uno de los polos de su realidad (a la vez causa y efecto de cualquier institución autoritaria). Tan pronto se halla asociado al hospital, el enfermo queda definido en tanto que *enfermo*: cualquier acto, cualquier participación o reacción suyas, son interpretados, explicados, en términos de enfermedad. La vida institucional se basa, pues, *a priori* en la negación de cualquier

(1) Cfr. E. GOFFMAN, *Asylums* cit.

valor al internado, que se presume irreversiblemente objetivado por la enfermedad: de este modo queda justificada, en la práctica co-institucional, la relación objetivante que se instaura con él. En este sentido, la *transformación* de una institución psiquiátrica totalitaria debería consistir esencialmente en la ruptura del sistema coercitivo y la problematización, a todos los niveles, de la situación general.

Es evidente que no se trata aquí de una simple acción en sentido inverso que se mantendría en un terreno tan aporético como el de la institución clásica. La transformación debe operarse en el interior de la relación que une los términos opuestos de la relación, negando de este modo la clara antinomia. Lo cual significa que términos opuestos, tales como esclavitud y libertad, dependencia y autonomía, *no pueden ser entendidos como opuestos*: la transformación de una situación implica únicamente la inversión de los términos del problema, sin que nada quede modificado de hecho en el tipo de relación que les une.

En la práctica, si se considera uno de estos binomios coacción-libertad, queda claro que la única idea de libertad aceptable debería corresponder a la condición de un enfermo —anteriormente internado, coaccionado, determinado y cosificado por la institución— libre de elegir entre cierto número de *posibilidades*. El límite subjetivo, implícito en la necesidad de una condición objetiva de libertad, será la causa de que el discurso siga manteniéndose en el error.

Para transformar una condición asilar cerrada, son indispensables dos elementos concomitantes, más estrechamente correlacionados e interdependientes de lo que se supone normalmente: 1. La condición objetiva del enfermo que permite el paso de un tipo de realidad a otra. 2. La condición subjetiva de quien provoca la transformación, pero que conlleva en sí mismo los valores sociales de una «norma» que le fijará los límites más allá de los cuales la *libertad* le *parecerá* algo insostenible.

Es evidente que la libertad del enfermo y el grado de permisividad de la institución psiquiátrica son inversamente proporcionales a la necesidad que sienten el médico y el personal

encargado del tratamiento de defenderse del enfermo que les es confiado. En este caso, la clara división entre experiencias *positivas* y *negativas* subsiste mientras no se toma conciencia de poderse oponer al negativo. Una vez adquirida esta conciencia ya no habrá más situaciones que afrontar, al ser el positivo simplemente un negativo que se conoce y que no se teme.

Presentamos a continuación, y a título de ejemplo, un breve resumen de una asamblea de comunidad, seguido de un resumen de las discusiones del equipo encargado del tratamiento, donde los pasajes en cursiva evidencian cuanto acabamos de afirmar:

14 de abril de 1967.

... La asamblea es turbada por la presencia de un encefalópata algo ruidoso. Al parecer, no se concede ninguna importancia a la perturbación que provoca. Sin embargo, se nota cómo Elda abandona la sala cuando el hombre se sienta a su lado...

La discusión del equipo gira sobre la oportunidad de dejar participar en la asamblea a los elementos de disturbio, tales como oligofrénicos o encefalópatas. Un médico sostiene que su presencia produce una regresión general (por el hecho de que los enfermos, por proyección, se reconocen en el nivel peor). Sin embargo, impedir el acceso a la sala resultaría —para un segundo médico— un acto arbitrario, conservando de este modo el equipo encargado del tratamiento el poder para fijar el límite de «participación o experiencia personal», necesario para justificar la presencia de este tipo de enfermos en la asamblea: se tendría la impresión de avalar médicamente un acto de exclusión general. *Sin embargo, si Elda se sentía frustrada por esta presencia amenazadora, si se hallaba ante un peligro que era incapaz de afrontar, la institución no podría disipar este ma-*

lestar limitándose a eliminar la causa que lo provoca. Ella debería haber sido ayudada por otros medios para soportar mejor la situación, por el interés general de la asamblea en su problema. De este modo, no se hubiera sentido sola, y superando una situación tan angustiada se hubiese situado en un nivel de tolerancia más elevado...

La definición de la institución totalitaria como un lugar donde un gran número de internados se halla a merced de un grupito de vigilantes, revela ya la naturaleza de la relación que existe entre los polos de la institución: por una parte el equipo encargado del tratamiento, que ejerce su mandato social de guardián, fijando —según los valores de la sociedad que representa—, el nivel de regresión del enfermo que pueda garantizar mejor la buena marcha de la institución. Por otro, el internado que, para defenderse de la angustia y los problemas de una existencia *objetivada*, entregada a los otros, tiende a aumentar el nivel de regresión engendrado por la enfermedad y su definición inicial.

Si es ésta la situación real de la institución totalitaria, queda claro que el problema de su transformación debe plantearse en el mismo interior de la relación que, por una parte une los polos de ésta y, por otro, los términos opuestos de la transformación (coerción-libertad), bajo pena de limitarse a invertir los términos de la situación sin modificar los elementos que la han mantenido o determinado.

A nivel del *staff*, la transformación del principio de autoridad plantea un problema análogo. En la realidad institucional, el *leader* del grupo encargado del tratamiento tiene, frente al grupo, un rol de poder, puesto que es el único que posee —gracias a su mandato social— los instrumentos que normalmente usa la «autoridad» para defenderse y mantenerse a distancia del objeto de su dominación. Pero en el caso de una acción dirigida a transformar el principio de autoridad, la transformación de los valores sobre los cuales se basa nuestra sociedad jerarquizada, exige, en el *leader* y en el seno del grupo, un proceso de negación.

Esta negación puede operarse, en el *leader*, mediante la di-

lución de su poder en roles autónomos y complementarios, que tiendan a destruir la imagen del «jefe» como autoridad arbitraria, separándola de los elementos impuros debidos al poder en sí mismo o al poder del rol que desempeña. Es decir, que procedería de forma concreta, negando una de las caras reales de su rol, representada precisamente por el mandato social que implica este último (de donde se deriva un constante desfase entre la negación del poder diluido en papeles autónomos, y la responsabilidad social que conserva, intacta, su figura de «dirigente»). Pero esta negación sólo resulta válida y real solamente si la situación —debida a la voluntad de un *leader* que asume, *por elección personal*, la ruptura del sistema autoritario-jerárquico— se revela madura hasta el punto de convertir en irreversible una posición inicialmente voluntarista, o, dicho de otro modo, cuando el *leader* no pueda, mediante un acto autoritario «retroceder» para dar al poder un nuevo equilibrio. Sólo entonces la negación de la autoridad se concreta en una dimensión que prohíbe la artificiosa división de un poder que se le concede o se le retira a voluntad.

Por otra parte, la transformación del principio de autoridad por el grupo debería pasar por la negación de los valores de referencia inherentes a este último. Entonces podría ocurrir —al coincidir la autonomía de los papeles con la adquisición del poder— que incluso lo que corresponde, de hecho, al refuerzo del principio de autoridad a otro nivel, forme parte de la transformación. La *evidencia* que tendría a los ojos del grupo la autonomía adquirida tan automáticamente, podría hacer menos automático el vínculo entre autonomía y responsabilidad. Lo que une la acción del *leader* con la del grupo, en la transformación institucional, es la responsabilidad en relación con la *finalidad común*, que debe ser capaz de prevenir cualquier desliz individualista. Pero, dentro del marco de una autonomía responsable, esta finalidad común exige constantes y recíprocas verificaciones que, muchas veces, ponen en crisis la autonomía del grupo y la del *leader*.

Si, en un grupo de trabajo, el paso de la autonomía a esta responsabilidad no se realiza, podrían aparecer, por una parte,

en el plano práctico así como en el ideológico, resistencias inconscientes y recíprocas que difícilmente permitirán separar las motivaciones psicológicas de las objeciones reales, y, por otra, el reconocimiento del *leader* como *autoridad clásica*, con lo que esto supone de adhesión total, de servilismo y de instrumentalización recíprocas, características de la relación siervo/señor.

La dificultad residiría en la noción de *finalidad común*, que debería ser a la vez una condición indispensable para la acción de transformación, y al mismo tiempo, algo constantemente verificable en la realidad, lo cual no puede darse de una vez por todas. En la ausencia de cualquier modelo de referencia que pueda garantizar el éxito de una transformación cuyos datos serían conocidos, la existencia de una finalidad común sólo estaría confirmada por acciones de resultados imprevisibles.

Sin embargo, habiendo reconocido las diferentes contradicciones en el seno de una institución en transformación, podría ser útil esclarecer una posible finalidad común a todos los elementos que la componen.

En una acción de *transformación institucional*, el rechazo de la institución constituiría un primer paso, común a todos los niveles, internados y equipo encargado del tratamiento. Pero en la medida en que esta transformación coincide con la problematización general de la situación (y, por lo tanto, con la conquista, a todos los niveles, de una libertad necesariamente responsable), también coincide con una crisis general e individual donde cada uno debe forjar sus propias armas para sobrevivir a la angustia de una relación que no permite máscaras ni refugios.

Del 20 al 28 de abril de 1967

... Se discute el tema de la cerveza. Se bebe demasiada (mucho más del límite fijado: una cerveza diaria). Por ello, se

propone la prohibición o la liberalización totales (coerción-libertad).

Algunos recién llegados, no directamente interesados, proponen suprimir completamente la cerveza. Se les responde que cuando la venta estaba prohibida en el hospital, ingresaba secretamente gran cantidad de bebidas alcohólicas: la prohibición es un estimulante. Vittorio (alcohólico) interviene diciendo que el problema consiste en responsabilizarse frente a los otros, es decir, frente a la comunidad. F. añade que también se trata de responsabilizarse frente a uno mismo: «El vino me hace daño, por lo tanto, no bebo». Pirella hace notar que algunos, incluso sabiendo que el vino les es nocivo, beben precisamente por esta razón, con la finalidad de destruirse (algunos comentarios de asentimiento, como si la cosa fuese notoria). Basaglia interviene diciendo que si el enfermo no asume sus propias responsabilidades, el médico no puede responsabilizarse de su relación con él: si el enfermo es irresponsable, ¿cómo podría ser el médico responsable de algo que no existe?

Por lo general, los alcohólicos parecen a la vez seducidos y rechazados por esta posibilidad de responsabilización. Cuando ceden al alcohol, cuando no llegan a afrontar su propia independencia, el hospital les sirve de refugio. Si el hospital toma a su vez la apariencia problemática de su vida cotidiana (si les presenta la misma alternativa: beber o no beber), pierde su función de refugio, y se convierte en un lugar donde deben continuamente ponerse a prueba, mesurarse y responsabilizarse. Por otra parte, la prohibición sólo tiene validez durante el período de hospitalización, y no como educación del autocontrol. Si el instituto se limita a prohibir el alcohol, su acción se mantiene en los límites de una "suspensión" del problema (lo cual autoriza al alcohólico a procurarse la bebida por otros medios). De este modo sólo se consigue proteger a los alcohólicos de sí mismos durante un cierto período. Cualquier fallo de su parte es testimonio, además, a los ojos del instituto, de su grado de dependendencia. Eso es todo. Por lo demás, el mismo alcohólico parece preferir esta condición, que no lo cuestiona en tanto que sujeto: si la institución prohíbe la cerveza, si no apela di-

rectamente a su responsabilidad, quedará en libertad para beber "en secreto", para "vengarse" de la prohibición institucional.

Se hicieron diversas proposiciones, todas oscilando entre la prohibición y la liberalización total.

a) Liberalizar por completo la cerveza, dejando a todos un margen de control.

b) No venderla en el bar, sino en los servicios, de manera que la responsabilidad del barman quede diluida y repartida.

c) Liberalizar, pero con restricciones de horario.

d) Instalar un kiosco aparte, reservado a la venta de cerveza, para facilitar el control.

e) Aumentar progresivamente el precio de la cerveza después de la primera botella.

Algunas de estas proposiciones conservan un carácter coercitivo/punitivo/restrictivo (aumento del precio, restricción del horario), mientras que otras tienden a acrecentar la responsabilidad de la comunidad. Las reacciones de la asamblea son de otro tipo:

1) Los alcohólicos como A. manifiestan claramente su deseo de ver la cuestión resuelta por la autoridad de los médicos, y desean la supresión total de la cerveza. *Evidentemente, A. no se siente lo bastante fuerte como para decidir él solo si beber o no beber. Quiere tener ante sí una autoridad que le obligue, por lo cual se sentirá en el derecho de agredir (bebiendo).* El hecho de ser libre y responsable le sume en un estado de ansiedad insoportable. Cada fin de sesión, propone agresivamente delegar en los médicos la responsabilidad de la decisión a tomar.

2) Algunos no-alcohólicos, animados por un escepticismo total en relación con los bebedores, proponen la liberalización de la cerveza: si quieren beber, que beban. Que aprendan y que comprendan por sí mismos. Hecha la ley, hecha la trampa. Con la prohibición, seguirán hallando subterfugios para beber. ¡Cada uno es como es, y no se puede hacer nada!

3) Renato (no-alcohólico, pero sujeto a repentinos *acting-*

out) duda abiertamente entra la cerveza «libre» (¿por qué no también el coñac y la grappa?) y su supresión total, amenazando con encerrar en una «celda» a los transgresores. *Sigue oscilando entre libertad y prohibición, según su necesidad de autoridad o de permisividad totales, sin ponerse nunca personalmente en cuestión.*

4) Furio precisa que la cerveza no fue «concedida» por los médicos, sino que se decidió comunitariamente el compromiso de no beber más que una botella cada día, lo cual es diferente. Si los médicos *concedieran* la liberalización del hospital, la situación sería idéntica a la de un hospital tradicional, donde el médico es la única autoridad. Esta autoridad no ha desaparecido, sino que ha sido restringida por la presencia de grupos de enfermos y de enfermeros que la comparten y la impugnan. Hablar nuevamente de liberalización o de prohibición total, es constatar que el compromiso asumido por cada uno con relación a la decisión comunitaria ha fracasado. *(Aquí podría manifestarse el peligroso juego de la culpabilidad, con los resultados que ordinariamente la acompañan).*

5) El paciente encargado del bar interviene explicando que no puede mantener como antes el control: *el problema de la cerveza empieza aquí. (La crisis general está igualmente unida a una reacción defensiva de este paciente frente al problema, lo cual nos remite al hecho de que la permisividad se halla estrechamente ligada tanto a la condición objetiva como a la capacidad subjetiva de enfrentar la situación.)*

Los términos del debate —cuyos elementos fundamentales hemos resumido aquí— siguen oscilando entre una necesidad de autoridad (con vistas a eliminar o reducir la ansiedad que entraña la tendencia de la institución hacia la responsabilización), y la necesidad, de cada uno, de conquistar una libertad responsable. Esto por lo que concierne a los pacientes. El mismo mecanismo está, sin embargo, presente en el equipo encargado del tratamiento (médicos y enfermeros), quienes pueden sentir la necesidad de defenderse recurriendo a su propia auto-

ridad o a la de los otros, según el nivel de ansiedad (y el deseo consecutivo de refugio y de regresión) que conlleva cualquier acción de transformación.

En este sentido, si la transformación se realiza mediante la negación de su apariencia institucional en cada uno de los roles de la institución (enfermos, enfermeros y médicos), la negación de la institución y de la institucionalidad aparecerá ante todos como una *finalidad común*. En la medida en que cada miembro de la institución es objetivado en su rol institucional (atado, oprimido, dirigido, determinado en diversos grados), la negación institucional, en tanto que *símbolo de la lucha contra cualquier sistema de opresión y de abuso*, se convierte en un movimiento cualitativamente colectivo, que va más allá del comunitarismo que implica, *a priori*, la noción clásica de comunidad terapéutica.

Pero si el salto cualitativo que constituye el reconocimiento de una finalidad común tarda en producirse, la realidad de una *institución en negación* podrá fácilmente hundirse en los momentos regresivos-antagonistas que pondrán en claro la ausencia de negación de la apariencia institucional de cada uno de los términos de la relación. La equivocación puede entonces mantenerse mediante la búsqueda de una «democratización de las relaciones» que corre el riesgo de aparecer como fin en sí misma y de conducir la situación en transformación hacia la noción burguesa de interdisciplinaridad (buscando cada uno en el otro su confirmación conservando íntegramente su sector de competencia).

Queda por saber cuál es la significación de una transformación institucional, cuáles son los límites de la transformación y hacia qué tienden: si provienen del nivel de negación en que se mueven (*nunca somos completamente contemporáneos de nuestro presente*, R. Debray), o si no pueden ser la expresión de una preocupación más secreta, y cuya naturaleza está aún mal definida: la preocupación por democratizar las relaciones, última mistificación institucional que se revelaría menos «transformada» de lo que se creyera.

GIAN ANTONIO GILLI

UNA ENTREVISTA: LA NEGACIÓN SOCIOLÓGICA

Esta entrevista tiene por objeto la «carrera» de un sociólogo llamado —en calidad de consejero del *staff* médico del hospital de Gorizia— a ejercer su actividad en un hospital psiquiátrico. Las razones que justifican su presencia en esta obra merecerían un desarrollo más amplio, pero diremos que a *grosso modo* son las siguientes:

Desde hace algunas decenas de años, la investigación sociológica, o más generalmente las ciencias sociales, se han constituido poco a poco en sistema. Este sistema que ha elaborado su propia cultura presenta unas características definitivamente *institucionales*, entre otras, *primo*, la necesidad de erigirse en «modelo» frente a determinadas resistencias, y *secondo*, la exigencia de una integración absoluta de sus miembros. Esto significa que cualquier investigador, cualquier miembro de la comunidad de las ciencias sociales, sólo lo es en la medida en que se hayan interiorizado ciertas prescripciones, que se traducen sobre todo por la proposición y la defensa permanente de un modo particular de aproximación a la realidad (la aproximación sociológica) y ciertas interpretaciones y explicaciones de ésta (la razón sociológica). Si se admite la presencia en las ciencias sociales de estos caracteres institucionales, se comprenderá adecuadamente que este texto, que intenta ser expresión de un rechazo a la sociología, figura en una obra consagrada a la negación de la Institución. Sólo que el blanco sobre el cual se apunta ya no es la institución hospitalaria.

PREGUNTA: La literatura sociológica consagrada al hospital psiquiátrico ha conocido, desde los años cincuenta, una especie de *boom*. ¿Cuál es la significación de este fenómeno? ¿Cuál es, además, la posición del sociólogo en el hospital psiquiátrico?

RESPUESTA: Antes de responder quisiera recordar dos casos que me han impresionado particularmente. En 1951, un antropólogo obtuvo permiso para introducirse en un hospital psiquiátrico haciéndose pasar por enfermo mental. De este modo reunió material sobre los procesos de interacción en el interior del servicio donde había sido admitido; después, como es natural, dejó el hospital y publicó su documentación. El segundo caso es muy parecido. Hace algunos años, unos investigadores, fingiéndose alcohólicos, participaron en una serie de reuniones en la sede local de una sociedad antialcohólica: la *Alcoholics Anonymous*. Iban mal vestidos y habían «aprendido cuidadosamente... a estar sentados durante toda la reunión, mostrando cierta tensión y malestar». Esta experiencia fue también objeto de una publicación. Ambas investigaciones, criticadas casi siempre por razones «técnicas», también lo fueron recientemente por razones «morales» (1). A decir verdad, se trata de situaciones límite. Por lo general, el investigador entra en el hospital psiquiátrico bajo apariencias menos alejadas de su verdadero rol: en calidad de «médico», «enfermero» y, a veces, también abiertamente de sociólogo.

Sin embargo, examinando más a fondo el rol del sociólogo en el hospital psiquiátrico, se llega a la conclusión de que entre los diferentes modos de «ingreso» no hay ninguna diferencia:

(1) Estas dos investigaciones son las de W. C. CAUDILL y otros, «Social Structure and Interaction Process on a Psychiatric Ward», *American Journal of Orthopsychiatry*, 22 (1952), págs. 314-334, y de J. F. LOFLAND y R. A. LEJEUNE: «Initial Interaction of Newcomers in Alcoholics Anonymous: A field Experiment in Class Symbols and Socialization», *Social Problems*, 8 (1950), págs. 102-111. Para un resumen de las críticas tanto técnicas como «morales» sobre estos dos casos y otros similares, véase K. T. ERIKSON: «A Comment on Disguised Observation in Sociology», *Social Problems*, 14 (1967), págs. 366-373.

el investigador, en el hospital psiquiátrico, «desempeña un papel» que no ha escrito él mismo, y su libertad de decisión se halla limitada por el disfraz que adopte: el de enfermo, médico o sociólogo. Para intentar aclarar esta afirmación tomemos de nuevo los dos puntos de que se compone el problema.

El primer punto es el siguiente: ¿por qué se ha producido este *boom* inesperado de investigaciones sobre un sistema social —el hospital psiquiátrico— durante tanto tiempo olvidado por la sociología? Y he aquí la respuesta: la sociología ha «descubierto» el hospital psiquiátrico porque, tal y como aparece en la sociedad capitalista avanzada, representa un problema, una contradicción interna. Esto no nos dice nada acerca de las relaciones entre sociedad (esta sociedad) y sociología (esta sociología). Pero, mientras tanto, veamos por qué el hospital psiquiátrico constituye un problema. En términos muy generales se puede decir que la acción colectiva en las sociedades occidentales se ejerce según dos tipos de instrumentos fundamentales: las organizaciones y las instituciones. Estos dos tipos difieren en numerosos puntos, pero la diferencia esencial radica en el baremo según el cual son juzgados por el sistema más general del cual forman parte. Las organizaciones son juzgadas en términos de *rendimiento*, lo cual significa que deben alcanzar su finalidad reduciendo al máximo los «costos». A las instituciones, en cambio, no se les pide que sean eficientes, ni interesa saber si alcanzan su finalidad —a menudo puramente verbal e ideológica. El sistema espera de las instituciones que cumplan funciones muy determinadas, que prescindan por completo de la finalidad declarada o que a menudo se sitúan en el extremo opuesto, y que ningún representante oficial del sistema consentiría en admitir (en términos sociológicos, funciones «latentes»). Dado que la forma misma en que cada institución se halla estructurada asegura la ejecución de estas funciones, lo que el sistema general pide a la institución, y en nuestro caso al hospital psiquiátrico, es *el mantenimiento del modelo original*, de la intangibilidad de las fronteras, de las relaciones internas entre sub-sub-sistemas, de la distribución inmutable de los recursos (principalmente, del poder).

Numerosos hechos revelan, sin embargo, que en el sistema capitalista avanzado, que da un elevado premio a la eficiencia, las instituciones, al menos bajo su forma tradicional, están mal vistas. Sin duda, el ejemplo más contundente viene dado en Italia por la serie de reformas destinadas a organizar la administración pública según criterios de eficacia. En el caso del hospital psiquiátrico, sin embargo, este impulso hacia la «modernización» es aún más fuerte. En efecto, si el material sobre el cual trabaja la burocracia (su «recurso») está constituido por las informaciones, el recurso del hospital psiquiátrico son los individuos, el *capital humano*, puesto que, en las condiciones actuales de producción el capital humano, más que cualquier otro recurso (materias primas, energía), exige grandes inversiones iniciales y un costo elevado de manutención. Desde este punto de vista, la manera como una parte de este capital es «tratado» en el hospital psiquiátrico representa seguramente un «derroche» (1). Es lícito preguntarse por qué esto no ha sido advertido desde el inicio (la reclusión masiva de enfermos en los manicomios corresponde más o menos a la pujanza de la industrialización en los primeros decenios del siglo XIX). Podríamos plantear la hipótesis de que la profunda transformación de las estructuras productivas en el curso de los últimos cien años, y los cambios que han operado en la disponibilidad de los diferentes recursos, han determinado una revisión de la noción de fuerza-trabajo respecto a la del famoso empresario de Manchester, representado por el número de hombres, de mujeres y de niños concretamente útiles para satisfacer una exigencia productiva específica. El empresario moderno considera como fuerza-trabajo a todos aquellos que viven y vivirán en un área determinada: por lo tanto, debe mostrarse más selectivo, más cuidadoso con respecto a la buena conservación del

(1) Esta posición (en un plano más general) está ilustrada de modo explícito por W. J. GOODE, «The Protection of the Inept», *American Sociological Review*, 32 (1967), págs. 5-19, sobre todo en el último párrafo, que lleva un título significativo: *Utilization of the inept under industrialization*.

capital humano. Siendo antes muy concreta (casi una definición demostrativa: estos individuos particulares, elegidos según criterios de proximidad geográfica, de robustez, de docilidad, etc., dentro de una masa prácticamente inagotable, como lo son —lo eran— el aire y el agua), esta noción se convierte en *abstracta, analítica* (casi una definición normativa: la fuerza-trabajo está constituida por la población de un espacio socio-geográfico dado). Pertenecer a la fuerza-trabajo no es un status adquirido, sino un status atribuido: en cierto modo se considera que todos forman parte de él.

Esta presunción y la definición extensiva de fuerza-trabajo que la sustenta, tropiezan con los muros del hospital psiquiátrico en su forma actual: la de un sistema que no rinde según los recursos que le han sido proporcionados, o rinde con un excesivo retraso, en cualquier caso, sin garantizar jamás de forma suficiente la posibilidad de reintegrar por completo a estos individuos. La presión del sistema general frente al hospital psiquiátrico se dirige entonces a obtener una mayor eficacia: salidas más numerosas, estancias más breves, resultados más seguros.

Esta exigencia del sistema general se manifiesta sobre todo en dos direcciones: por una parte, como ya hemos dicho, se pide al hospital psiquiátrico que funcione según criterios de eficiencia, y por otro, a nivel del individuo, se reclama la integración del paciente con el nuevo sistema hospitalario, que debería permitir reintegrarle en su categoría profesional. Estas consideraciones explican ampliamente la necesidad de una intervención (en forma de investigaciones), de la sociología, y el modo en el cual se concretiza. La sociología interviene en tanto que rama principal de la técnica social y debe indicar la forma como superar con menos gastos (y más alto rendimiento) ciertos choques y fricciones con la sociedad bien organizada. Evidentemente, esta aplicación de la sociología en el hospital psiquiátrico requiere, por otra parte, grandes inversiones en instalaciones materiales y recursos técnicos. Pero el rol del sociólogo, en particular, tiende a cumplir una tarea más compleja: redefinir el tejido social del hospital y formular nuevos esquemas de relaciones humanas que sean más funcionales y

mejor adaptados al nuevo hospital concebido en términos de rendimiento. Esta experiencia de racionalización de las antiguas estructuras a veces es ideológicamente vivida por el sociólogo como una experiencia de «humanización». Al mismo tiempo, tiene en sus manos la iniciativa de este proceso y lo dirige «contra» el sistema, para vencer sus resistencias. Por el contrario, nosotros debemos reafirmar con fuerza: 1) Que el sociólogo, o en general cualquiera que opere, pura y simplemente, en el sentido de una mayor liberalización, etc., del hospital psiquiátrico, no adopta de ningún modo una posición revolucionaria y subversiva, sino que colabora a la eliminación de un elemento de contradicción (el hospital psiquiátrico en su antigua estructura) en el seno del sistema general. 2) Que, independientemente de la colaboración del sociólogo y de cualquier iniciativa suya, la resolución de esta contradicción es una necesidad más que nada teórica, inherente al sistema, y que sólo el sistema puede resolver.

PREGUNTA: Sin duda convendrá precisar mejor el sentido de esta colaboración y ver en qué medida, en el interior de su rol, el sociólogo puede conservar una actitud crítica frente a la instrumentalización, por el sistema general, de la reforma humanitaria del hospital psiquiátrico.

RESPUESTA: Un punto importante, por evidente que parezca, debe ser explicitado y llevado hasta sus últimas consecuencias. Para efectuar una investigación y penetrar en el hospital, para realizar encuestas, observar, es decir, *para actuar como sociólogo*, el sociólogo necesita un *poder*. Este poder le es conferido por el sistema general: independientemente de lo que cree, de la idea que se hace de sí mismo (por ejemplo, de ser un «mediador» entre el sistema social general y el mundo de los excluidos), de la *simpatía* que siente hacia el objeto de su investigación, sólo hay realidad en la medida en que ejerce este poder. Cuando éste le falta, dejará de existir como sociólogo. Si, por otra parte, ejercía de una forma en desacuerdo con las prescripciones del sistema, es decir, claramente contra él, seguiría siendo aprovechado por el sistema que es la base de este poder.

Pero volveremos más tarde sobre este aspecto que juzgamos fundamental. Por ahora sigamos al sociólogo que entra en un hospital psiquiátrico. Sabe que penetra en un mundo de excluidos; sabe, las estadísticas se lo han enseñado, que la población de los hospitales psiquiátricos se halla claramente seleccionada a partir de la clase social; sabe, por haberlo leído u observado, que se ejercen sobre el enfermo mental estereotipos que tienden a institucionalizarle en un papel desviante, a «premiarle» cuando su comportamiento responde a las expectativas de aquellos que le quieren «distinto» (1), etc. Sin embargo, el sociólogo no alimenta ninguna inquietud, sobre todo en el plano metodológico. En primer lugar, porque se encuentra «al corriente» de este tipo de cosas y, por lo mismo, puede guardarse de ellas. En segundo lugar, porque el relativismo cultural en el cual se inspira, más o menos, le sugiere reconocer igualmente una legitimidad, una legalidad al sistema desviante. Sobre esta base se inicia la «fase de observación» propiamente dicha. El investigador entra en contacto con los médicos, los enfermeros y, sobre todo, los enfermos. La «normalidad» de estos pacientes viene a reforzar sus buenas disposiciones metodológicas (y esta sensación resulta más clara teniendo en cuenta que, en el fondo, esperaba encontrarlos «distintos»). Es decir, que descubre muy pronto que este mundo tiene su propia lógica. Por ello es fácil que en cierto momento se sienta igualmente distante del mundo externo que del mundo interno. Pero esta «equidistancia» es precisamente lo que el sistema general espera de él.

En el curso de este primer período de observación, sin embargo, el proceso de tranquilización de su yo metodológico está aún latente. La finalidad inmediata de esta fase consiste sobre todo en precisar el objeto de la investigación y las hipótesis de base. Al consultar las obras consagradas al hospital psiquiátrico, se constata que cualquier investigación acaba por colo-

(1) Sobre este punto, cf. D. L. PHILLIPS, «Rejection: A possible Consequence of Seeking Help for Mental Disorders», *American Sociological Review*, 28 (1963), págs. 963-972.

carse en uno de los siguientes grupos: investigaciones sobre la estructura y la organización hospitalaria; investigaciones sobre posición y participación del enfermo en el seno del hospital.

Las investigaciones del primer grupo, que se efectúan sobre los aspectos estructurales y la organización de la institución, son los más frecuentes. Se estudia la interacción de los enfermos, los modelos de *leadership*, la diferenciación y la estratificación, el modo de reaccionar de los pacientes ante diferentes formas de autoridad. Sin embargo —y para mantenernos en este último caso—, tanto en lo que concierne a la «reacción» de los pacientes como al uso de la autoridad, la gama de comportamientos de los enfermos considerados significativos, y la de las posibles utilizaciones de la autoridad, se hallan implícitamente separadas de una de sus extremidades: la que puede cuestionar la estructura profunda del hospital psiquiátrico. La escala que construye el sociólogo para «medir» la reacción de los enfermos incluye fácilmente el máximo de reacción positiva (el «buen enfermo»), pero excluye el máximo de reacción «negativa», la del paciente que no reacciona, que no se interesa por las cuestiones que se le plantean. Volveremos sobre este punto al tratar las técnicas de investigación. En cuanto a la utilización de la autoridad, la posible escala de modalidades va desde un uso autoritario a un uso «democrático», entendiendo por democrático la facultad ofrecida a los pacientes de tomar la palabra durante las reuniones, de decidir por mayoría si poner el primer o el segundo canal en la televisión, quiénes participarán en un paseo colectivo, etc. Hay una sola cosa de la cual nunca se habla: del poder real, siempre concentrado en las mismas manos, y nunca distribuido de nuevo. Sin embargo, este mismo poder que en un momento dado ha resuelto permitir a los enfermos que decidan sobre cuestiones de tanta importancia. Por supuesto, el punto débil de esta «democracia» (tan próxima a la democracia exterior) no consiste en que los pacientes puedan discutir cuestiones irrisorias, sino que esta posibilidad, lejos de ser una adquisición autónoma, les viene de una concesión exterior determinada por exigencias que no les concierne si no es de forma negativa: en primer lugar, la

de asegurar un mayor «consentimiento» por su parte, haciéndoles participar en las reglas del juego.

Este aspecto mistificador de la hipótesis de base es aún más evidente en el segundo tipo de investigaciones, específicamente centradas en el comportamiento del hospitalizado. Las investigaciones sobre grupos terapéuticos entran en esta categoría. Aquí, se recompensa el hecho de que el individuo se comporte como un buen miembro del grupo, que participe provechosamente en las discusiones, disminuya la tensión colectiva o siga llenando el espacio entre el grupo de los médicos y el de los enfermos. El razonamiento de base es más o menos el siguiente: el enfermo ha tenido que ser alejado de la sociedad porque se comportaba en ella de forma anormal; por tanto, hay que enseñarle a relacionarse correctamente con los otros, a practicar las relaciones humanas. En definitiva, se enseña la integración en pequeñas unidades —unidades de vecinaje y de barrio— a individuos que han sido excluidos por el efecto de mecanismos que superan ampliamente a los de la unidad de vecinaje; individuos cuyas dificultades de comportamiento con sus vecinos, camaradas de trabajo, familia, son a menudo sólo el síntoma de un conflicto a mayor escala. Por ello, resulta evidente que el sociólogo dispuesto a analizar su propio rol debe reconocer que su forma de abordar el problema no tiene nada en absoluto de libre ni de original, que está severamente limitada y, en cierto modo, predeterminada. El investigador que reflexione sobre su propia experiencia en el hospital psiquiátrico, se da cuenta de que el enunciado del tema de investigación era sólo la expresión primera del poder que el sistema le ha conferido, y que este poder ha sido utilizado para cortar y orientar la situación social del paciente (antes y después de la hospitalización) perfectamente en función del sistema hospitalario y del sistema general.

PREGUNTA: Este ejercicio del poder que caracteriza la fase inicial de la investigación, ¿se encuentra nuevamente en las fases posteriores y a propósito de los otros instrumentos?

RESPUESTA: La interrogación es legítima. No es raro ver una investigación criticada «desde la izquierda» partiendo pre-

cisamente de estas consideraciones, es decir, que los postulados fundamentales de la investigación tienen sus raíces en el sistema, incluso cuando pretenden adoptar una posición crítica o «neutra» con respecto al mismo. Sin embargo, debemos ir más lejos e intentar demostrar que el férreo control ejercido por el sistema general sobre la investigación sociológica se extiende mucho más allá de la fase inicial consagrada a la formulación de las hipótesis y a la definición del objeto de la investigación: la formación del indicio y la encuesta. Está claro que si nuestro sociólogo no quiere limitarse a un análisis de tipo estadístico o a una pura observación, deberá realizar una serie de *encuestas* sobre una muestra determinada de la población hospitalaria. Como se sabe, la muestra obtenida de una población dada será más o menos representativa. Normalmente, el sociólogo aspira a darle el grado más alto de representatividad, y a veces casi llega a ello, lo cual significa en la práctica que la muestra dará los mismos porcentajes de hombres y de mujeres que la población general, que la composición por edad, por antigüedad de hospitalización, etc., será casi la misma para el universo y para la muestra, que todos los servicios estarán justamente representados, y así sucesivamente. Pero, ¿de qué es representativa la muestra? Por supuesto, no de la población de los internados. En realidad, sólo representa al grupo de internados *dispuestos a colaborar* con el investigador, a escuchar sus preguntas y a responder. De este modo se muestra evidente la parte de mistificación que conlleva la noción (aparentemente «neutra») de representatividad: el hecho de que se trate de una representatividad parcial y enmascarada por la representatividad aparente. Sin embargo, esta mistificación fundamental no entraña conflicto alguno para el investigador adiestrado en el mito de la no-valoración. No pone en crisis la investigación porque se produce por encima de la investigación misma, tal y como la sociología burguesa la concibe. En la muestra, y por lo tanto en la investigación, no figuran los que rechazan esta última, que no responden a la encuesta. En cambio, se encuentran todos aquellos que aceptan las reglas del juegucito de las «preguntas-respuestas».

Este último grupo presenta para el tema que nos ocupa un interés técnico muy particular, sobre todo porque se trata de una figura general y el discurso puede extenderse de este modo a las otras ciencias sociales. Es posible, por ejemplo, establecer un paralelo entre estos internados que «colaboran» y los *informantes* de los antropólogos, esos informantes cuyas declaraciones, comportamientos, actitudes y creencias, constituyen la base de una importante parte de la antropología (1). Desde el punto de vista teórico, resulta clara la analogía entre estas dos figuras. Se trata de individuos *dispuestos a participar en la expresión de un poder*. Pero, ¿qué significa en este caso «participar»? No es hacer gala de autonomía, ni de independencia, sino aceptar colocarse como *objeto*, como punto focal de un poder técnico expresado por el investigador (sociólogo, etnólogo, etc.). El miembro de la sociedad primitiva que presta su colaboración al antropólogo, así como el «buen enfermo» que acepta formar parte de la muestra, afrontan y sufren «voluntariamente» su *reducción a objeto* por parte del investigador. Esta «aceptación» puede llegar muy lejos: de este modo, el «buen enfermo» se convierte a menudo en el guía hábil y benévolo del hospital psiquiátrico, aquel que ilustra las nuevas realizaciones (televisión, juego de bochas, áreas floridas), y por grande que sea el esfuerzo del visitador, del «blanco» para comprender este mundo de excluidos, por grandes que sean la simpatía y su deseo de emancipar a los otros, el «buen enfermo» le supera ampliamente, en la misma medida en que llegue a aceptar, a justificar, los valores del mundo exterior (en virtud de los cuales ha sido excluido) antes que los de su propio mundo. Es sobre él, en cuanto objeto, que opera la investigación sociológica.

Pero veamos ahora de qué modo el enfermo puede rechazar, dejarse reducir a objeto, qué otras posibilidades se le ofrecen

(1) Particularmente significativos nos parecen en este contexto los «retratos» de informantes a los cuales se consagra la obra de J.-B. CASA-GRANDE, *In the Company of Man, Twenty Portraits by Anthropologists*, Nueva York, 1960.

si no quiere prestar su colaboración, compartir (sufríendola) esta opresión del poder. El otro término de la alternativa viene a ser el siguiente: si el enfermo no quiere colaborar, si no participa, el investigador (que detenta el poder) le deja de lado, *no le toma en consideración*. Esto significa que a los ojos del investigador, para la investigación y para el poder en tanto que proceso, este enfermo *no existe* (en términos «científicos»: no figura en la muestra). La elección objetiva impuesta al interno será, pues: aceptar ser objetivado o aceptar ser negado y, ulteriormente, excluido. Esta alternativa está extremadamente cargada de consecuencias y de sentido, y su alcance va mucho más allá de la actitud del recluso y del «negro» en general; quedando aclarado que concierne a la misma actitud del «blanco» (sociólogo, etnólogo) y se plantea con una crudeza igual. Sin embargo, veremos que el sociólogo puede subvertir esta alternativa, mientras no se vea claramente cómo puede esta transformación ser posible para el excluido, que debe, en cambio, sufrirla íntegramente.

Además, en este estadio de la investigación, el sociólogo no piensa aún en ninguna transformación (a lo más siente alguna incomodidad). Una vez constituida la muestra, se empieza la «campaña de encuestas». Por supuesto, dada la selección, las encuestas «van bien». Y tanto mejor si, como aconseja la técnica del cuestionario, se está lo bastante preparado para retener algunas expresiones de la jerga hospitalaria, colocándolas en una pregunta en el momento apropiado. Finalmente, el conocimiento de la manera de expresarse de las clases inferiores resulta un excelente medio para que el interrogado se sienta bien (1).

Pero, a pesar de esta muestra, pueden surgir problemas, y

(1) Estas recomendaciones han sido seguidas por D. J. Levinson y E. B. Gallagher durante la preparación de una serie de ciento trece preguntas para hacer a los enfermos mentales hospitalizados. Se puede leer esta lista en el apéndice a la obra de los dos autores: *Patienthood in the Mental Hospital*, Boston, 1964. Citamos esta obra porque representa, en muchos aspectos, una muestra completa de las posiciones antes criticadas.

el mayor se plantea cuando el interrogado no cumple las reglas. La regla fundamental de la encuesta (y de las ciencias sociales, por supuesto) es la *neutralidad*. Un paciente que, durante la encuesta, pide cigarrillos, o cien liras, estableciendo de este modo una especie de contrato material con el realizador de la encuesta, viola la regla de neutralidad. Al mismo tiempo, la encuesta «se contamina»: nuestro sociólogo olvida las expresiones de argot hospitalario, el habla de las clases populares, y casi la pregunta que estaba a punto de hacer. Su azoramiento, su malestar, su «sincera decepción», son tan grandes que, olvidando que neutralidad y desapego han sido previstos para garantizarle un mejor (y más eficaz) uso del poder, se sirve de éste para asegurarse de nuevo la neutralidad. A partir de este momento, fatalmente, la encuesta se hace más «formal» y hasta que termina el sociólogo permanece en guardia.

Pero la peor violación de la neutralidad tiene lugar cuando el enfermo resulta «demasiado enfermo»: no responde, escupe o da puntapiés. Frente a tal sujeto, el sociólogo, al final de algunas «pacientes tentativas» llega a la conclusión de que «¡La entrevista no es posible!» y un tipo de afirmación semejante nos revela, respecto a una técnica de primer plano como la encuesta, que los «instrumentos de investigación» son realmente instrumentos de poder. ¿Cuál es, en efecto, el sentido de la afirmación «La entrevista no es posible», y qué posición denota? Demuestra una vez más que los instrumentos del sociólogo operan en tanto que copias, modelos exactos de los mecanismos de opresión y de exclusión que actúan a nivel del sistema social general, en el sentido de que son utilizables en la medida en que los objetos de la investigación se hallan socialmente integrados. Consideremos este paralelo. El poder social determina la exclusión de un grupo de individuos: algunos de ellos son «recuperados» (reutilizados) con la condición de que admitan, hasta interiorizarlas, la validez y la legitimidad de las reglas del juego en virtud de las cuales han sido excluidos. Los que «no pueden» aceptarlas son posteriormente excluidos y negados. El procedimiento del sociólogo es idéntico: de esta masa de excluidos recupera una parte: todos aquellos

para los cuales son aplicables los instrumentos clásicos de la investigación. En cuanto a los otros, los aparta, no los toma en consideración, los niega de la única forma que le permite su poder de sociólogo. Por lo tanto, incluso en lo que concierne a los fundamentos de la investigación, la confianza en la neutralidad del sociólogo y de sus instrumentos (encuesta, tests, escalas de aptitudes, etc.) no sobrevive a la constatación de que la población seleccionada de este modo *coincide* con la que el sistema socioeconómico general ha seleccionado para sus propios fines, según el criterio de la reutilización.

PREGUNTA: ¿Qué consecuencias entraña para el objeto de la investigación esta «crisis» referente a los instrumentos y a las técnicas tradicionales?

RESPUESTA: Ya hemos dicho que cualquier investigación en el marco del hospital psiquiátrico tiene prácticamente por objeto bien ciertos aspectos de la interacción entre pacientes (o con los enfermeros, los médicos), bien la forma como el paciente se adapta a las estructuras del hospital. Las investigaciones del primer tipo, repitamos, tienden a determinar las modalidades de funcionamiento más eficaces para el instituto, sin perjuicio de la actual y total asimetría del poder. En el segundo caso, tienden a elaborar nuevas formas de integración al sistema hospitalario asegurando la adhesión sustancial del paciente. Si el sociólogo se propone colaborar con el sistema general para el mejoramiento de los hospitales psiquiátricos (para hacerlos más confortables, más eficaces, etc.), entonces las técnicas de investigación como están formuladas por la sociología contemporánea, responden perfectamente a estas finalidades. Que esta absoluta subordinación al sistema sea después pagada a un precio muy alto, por una falta de espíritu creador, por la esterilidad conceptual, etc., es ya un problema distinto.

Por lo contrario, si el sociólogo no está dispuesto a introducir esta crisis instrumental, sino que cree hallar una salida más satisfactoria (lo cual le conduce a poner entre paréntesis su sumisión al poder material), necesita volver sobre el problema que constituye el objeto de su búsqueda. La cuestión es la siguiente: ¿existen (y en caso afirmativo cuáles son) objetos

de investigación que no están instrumentalizados por el sistema social general y por el sistema hospitalario? He aquí nuestra respuesta: existe un solo tipo de investigación que corresponde, al menos inicialmente, a esta exigencia, y tiene por objeto *la impugnación, en el seno del hospital psiquiátrico, del sistema hospitalario y del sistema social general*. Digamos seguidamente que esta respuesta no resuelve en nada el problema del papel que juega la sociología en esta sociedad. Es una respuesta aún incompleta, esencialmente ambigua. Sin embargo, quisiéramos hablar de ello, en primer lugar porque en el curso de una experiencia concreta de investigación, al menos durante cierto tiempo, constituyó una «solución», y es probable que presente la misma apariencia para experiencias similares, o, dicho de otro modo, que se pueda generalizar. En segundo lugar, porque se trata de una respuesta que no sólo es interlocutoria, sino (cuando nace de la experiencia, de la investigación práctica) dialéctica, puesto que contiene las premisas de su superación.

¿Qué significa emprender una investigación sobre la impugnación en el seno del hospital psiquiátrico? Significa recoger y analizar cualquier manifestación (actitud, comportamiento) individual o colectivo dirigido contra el sistema social hospitalario y el sistema general del cual procede directamente. El propósito fundamental de esta investigación es que cualquier manifestación en el interior del sistema debe ser valorada en función de dos polos opuestos: el de la impugnación y el de la integración. Si un paciente rompe un vidrio, ensucia los muros, no quiere responder, comete actos agresivos, todo esto se considera como otras de las tantas expresiones de su impugnación. El hecho de que un individuo que fue víctima de abusos, que fue excluido de la sociedad, despojado de su identidad y reducido al estado de objeto, se halle actualmente sometido a tentativas de persuasión para que acepte las reglas en virtud de las cuales fue excluido, el hecho de que, en estas condiciones, reaccione y proteste, eventualmente de manera violenta, constituye el fenómeno crucial de la experiencia hospitalaria. Crucial porque va directamente unido a las perspectivas de una posible intervención: cuando el sociólogo colaboracionista estudia las formas

de integración y de adaptación al hospital psiquiátrico en su forma actual, para consolidar esta institución, el sociólogo que adopta una posición crítica (por el momento no se puede decir más), investiga las formas de impugnación del sistema con vistas a su transformación. Esta impugnación, en efecto, no es un fin en sí misma, ni un simple desahogo. Es el resorte que pone en discusión, a cualquier nivel de regresión institucional, el conjunto del sistema, e intenta, aunque débilmente, negarlo.

Pero, por el momento, nos interesa menos la impugnación en sí misma que la significación, para el sociólogo crítico, de una investigación sobre la impugnación. El sociólogo colaborador, por sí mismo, *no puede* estudiar literalmente la impugnación bajo este aspecto, porque en tanto que sociólogo *no llega a verla*; hemos intentado demostrar que, si utiliza los instrumentos y las técnicas de su profesión, cualquier expresión de contestación se halla excluida por anticipado de la investigación (los «malos enfermos» no figuran en la muestra) o será pronto descartada si se manifiesta en el curso de ésta («¡No es posible continuar la encuesta!»). La literatura sociológica abunda en ejemplos de este tipo; me viene a la memoria una obra, entre otras muchas, donde el autor ilustra una serie de fases que atraviesa un grupo terapéutico. La segunda de estas fases, sobre todo, presenta desde nuestro punto de vista un interés extraordinario, puesto que es rica en cuestionamientos; en efecto, al margen de graves infracciones al reglamento y de numerosos casos de destrucción de objetos, surge un bloqueo en las comunicaciones del grupo con el *staff* médico, y, además, este bloqueo es controlado por el grupo, que castiga a los infractores. ¡Entonces, el autor de la obra interpreta esto como una fase de «desorganización social»! «Todos los médicos —concluye tristemente— notaron que durante este período la terapia se revelaba ampliamente ineficaz» (1). Por suerte, las

(1) SEYMOUR PARKER, «Leadership in a Psychiatric Ward», *Human Relations*, II (1958), págs. 287-301. La frase citada figura en la página 292.

cosa mejoraron en las fases siguientes: se reanudaron las relaciones con los médicos, las manifestaciones de *acting-out* disminuyeron, y sin duda la misma terapia hizo enormes progresos encontrando de nuevo la indispensable «cooperación» de los pacientes...

Otra forma de no acogerse al hecho de la impugnación es reintegrarla a la categoría de la desviación; en este sentido, basta con definir al desviado como un individuo que se comporta de forma diferente a los otros, y según modos inaceptables para ellos. En pocas palabras, es desviado cualquier individuo que molesta, que atrae sobre él la atención irritada de los otros, que sistemáticamente realiza *obstrucciones...* (1). Esta dilución de la respuesta es una «desviación» de orden general tiene razones teóricas muy precisas. La desviación, en efecto, no sale de los límites del sistema: a lo más, representa un alejamiento de los fines reconocidos por este último, o los medios legítimos previstos para alcanzarlos. Por ello, acepta y reconoce implícitamente fines y medios, mientras que al final de la contestación, por débil, torpe y «regresiva» que sea, se halla de hecho la desposesión del sistema.

PREGUNTA: Tal vez haya llegado el momento de ver en qué sentido, no sólo para el internado, sino también para el sociólogo, se plantea la alternativa «objetivación-negación», y, más generalmente, el problema de las relaciones entre el papel del sociólogo y el poder.

RESPUESTA: Antes de abordar el problema del poder, necesitamos justificar la afirmación hecha anteriormente y según la cual una investigación sociológica que tiene por objeto la contestación debe ser a su vez superada, puesto que representa una posición ambigua y no satisfactoria, y ver, sobre todo, cómo se la puede superar.

La causa primordial de esta ambigüedad se nos presenta

(1) Esta definición del «desviado» (en un grupo terapéutico) viene dada por DOROTHY STOCK, R. M. WITHMAN y M. A. LIEBERMAN, «The Deviant Member in Therapy Groups», *Human Relations*, II (1958), págs. 341-372.

claramente desde que consideramos que el sistema social general instrumentaliza la investigación sociológica en dos maneras distintas. La primera y más evidente, se refiere a la función de técnico social que tiene la sociología: la investigación social proporciona al sistema informaciones útiles para reestructurar el hospital psiquiátrico (como la fábrica, la escuela, etc.). La segunda modalidad de instrumentalización es más sutil, pero no menos importante: *por el simple hecho de emprender una investigación sociológica*, el sociólogo ejerce un poder por cuenta y a favor del sistema social, hasta el punto de que existe una estrecha correspondencia entre las técnicas de investigación sociológica y las del poder material en general. Queda entonces claro que una investigación sobre la impugnación tal vez llegará a eliminar el primer tipo de instrumentalización, pero dejará intacto el segundo: la investigación en sí misma, *sea la que sea*, es la expresión de un poder. El hecho de que éste vaya dirigido contra el sistema, tiene *menos valor* que el hecho de ser ejercido de cualquier modo.

Por tanto, resulta evidente que esta posición (la investigación sobre la contestación) es de las más equívocas, y nos sugiere la imagen de un sociólogo en estado de ansiedad; a la caza de la menor expresión de impugnación, y que a su vez termina por impugnarlo todo, salvo su propio rol. Pero resulta interesante ver de qué modo nuestro sociólogo llega a justificar la no inclusión de su rol entre los objetos de impugnación. La principal justificación es que el sociólogo ejerce efectivamente un poder, pero se trata de un poder *técnico*, y por lo tanto neutro (*sic*), o tal vez un poder «bueno» que se puede utilizar en contra del sistema. Pero esta última defensa del rol de sociólogo se revela, después de un primer análisis, abstracta y antihistórica; mas precisamente no se da cuenta del hecho de que, conjuntamente con la división del trabajo, se ha producido una división del poder social. En relación al poder social indiferenciado, el poder técnico no es el resultado de un proceso de depuración y de purificación, sino más bien de diferenciación del poder originario, que fue distribuido entre diversos agentes, de la forma más apropiada al sistema, poder técnico y

poder material. La tecnicidad del poder significa que se ha distinguido entre manipuladores del poder y simples ejecutantes, operándose después entre estos últimos una división del trabajo entre ejecutantes técnicos y ejecutantes materiales. El poder técnico es tal en la medida en que va acompañado de un poder ejecutivo concerniente a las decisiones, la explotación y la exclusión. Además, dondequiera que exista un poder técnico en estado «puro», el uso de este poder se hace factible mediante mecanismos de poder material de igual «pureza». (El etnólogo no tiene necesidad de estar armado, le basta con que lo esté la policía colonial.)

El abandono de esta última posición y el cuestionamiento del propio rol revisten una importancia crucial para el sociólogo. Éste viene a ser el último capítulo del balance general de su intervención, balance que podría formularse simplemente de este modo: «La observación participante no funciona, la encuesta tampoco, la muestra no da nada, y la hipótesis de base más avanzada no es menos ineficaz... ¡Pero entonces es la posibilidad misma de la investigación lo que se halla en tela de juicio!»

Exacto. Tal vez más que en otros sistemas caracterizados por una asimetría del poder (en el hospital psiquiátrico, esta asimetría es total), la experiencia de investigación en el seno del hospital psiquiátrico consiste justamente en poner de nuevo progresivamente en cuestión los instrumentos y las técnicas de investigación, para llegar a la crisis de la investigación en su conjunto, y finalmente a la crisis de la misma noción de investigación y a la *renuncia a ella*.

En este acto final de su colaboración con el sistema, el sociólogo se da cuenta, además, de que no era el sujeto, sino el *objeto* del poder, y que en el ejercicio de este pequeño poder sufría la opresión de otro, mucho mayor, aceptando aparecer como objeto a un nivel quizá no más elevado que el del enfermo o del «negro», pero de cualquier modo infinitamente alejado de la cima. Por otra parte, si el sociólogo tiene, más claramente que el paciente, la posibilidad de transformar la alternativa, sólo puede hacerlo de una forma: rechazando la mo-

ción misma de investigación, no aceptando su papel de sociólogo, es decir, suicidándose como tal.

No se ve claramente qué permanecerá después de esta negación violenta de sí mismo. Nos parece probable que quede aún algo, que sea necesario llevar el discurso más adelante. Este rechazo de la investigación no debe entenderse como una simple implicación cognoscitiva-operativa, sino sustancialmente como un rechazo del poder. Esto plantea más de un problema, y, en primer lugar, el siguiente: ¿es posible y tiene un sentido emprender investigaciones a partir de una absoluta falta de poder? ¿En qué medida, en otros términos, la idea de investigación va unida al hecho de detentar un poder? Sin duda es superfluo precisar que no estamos, por el momento, en condiciones de responder a estas cuestiones. Sin embargo, es posible indicar las dos condiciones principales para cualquier intento de respuesta. La primera consiste en saber mucho más de lo que se sabía sobre el rol del sociólogo tal como se le concibe comúnmente, así como sobre la división del trabajo y la diferenciación social que implica. En particular, ¿por qué existe bajo esta forma en nuestra sociedad el rol del sociólogo? ¿Porque ésta es una sociedad compleja o porque se trata de una sociedad capitalista?

La segunda condición es aún más imperiosa. Para asegurarse lazos de unión entre investigación y poder, para liberar, como esperamos, la investigación de la empresa del poder, *hay que efectuar investigaciones*. Esto también sirve para la fase precedente: el suicidio del sociólogo sólo tiene sentido si se efectúa en el mismo terreno de la investigación. Es la práctica lo que lleva a operar esta elección fundamental, y es en la práctica donde debe ser laboriosamente verificada la corrección teórica de una eventual intervención en calidad de no-sociólogo.

APÉNDICE

Hemos considerado oportuno incluir, como apéndice, un artículo a propósito de un aspecto particular de la fase actual, a saber: el problema del *accidente* y de su significación en una realidad en transformación, donde un paso en falso, un error, parecen confirmar —a los ojos de la opinión pública— la imposibilidad de una acción que muestre abiertamente sus fallos y sus inseguridades, mientras que cualquier otra realidad institucional guarda sumo cuidado en ocultar las suyas bajo su ideología.

EL PROBLEMA DEL ACCIDENTE

Cualquier *accidente* acaecido en la institución psiquiátrica se imputa generalmente a la enfermedad, cuestionada como única responsable del comportamiento imprevisible del internado; al considerar al enfermo como incomprensible, la ciencia ofreció al psiquiatra el medio de desresponsabilizarse frente a un paciente a quien según la ley debe vigilar y guardar. El psiquiatra ha usado hasta hoy este medio como el único apropiado para descargarse de la responsabilidad inherente a su tarea. Responsable ante la sociedad del control de los comportamientos anormales y desviados (para los cuales no son admitidos —como en otra especialidades— ni riesgos ni fracasos) él ha, simplemente, transferido esta responsabilidad a la enfermedad apresurándose a reducir al mínimo el riesgo de acciones subjetivas por parte del enfermo, hallándose este último completamente objetivado en el interior de un sistema institucional ordenado para *prever lo imprevisible*. La única congelación de los papeles que componen esta realidad permite al psiquiatra garantizar el control de la situación por medio de normas y de reglas que denotan leyes (para lo que compete al procurador de la República), del reglamento interior (en lo que concierne a las relaciones con la administración provincial, de la cual depende la institución) y de la ciencia (con sus clasificaciones y sus categorías que definen las características, a menudo irreversibles, del enfermo).

En este espacio donde la anormalidad constituye la norma, el enfermo turbulento, agitado o indecente, se halla admitido

y justificado según los estereotipos de la enfermedad. De este modo, el homicidio, el suicidio y las agresiones de cualquier tipo, incluidas las de carácter sexual que pueden producirse en las instituciones más liberalizadas (donde la promiscuidad es mayor), son comprendidas y justificadas en cuanto se hallan englobadas en el mecanismo desconocido e imprevisible de los síndromes. La incomprendibilidad de un acto descarga de cualquier responsabilidad a quien es su testigo, o al medio en el cual se inscribe, puesto que a partir del instante en que este acto es definido como *enfermo*, nada se pone en cuestión fuera del impulso anormal e incontrolable característico de la naturaleza de la enfermedad.

Pero si abordamos al enfermo, no como punto de una entidad aislada, cerrada en su universo incomprendible e imprevisible, cortada de la realidad social de la cual forma parte —aunque sea difícil situarla allí—, extraño a una realidad institucional donde sólo se le ha asignado un rol pasivo, nos encontramos con que la institución misma, como cada fenómeno está relacionado con la situación en la cual el paciente está obligado a vivir, se revela implicada en cada uno de los actos del enfermo, como parte cuestionada de su comportamiento.

El *accidente*, pues, puede ser considerado de acuerdo con dos puntos de vista opuestos, que corresponden exactamente a las dos formas como la institución juzga al paciente que se le ha confiado.

En el primer caso, el de la institución cerrada clásica, de tipo asilar, que tiene por primera finalidad el rendimiento, la relación con el enfermo es esencialmente de naturaleza objetivante: el enfermo es un objeto en el interior de un sistema y debe identificarse con las normas y las reglas de este último si quiere sobrevivir a la opresión y al poder destructor que la institución ejerce sobre él. Pero, tanto si les opone comportamientos desvergonzadamente anormales o se adapta comportándose abiertamente de forma servil y sumisa, el enfermo está igualmente determinado por la institución: las reglas rígidas y la realidad unidimensional que ésta le impone, le fijan en un rol pasivo que no permite otra posibilidad que la objetivación.

Por tanto, es la institución que, proponiendo al paciente una realidad sin alternativa ni posibilidades personales más allá de la reglamentación y de una serialización de la vida cotidiana, le orienta hacia el acto que presumiblemente debe realizar. Esta orientación, implícita en la ausencia total de finalidad y de porvenir donde proyectarse, refleja la falta de alternativas, de finalidad y de futurización posible en el psiquiatra como delegado de una sociedad que espera de él el control de los comportamientos anormales con el mínimo de riesgos.

En esta situación forzada, donde todo está controlado y previsto, sobre todo en función de *lo que no debe hacerse* menos que de una finalidad positiva en relación con el enfermo, la libertad sólo podría ser vivida como un *acto prohibido*, negado, irrealizable en una realidad cuya única razón de ser es prevenirlo. Una puerta mal cerrada, una habitación sin vigilancia, una ventana entreabierta, un cuchillo olvidado, son otras tantas invitaciones explícitas a un acto destructor que justifica la existencia de la institución. Tal es el resultado de la identificación con la institución a que se ve reducido el enfermo: sólo puede vivir la *libertad* como un momento auto- y heterodestructor, según la enseñanza que han procurado inculcarle. Allí donde no existe alternativa alguna, ni elección, ninguna posibilidad de responsabilizarse, *el único porvenir posible es la muerte*. La muerte como rechazo de una vida para no ser vivida, como protesta ante el grado de objetivación al cual se ve reducido, como la única ilusión de libertad posible, como el único proyecto. Y, ciertamente, es demasiado fácil, según nos ha enseñado la psiquiatría clásica, identificar estas motivaciones con la naturaleza de la enfermedad.

En este contexto, cualquier acto que rompa de un modo u otro el círculo férreo de las reglas institucionales, es un espejo de libertad que se identifica con la muerte. *Huir* de una institución que no tiene otro porvenir que la «muerte», es intentar sustraerse a este porvenir meciéndose en la ilusión de ser aún dueño de su vida y responsable de sus actos. También es desembocar, inevitablemente, en la confirmación de la esclavitud de la muerte.

La única responsabilidad que la institución —paradójicamente— concede al internado, es la del *accidente*, que se afana en atribuir a la enfermedad, rechazando, por sí misma, cualquier vínculo y cualquier participación. El internado, despojado y desresponsabilizado de sus menores movimientos durante muchos años de asilo, se halla de este modo plena y automáticamente responsable frente a su único acto de libertad, que coincide casi siempre con la muerte. La institución cerrada, en tanto que mundo muerto en sí a partir del instante en que objetiviza al enfermo en sus reglas deshumanizantes, no ofrece otra alternativa fuera de la muerte, que cada vez tomará el rostro ilusorio de la libertad.

En este sentido, el *accidente* (sea cual fuere su naturaleza) es sólo la expresión de la *regla institucional vivida a fondo*, llevando hasta sus últimas consecuencias las indicaciones que la institución proporcionaba al enfermo.

(En este terreno, el discurso puede pasar naturalmente del internado al individuo despojado de alternativa, de porvenir y de posibilidades, que vive en una realidad donde nunca encuentra su lugar. La exclusión sufrida le indica el único acto posible, que sólo puede ser un acto de rechazo y de destrucción.

En el caso de una institución abierta, el objetivo global del instituto es el mantenimiento de la subjetividad del enfermo, aunque sea en detrimento del rendimiento general de la organización. Esta finalidad repercute sobre cada acto institucional: parece necesario pasar por la identificación del paciente en la institución, se tratará de una identificación donde podrá reconocer y discernir su finalidad personal, un porvenir viable, al presentarse la institución como un mundo abierto que ofrece alternativas y posibilita la vida del paciente.

En estas condiciones, la libertad se convierte en la norma y el enfermo se habitúa a usarla. Se trata, pues, para él, de un ejercicio de responsabilidad, de dominio de sí mismo, de gobierno de su persona y de comprensión de su enfermedad por encima de cualquier prejuicio científico. Para ello exige que la institución (y, por lo tanto, los diferentes roles que los componen) se halle plenamente implicada y presente en cualquier

momento y en cada acto, como sostén material y psicológico del enfermo. Esto significa la ruptura de la relación objetivante con el paciente, cuyas finalidades se comparten, la ruptura de la relación autoritaria-jerárquica, donde los valores de uno de los polos y los no-valores del otro se dan por comprobados, la disponibilidad de diversas alternativas, a fin de que el enfermo pueda oponerse a las reglas institucionales y sacar de ellas el sentimiento de que sigue existiendo en una institución que tiene precisamente por finalidad crear las condiciones de esta existencia. Esto significa, finalmente, que la institución renuncia a cualquier forma de defensa que no sea la participación de todos los roles que la componen en la buena marcha de una comunidad donde cada uno tiene sus límites en la presencia del otro y en una posibilidad recíproca de impugnación.

Se trata, por supuesto, de una formulación utópica de la realidad institucional abierta: las contradicciones están presentes allí del mismo modo que en la realidad exterior. Pero lo importante es que la institución, lejos de cubrirlas y disimularlas, se aplica a sacarlas a la luz y a afrontarlas de acuerdo con el enfermo.

En esta perspectiva, el *accidente* ya no es el resultado trágico de un defecto de vigilancia, sino de una falta de base por parte del instituto. Un fallo en la acción institucional realizado por los enfermos, los enfermeros y los médicos, puede crear a veces vacíos donde se coloca el *accidente*. Los actos fallidos, las omisiones, los abusos de poder, tienen siempre consecuencias perfectamente lógicas, y la enfermedad sólo desempeña en ellas un papel muy relativo.

La *puerta abierta* también permite comprender la significación de la *puerta*, de la separación y de la exclusión de la cual los enfermos son objeto en nuestra sociedad. Reviste un valor simbólico más allá del cual el enfermo se reconoce como «no peligroso para sí mismo y para los otros», y este descubrimiento sólo puede incitarle a preguntarse por qué se le reduce a una condición tan infamante, por qué se le *excluye*.

En este sentido, el hospital abierto despierta en el enfermo la conciencia de ser un *excluido real*, poniendo a su disposi-

ción un instrumento que le demuestra —*puesto que ésta es su función*— lo que se ha hecho con él y la significación social que tenía la institución donde se le ha encerrado.

Por otra parte, la institución abierta, en tanto que contradicción en el seno de una realidad social cuya seguridad y equilibrio se basan en una serie de compartimientos, de categorías y codificaciones a imagen de la división de las clases y de los roles, sólo puede implicar en esta toma de conciencia al psiquiatra y al personal encargado del tratamiento. Sumergidos en una realidad de la cual son a la vez *cómplices* y *víctimas*, obligados por nuestro sistema social a presentarse como garantes de un orden que quieren destruir, son a la vez excluidos y excluyentes. *La puerta abierta* conduce igualmente al psiquiatra a medir hasta qué punto es esclavo de un sistema social que se apoya en ejecutantes ignorantes y silenciosos.

¿Qué significado tienen la *fuga* y el *accidente* en este contexto? Van directamente unidos al grado de apertura sobre la realidad exterior y a la *naturaleza* social de esta realidad: las posibilidades ofrecidas por la institución pueden chocar con el rechazo de la sociedad exterior de ponerlas en práctica. El *exterior* es el único porvenir, el único proyecto de la institución. Pero, del mismo modo en que la institución tradicional se halla implicada, como parte en cuestión, en la génesis de los accidentes, la sociedad exterior, con sus reglas violentas, sus discriminaciones, sus abusos, sigue representando, en la institución abierta, el rechazo, la negación y la exclusión del enfermo mental, considerado como uno de los numerosos elementos de perturbación a los cuales se reserva —precisamente— la institución y el espacio apropiados.

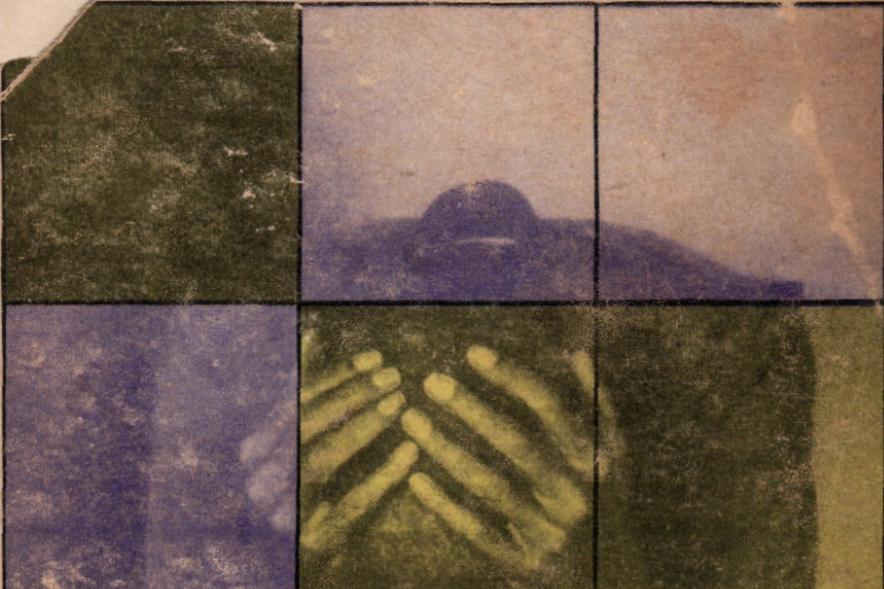
¿Y dónde están las responsabilidades? Al abandonar un enfermo el hospital y verse rechazado por sus semejantes, por su patrón, por sus amigos, por una realidad que le vomita como un *hombre de más*, ¿qué puede hacer más que matarse o matar a cualquiera que aparezca a sus ojos como símbolo de la violencia que se le inflige? ¿Y podemos, honradamente, hablar sólo de enfermedad en un proceso semejante?

Gorizia, 28 de marzo de 1968.

INDICE

| | |
|--|-----|
| NOTA A LA EDICIÓN ESPAÑOLA | 5 |
| PRÓLOGO | 7 |
| PRESENTACIÓN de Franco Basaglia | 19 |
| LA INSTITUCIÓN NEGADA | |
| <i>Introducción documental</i> , Nino Vascon | 27 |
| <i>La institución de la violencia</i> , Franco Basaglia | 129 |
| <i>La ideología de la comunidad terapéutica</i> , Lucio Schittar | 173 |
| <i>Mito y realidad del autogobierno</i> , Antonio Slavich | 193 |
| <i>C-mujeres: el último servicio cerrado</i> , Letizia Jervis Comba | 213 |
| <i>Una contradicción institucional: el servicio cerrado para alcohólicos</i> , Domenico Casagrande | 247 |
| <i>La negación del hospital psiquiátrico tradicional</i> , Agostino Pirella | 261 |
| <i>Crisis de la psiquiatría y contradicciones institucionales</i> , Giovanni Jervis | 281 |
| <i>Transformación institucional y finalidad común</i> , Franca Basaglia Ongaro | 305 |
| <i>Una entrevista: la negación sociológica</i> , Gian Antonio Gilli | 317 |
| APÉNDICE | 339 |

**Este libro se terminó de imprimir
el día 30 de junio de 1976
en D.K.L. Hueco Offset
Tuyutí 3408 - V. Alsina**



Este libro es obra del equipo técnico del Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia y contiene la historia de una experiencia paradójicamente «no psiquiátrica»: la transformación de un manicomio tradicional en una situación operativa en la que, seguramente por primera vez de un modo riguroso y completo, se ha demostrado que la imagen común que se tiene de la locura es fundamentalmente falsa. La realidad manicomial, en teoría, ha sido superada en las sociedades modernas, pero no se sabe cuál será el próximo paso en la práctica. El presente libro, que ha tenido una enorme repercusión en todo Europa, es un alegato antiinstitucional, antipsiquiátrico, es decir, «antiespecialístico», un texto polémico sobre una cuestión que atañe urgentemente a todas las sociedades que se pretenden civilizadas



Cubierta de
Julio Vives
Fotografía de
Carla Cerati

BARRAL - CORREGIDOR, EDICIONES