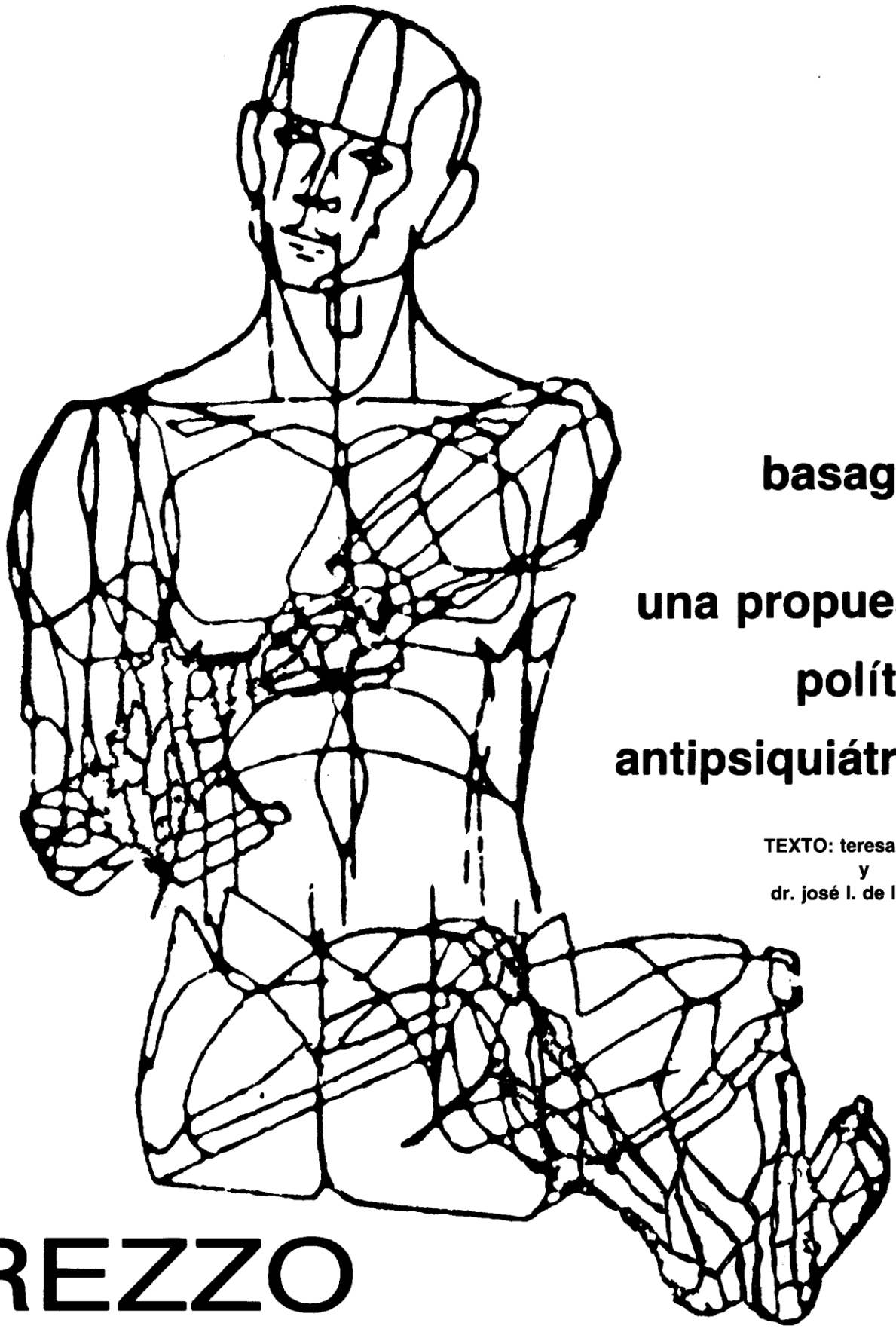


basaglia:

una propuesta política antipsiquiátrica

TEXTO: teresa gil ruiz
y
dr. josé l. de la mata

PREZZO POLITICO L. 500

carta a los directores de manicomios

«señores:

las leyes y las costumbres les conceden el derecho de valorar el espíritu humano. ustedes ejercitan esta jurisdicción soberana e indiscutible de acuerdo a vuestra discreción. permitan que nos riamos. la credulidad de los pueblos civilizados, de los doctos, de los gobernantes provee a la psiquiatría de no sé qué extrañas luces sobrenaturales. el proceso a vuestra profesión tiene un veredicto anticipado (...).

(...) para sancionar con el encarcelamiento de por vida sus conclusiones en este campo. (...) ¡y qué encarcelamiento! se sabe -y todavía no lo suficiente- que los hospitales, lejos de ser hospitales, son prisiones espantosas en las que los detenidos porporcionan mano de obra gratuita y útil, en las que la brutalidad es la regla, y esto es tolerado por ustedes. (...) sobre los cuales, deben reconocerlo, no tienen otra superioridad que la fuerza. (...)

(...) todos los actos individuales son antisociales. (...) los locos son las víctimas individuales por excelencia de la dictadura social, en nombre de esta individualidad, que es propia del hombre, nosotros reclamamos la liberación de estos prisioneros forzados de la sensibilidad, porque es indudable que no figura en el poder de las leyes recluir a todos los hombres que piensan y actúan. (...)

antonio artaud (1925)

introducción

...ica nos
...ra-

franco basaglia ha muerto. en la reflexión, en la p... queda un conjunto de experiencias, de orientaciones, de ... dicciones. apenas, insuficientemente teorizadas. frecuentemen... contestadas por la misma acción que han suscitado. del basaglia de la experiencia de gorizia al basaglia de la contestación por el congreso del reseau en trieste hay la distancia que media entre el outsider de 1961-1968 y el político de 1977: distancia entre el renovador político de la tradición psiquiátrica comunitaria contemporánea y el reformista jurídico, en los equilibrios equívocos del «compromiso histórico», entre el pci y la democracia cristiana.

y, con todo, lo fundamental que nos aporta f. basaglia y los compañeros italianos de su aventura es el abordaje comprometido, «anti-institucional», sociopolítico de la locura. el compromiso en la orientación crítica contra la institución psiquiátrica y la ideología del recambio «humanitarista» o economicista. porque, más allá de la dimensión existencialista de su propuesta, el «primer» basaglia nos pone sobre la vía de negación de esa institución y esos «técnicos» que dan a la locura su perfil más inhumano. queda de ese basaglia la crítica práctica del técnico (el psiquiatra, la totalidad de los trabajadores de la salud mental y, por extensión, de todos los otros agentes de control social), como empleado e instrumento de la lógica capitalista de la exclusión, marginación y represión. crítica que va a emplazar al técnico a una crítica militante, activista sobre el origen del poder que detenta, sobre el sentido del saber que lo autoriza.

el basaglia contestatario, activista, comprometido de la renovación de ese espacio concreto de reclusión de la locura que fue gorizia. el basaglia que rechaza la cohartada de «buena concientización» que representaba la reforma de humanitarismo y racionalización, con la que el poder psiquiátrico busca extender y afirmar su dominio. un basaglia instalado en el movimiento que pretende la crítica política de las formas dominantes de comprensión y tratamiento de la locura. que, contradictoriamente, se enfrenta a la necesidad de una «psiquiatría» gestionada por sus propios «usuarios», en la que los locos dejen de ser el mero soporte vacío de una asistencia, para convertirse en los participantes activos de una intervención que busca desentrañar las razones de esa violencia del sufrimiento.

el basaglia (y el equipo que reunió con él, en la agitada aventura de gorizia) que nos queda es el de una situación de combate, de confusión, de ansiedad contradictoria, espontaneista. y es justo reconocerlo. porque la experiencia de esos compañeros italianos, por las resonancias que tiene para una situación tan similar como es ésta del estado español, posee una consistencia tan compleja que, en ella, se pueden encontrar desde las tendencias más recuperables del reformismo (precisamente, en la presentación de un marco de democracia humanitarista burguesa que, en el fondo, busca adecuar sus estructuras ideológicas de dominación/integración) a las más inoperantes manifestaciones del izquierdismo espontaneista y alucinado.

la propuesta de basaglia encara el tema de la comprensión y rehabilitación de la locura desde tres planos implicados, como él mismo nos diría. tres planos en los que el técnico se debate en las contradicciones de la base estructural y superestructural de la locura:

1. el **individual:** del enfermo y su enfermedad.
2. el **institucional:** como lugar de la «definición-verificación» científico-técnica de la enfermedad, de la norma transgredida, de la exclusión, de la economía funcional de la exclusión, de la relación del loco con esa enfermedad «definida» y con el lugar (manicomio) de su ocultación.

3. el **estructural:** esto es, el «significado» político, estratégico de la institución psiquiátrica en el seno del sistema social del que dicha institución es expresión.

en el marco concreto de su práctica, el compromiso del técnico que realiza su opción crítica, consiste en preguntarse por la finalidad de su función, por el sentido que arroja (para el individuo segregado y para la sociedad que lo segregó) una «rehabilitación» hasta ahora imposible. y el punto del que parte el técnico es bien simple: parte de lo que la misma institución ha supuesto y supone para el loco y su «enfermedad». no es posible ya una «visión ingenua» de las cosas: en la institución, el enfermo no encuentra una respuesta a las necesidades que su enfermedad representa, así como tampoco en la realidad exterior encuentra los elementos indispensables para su inserción, como sujeto dotado de derechos y de responsabilidad.

en la práctica de una sociedad de clases, estos elementos son antagónicos. en el manicomio, lo que se da es una represión directa de las necesidades y una codificación carcelaria de «lo singular».cronificación del conflicto original que inscribe al loco en el registro de la impotencia. hospitalismo que despoja de todo sentido humano a la situación de reclusión, con lo que al loco se le lleva a la desesperación, hasta regresarlo a una condición vegetal. en el manicomio, todo conflicto pierde los rasgos de su comprensión, porque impone al individuo un esquema de aplastamiento, hasta obligarlo a renunciar a toda otra identidad que no sea la de anormal, la de peligroso, la de obscenidad. cosificación del sujeto, a partir de la objetivación naturalizada de su realidad como enfermedad.

el manicomio destruye al sujeto, destierra su humanidad. el manicomio no existe para el enfermo, sino para la enfermedad. son, pues, las necesidades de la institución las que priman sobre las necesidades del enfermo. ¿por qué esto es así? el técnico, entonces, se reconoce en lo que es lo específico de su acción, en la funcionalidad que posee el poder que se le delega, en el saber que, en la práctica, se convierte en una instancia de destrucción. al preguntarse por «su» poder, el técnico, en realidad, pregunta por el poder. al preguntarse por la enfermedad, el técnico, en realidad, pregunta por su acción. la institución aparece no ya sólo como lo que «guarda» la locura, sino como lo que la produce y reproduce como enfermedad.

la naturaleza institucional del manicomio desoculta, en ese momento, su carácter histórico y de clase: como han dicho franco y franca basaglia, la locura es entonces un «morir de clase» y el manicomio el instrumento violento de control-represión ejercido sobre una clase. porque el manicomio encierra y destruye al pobre, al improductivo parado. se excluye a causa de una incapacidad, de una desnormativización, peligrosa para el orden y la economía del sistema dominante. se recluye a causa de la «enfermedad», a la que la reclusión hace irreversible. se encierra, buscando la «reparación» del asalto de lo irracional, pero, al final, la «marca» de la institución hace imposible todo regreso al «exterior». he aquí el círculo infernal de esta liquidación institucional.

en ese mismo movimiento, la dimensión «científico-técnica» del psiquiatra muestra su verdadera naturaleza: se trata, tan sólo, de una ideología técnica que subtiende y encubre, legitimándola, a una práctica de exclusión y destrucción. no hay lugar para la buena conciencia: una pretensión tan «positiva» como es la que anima a la medicina ha consumido cerca de 200 años reclamando, para su «enfermedad», una entelequia idealista, por más que la quisiera conseguir «sub aespecie» neurológica. la «enfermedad» existe como violencia, como opresión, como deshumanización. la «enfermedad» existe como hospitalización, como psiquiatrización. la «enfermedad» existe como especie ideológica y como sistema de relaciones que invierten y niegan la historia. pero no existe, no existe como acontecimiento puntual que se inscribe en el registro «nervioso» de un hombre.

de la experiencia colectiva de basaglia, como práctica de transformación y negación de la institución psiquiátrica, nos quedan diversos temas de reflexión:

1. la puesta en marcha de un intento de psiquiatría diferente, opuesta a la tradicional, que «se inserta en la lucha por una reforma general de la asistencia, que elige el territorio, más que el hospital, como centro y cuyos instrumentos consisten en la modificación radical de las funciones y de las jerarquías y cuyo objetivo es la prevención más que la hospitalización» (minguzzi). una psiquiatría, pues, que no sólo analiza los condicionantes socioeconómicos de la etiología de la locura, sino que también hace a la comunidad social gestor de la misma alternativa. que pretende devolver al sujeto social y político la responsabilidad de su intervención en el tratamiento y reinserción (justamente «política») del loco. que opera sobre el agente técnico de la ideología-práctica de la locura para que ponga su «saber» al servicio de un «rearme» popular.

2. que un servicio psiquiátrico alternativo tiene, necesariamente, que operar en los planos conjuntos de la asistencia, la ideología y la política. que ninguna instancia exclusivamente técnica puede proponerse como instrumento de transformación, si no se es capaz de desocultar, ante la comunidad social, las funciones reales del «asilo» psiquiátrico y del «saber» de los profesionales de la locura. un movimiento alternativo que manifiesta la naturaleza auténtica de las «reformas» propuestas, al plantear la ruptura de la institución, a la que denuncia en su carácter de clase. que intenta, en último término, una psiquiatría comunitaria desde y para la comunidad social, en la medida en que pone en ésta el lugar de «aparición» y de destino de la locura transformadora.

3. que ninguna alternativa verdaderamente es posible, sin la toma de conciencia práctica de su condición y de sus funciones por parte de los trabajadores de la salud mental (tsm). de su función delegada de agentes de control-exclusión social. de su colaboración en el control, producción y reproducción de la locura. del carácter de clase de las instituciones psiquiátricas, tanto en su organización, en sus funciones, como en la reproducción del carácter y naturaleza de las relaciones dominantes.

basaglia y su equipo pretende instalarse, con su experiencia, pero, sobre todo, con una práctica no exenta de contradicciones, en el marco de una política inclinada a la gestión de izquierdas. en ciertos aspectos, podría hablarse de una tradición de concepción y comprensión «de izquierdas» de la política. pero esta afirmación queda siempre relativizada, por la emergencia de contradicciones que no se llegan a asumir del todo (por ejemplo, el papel de la vanguardia en el desencadenamiento de un movimiento de masas y, desde ahí, del sentido mismo que cabe darle a la asamblea, como «lugar» de construcción de una conciencia y una identidad de clase), y, por lo tanto, que no se pueden ni teorizar ni practicar verdaderamente.

lo que no se puede adjudicar a basaglia y a su equipo (yo diría que, sobre todo, a su equipo) es la intención de «experimentar» nuevos modelos técnicos de aproximación a la comprensión (y tratamiento) de la locura. lo que intentan es superar una concepción reformista. y, para ello, necesitan recurrir a una política vanguardista necesariamente y en un primer momento. pero, propuesta vanguardista que busca su propia «superación», en la medida en que, todo lo contradictoriamente que se quiera, lo que se busca es desencadenar un movimiento de masas que «justifique», política, teórica y prácticamente, la necesidad de ese primer momento de intervención vanguardista.

políticamente (precisamente por referencia al anarcoexistencialismo de basaglia y al «izquierdismo» no filiado de algunos de los miembros de su equipo) lo interesante es la valentía y la responsabilidad con la que se asume esa intervención vanguardista. son conscientes de la inevitabilidad de esa intervención, sobre todo, en un medio donde sus individuos han perdido, por muchos años de represión y violencia, todo «sentido histórico», a la vez, saben que ese movimiento de vanguardia sólo puede llegar a alcanzar una dimensión transformadora, a condición de insertarse en un amplio movimiento social de masas, y acaso sea una cierta deformación de esta necesidad política lo que haya dado lugar

a una caracterización de basaglia como «político» (en el sentido estricto de «maniobrabilidad») y, aún, de oportunista. sus confluencias últimas con la política reformista del pci y su capacidad de «entendimiento» con las administraciones de la democracia cristiana, abonarían esta imagen (muy difundida, por otra parte, en los medios profesionales italianos).

no era posible proponer el cambio, la transformación de la asistencia psiquiátrica sin ganar para el proyecto (a veces venciendo fuertes resistencias) a los tsm, en primer lugar y, enseguida, a los propios locos. asunción, pues, de la función de vanguardia que se debe negar (fundir) en el movimiento de masas que suscita. pero esto representa que tal movimiento debe no sólo ampliarse (creación y desarrollo del movimiento de «psichiatria democratica») desde sus bases puntuales de aparición, sino que también debe conectarse con las fuerzas políticosociales del movimiento sindical y popular. desde ese momento, queda trascendida la naturaleza (psiquiátrica) restrictiva de origen de la contestación. con lo que deja de tratarse de un «asunto interno» a la propia psiquiatría (oposición a la delegación de poder que exige, a cambio, el recubrimiento de la ideología médica, para ciertas formas de opresión y miserias sociales), para convertirse en una opción histórica de recambio social revolucionario. se trata, consiguientemente, de que la locura sea gestionada por los propios sujetos pacientes de su sufrimiento. que la psiquiatría deje de ser una coartada ideológica, de encubrimiento de la violencia de unas relaciones sociales bien determinadas.

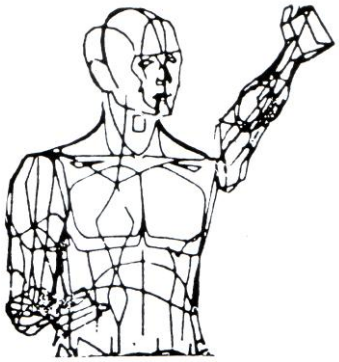
f. basaglia ha muerto. queda una experiencia, un cierto modelo de abordaje contradictorio (fenomenología, existencialismo, una determinada tradición filomarxista, un cierto estilo anarquista...). quedan unos continuadores (algún día tendremos que hacer justicia a lo que representa, en la práctica de basaglia, su «equipo»), una ley, un complejo movimiento de organización de los tsm italianos, psichiatria democratica, como intento de organización de los «técnicos» de la salud mental, pero movimiento abierto también a las propuestas sindicales y políticas y a todo ciudadano comprometido. psichiatria democratica (fundada en 1973 y cuyo primer congreso, lleno de vivas oposiciones, se celebró en arezzo, en 1976), con todos los problemas de línea y orientación pendientes, que ha sabido conectar con el movimiento obrero y popular, ofreciendo «contenidos políticos» nuevos a las administraciones locales del pci y del psi.

en ese factor se encuentra uno de los rasgos más distintivos de la «antipsiquiatria» italiana, a la vez que uno de sus rasgos más contradictorios. en primer lugar, no es comprensible el movimiento de oposición institucional psiquiátrico si no se lo conecta con el auge del movimiento obrero y popular. la propuesta de basaglia y sus compañeros no renuncia a su dimensión específica **(terapéutica):** lo que hace es mostrar las limitaciones de una acción que se pretenda **técnica** exclusivamente. como afirmaba minguzzi «no significa que se rechace el momento específicamente terapéutico, pero insistimos en señalar sus límites, dado que lo juzgamos secundario, por referencia a la lucha por la liberación del hombre de las condiciones de opresión y explotación». la técnica, pues, queda desbordada y asumida por el componente político, en la medida en que el determinante último es político, **específicamente político.**

basaglia y sus compañeros parten de una experiencia asilar concreta, contra la que se trata de luchar (no son necesarias aquí las descripciones de la miseria y la opresión psiquiátricas de la tradición italiana, tan semejantes al panorama de violencia feudal presente en gran parte de los hospitales del estado español). se parte, además, de la necesidad de criticar la medicalización de la locura, con sus notas de marginación, segregación y represión de los enfermos. se pretende cambiar los planteamientos político-teóricos dominantes que inducen una feroz representación popular de los locos y unas relaciones degradantes. se pretende una inversión que represente, en la práctica, un proceso continuo de negación institucional y de transformación social e ideológica en la comprensión de la locura.

entre el desarrollo de la década de los 60 y comienzo de los 70 se produce, en casi todo el mundo capitalista «avanzado», una desconfianza teórica y técnica en las aportaciones tradicionales de la psiquiatría. se da un cierto espontaneísmo utopista, complementado con un irracionalismo que desconfía de la cientiflcidad de las teorías sociales (lo que no impide que se acepte la eficacia de las técnicas aplicadas a lograr el control y la adaptación sociales). en algunos momentos, y en el excepticismo que supone para muchos sectores vanguardistas la postergación indefinida de la tensión revolucionaria del movimiento obrero, se llega a proclamar la locura (y todos los fenómenos con ella conectados) como la única y verdadera vía de liberación humana. hay una negación marginalista de la cultura dominante (cultura que llega, finalmente, a integrar todas las manifestaciones de oposición marginal), una crítica de la integración de las fuerzas políticas tradicionales de izquierda. la exigencia de una nueva vida, una vida más humana, más equilibrada.

sobre la psiquiatría dominante, el mismo poder tenía hondas prevenciones: la historia de la psiquiatría es una historia que carece de eficacia para las necesidades de dominación del momento presente. ni por sus funciones ni aun por la imagen ideológica que continúa segregando, la psiquiatría se correspondía con la «modernización» necesaria del aparato institucional de dominación. las reformas, consecuentemente, que se van a emprender, desde el mismo poder médico, se orientan económicamente en esa misma orientación de «aggiornamiento». bajo pretextos más o menos «humanitaristas» (¿quiénes han sido responsables de ese estado de cosas?), la reforma tecnocrática tratará, con distintas re-formulaciones, de renovarse eficazmente. habrá una formulación generalizadora, sin pretender nunca llegar a la raíz del problema: qué funciones ha cubierto, qué relaciones ha establecido, qué modelos de explicación ha aplicado, hasta alcanzar esta situación presente.



la propuesta italiana de basaglia y sus compañeros (como la de otros sectores críticos de la psiquiatría europea y americana) comienza con un rechazo global de la psiquiatría dominante. rechaza su función de control y de resguardo de la desviación de la norma. rechazo de la ideología de recubrimiento. sin apenas recursos (o con los recursos con los que cuenta la institución, siempre mínimos), se plantea la necesidad de transformar las condiciones materiales, de relación, de atención, de respeto por la condición humana de los locos. no se plantea la necesidad de un saber riguroso: se plantea la necesidad de intervenir inmediatamente, de responder a un estado de cosas insufrible por más tiempo. de la «re-socialización» de esas relaciones, de la inversión de la naturaleza de la relación médico-paciente, se pasará a la eliminación de espacios cerrados, de subversión de todas las normas restrictivas de la libertad de los pacientes en el hospital, a la constitución de una comunidad terapéutica, a la conexión con el exterior...

la propuesta sólo formalmente pertenece a la tradición anglosajona de comunidades terapéuticas. en cierto sentido, con todos los riesgos que ello supone y a pesar de las distintas concepciones que apuntan (no existe esa homogeneidad total del equipo de gorizia que nos pretende imponer una visión ingenua de la experiencia. testigos, el congreso de arezzo, jervis, las últimas confrontaciones nacionales e internacionales del reseau), la experiencia italiana se inscribe en una tradición de izquierdas muy determinada. aunque al final se apoye en la política administrativa esencialmente del pci, en principio hay una apelación a la intervención directa, no mediada de la lucha. el habitual iluminismo vanguardista que se da una minoría, poseedora del «saber», queda aquí trascendido por la necesidad de la intervención inmediata y el llamamiento a su control directo. llamamiento a la organización y al control que se nuclean en torno a la asamblea, como momento superior de la toma de conciencia colectiva. basaglia y su equipo muestran que no es posible ninguna transformación, sin la intervención directa de quien se constituye como su sujeto específico. la vinculación entre

-tsm
-pacientes
-comunidad de origen

traza la malla organizativa y activa que da sentido a la acción y orienta, permanentemente, la intervención sobre la realidad a transformar.

el comienzo y el desarrollo mismo del proceso adopta la radicalidad de una auténtica confrontación de clase. no es sólo la inercia que hay que remover, la estática de una población a la que se ha cosificado en largos años de asilación, la barrera de los prejuicios, los muros de los intereses, la cerrazón de las posiciones que defienden específicos intereses de casta. la finalidad apenas entrevista de la «negación» es un motor que tiene que ir definiendo los objetivos, encontrando los caminos, articulando los medios y, todo ello, sin detenerse un instante. el proceso es largo y las resistencias se encadenan unas con otras: empezando por la de los médicos que no pueden aceptar una «reforma» que los cuestiona, que tiene que «negarlos» necesariamente. encadenada a la inercia economicista de los enfermeros, que se ven, de participantes del poder médico sobre los enfermos, empujados a compartir posiciones y conciencia de clase con los propios enfermos. inercia de los hábitos, inercia de «tener que pensar, decidir, actuar», sin que se posea ya el carisma de la posición legitimada de «cumplir órdenes», «de actuar según nos ha mandado el médico».

pero inercia, apatía, excepticismo del propio loco, que se inclina ante la experiencia de obedecer desde hace tantos años, de no haber contado nunca, de saber que el único destino aceptable, entre los muros del asilo, es el de convertirse en «un buen enfermo» (véanse los testimonios de andrea y furio en «la institución negada», los análisis penetrantes de schittar). en ese largo camino, se comprende qué poco conocen la locura los que afirman que le pertenece (a esa locura) la rebeldía y la creatividad, la autenticidad más profunda... hay un largo camino de esfuerzos y depresiones, de fracasos, de desgarros... en esa terrible tarea de devolverle la actividad al loco, de convencerle que tiene derecho a hablar, que puede y que debe decidir. todo un terrible proceso de ruptura «voluntarista» muchas veces con el pesimismo, para conseguir devolverle el sentido, la recepción de unas relaciones humanas (no «humanitaristas» y, por lo tanto, relaciones de compromiso y de oposición, de acuerdos y desacuerdos, de enfrentamientos y vinculación...) a los locos.

la pretensión, en último término, consiste en hacer posible que la asistencia deje de estar en las manos exclusivas de los técnicos: los enfermos, la familia, el barrio, la comunidad local... se implican en la gestión y en la determinación misma de la «demanda».

«despsiquiatrizar» empieza entonces a suponer no sólo la instrumentación, desde el tejido social donde se manifiesta la locura, la instrumentación de unas técnicas, la superación de un modelo médico de «etiquetaje», ocultación y control de la desnormativización, sino también el fin de unas relaciones jerarquizadas, significa empezar a comprender la necesidad de superar una concepción «psicologizante», «naturalizadora» de la «enfermedad mental». esto es, la locura comienza a perder los caracteres orgánicos, individuales, psicológicos con los que la medicina quiso dar cuenta de ella. la locura aparece así como el producto de un contexto social, como el efecto de unas determinadas condiciones de vida, de relación, de producción. la locura se inscribe, por lo tanto, entre los objetivos de lucha por una sociedad distinta.

la lucha comienza con la necesidad de incorporar activamente al enfermo en la gestión de su simple «estar», de los aspectos más mínimos de su vida cotidiana. la necesidad de hacerle comprender que, esa vida suya, no tiene por qué estar más tiempo presidida y determinada «por la 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» (basaglia). se trata de empezar a aprender a elegir, de empezar a «re-aprender» una vida en la que se den posibilidades de elección. borrar entonces el estigma de «enfermo», poner «entre paréntesis» el hecho de un diagnóstico médico, mediante el cual se le ha podido encerrar en la condición de «no persona», sujeto sin derechos ni posibilidades de elección. esta nueva aproximación al **sujeto** enfermo, supone «poner entre paréntesis la enfermedad, porque la definición del síndrome ha alcanzado ya el peso de un juicio de valor, de una etiqueta que sobrepasa la significación de la enfermedad en sí misma» (basaglia).

acaso sea ésta la aportación «fenomenológica» más importante del equipo de gorizia: no se trata de prescindir de la enfermedad, sino que se trata de prescindir de todo un montaje social e ideológico que ha cosificado, con su definición, a una persona.

generalmente, un término como el de «esquizofrénico» no pretende señalar una situación, sino que introduce a un individuo en una categoría de valores invalidantes en los planos social, político, jurídico, afectivo, etc. hay toda una perversión cultural de la nominación que no se expresa únicamente en nombre, sino que se traduce en conductas, en exclusiones, en sanciones, en negaciones. al «poner entre paréntesis la enfermedad» lo que se pretende es suspender toda esa esfera de juicios de valor, todas esas conductas de negación: se busca al sujeto, a la persona, al interlocutor en el loco. «el diagnóstico tiene el valor de un juicio discriminatorio, sin que por ello se niegue que el paciente, de algún modo, esté enfermo... 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» (basaglia).

«despsiquiatrizar» comienza entonces por un acto tan complejo como es el de intentar «suspender» todos nuestros prejuicios psiquiátricos, estrictamente psiquiátricos, cuando nos enfrentamos a la realidad del loco. pero, inmediatamente, representa «negar» la función de control y de exclusión encomendada, negarse a aceptar al loco como a un enfermo irrecuperable, negarse «a ser carceleros, 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 hacer» (basaglia). «despsiquiatrizar» representa, para los trabajadores de gorizia, el planteamiento positivo de un acto superior de negación: «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 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» (basaglia).

hay que insistir fuertemente en este rasgo distintivo de la «antipsiquiatría» italiana: la negación de la institución y de la «psiquiatrización» de la locura no significa una concepción irracional de ésta. afirmados los factores sociales de causación en la locura, ésta no desaparece como proceso de negación o destructuración subjetiva. la locura, en sí misma, no es un arma revolucionaria: en la mayor parte de los casos, es negación de libertad, de creatividad, de capacidad responsable. en la impotencia, en la alienación en que consiste, el combate se manifiesta como necesidad dialéctica de superación. en los italianos, difícilmente encontraremos una afirmación mística sobre la realidad miserable de la locura. se la conceptúa exactamente como lugar de la pérdida, como quiebra humana. pérdida de ser, de libertad, pérdida de la palabra y de la humanidad. la locura no es ninguna «experiencia superior», no es el «viaje» a una nueva zona de libertades imprevistas o de posibilidades de encuentro radical con las «identidades auténticas» basaglia y sus compañeros saben muy bien la tremenda soledad de la locura.

esa despsicologización, esa desmitificación de la locura tiene consecuencias políticas importantes: por primera vez en la historia, se pretende que el movimiento obrero y popular se haga cargo de ella. que trate de gestionarla... y de superarla (se podría entonces hablar de una cierta psiquiatría «por» o «de» la comunidad, como se comprueba en determinadas experiencias en bélgica, suiza o nueva york). el movimiento de humanización en su tratamiento se convierte, por lo tanto, en el combate «por las condiciones sociales de la salud», y no sólo de la «salud mental».

con ello, se presenta un intento de superación política de los condicionantes reformistas del economicismo del mismo movimiento obrero. a la luz de las vicisitudes de esta relación, tendría

que precisar: se trata de una **cierta** superación de determinados condicionantes del economicismo político (superación frustrada, como se advertirá en la utilización oportunística por el pci de la «experiencia comunitaria»).

la acción «antipsiquiátrica» sin abandonar su especificidad propia, transita hacia su complitud política. como han dicho los propios compañeros italianos, en la medida en que dicha acción es capaz de ofrecer «nuevos contenidos» a las reivindicaciones populares y a la acción política organizada. el combate contra la institucionalización se resuelve en una síntesis de carácter superior: no desaparece, como reivindicación específica, sino que se integra en el conjunto de movimientos también específicos que combaten por una transformación cualitativa, anticapitalista, de las condiciones sociales de vida.

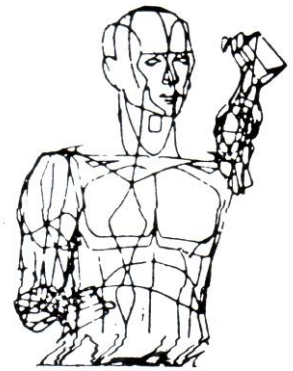
desde esta pretensión, la «acción técnica» se dialectiza, hasta convertirse directamente en acción política. lo que comenzaba siendo una requisitoria práctica de la psiquiatrización de la locura, se convierte en un movimiento de transformación «exterior», dando rasgos históricos a las condiciones sociales de causación de «la enfermedad mental» (?). como decía basaglia, si el problema de las contradicciones entre las que se debatía el movimiento era el de la tentación «de optar entre un discurso espontaneísta y un discurso que deje en manos del poder instituido, la problemática política de la institución», la solución sólo podía alcanzarse por la recuperación de la politización específica de la lucha en la institución.

tenemos que recoger aquí un elemento importante: el que se refiere expresamente a las actitudes espontaneístas, anti-intelectuales. renunciar a un modelo no significa renunciar a todo otro tipo de explicación (y no sólo a la que, en este folleto, llamamos «sociogénesis»). como ha explicado suficientemente jervis («el buen reeducador»), la «antipsiquiatría» ha estado dominada en muchas ocasiones por una cierta proclamación anti-toda-teoría. ¿se trata de una «mala conciencia» (oportuna y oportunística mala conciencia) de los más formados, precisamente? en efecto, es curioso comprobar cómo han sido (y son) los más «intelectualizados» de nuestros técnicos los que más han propagado las líneas de un redentorismo espontaneísta, activista, en su sentido más grosero. exterioridad de una crítica que ha hecho estragos en el terreno de las alternativas serias (por ejemplo, las quejas más responsables que se han escuchado en el último congreso de neuropsiquiatría española, donde fue una constante la necesidad de una preparación teórica alternativa). maniqueísmo que pretende poner todo el mal de parte de la preparación y que, en muchos aspectos, recuerda los errores de las campañas estalinistas contra la formación. a pesar de que esto pueda tener «mala prensa» y a expensas del desarrollo que hace mi compañera teresa gil sobre este punto, hay que afirmar resueltamente (en seguimiento de la misma experiencia italiana) y que hay que luchar resueltamente contra el manicomio. pero que también hay que luchar contra la pretensión ilusionista de creer que es posible prescindir de todos los instrumentos técnicos terapéuticos, en la contribución de la ayuda a todos los que sufren trastornos psíquicos (recomiendo el debate sobre técnicas que recoge el volumen sobre el reseau.

en cuanto a la recuperación del tema de la locura, basaglia era consciente de esa necesidad y de su proyección colectiva y social, al afirmar que, respecto de las organizaciones políticas de izquierda, la recuperación de la locura implicaba «otra manera de hacer política». recuperación, por otra parte, que procedía del plano práctico de intervención (la marginación psiquiatrizante de la locura, lo que libra absolutamente de responsabilidad al sistema social de procedencia). «no practicamos una política abstracta, sino que operamos sobre la política de las necesidades humanas, que emerge poco a poco del terreno sobre el cual se actúa» (basaglia). de ahí que esa recuperación tenga un carácter de clase, como apertura de un nuevo frente contra ese enemigo de clase (repito que es ahí donde hay que situar el sentido radical del famoso título basagliano «morir de clase»...).

en este sentido, la «antipsiquiatría», como se dirá a lo largo de este folleto, no es ni un canto a la experiencia interior de la locura ni una simple oposición espontánea que se inscriba en el marco de una renovación profesional o populista. la lectura que nosotros podemos obtener de la experiencia italiana (lectura que, en ocasiones, tiene que salirse de la materialidad misma del texto escrito en concreto) es la de que politizar la renovación y contextualizarla en el movimiento popular es ahondar una contradicción política de clase. es negar, de entrada y con toda radicalidad, la posibilidad de una recuperación «técnica» (reformista, por tanto) de la acción institucional. lo que significa que de lo que no se trata es de embellecer la práctica psiquiátrica o de hacerla más eficaz (por la recuperación adaptativa de los locos). no se trata de eliminar los aspectos más repulsivos, más criminales del tratamiento de la locura. el tema es el de la raíz de la locura. el tema es la realidad social, personal, subjetiva de la locura. en sus determinantes economicopolíticos, en su presentación ideológica, en su racionalización pseudocientífica. se trata, en suma, de que, sin negar sus dimensiones de efectuación individual o familiar, determinemos práctica y teóricamente (en una «totalización» política) la estructura social de la locura, su economía en una sociedad fundada en la explotación y la opresión.

el folleto que aquí presentamos quiere privilegiar una de las lecturas posibles de la lucha antiinstitucional ejemplificada en basaglia y su equipo. fruto de discusiones, las páginas que siguen y las conferencias que las acompañan, son también la manifestación de una «toma de posición», práctica y teórica. un compromiso que se materializa en un trabajo colectivo. nosotros pensamos que la ejemplaridad de la experiencia de gorizia se manifiesta, radicalmente, en la imposibilidad de recuperación, por los técnicos burgueses del control de la marginalidad, de la subversión que plantea la negación psiquiátrica. no es ni un movimiento de renovación institucional ni un cambio tecnocrático. no, niega la necesidad de la intervención (parcial) técnica, sino que la orienta y la contextualiza.



la comparación con otras realidades pone de manifiesto que la originalidad italiana (al menos, la que se presenta antes de que algunos de los individuos acepten la regulación del «compromiso histórico») es que expone la apertura de una contradicción que no puede ser recuperada por los técnicos. porque, y esto es lo fundamental, porque no propone un modelo asistencial-administrativo que haya de gestionar, en su integridad, la casta médica.

esto, en definitiva, lo que supone es que el manicomio no puede ser «negado», si no es a condición de referir la locura al tejido social que la realiza, si no se refiere la locura a sistemas de relaciones productivas, de poder, a valores de intercambio afectivo, a situaciones de explotación específicas. como he dicho, negar entonces la psiquiatrización de la locura es despojar a ésta de su falsa presentación individual, orgánica o psicologista, presentarla como un acontecimiento «mental». desde ahí se define nuestra acción: «podemos ver lo que es la miseria de la psiquiatría, pues una persona que está en psichiatria democratica se da cuenta de que toda la acción del técnico inserto en una institución se reduce al manejo de la marginalidad. independientemente del aspecto específico se nos pide que tratemos al marginal como a un enfermo: psichiatria democratica quiere poner en evidencia los problemas, más allá del plano de la psiquiatría...» (basaglia).

el texto que estás leyendo pretende exponer algunos de esos rasgos, situados más allá, pero también en la psiquiatría. como exponía franca basaglia se trata de manifestar la especificidad y generalidad de una acción que se inscribe en la dialéctica de una política, de una opción concreta. guattari lo expresaba ejemplarmente al comprender que una de las originalidades de la experiencia italiana «consistiera en no contentarse con ser sólo una denuncia, en no ser sólo un movimiento ideológico, sino en ser fundamentalmente un movimiento que parte de una experimentación sobre el terreno social mismo, abierto a las mutaciones que se abren en ese terreno». también nosotros nos situamos en un terreno de intervención directa. desde una opción que es política, pero que, por lo mismo, intenta ser también teórica. desde esa perspectiva, pienso que no es necesario presentar el texto con

otras palabras que las que lo constituyen, en su propia materialidad. he dicho anteriormente que eran las notas de nuestras reflexiones y de nuestras sesiones de trabajo. desde ahí lo suscribimos totalmente.

¿renovación o negación de la institución psiquiátrica?

1. no es posible comprender la obra de franco basaglia sin ubicarla en el marco contemporáneo de las ideologías de renovación y/o transformación de las instituciones psiquiátricas. pero, a la vez, sin intentar ordenar esa obra en un plano de referencia multiestratificado. para basaglia, la transformación/negación de la institución psiquiátrica es un problema político, en la medida que afecta

-al sujeto social y político de la transformación social
-a los «usuarios» o destinatarios de la intervención psiquiátrica
-a los agentes técnicos de dicha intervención.

esto es, independientemente de la efectuación práctica de su obra, el proyecto de basaglia (y de psichiatria democratica) establece un montaje de referencias que tiene, como ejes fundamentales

- el institucional
- el ideológico-político
- el epistemológico-técnico.

es decir, del análisis de las funciones y los efectos de la institución psiquiátrica sobre «aquello» que, por definición, debería «curar» (la locura) se va a desprender una concepción práctica de intervención. intervención que intenta oponerse a la lógica economicopolítica que delega poder para excluir, ocultar y reprimir en unos agentes técnicos determinados. pero, por lo mismo, intervención que necesariamente se tiene que preguntar, desde la delegación de que es objeto, por la relación específica poder/saber en la dinámica específica de la represión. el intento de resolver esta contradicción, poniendo el saber al servicio de la constitución de un contrapoder, cuyo sujeto es el reprimido-explotado, representa entonces la necesidad de una valoración crítica de ese saber del que se supone es portador el técnico. si el aval de la delegación de poder por la clase dominante en el técnico era la ideología de un saber, aprovechar esa delegación para combatir el poder implica necesariamente una «ruptura» epistemológica. una reformulación conceptual que funde una nueva comprensión de la locura y, por lo tanto, la intervención terapéutica específica.

2. pienso que este punto es fundamental para comprender la naturaleza del proyecto de basaglia y sus compañeros. en ellos, la crisis institucional no se manifiesta como un movimiento de necesidades técnicas, humanitarias, racionalizadoras de la intervención psiquiátrica. se manifiesta como la correspondencia objetivo/práctica que se corresponde con la complejidad del sistema de procesos en los que consiste la locura o la «enfermedad mental». la experiencia de otros intentos de renovación (modelos franceses, ingleses, norteamericanos) y la intervención en un espacio manicomial concreto (gorizzia), va a ser el material que exhiba la complejidad del problema. la crisis tendrá como exponentes

-crítica de la función real de la institución (asilo)
-crítica de la ideología de la locura (crisis del modelo teórico médico)
-crisis de las técnicas terapéuticas derivadas del anterior
-crítica politicosocial de las sociedades de capitalismo desarrollado
-crítica radical de las relaciones sociales de interacción.

acaso, el problema técnico específico se plantee como una doble cuestión: si es posible «curar» la locura y, si sí, cómo curarla, desde dónde «curarla». lo que entraña un saber de la locura a partir de un conocer al loco. pero esto, a la vez representa una inversión dialéctica: no hay conocer fuera de la institución que regule esa práctica productiva. pero el «saber» médico del manicomio no sólo no «cura», sino que, además, produce aquello mismo que tendría que erradicar, la locura. el saber de la institución aparece entonces en su verdadera dimensión: ideología de justificación, individualización, psicologización, naturalización de la locura. pero, además, ideología que determina unas técnicas de la violencia que eliminan todo sentido humano a las relaciones con y de los sufrientes encerrados en la institución. el asilo, pues, como lugar para la locura que produce locura. por lo tanto, la crisis de los trabajadores de la salud mental (tsm) se manifiesta en contacto con la naturaleza propia del manicomio: un lugar que perpetúa la marginación del loco, su «incurabilidad», pero, también, un lugar que produce la enfermedad, a la vez que la «justifica» ideológicamente, pero, entonces, la crisis de los tsm representa un cuestionamiento tanto de sus funciones institucionales como de su proyección política, ideológica, teórica y técnica. con lo que la transformación/negación del manicomio tiene como momento inicial necesario no la «humanización» de las relaciones existentes en el manicomio entre enfermos y técnicos, sino la necesidad de democracia e intervención directas, capaces de poner en cuestión la naturaleza del poder del que son portadores delegados los propios técnicos. es decir, el técnico adopta el «punto de vista», la posición de los locos, al compartir con ellos el poder que se le ha delegado a él, para llegar a un auténtico cuestionamiento de la ideología y el tratamiento dominantes de la locura. renunciando a su función policíaca y represiva, al servicio de la estructura dominante del poder, el técnico pretende ponerse en la situación que le permita dar un sentido de liberación a su acción.

4. la experiencia italiana tiene la originalidad del factor político en su propuesta de «alternativa psiquiátrica». por una parte (aunque esto tiene sus contradicciones en basaglia, como veremos), intenta superar lo que podríamos llamar «etnocentrismo médico» ante el problema de la locura: se combate al hospital psiquiátrico no sólo en lo que éste tiene de antiterapéutico (estructura jerarquizada de saber y poder, donde el loco pierde toda condición humana y en la que las prácticas violentas coercitivas imponen una regulación totalitaria de valores y relaciones sociales), sino también en lo que tiene de generador etiológico de los condicionantes sociales de la locura. por otra, indica que no es posible la curación si no hay una constante dialéctica de referencia e interacción con el medio del que procede el loco y al que, presuntamente, debe volver. el hospital psiquiátrico, en esa medida, no debe ser condenado exclusivamente por las condiciones de miseria y violencia que reinan en él, sino también porque su propuesta, su mantenimiento responden a una concepción que hacen del loco un enfermo orgánico.

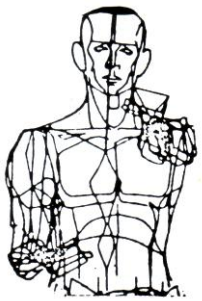
5. castel ha planteado este tema del «imperialismo médico» al señalar que lo que separaba una sociología de la institución psiquiátrica de una psicosociología del manicomio era, en el fondo, un problema acerca de la comprensión de lo que es la locura. se puede estar a favor de una reforma del manicomio, por exclusivas razones de «rentabilidad terapéutica»: en último término, el modelo médico de comprensión de la locura quedará intacto. por el contrario, sólo se puede acometer un combate de «transformación/negación» de la institución cuando el manicomio es comprendido desde una teoría general de las instituciones como realidad concreta de un poder que realiza una sociedad concreta dominada por las necesidades de la explotación y la opresión. la primera posición, la de reformas, no se cuestiona como agentes de control social: la enfermedad es un problema individual y el médico el único técnico capaz de darle un tratamiento adecuado..., cuando las condiciones son las adecuadas.

la segunda, plantea el sufrimiento psiquiátrico como un sufrimiento «histórico», es decir, como la quiebra de humanización en un individuo, quiebra que tiene sus condicionantes en factores económicos, sociales, políticos, familiares, ideológicos, de comunicación, de actividad concretos. la locura sobreviene sobre individuos concretos, que viven en unas condiciones determinadas, con lo que la «curación» es menos un problema de búsqueda de identidad personal (aunque también sea esto) que un problema de modificación de relaciones productivas, políticas, afectivas, familiares e ideológicas.

6. por lo tanto, al introducir los italianos el factor «política» en la comprensión y tratamiento de la locura están no sólo complejizando la dimensión técnica de esa comprensión, sino que, ade-

más, están totalizando y contextualizando el tema. para ellos, la «negación de la institución» remite a una «política de la experiencia» (laing), como política de la cotidianidad y de la familia, como política de la institución y del sistema político-productivo, como política de la liberación y dialéctica de la revolución. si el técnico quiere auténticamente comprometerse con una política terapéutica verdaderamente transformadora, tiene que empezar por denunciar la ideología de falsificación de la enfermedad, tiene que denunciar la función efectiva del manicomio, tiene que renunciar a su condición de agente contratado por un estado de clase. pero esto supone, por último, que tiene que comprender las limitaciones últimas de su propia actividad terapéutica: porque entonces comprende que si la locura es un «morir de clase» (basaglia), curarse no puede ser otra cosa que «un curarse desde la clase, por la clase». «negar» entonces la institución es proclamar una doble afirmación:

1. que el manicomio no es el «lugar» de una curación imposible. el manicomio reproduce (y, a veces, más descarnada, más violentamente) gran parte de las relaciones y de los valores que han conducido al individuo a la locura. autoritarismo, dependencia, desigualdad, desidentidad, falta de libertad, negación totalitaria del deseo y de la necesidad, represión de las libertades más esenciales... el manicomio concentra como estructura social los aspectos más negativos de la dinámica y estratificación sociales de la economía, la política, la ideología de una sociedad capitalista, totalitaria, patriarcal y machista. de esa forma, el manicomio sólo es el lugar de encierro, eclusión y control de una minoría, marginada por el sistema bajo la etiqueta de la locura.
2. combatir la locura es combatir la alienación en todas sus formas, esa alienación de la que el loco es el exponente más doloroso. el técnico cuestiona su saber, porque, hasta el presente, ese saber no ha sido otra cosa que lo que ha posibilitado el «des-conocer» la locura y la ideología que ha permitido, bajo la forma de una racionalización, la supervivencia del manicomio. «negar» la institución es criticar la forma y el contenido del saber psiquiátrico tradicional. ser, por lo tanto, «antipsiquiatra» representa oposición a ese saber médico tradicional, denunciarse como agente social institucional de control y represión. representa una «crítica» (en el sentido marxista del término, por lo tanto, crítica como desocultación de las condiciones de producción de las ideas, representaciones y nociones) de la locura, el cuestionamiento de la eficacia de las técnicas terapéuticas tradicionales, el señalamiento de los límites de toda otra terapia radical. negar el manicomio se inscribe como movimiento específico en el movimiento de transformar la sociedad.



7. ¿es la locura un asunto exclusivo de especialistas? ¿es la locura un puro acontecimiento individual? si consideramos el modelo médico tradicional, en alguna de sus notas más características, comprenderemos lo que quiero decir al enfatizar el factor político, como el rasgo más distintivo de la aportación italiana. quiero, por el momento, pasar por alto la h.ª de la locura (véanse los textos de foucault, castel, szazs, saurí, etc.), una h.ª que tiene, como componentes diferenciadores, la medicalización (en la gestión técnico-administrativa de la «enfermedad»), por una parte, y, por otra, el positivismo-organicismo de la comprensión de la locura. señalaré entonces algunos de los rasgos del modelo médico que son directamente negados por la introducción del factor político y, por tanto, desde la posición «antipsiquiatra»:

- referencia esencial del modelo: somato-neurológica.
- construcción del modelo: posición nosográfico-naturalista de los síndromes.
- intervención técnica: destrucción mecánico-química del síntoma.
- intervención institucional: aislamiento, reclusión del enfermo, al que se priva de todo poder de decisión sobre el sentido de la intervención sobre su «enfermedad». relaciones jerarquizadas y autoritarias. desprecio por las terapias no fundamentalmente orgánicas. defensa intransigente de los códigos de conductas y valores de la normativización y normalización impuestas por el carácter de las relaciones dominantes. desprecio hacia todo otro acercamiento a la locura que se haga desde polos no médicos.

desde esta sencilla enumeración está muy claro lo que representa la introducción del factor político: para basaglia y sus compañeros, el psiquiatra convencional representa la cohartada ideológica y técnica con la que la sociedad capitalista encubre tanto la comprensión de la locura como su posterior tratamiento. una psiquiatría organicista que sanciona la peligrosidad de la locura, que demanda su encierro y exclusión, que despoja de todo valor simbólico al síntoma y lo erradica con una combinación concertada de recursos mecánicos y químicos, no puede ser otra cosa que una psiquiatría de la adaptación y la normalización productiva.

8. el factor político representa, en lo fundamental, una concepción **ecológica,** por así decirlo, de la locura y la enfermedad. si tenemos que hablar de «disturbios de conducta», tendremos que hacerlo desde la dinámica de un sistema personal, de un sistema de relaciones productivas, comunicativas, afectivas... que un individuo mantiene con un medio social, económico, político, afectivo. y no basta con remitir el tema de la locura desde su dimensión individual a su dimensión familiar. también la familia funciona en un tejido institucional concreto, con unas funciones económicas, formativas, valorativas que están sobredeterminadas por la naturaleza del poder económico social. que reconozcamos que la locura afecta a la invalidación de un sujeto individual concreto no quiere decir que tengamos que negar su causación supraindividual. hay una sociedad que enloquece a los individuos. el factor político no elimina el problema del loco. sino que lo que hace es contextualizar el tema de la locura.

análisis de la reforma: tendencias tecnocráticas y humanitaristas

9. el movimiento de reforma psiquiátrica ha sido protagonizado y gestionado desde las propias filas médicas. como valores de movilización se pueden situar tanto las necesidades de racionalización de la asistencia como los de su eficacia. desde los lejanos intentos de «humanización» del asilo (en norteamérica y en inglaterra), toda una serie de investigaciones sociopolíticas han venido a resaltar las características arcaicas del hospital psiquiátrico como una organización totalitaria (goffman) cuyas únicas funciones se agotan en la «reclusión» del enfermo. por razones humanitarias, se trataría de mejorar la suerte de los allí encerrados. por razones de eficacia, se trataría de poner las condiciones y los medios para que, además, los técnicos pudieran cumplir con otra función derivada, frente al problema de la locura: la «curación» y rehabilitación adaptativa del enfermo.

10. el modelo de comprensión, sin embargo, no tenía por qué sufrir grandes modificaciones: la concepción orgánico-individual de la enfermedad seguía siendo válido. por supuesto, se podía llegar a admitir la influencia de variables no individuales (familia patógena), pero sin que tales variables pudieran alterar la estructura fundamental de comprensión. incluso, se puede llegar a admitir la existencia de equipos interdisciplinares que potenciaran un mejor acceso a la enfermedad: pero ni tales equipos dejaban de estar bajo la gestión-administración del médico ni la interdisciplinariedad tenía otra finalidad, en el fondo, que una mejor

comprensión de los alcances y las manifestaciones de la locura, que seguía siendo una enfermedad y una enfermedad individual.

11. las reformas propuestas, pues, y como vamos a tener ocasión de ver, no suponían una transformación en la comprensión de la locura, en la medida en que no representaban una «des-medicalización» de ella. lo que sucede es que el hospital que ha permitido en el pasado:

a. la justificación ideológico-técnica de la locura como «enfermedad» individual, lo que se convertía en el estatus jurídico-científico del psiquiatra.

b. la preservación de un espacio institucional de segregación, exclusión y encierro de un fenómeno de manifestaciones peligrosas para la normalización social.

tiene que abrirse a una nueva fase de su funcionalidad, fase, sin embargo, en la que el hospital, en su propia concreción, deja de tener el papel principal. quiero decir, no se trataba ya de conseguir la neutralización de la locura como fenómeno que cuestionara una lógica y una ética del intercambio social, bajo formas de regulación en el intercambio de la interacción. se trataba, además, de pasar a una fase de recuperación-adaptación de los individuos afectados de locura. el médico no puede seguir siendo un mero controlador de la exclusión: un mayor índice de incidencia de la locura pone de manifiesto la necesidad de recuperación productiva de los locos o de los individuos susceptibles de enloquecer. y estaba claro que el hospital, en las condiciones en que llegaba a esta fase de desarrollo, no podía garantizar la eficacia de esa acción.

12. necesidades de «humanización» y «eficacia» van a confluir en el movimiento de reforma, en las dos modalidades-tipo de terapeutización que conocemos como reformas **«comunitarias»** y movimientos de **«sectorización»** o de **«radiación de la asistencia psiquiátrica».** esto es, la desaparición **«física»** del hospital (o su modernización) con la política de sector (o de terapia institucional) no supone una transformación ni de las funciones de la psiquiatría ni de sus modelos teóricos de base. se producen, sí, **cambios** en las técnicas de intervención, pero sin que se altere la visión sobre la locura y los locos. en ese sentido, aludir a la constante médica de la reforma supone que la **psiquiatrización** de la locura sigue siendo la respuesta institucional rigurosa que deja las cosas como están.

13. que esta es la crítica de fondo que mueve la oposición de ciertos sectores antipsíquiátricos sobre la política de sector, se advierte en psiquiatras que, en un principio (caso de gentis, por ejemplo), fueron fervorosos partidarios de esa «alternativa» al hospital psiquiátrico. se advierte igualmente en todas aquellas propuestas que, sin dejar de apelar a los «agentes sociales de la comunidad», al pretender una «des-hospitalización», con la creación de centros de asistencia en los barrios, indican cuáles serían las funciones de estos nuevos centros:

- desaparición del hospital y su ley, como paso previo a la despsiquiatrización de la locura. no se pretende tanto acercar la asistencia técnica a los lugares «naturales» de demanda cuanto mantener, con las mínimas perturbaciones posibles, las referencias de espacio, tiempo, cultura, intereses de relación del loco con su entorno. pero tampoco se trata de seguir guardando ocultando al enfermo, sino de proporcionarle un lugar de «salvaguarda en su crisis». la internación es entonces mínima y libre abierta al flujo de comunicación con el entorno vital del loco. un lugar donde la crisis pierda la representación colectiva de peligrosidad con que, de ordinario, va acompañada. pero, además un lugar donde el loco y «los suyos» siguen siendo sujetos de derechos, en lo fundamental sobre el sentido y la orientación a dar la crisis misma.

- un lugar que posibilite el reencuentro y la crítica de la propia identidad subjetiva e interpersonal, puesta en crisis por el derrumbe «psicótico». donde ese mismo psicótico pierde su concepción negativa, para aparecer acaso como la única defensa posible ante una agresión continua y masiva para el sujeto. un lugar donde la intervención técnica deja lugar a sus límites y se contextualiza, por lo mismo que la «enfermedad» tiene que hacerlo. un lugar donde la comprensión de la locura comienza con el necesario movimiento de su despsiquiatrización.

14. ni la terapia institucional, con sus formulaciones más o menos sinceras de «comunidades terapéuticas», ni la psiquiatría de sector proponen una desmedicalización de la asistencia y, por lo tanto, una despsiquiatrización de la locura y los locos. ¿qué rasgos tendrían que darse para poder hablar de una ideología no médica en la aplicación (parcial) de una psiquiatría comunitaria? yo diría:

-una despsicologización de la locura
-una contextualización histórica de la locura
-una politización de la locura.

pero es prematuro desarrollar estos rasgos. pienso, como castel, que es preciso antes exponer la ideología de la reforma y las razones que señalan que, con ella, no se alcanza esa transformación que pretende formular la antipsiquiatría. como se sabe, el modelo médico ha sufrido, con estas tentativas de cambio, unas reformulaciones teóricas o terapéuticas. siendo todavía ese modelo orgánico el que determina a nivel mundial el acceso teórico a la locura, no se puede negar que tanto en las propuestas de reforma del hospital como en las formulaciones de una psiquiatría de sector se introducen algunas novedades que, tímidamente, luchan contra la supremacía del modelo orgánico. me refiero tanto a las aportaciones de la llamada psiquiatría dinámica como a otros modelos basados fundamentalmente en las teorías de la comunicación y de los sistemas. aportaciones que quiero tratar también en este apartado, porque son indicativos de la estrategia general de psiquiatrización de la locura que estoy criticando.

15. en efecto, ni las teorías que conciben la locura como una perturbación de las relaciones interpersonales ni las que intentan ajustarse a un modelo de conflicto intrapsíquico o intrasubjetivo pueden convertirse en instancias político teóricas de la comprensión-intervención sobre la locura. y no quiero decir con esto que mi comprensión (compartida por la gente con la que constituimos un colectivo de trabajo) excluya ni la consideración de las relaciones interpersonales ni, a la vez, la incidencia subjetiva de los procesos del conflicto. quiero decir que todo modelo de conceptualización psico(pato)lógica que no comprenda sus limitaciones históricas, políticas, económicas, ideológicas... no puede jamás dar cuenta ni de la personalidad concreta ni del conflicto ni, por supuesto, de la locura. una teoría de la locura que no alcance a determinar la incidencia de los factores sociales de poder, economía, explotación, opresión, represión, que no busque una determinación histórica que dé cuenta de los sistemas de los valores, la necesidad y el deseo y de su continua represión, no puede pasar, tal teoría, del estatuto de ideología-técnica de adaptación y/o exclusión del loco.

16. veámoslo con un ejemplo notorio. la ideología de la psiquiatría comunitaria se nos presenta en un programa que, aparentemente, tendría que satisfacer todas nuestras críticas. esquemáticamente, nos dice:

1. desaparición del hospital en su forma y legalidad tradicionales. sectorización de unidades polivalentes de intervención, situadas en todos los niveles de la vida de la comunidad social. interdisciplinaridad de los equipos de intervención. política de prevención, en conexión con la política sanitaria «integral»

2. transformación de las relaciones clásicas médico-paciente. intervención desde dentro mismo de la comunidad. comprensión de las «enfermedades» en su propia dimensión social.

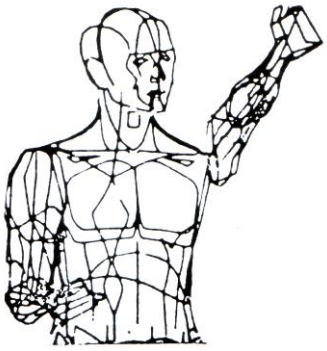
3. comprensión de la locura y respeto ante ella. intentos de superación de la dicotomía normal-patológico y comprensión de la enfermedad más en sus términos sociopáticos que en su acepción más tradicional orgánico-psicológica.

17. una alternativa similar se ofrecía ante basaglia **y sus** compañeros. no se dudaba de la necesidad de derribar una estructura tan arcaica y de procedimientos tan feudales como era el asilo. además, una comprensión del marco de las relaciones interpersonales. una intervención en las comunidades locales, en los

barrios. y, sin embargo, la tentación es rechazada (no voy a señalar en este punto ni los componentes radical-espontaneístas ni los rasgos socialreformistas de la alternativa de basaglia. lo haré más adelante). lo que se cuestiona es la raíz psiquiatrizante del programa, lo que se denuncia es el pragmatismo funcionalista del programa, como que viene a instaurar una nueva modalidad técnica de adaptación-control social. una cosa es pretender que la locura supone una perturbación de las relaciones interpersonales y otra el sentido mismo de esas relaciones interpersonales. una cosa es aceptar la dinámica de los roles sociales, las características de su aprendizaje y otra muy distinta comprender la economía en una sociedad histórica, como francia, inglaterra, españa o italia. una cosa es el re-aprendizaje de esas relaciones interpersonales y otra (y ésta sí que absolutamente distinta) su transformación.

18. ¿se pretende una más eficiente psiquiatrización de la sociedad? ¿se trata de establecer una política de extensión de eficientes técnicas de aprendizaje, para una mejor economía de las relaciones sociales, en un medio cuya lógica implacable es la que determina la producción-extracción de plusvalía? hay la pretensión de una contextualización microsocial de la «enfermedad», sin cuestionar ni una teoría de las sociedades históricas actuales ni una psicosociología del yo, establecida sobre un modelo evolutivo y de adaptación. esto es, no cuenta el poder, la producción, la normativización del deseo, la biologización de las necesidades. o hay «enfermedad» (aunque se trate de «sociopatías») o hay formas históricas de socialización, procesos concretos (normativizados y valorizados) de constitución del sujeto, procesos de explotación, marginación, opresión, remisión de las necesidades básicas de relación, comunicación, creación.

19. la eficacia de la técnica se pone a cuenta no sólo de un modelo de concepción teórica de la enfermedad y su tratamiento. se pone a cuenta de la existencia de una sociedad concreta a la que no se cuestiona en sus leyes fundamentales. y no es cuestión de que, por escapar a un psicologismo de comprensión del loco, se tenga que caer en un sociologismo de la locura. la explotación y la opresión, la discriminación y la represión conceptualmente tienen una expresión para los grupos sociales que no se traducen inmediata y mecánicamente a la explicación de las conductas individuales. así, la alienación y el sufrimiento son equivalentes conceptuales que necesitan sus propios correctores metodológicos, según que los apliquemos a una organización social o a un individuo. pero la mediación metodológica debe darse, de manera que también lo histórico individual tenga su específico tratamiento. de esa manera, la locura y los locos necesitan completar su explicación psico(pato)lógica en un marco de comprensión histórica que nos permita comprender cómo una sociedad de opresión y represión puede dar lugar al sufrimiento de la incapacitación humana, interpersonal y subjetiva.



20. es decir, hablar de locura como de un fenómeno, unos procesos de destructuración «sociopersonal» implica la referencia a un trastorno del sistema de relaciones sujeto-medio, dando cuenta del sentido de unas conductas, así como de los determinismos sociales que proporcionan el contexto y la función últimas de ese sentido. la conducta, «equilibrada» o no equilibrada, normativizada o desnormalizada, no es un absoluto: ni se origina en sí ni se finaliza en sí misma. una crítica de la institución psiquiátrica tiene alcance renovador en la medida en que se articule con una crítica de los sistemas de poder, producción, control, represión, tal y como estos sistemas funcionan en una sociedad histórica determinada.

21. ya se trate de las distintas formas de terapia institucional, de psiquiatría dinámica, de terapia de las relaciones interpersonales, la psiquiatrización afecta a la concepción de fondo. psiquiatrías y psicologías sociales que tiene como objeto de intervención práctica un modelo del yo, vinculado al contexto por los ejes de evolución y adaptación. ni se establece el texto de valores, funciones y representaciones que determinan el juego limitado de esas famosas relaciones interpersonales. ya se mantenga una autoridad «democrática» ya se vaya a su complemento permisivo, la raíz y la economía del conflicto (y, consiguientemente, de su «curación») permanecen ocultas. hay un «no saber» de la institución, en la medida en que se pretende que nada afecta la comprensión de la estructura del contexto micro y macrosocial. ¿qué y cómo refleja la locura en los locos las contradicciones de una sociedad de clases? ¿qué y cómo funciona la institución en la dialéctica de la naturalización/psicologización del conflicto? ¿qué quiebras profundas de las ideologías, de los valores, de las relaciones de una sociedad histórica «sintomatiza» y simboliza la locura...?

22. hay una amalgama de factores humanistas, liberales, funcionalistas, psicologistas en el fondo de la ideología psiquiátrica de las comunidades terapéuticas. analizarlas críticamente representa cuestionar su valor de «curación» o, mejor dicho, buscar los presupuestos de su rentabilización institucional, precisamente institucional. el índice de cambio tiene entonces que buscarse no ya en la necesidad de encontrar unas relaciones «más humanas» entre técnicos y pacientes, sino en la necesidad de dar con unas técnicas de recambio que aseguren la eficacia de las estructuras de normalización. la «modernización» del hospital y aún su desaparición tienen estrechas analogías con las relaciones del consenso y la integración respecto a sindicatos y fuerzas políticas de la oposición. si se analiza con suficiente rigor a una comunidad terapéutica, surgida de un acuerdo con o de la administración, se advierte inmediatamente que toda su práctica se resuelve en las técnicas de socialización normalizadora y normativizada. se enseña entonces y se aprende entonces a volver a ser (o a ser, por primera vez) un buen hijo, un buen trabajador, un buen ciudadano. por supuesto, el criterio de «bueno o malo» sigue siendo una función de esa política de la administración. y ello, aunque se juegue con patrones de conducta más permisivos, más «progresistas»...

23. hay, por lo tanto, una estrategia del condicionamiento social que incide también en la evolución y modernización de la psiquiatrización de la locura. en el plano de las funciones que el poder regula históricamente (desarrollo del capitalismo), la normativización que intenta establecer la psiquiatría se desarrolla en varios planos complementarios, así, si pudiéramos considerar la regulación de una sociedad desde

- estructuras de socialización/culturización
- estructuras de la productividad
- estructuras de la normatividad/normalización
- estructuras de la coerción/marginalización

veríamos cómo la evolución psiquiátrica trata de restaurar las funciones «deterioradas» del individuo en todos estos planos de intervención. en último término, se trataría, como siempre, de una restauración productivo-adaptativa del individuo a las necesidades del contexto social de procedencia.

24. lo que vienen a decirnos los italianos en un momento de su trayectoria alternativa es que la institución, en cualquiera de sus manifestaciones pslquiatrizadoras, no responde jamás a las necesidades cuya ausencia o contradicción es el vacío que expresa la locura. la institución tiene unas necesidades que, en última instancia, son las propias necesidades del sistema social que realiza. la locura es la falla monstruosa que evidencia la contradicción entre las necesidades humanas, sociales e individuales, de los hombres y el sistema clasista de la sociedad que los produce. desde ahí, la institución no sirve jamás a las necesidades del loco (lo que podríamos llamar su «curación»), sino a las del sistema que necesita etiquetar, clausurar, marginar, ocultar y deshacer al loco. por ello, en un primer momento, la asilación cumple las necesidades de exclusión/control/represión que la marginación locura plantea al poder social. posteriormente, criterios de rentabilización van a producir una inflexión en la política del tratamiento psiquiátrico.

25. en principio, la constitución de las comunidades terapéuticas, la apertura de hospitales de día y, mucho menos, una política de sectorización, apenas concitan la oposición de los sectores más reaccionarios de la secta médica. porque la institución, bajo formas nuevas, sigue perviviendo. lo que producirá la cadena de reacciones del poder será el intento de «negación» institucional. es decir, que la locura no es un acontecimiento

individual y «psicológico». que la «recuperación» del loco plantea problemas de asistencia social en materia de empleo, de vivienda, de seguridad social. pero, además, la locura, desde su crítica política, plantea los problemas de fondo: de valores de la vida colectiva, de condiciones de vida, de necesidades. plantea el problema de la diferencia, pero, más profundamente, de la irracionalidad de una sociedad que segrega violencia, incomunicación, marginación, destrucción, etc., etc. no hay problemas últimos allí donde la locura quiere ser presentada como el derecho de cada sujeto al «viaje» de reencuentro con su identidad mística, si los hay allí donde la locura es presentada como el lugar de una carencia, de un efecto de la organización social. como una muerte humana que es producida desde la definición capitalista de las normas y valores de producción, orden, bienestar, creación, salud, disciplina, relación...

26. con tales componentes, hay una inversión radical de la relación médica técnicas/ideología de la enfermedad y la recuperación. los temas de enfermedad y sociedad, de necesidades y represión, de antagonismo y competitividad productiva... comienzan a ordenarse, como puntos de malla donde la lógica final tiene que producir, como única respuesta, la locura y su miseria. como lo ha dicho basaglia: la comprensión de la locura y la crítica sobre las prácticas de rehabilitación sólo escapan a su formulación reformista cuando la concepción de la enfermedad y de las técnicas se sistematizan (es decir, se conectan) con sus aspectos supraestructurales e infraestructurales. como un problema que tiene tres registros:

1. el plano individual o del enfermo y su enfermedad.
2. el nivel institucional, es decir, el plano de la codificación científica de la enfermedad. lo que se refiere al sistema de normas transgredido, la peligrosidad ideológica de la conducta «desviada», la relación que conserva el individuo respecto a esos códigos transgredidos, a esas relaciones negadas. la relación de la sociedad, en fin, y del propio loco con la institución que lo contiene.
3. el plano estructural, referido no sólo a la relación de la institución con el sistema del poder, la producción y la moral dominantes, sino también a cómo expresa a ese sistema la institución, a cómo manifiesta la enfermedad la intolerabilidad de unas condiciones de vida, etc.

lo definitivo, en cuanto a la cualificación reformista o de negación que se ha de dar al cambio en la institución, se pone entonces a cuenta de cómo son articulados los tres anteriores planos en la práctica y en la crítica de la relación terapéutica. esto es, el enfermo ha de encontrar una respuesta a su carencia, una respuesta a su negación, una respuesta a su necesidad. pero respuestas que han de tener una eficacia externa, puesto que es en lo externo donde se le suscitó esa carencia, esa negación, esa necesidad.

27. no vale entonces por sí mismas unas relaciones de respeto, de afirmación de la diferencia, de libertad de expresión, de autogestión limitada de todas las dimensiones de la vida colectiva. una comunidad que se niegue a sí misma, que se sitúe como tránsito hacia la recuperación del poder y deber intervenir en la realidad exterior, tiene que presentarse apenas como una casi-realidad, como lo que todavía no es, frente a esa realidad inevitable del mundo exterior. es decir, una comunidad que se niegue debe constituir el negativo de lo que es la sociedad de procedencia del loco y de la locura. trata de responder a la necesidad del loco de buscar su necesidad, de comprender de qué sufre, por qué es violentado, por qué ha sido arrojado hasta aquí, el manicomio. unas nuevas relaciones sociales, el respeto hacia la singularidad, el intercambio registrado sobre la cooperación, la libertad y la sinceridad, en un espacio que no es el de la vida real (que no es el de la escuela, la comunidad local, la familia, la fábrica...), pueden contribuir a eliminar el sentimiento de culpabilidad individual del loco. y apenas poca cosa más. la comunidad aparece así como un lugar no de reaprendizaje, sino de encuentro consigo mismo, a partir del encuentro-espejo con el otro y su tragedia.

28. una comunidad que se niegue, cuestiona sus funciones teóricas, técnicas de agente de la exclusión y el control sociales. renuncia a objetivar la desidentidad, a justificarla en nombre de misteriosos procesos orgánico-psicologistas. se niega a discriminar la diferencia, la contradicción. se niega a su función de custodia y represión. se niega a justificar-ideologizar lo que no es del ámbito de lo individual. se niega a ejercer de ingeniería social, en las prácticas de recuperación y rehabilitación estrictamente de los individuos de una realidad social.

29. «en consecuencia, el objetivo de nuestra acción no debe ser la lucha contra la enfermedad mental ni tampoco la esquemática afirmación según la cual la enfermedad mental no existe sino como producto social (lo cual no haría más que diferir el problema -que es biológico, psicológico y social, a la vez- a un momento organizativo en el que todas las necesidades se vieran satisfechas). la verdadera lucha debería dirigirse contra la **ideología** que tiende a encubrir toda contradicción natural convirtiéndola en una modalidad adaptada a los instrumentos de gestión y control de que progresivamente disponemos. es decir, adaptada para ser instrumentalizada según los fines deseados» (basaglia).

30. «lo que implica la aceptación de este nuevo tipo de orientación» «(= la desmedicalización-despsiquiatrización de la locura) es, de hecho, poner en entredicho al médico y su «papel» omnipotente, como único depositario y garante de la salud del enfermo, para llegar a considerar la salud como un bien colectivo, en cuya gestión debe estar comprometido todo miembro de la sociedad. una vez evidenciado el ligamen de la enfermedad mental con el contexto social en que se manifiesta, el discurso se revela, de hecho, relativamente técnico (en el sentido tradicional) dada la implicación de elementos de naturaleza social y política que acaban por determinar su carácter, sólo aparentemente, de especialización. pero lo que queda por individualizar es la naturaleza de lo social a que aquí nos referimos, porque si nos limitamos a considerarlo como un simple conjunto de interacciones psicológicas manipulables según una técnica particular y no como el conjunto de las relaciones sociales de producción, se acaba por olvidar el juego en cuyo interior seguimos permaneciendo: la nueva técnica psiquiátrico-social, surgida en oposición a la rígida gestión institucional de la enfermedad mental, se convierte en realidad en una nueva forma de manipulación que encubre, bajo la máscara de la técnica, su profundo significado de control social. si se mantiene en el interior de estos límites, el juego no cambia. se trata tan sólo de una «mejor» distribución del trabajo entre psiquiatras y asistentes sociales, ya que su tarea sigue siendo la de mantener la validez de la definición de la norma que permanece fija más allá de los confines técnico-especializados de su disciplina» (basaglia).

31. es decir, la intervención de lo que vengo llamando «factor político» es lo que decide obre el carácter reformista o de negación de la transformación institucional. la reforma se inspira en una concepción individual de la locura y se apoya en los recursos técnicos de una psicología del aprendizaje, orientada a recuperar un «yo» adaptado. su finalidad social es la de rehabilitar productivo-normativizadamente individuos para una sociedad y un modo de producción que necesitan personas «rehabilitadas» y «normalizadas». por el contrario, la negación como despsiquiatrización de la locura, sin negar un abordaje individual subjetivo de la locura y del loco, se plantea la necesidad de un proceso dialéctico «del que participen activamente todos los componentes del grupo implicado en la rehabilitación institucional, con el margen de libertad y de invención prácticas que se produce en un proceso de transformación» (basaglia). en breve, una psiquiatría comunitaria que busca su historización en la acción social de la comunidad social de pertenencia.

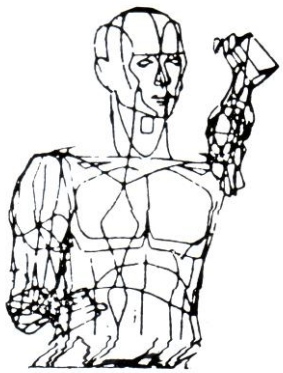
el carácter de las propuestas actuales de recambio técnico en la asistencia psiquiátrica

32. es necesario comprender el alcance de la introducción del factor de crítica política en la negación de la institución psiquiátrica. y, para ello, es necesario oponerse a dos orientaciones complementarias en cuanto a que producen los mismos efectos: la tentación espontaneísta, hipertrofia el factor político, hasta

convertirlo en un sociologismo que ahoga la especificidad de la locura. negará todo abordaje parcialmente técnico, lo que lleva a producir el descrédito del mismo factor político (véanse las críticas de jervis en este punto). la otra tentación es la que valora la locura como arma revolucionaria, hasta el punto de ver en ella la única vía verdaderamente alternativa de transformación. no se insistirá jamás bastante en lo que de carencia, de ausencia de creatividad tiene la locura. es necesario comprender la raíz individualizante de una valoración tal que hace de lo irracional, sin «sentido», otra vía «de humanidad».

33. lo que propone la crítica política, ya lo he dicho anteriormente, es una totalización del abordaje teórico y práctico de la locura. un replanteamiento que unifica a técnicos y a locos, primero, en la tarea común de esclarecer la naturaleza de los «muros manicomiales» (gentis), antes de derribarlos. un proceso de constitución de conciencia práctica que tiene su conclusión, tras el derribo de los muros manicomiales, en la comunidad del contexto. ahí, la «humanización» de las relaciones «con» los locos representa un movimiento de comprensión de la identidad social, personal, institucional. pero de la «identidad» que es y de la identidad que ha producido el desequilibrio de la exclusión y el internamiento. la recuperación, autogestionada, del técnico y el loco, en el mismo movimiento de su interacción en la institución. no se proponen otras normas que las que pueden darse, en la búsqueda de la identidad que ha consumado esta confrontación. ¿cuál es mi biografía, cuál es el sentido de la historia interna, subterránea que no conozco? es casi la pregunta de «¿qué es lo que nos ha traído aquí?».

«¿quién soy?» es la búsqueda del «¿qué me ha hecho ser así?». qué negaciones, violencias, represión de necesidades y deseos nos han constituido desde el plano de las relaciones interpersonales hasta la dimensión profunda de la desconfirmación subjetiva. como se ve, se trata de la inversión de la pregunta psicologista por el ser: dónde fui, debe advenir la biografía que fue determinada por una historia de la negación.



34. lo que queda reorientado, transformado, a partir de la ruptura política, es la pregunta del conocimiento y la determinación práctica de la intervención. así, por ejemplo, una asamblea terapéutica deja de ser el ilusionismo de un poder que no se posee: lo que se plantea es qué poder es posible frente al poder. lo que se plantea es qué nuevo sistema de representaciones y valores es posible en el actual «¿qué hacer?». si, en un primer momento, lo que se ha desechado ha sido un modelo teórico que justificaba unas prácticas de desocialización de la locura (y se han desechado, fundamentalmente, porque lo que quedaba evidente era, en un primer momento, su propio valor de reproducción ampliada de la locura), la transformación institucional tiene el efecto de provocar una verdadera «ruptura epistemológica».

35. quiero explicar con la mayor claridad este punto: no creemos en una concepción idealista y evolucionista de la ciencia. no creemos en una ciencia que se realice al margen del poder, no podemos aceptar una ciencia que no sea poder, que no esté aliada con el poder. en ciencias sociales más que en cualquier otro tipo de conocimientos, no existe la «ruptura epistemológica» como un acontecimiento de pureza estrictamente «científica». «antipsiquiatras» y psiquiatras de la reforma no parten de una presunta «ruptura» que se organice en el espacio puro de la institución psiquiátrica (si es que fuera posible tal «espacio puro»). se parte de una constatación elemental, muy funcional y hasta económica: la psiquiatría ha tenido éxito en ideologizar, etiquetar y guardar la exclusión. pero no «cura». al incremento en la ponencia de los factores de enloquecimiento, al incremento de la población enloquecida, improductiva, peligrosamente documento testimonial vivo de la irracionalidad, no se sigue un movimiento complementario de restitución de población «curada». el manicomio es válido para encerrar y, finalmente, destruir. pero no hay un movimiento de devolución. el técnico no puede ya quedar (ante las exigencias económicas del sistema) en las viejas funciones excluyentes: tiene, además, que rehabilitar. en el estado actual de su trayectoria, el manicomio es la negación más absoluta para el cumplimiento de esa nueva necesidad.

36. lo que se va a jugar entonces es, para el reformismo de psiquiatrización, qué modificaciones son necesarias para acceder a esa nueva delegación funcional, la de la «cura» rehabilitadora (el modelo de comprensión no varía o sufre muy ligeras alteraciones, en tanto que la propia función y naturaleza de la delegación de poder no se cuestiona). por el contrario, el psiquiatra, los tsm «totalizan» la negación: se constata la misma ineficacia «curativa» de la institución. pero lo que se hace es preguntarse por su origen, su función y economía en la dinámica de una sociedad concreta. se «desculpabiliza» a los técnicos, en la medida en que a éstos se les ubica en su carácter de «gestores delegados»: la sociedad produce a un ritmo acelerado nuevos locos, nuevas formas de patología «mental», conductual, relacional. lo que lleva a que, como paso, previo de las intervenciones de orientación curativa, se tenga que plantear «¿qué es el enfermar?». pero quién enferma, cómo enferma... en esta cultura concreta, en esta organización concreta de las relaciones entre sujetos sociopersonales concretos.

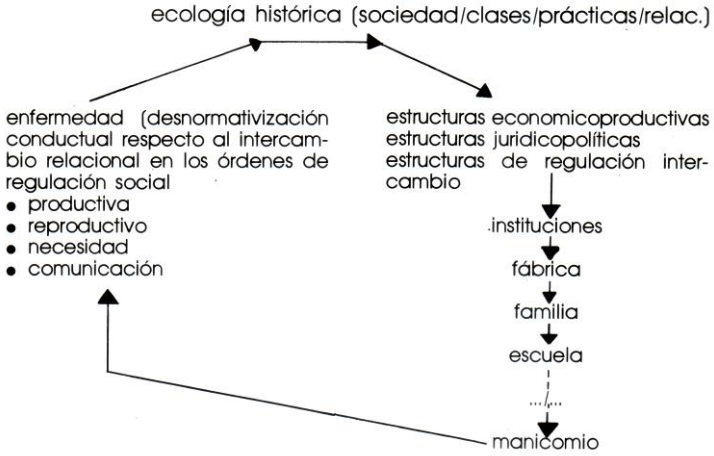
37. como se ve, la ruptura manicomial tiene efectos distintos, según que se la ubique en un contexto o en otro. la ruptura manicomial para el «antipsiquiatra» no puede darse en un contexto de finalidad humanitario-liberal, con objetivos de rehabilitación adaptativa. el técnico no se limitará a decir: «soy causante de este estado de destrucción (la que evidencia en todos los planos el manicomio». se preguntará, al contrario, de dónde procede ese poder que ha ejercido, se preguntará por el origen de su función y la economía de esta función. se preguntará por la «legitimidad» de su autoridad. en breve, la ruptura crítica pospone la solución técnica de la «curación» a la realización de las rupturas política, social, institucional y teórica. aquí, oponerse a una tradición es oponerse al carácter político-jurídico-ideológico que hace del psiquiatra un agente social de dominación al servicio del estado represivo y explotador. con lo que el «¿qué es enfermar de locura?» queda precedido del «¿qué provoca la enfermedad?».

38. no se niega entonces la locura (y éste es un punto de gran importancia): se la contextualiza. pero, y esto es lo fundamental, la locura, desde ese movimiento crítico, accede a un nuevo plano de observación, de referencias, de conceptualización, la locura como un sistema personal de relaciones: como un sistema de conductas sociales, personales e intersubjetivas, productivas y comunicativas, expresivas y represivas. como lo que acontece a los individuos en un contexto de relaciones, de valores, de representaciones, de necesidades, de intercambios productivos y afectivos. un contexto no cualquiera, sino un contexto, como dice mi compañero j.l. de la mata, regulado por el eidos, el ethos y el pathos de una formación social concreta.

39. la transformación (y no sólo el cambio) pasan, pues, por estas mediaciones:

- ruptura de la funcionalidad/ideología adscrita al técnico y que lo convierte en agente de control social.
- ruptura política con la función económica de regulación institucional.
- ruptura e inversión de las relaciones dominantes en el manicomio: el soporte objetivizado de destino de las técnicas (el enfermo) es pretendido como el loco, sí, pero como sujeto activo de intervención y transformación de su propia condición. ruptura, pues, técnica que se trasciende a sí misma, en la medida en que posibilita el paso a la
- ruptura teórica o epistemológica, donde el conocer ya no es exclusivo privilegio del técnico, sino práctica compartida con todos los otros agentes intervinientes en el «lugar» de intervención institucional
- todo lo cual, determinará la «permeabilidad» de los muros del manicomio. este aparece en ese momento como «metáfora» de la sociedad.

40. el manicomio deja entonces de ser un «lugar» aislado: en la producción de la locura, en la exclusión de los locos, en la readaptación de los rehabilitados, el manicomio expresa su lugar real, tanto en la cadena institucional como en la dinámica misma social. se ha historizado el manicomio y, con él, a la locura. la enfermedad pierde su carácter de acontecimiento individual, para exhibir su naturaleza tanto relacional como histórica. la psico(pato)logía queda, a su vez, enmarcada en la historia que le da, a la vez que su especificidad, su sobredeterminación estructural.



el cuadro puede complejizarse, naturalmente. pero lo que importa es comprender el sentido de una propuesta de contextualización-totalización de la enfermedad. lo que invierte, necesariamente, el alcance de la propuesta terapéutica. en otros términos (si es que no tuvieran el inconveniente de su desgaste tópico) podría decirse que el planteamiento reformista de «cambio en la institución» (desde la transformación del hospital en comunidad terapéutica, ct., hasta la terapia institucional, desde la introducción «grupal» y hospitalaria del psicoanálisis hasta la psiquiatría de sector...) no produce ninguna «ruptura epistemológica», en la misma medida en que no es capaz de producir una inversión «política» (totalizadora, pues, para que no hayan equívocos) que elimine de raíz la psiquiatrización de la locura.

41. no estamos proponiendo un modelo sociologista de la locura (como se verá más adelante): al contrario, lo que propugnamos, en la base de ese movimiento de ruptura, es una **«historización»** de la locura. una historización que necesita de distintas aproximaciones, como pueden ser una «crítica de la economía política», una sociología de las instituciones del poder, una teoría de las ideologías, una teoría de la constitución de la subjetividad… con la sola pretensión de «modernización psiquiátrica»,el cambio «humano» en las relaciones entre técnicos y pacientes no alcanza a lo esencial del problema: porque de lo que se trata es de **«relaciones sociales»** y de su carácter de clase. una comunidad terapéutica que no se plantee la determinación social e histórica de la enfermedad y el modelo mismo de ésta, no va más allá de constituirse en una instancia de **re-socialización y aculturización** de los locos (recuperables) y de las formas «más tratables» de la locura.

42. lo que sigue negando (y ocultando) con la reforma es la naturaleza misma de la norma subvertida, su carácter productor de «humanización» o de alienación. la creación ilusionista de una comunidad terapéutica ni potencia la creación de nuevas necesidades ni cuestiona valores relaciónales ya inservibles ni favorece la comprensión última de las situaciones de conflicto. oculta los antagonismos sociales y desvía la atención de los determinantes socioeconómicos, jurídicos, morales que han provocado la internación y el «desequilibrio». como me decía hace muy poco un loco: «está muy bien que aquí pueda hablar, tenga libertad para no querer y pueda expresar todos mis deseos... pero, ¿qué haré en la calle, con mis compañeros de trabajo, con mi familia?» expresaba, pues, el «desacuerdo» radical entre el interior y el «exterior» (aquí habría mucho que decir sobre el paternalismo de ciertas fórmulas permisivas, cómo contribuyen a la ilusoriedad del espacio terapéutico, fomentando nuevas normas de dependencia y, en conseciencia, nuevas manifestaciones de hospitalismo). en esas condiciones, la «reinserción» del enfermo sólo puede llevarse a cabo a partir de una adaptación resignada.

43. en una palabra, a lo que nos ayudan las experiencias italianas es a comprender que no es desunible el tema de la «salud mental» del tema de la «salud social» que no se trata tanto de renovar el «lugar» de la locura (el manicomio) como de comprender el determinante socioeconómico de su origen. que no hay posibilidad de transformación, mientras se siga dando un modelo dominante de psiquiatrización. que la eficacia de la transformación manicomial consiste en una disolución institucional que «ingrese» las contradicciones descubiertas en la comunidad «exterior» que ese «ingreso» (como un rasgo más de lo que debe ser la lucha por la politización de la enfermedad, de toda enfermedad) ha de subvertir la imagen (como «representación», pero también como «conducta» o relación hacia los enfermos y «la» enfermedad) que ha producido y produce la medicalización del problema.

44. en todo caso, la ideología que subyace a la constitución de las comunidades terapéuticas es «humanista», pero perteneciendo a un modelo médico de comprensión de la locura. la relación terapéutica sigue estando determinada por la orientación psiquiátrica, con la oposición no al hospital, sino a «un» tipo de hospital. puede, incluso, llegarse a la «renovación» de los marcos psicopatológicos de interpretación, pero sin que se cuestionen los rasgos técnicos de pertenencia. la historización de la locura alcanza a la biografía individual, pero la psiquiatría sigue manteniendo su autonomía en la intervención, con lo que el proceso

- saber/poder/internación/reinserción

no sufre apenas modificaciones. en último término, la terapia buscará «buenas identificaciones» para el enfermo, sin que lo esencial del problema «socialización/adaptación funcional» experimente transformaciones. incluso se puede llegar a establecer la necesidad del «equipo interdisciplinar» de actuación, pero, como ya he dicho, con la exclusiva economía de intentar abarcar más completivamente la enfermedad.

45. el fundamento de todo el tratamiento sigue situado en la «autoridad médica», de manera que, cuando ésta se asocie a una política de sectorización, su influencia se extenderá más y más, con notables efectos sobre la amortiguación del reflejo ideológico de las contradicciones sociales. se da, en ese momento, una «normalización» de carácter tecnocrático, que no cuestiona lo esencial de los sistemas

- de producción social
- de poder social
- de normalización social.

la «re-socialización» se convierte en todo un programa de ingeniería social (aunque no se realice exclusivamente bajo las orientaciones de la terapia de modificación de conducta): la ley (dominante) y la norma (productivo-reproductora) siguen determinando lo esencial del «tratamiento», lo fundamental de la intervención terapéutica. así, el sistema de relaciones interpersonales/ intersubjetivas quedan comprendidas en los marcos estrictos de un modelo psicopatológico y la enfermedad como un asunto individual (dual o microsocial, a lo sumo).

46. las corrientes de renovación psicoanalíticas (terapia institucional) suponen, en todo caso, que su único pecado sea el de «contaminación» institucional (por ejemplo, la propuesta antipsiquiátrica de mannoni y su equipo). sin embargo, la reducción a un modelo «intrasubjetivo» no resuelve mejor las cosas y no sólo porque se dé una cierta perversión del supuesto psicoanalítico, sino porque, en lo fundamental (como se puede advertir a partir de una crítica serena de los epígonos de lacan) el psicoanálisis «no suele ser de este mundo». la comprensión de la locura se pone a cuenta de la búsqueda de una exclusiva «verdad» del sujeto, con postergación de los factores políticos y, en consecuencia, poniendo una atención «menor» en las variables macroestructurales o históricas, como aquí las vengo denominando. ciertamente, hay una aportación estimable en esta comprensión dinámica, al insistir en la importancia del factor subjetivo y al

defender que la «enfermedad mental» es una constelación familiar, de la que el loco es únicamente su emergente portador. sin embargo, nunca se encontrará en la obra y en la práctica de estos autores una clara delimitación entre

- la «enfermedad» como acontecer subjetivo
- y la determinación causal suprafamiliar.

47. ¿cómo es aprenhendida la locura? la batalla por un psicoanálisis «puro» no siempre coincide con la batalla por la liberación individual y colectiva que se manifiesta a partir de una crítica política de la «normalidad». radicalmente, falta una aproximación histórica que dé cuenta de la constitución subjetiva en las sociedades de clases. hay la constante referencia a un plano de privaticidad que no es capaz de resolver las contradicciones de una teoría materialista de la necesidad. parece que toda la atención tenga que recaer en el plano de una simbólica individual y aún de una «microfísica» del deseo (guattari, deleuze, foucault). pero no se llega a comprender la necesidad en que nos encontramos de una teoría de las condiciones subjetivo-sociales de la producción del discurso, de la producción del propio deseo. como ha indicado cadtel en su revisión de las propuestas de mannoni, recamier y hochmann, lo que el psicoanálisis no tiene nunca en cuenta es la necesidad de dar cuenta de la historia en el plano específicamente subjetivo. la condición del enfermo queda traspuesta a «otras instancias de intervención», con lo que se renueva la confianza (médica y no «antipsiquiatra») en un espacio ilusorio que no llega a poner en discusión los supuestos del «optimismo terapéutico», estrictamente terapéutico.

48. de esta rápida revisión que estoy efectuando me doy cuenta de que queda algo así como una estricta negación de la psiquiatría, con lo que podría darse una impresión de que, en última instancia, mi pretensión sería la de negar la locura o remitirla a un tema de estricta sociogénesis. por otra parte, parece también que de mis palabras pueda llegar a desprenderse un radical cuestionamiento de todo acercamiento psico(pato)lógico a la locura. quiero intentar clarificar este punto: no tenemos todavía una explicación estricta de que la locura sea el efecto «directo» de las contradicciones economicopolíticas de una sociedad histórica. no sabemos bien cómo es el tránsito de la alienación politicosocial a la alienación individual. señalamos la existencia de un «hueco» teórico entre los determinantes macroestructurales de la locura y su determinación «patológica» estricta. afirmamos que hay una relación entre causación social y manifestación individual de la locura, porque la hay también en la constitución normal». no sabemos todavía cómo se produce la relación, precisamente porque nos negamos a aceptar una visión simplificadora, naturalista, orgánica o sociologista de la misma realidad subjetivo-personal. digo que la concepción psiquiátrica de la locura es una construcción ideológica de clase, que no aclara ni su entidad ni sus causas. la intervención psiquiátrica (con las técnicas de aprendizaje o con los supuestos del análisis institucional) se realiza con desprecio de una condición, sin la cual es imposible «pensar» lo humano: **la esencia histórica del hombre.** digo más, todo lo que sabernos de la h.[a] de la locura nos permite insistir en que, hasta ahora, la psiquiatría sólo ha conseguido producir ideológica, asistencial, económicamente al loco. las aportaciones en este sentido de la antipsiquiatría no ofrecen ninguna duda: la conexión de la biografía del enfermo con la «carrera social» del loco no admiten discusión. hay, en todo caso, sí, ese «hueco» que he denunciado más arriba, pero lo que no se presta a ambigüedad es el hecho de que la lógica de la exclusión-neutralización del «perturbado» está siempre conectada con una práctica técnica de etiquetaje y racionalización pseudocientífica que se pone siempre a cuenta de la «operación del psiquiatra».

49. el «hueco» teórico alude a la imposibilidad actual de establecer la conexión genética entre lo social y lo patológico. no a la evidencia con que es posible destacar su relación. el mandato social de la psiquiatría se ejerce sobre sujetos «enfermos», es decir, sobre sujetos desnormalizados, improductivos, desnormativizados. sobre sujetos que, en su condición actual, en su biografía, «emblematizan» las contradicciones del sistema. el orden productivo, político, el orden moral y el comunicativo en las sociedades de clases, manifiesta toda una serie de quiebras «humanas» que sólo basta a contenerlas el increíble desarrollo de un poder que afecta incluso a lo más recóndito de la manifestación social.

50. pienso que no es necesario insistir más en este punto: la crítica de la institucionalización de la locura (en cualquiera de sus variantes) no es sino la crítica de los determinismos sociales de la locura. cuestiona el status social de los técnicos o, lo que es lo mismo, denuncia a la psiquiatría como cobertura ideológica y manipulativa de las contradicciones sociales. expone que hay un rasgo fundamental que debería contribuir a «situar» (incluso, teóricamente) la psicopatología y a lo que nos referimos cuando, al «pensar» la locura, nos referimos a ella como un «sufrir de clase». con lo que la búsqueda de la identidad subjetiva del loco no se agota en un esclarecimiento «intrasubjetivo», ni mucho menos: pasa por la reconstrucción de la identidad social, familiar, productiva, etc. del sujeto. pasa no tanto por el acondicionamiento de «re-socialización» del loco como por su socialización en cualquier marco que tenga que ser analizado desde su propia estructura de clase. agudizando las contradicciones, que, en este caso, no puede ser sino una intervención de clase que historice al sujeto, sus relaciones y su finalidad.

el contexto y las posiciones fundamentales de la llamada «antipsiquiatría»

51. según todo lo anterior, la asistencia técnica de la locura, tal y como se presenta en su realidad concreta, incluso en los intentos de reforma contemporánea, como un reflejo de la estructura social de origen que deriva al «concepto»/imagen que la propia psiquiatría segrega. ese origen y esa imagen son condicionantes y configuradores del propio sistema institucional de asistencia. desde ahí, y a pesar de toda otra afirmación, la asistencia al «enfermo mental» responde a unas necesidades sociales muy precisas que irían desde el intento de presentar una visión exculpatoria de las contradicciones capitalistas hasta la pretensión de determinar una teoría de las necesidades «normalizadas» y normativizadoras.

52. la posición que llamamos «antipsiquiatría», con todo, no mantiene una homogeneidad de posiciones. por supuesto, una posición ante la locura implica una posición ante la «vida», ante la sociedad, supone una concepción del mundo. sin embargo, estas posiciones no tienen por qué coincidir, aunque en el terreno concreto de la negación psiquiátrica puedan manifestarse posiciones muy similares. entre las propuestas de un laing y las de un cooper, por ejemplo, caben todas las diferencias que derivan de inclinarse o bien hacia «un viaje de reconstrucción existencial» (metanoia, laing) o bien la necesidad de realizar una «dialéctica de la liberación» colectiva (cooper y su propuesta de «antipsiquiatría», para llegar, finalmente, a la afirmación de «no psiquiatría»). en todo caso, para mí (para nosotros), la «negación» psiquiátrica conlleva distintas cosas: un compromiso político e intersubjetivo en la relación con el loco, una concepción ecológica de la «enfermedad», una propuesta de negación institucional, una posición ante los problemas de la constitución subjetiva, ante la comprensión de las necesidades, ante la tarea de la construcción teóríco-práctica de un modelo conceptual de abordaje no espontaneísta de la intervención «profesional».

53. en ese sentido, la cuestión no es simplemente la de negar en las palabras a la psiquiatría: la monstruosidad de la locura no puede ser eliminada (ni atendida) con una simple posición voluntarista. se quiera o no, mientras permanezcamos en una pura posición de denuncia «moral» de la intervención psiquiátrica, ésta podrá seguir desarrollando su tarea de intervención práctica. en tanto la sociedad siga fabricando loco , una psiquiatría de saberes técnicos seguirá desarrollando su dominio, en tanto no se dé una radical intervención alternativa.

54. según mi modo de ver (nuestro modo de ver y de intervenir) los criterios que pueden contribuir a clarificar el sentido de las propuestas alternativas tendrían que situarse en una línea de respuesta coherente a estas cuestiones:

- ¿conduce a una negación/transformación institucional?
- ¿desarrolla una «línea de masas»?
- ¿contribuye a una renovación conceptual-operativa del abordaje y «tratamiento» de la «enfermedad»?

desde el momento en que no se trata de negar la existencia de las «descompensaciones» de la locura, desde ese momento lo que tiene que plantearse es de qué instrumentos podemos servirnos en la oposición. como ya se ha dicho, afirmar la incidencia de los factores sociogenéticos no supone despreciar la especificidad de los procesos psicogenéticos. denunciar una ideología no basta para dar cuenta de su productividad práctica, de su «intervención» individual. por lo mismo, el compromiso político (y, en esto, jervis ha sido uno de los autores más honestos, al reconocer esta carencia en las propuestas «alternativas») no cubre ni invalida la necesidad de conocimientos teóricos, la capacidad técnica de intervención, los instrumentos culturales que hacen eficaz, en la práctica, a un movimiento de oposición.

55. por lo tanto, la crisis ideológica actual no se manifiesta sólo en la necesidad de una respuesta política antagónica a la de las estructuras del poder dominante, sino que también refleja la incapacidad para encontrar unos fundamentos teóricos que definan el objeto de la intervención científica (y no meramente técnica) de la «negación» dialéctica de la locura. quiero que se me entienda: afirmar la locura es afirmar una comprensión nueva de la «cura». lo que criticamos es **también** (y, por lo tanto, además del poder y la racionalización psiquiátrica tradicional) aquellos conceptos teóricos que sirven para instrumentalizar la tragedia humana de la locura. lo que no nos dispensa de establecer nuestra relación frente a ella.

56. en la crítica más o menos tópica que se hace de la psiquiatrización de la locura se plantea que, el hecho de la inclusión de la psiquiatría en el ámbito de la medicina desde pinel (fines del siglo **XVIII** y comienzos del **XIX**) y su posterior consideración de especialidad médica, representa la más importante rémora a la transformación de la noción de locura (ver castel, foucault, saurí, etc.). se supone entonces que la constitución de una psicopatología contribuye al desconocimiento del poder revelador (y transformador, en muchas ocasiones) que manifiesta la locura.

56. la historia más o menos tópica que se hace de la psiquiatrización de la locura indica que el acontecimiento más importante en esa constitución es la inclusión de la psiquiatría en el ámbito de la medicina y su posterior transformación en especialidad médica, este hecho se convierte en el principal obstáculo que va a impedir una transformación en la comprensión del fenómeno de la locura. en efecto, desde pinel (finales del siglo **XVIII** y comienzos del siglo **XIX**) la constitución de una psicopatología con caracteres orgánicos, falta de una teoría de la subjetividad que no sea la proporcionada por el esquema ideológico dominante, se manifiesta casi exclusivamente en una cerrada competencia entre alienistas franceses y alemanes por la creación de clasificaciones nosológicas, descripción de síntomas y síndromes que no consiguen sino extender al infinito los cuadros diagnósticos.

57. la comprensión de la locura se realiza entonces en estrictas conceptualizaciones orgánicas. para unos, esto fue un acierto, es decir, un progreso científico que arrancaba a la enfermedad de los marcos explicativos de la religión. para otros, éste fue el origen de un nuevo tipo de opresión, bajo el pretexto de «inventar» una enfermedad del sistema nervioso. las condiciones de inhumanidad en las que se realizó el tratamiento de la enfermedad (tratamiento que se reducía, en lo fundamental, a «encerrar», a la vez que se domesticaba y colonizaba toda expresión «peligrosa») provocaron periódicamente denuncias, algún movimiento constitucionalista de protección a los asilados (por ejemplo, dorotea dix en los ee.uu. de américa) y, de vez en cuando, la aparición de alguna figura que preconizaba la reforma hacia formas más humanitarias de contención (tuke, connolly, etc.). pero, salvo la propuesta de connolly, no hubo en ningún momento una orientación que intentará despejar el organicismo de la comprensión de la «enfermedad mental».

58. el vuelco psicopatológico que suponía la obra de freud tuvo dos inconvenientes fundamentales en contra: por una comprensión errónea del propio freud, el psicoanálisis se proclamaba como no teniendo nada que hacer con los locos o psicóticos (lo que retrasaba en un período de tiempo esencial la comprensión psicodinámica y psicogenética de la locura). en segundo lugar, el psicoanálisis se manifestaba no sólo como un procedimiento esencialmente individual, sino que también se negaba a afrontar el combate contra la asimilación médica de la locura. no sólo no se combatía el monopolio médico de la psiquiatría, es que además el modelo que se oponía, como estrictamente psicológico, no era capaz de combinar los factores intrasubjetivos con los interpersonales e intersubjetivos, con lo que, de hecho, se mantenían una serie de equívocos fundamentales sobre lo que debía entenderse por «conducta» y aún por «acontecimiento psicológico».

59. esta alienación que expresaba la medicalización de la locura no fue denunciada tan vigorosamente por los psiquiatras como la fue por un «psiquiatrizado»: en 1925 artaud dirigía su «carta a los directores de los asilos de locos» que es todo un paradigma de denuncia y oposición, las quejas que en aquel tiempo artaud dirigía a los psiquiatras todavía hoy tienen vigencia: lo demuestran las continuas denuncias que se vienen realizando en los más alejados lugares del mundo, las denuncias de los periodistas, las revueltas de los médicos jóvenes, los informes continuos que se hacen en los congresos de «la especialidad». por no repetir conceptos y descripciones, me limitaré a repetir de nuevo que desde el internamiento a las técnicas usuales de diagnóstico, todo coincide en mostrar que la locura es siempre un complejo proceso de factores biológicos, políticos, económicos, ideológicos, represivos, autoritarios... como un intento desde dentro de la propia psiquiatría de denunciar y poner fin a este estado de cosas es como hay que ver el movimiento de lo que tópicamente llamamos «antipsiquiatría».

60. pero, ¿por qué «antipsiquiatría», precisamente? ¿expresa ese slogan el rechazo de la enfermedad, de la psiquiatría misma o de alguno de los modelos operantes? la respuesta no es simple: en ese medio caótico y rico se reciben todas las tendencias, todas las orientaciones. sin embargo, creo que sería posible desprender algunos rasgos comunes: el rechazo del modelo organicista, el rechazo de la institución, el rechazo de la «deshistorización» del loco y muy poco más. como se ve, el primer problema tiene que atender a la desmitificación de esas corrientes, con la afirmación de que el «movimiento» no posee una corriente homogénea. hay también distinciones en lo que respecta a la integrabilidad mayor o menor de las distintas opciones por el sistema: se tienen los ejemplos «terapéuticos» integrados americanos, el «dejar estar» oficial con que se consienten las experiencias británicas desprendidas del kingsley hall o los últimos avatares de algunas de las consecuencias de la experiencia italiana.

61. me interesa destacar algún otro rasgo: fuera de algunas experiencias muy limitadas en bélgica o suiza (y con las excepciones que se señalarían en la «sociedad psiquiátrica avanzada» -castel- que son los ee.uu. de américa), no conocemos ningún movimiento en el que la oposición al modelo médico se haya manifestado, además, en un rechazo explícito a la directividad que imponen los miembros médicos de estas experiencias alternativas. y esto es también un rasgo revelador. por el contrario, se sabe cómo los mismos italianos (que recojo como expresión de progresismo) han rechazado enérgicamente toda confusión a este respecto: «ellos son los psiquiatras». esto es, se podría decir que el término «anti» se refiere más expresamente a un determinado modelo de comprensión, a una determinada orientación en la intervención terapéutica, sin que nada se diga (siempre son reveladoras las omisiones), sin que nada se diga sobre la «formación» de los tsm. se podría contestar que, por principio, «todos» son terapeutas de todos. pero pienso que esta respuesta no hace sino aplazar el problema que no es en absoluto gremial, porque afecta a la continuidad política de la lucha antiinstitucional. preguntarse, en estas condiciones, por la «formación» del terapeuta es preguntarse por una parte de las condiciones políticas de la misma lucha.

62. el tema anterior conecta con otro tema que he tocado anteriormente de pasada: la pretendida superioridad de la actitud irracional (mística, ya sea de origen oriental ya de raíces existenciales o fenomenológicas) en la comprensión de la locura. se ha pasado de la intuición fenomenológica que, ciertamente, exigía una muy severa formación a la ingenuidad de un puro contacto afectivo, emocional, comprensivo. nos parece hoy que estamos muy lejos de las posiciones defendidas por jaspers, pero esto no puede significar caer en los excesos de la «comprensibilidad empática». en binswanger, laing, el mismo winnicott hay posiciones que se podrían, técnicamente, calificar de fenomenológicas: pero ninguna de ellas es espontánea o se debe al «libre crecimiento personal» (?). analicemos la biografía intelectual de

un laing, de un cooper, de un guattari, del propio basaglia: algunos de ellos, «campeones» en las cruzadas del acercamiento «intuitivo» al loco, manifiestan en su trayectoria la más compleja tradición cultural y clínica. es importante este punto, no sólo porque afecta a la continuidad en la búsqueda de un modelo explicativo alternativo al médico. pero lo es también porque esa proclamación del espontaneísmo silvestre en la intervención terapéutica, suele encubrir muchas veces la estrategia de un nuevo poder personal y carismático, de dependencias de todo un equipo al «genio» («genéticamente» producido y puesto entre nosotros) dirigente.

63. pero todo lo anterior suele concentrarse en la posición ante la misma locura: desde quienes consideran que ésta constituye la manifestación superior del derrumbe humano a quienes consideran que nos encontramos ante una vía efectiva que inaugura un nuevo y distinto medio de oposición, crecimiento, negación. tampoco aquí quiero que se me malinterprete: cierto que hay un sentido humano e histórico en la locura y que se trata de recuperarlo, de hacerlo interactivo. pero la recuperación revolucionaria comienza por hacerla productiva para el mismo sujeto que la padece. para nosotros, la locura es una carencia en el orden de la libertad, en el orden del ser. es una denuncia, pero una denuncia que muy frecuentemente se hace sin palabras, desde la presencia misma de su negatividad. porque el loco carece de palabras, arrebatadas por la textura infernal de las relaciones que ha sufrido y soportado, en las que la violencia del manicomio es la conclusión de una violencia que, a veces, se extiende al momento mismo de su nacimiento.

64. basaglia no cuestiona la existencia de este hecho: afirma la existencia de la locura y, en consecuencia, la necesidad de su cura. su crítica recae, por tanto, sobre los conceptos teóricos y prácticos que instrumentizan, en todos los niveles, a la locura. pretende ir a los aspectos estructurales de la «enfermedad mental», aunque su atención se centre fundamentalmente sobre las dimensiones sociopatógenas del estado, el proceso y el lugar (de la locura, naturalmente). pero también en una propuesta que, por momentos, puede aparecer tan alejada como es la de laing nos encontramos con que siempre la crítica afecta a los mismos puntos:

- fundamentación social, teórica, práctica de los modelos criticados y del lugar de su vigencia.
- cómo nos dotamos del instrumental codificador que nos permita a) descubrir las distintas manifestaciones del conflicto, b) conectarlas o totalizarlas, c) remitirlas a su origen.
- cuestionamiento del escenario económico, político, ideológico... interaccional, en una palabra, en los que aparecen las manifestaciones anteriormente reseñadas.
- en último término, conceptualización de lo que en los distintos sistemas de pertenencia representa la economía de la «enfermedad mental»

y todo ello, atendiendo además a esa «crítica» de las apariencias que nos permite conocer las estrategias del poder, de la dominación, de las dependencias, de las seguridades básicas. el aislamiento, la violencia del encierro es la conclusión de un proceso de castración/sometimiento de un sujeto que es destruido porque no ha podido (o no ha podido, porque a veces las cosas no son, desgraciadamente, tan heroicas como necesitamos también nosotros representárnoslas).

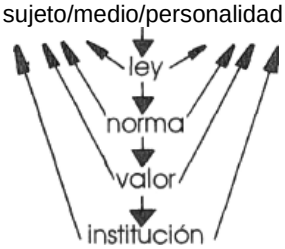
65. el hecho de partida para las posiciones globalmente «antipsiquiatras» es siempre el mismo: **la psiquiatría, la enfermedad, la institución, la curación.** especialmente, esta última es imposible, dentro del círculo de hierro que define

- el modelo de comprensión/la institución.

naturalmente, un planteamiento semejante implica una política total (y no, en absoluto, una medicina preventiva de estructura sistemática, radiada desde el hospital, atenazando en sus mallas de psiquiatrización la detección del conflicto). ubicar a la «enfermedad» en sus parámetros sociales, rastrear la etiopatogenia de una situación cargada de contradicciones, en un contexto de socialización recargado por la explotación y la violencia sistemáticas, con unas leyes de interacción que favorecen el aislamiento, la soledad, la incomunicación, es ahí donde quiere situar la antipsiquiatría a la enfermedad.

66. pero con la posición de partida hay una necesaria constatación pesimista, ya que, como en otra farsa tradicional, el psiquiatra no puede considerarse existente, si no es ante el fenómeno definitivo de la «enfermedad». el aniquilamiento del enfermo, en tanto que sujeto, es la condición imprescindible de la conservación del dominio del psiquiatra sobre «su» enfermedad. es algo filosóficamente ineludible. el enfermo, por otra parte, debe ser destruido, en la medida en que es un documento vivo de lo «perverso» social, lo que nos sitúa ante un sistema ordenado de quiebras. no se trata de otra cosa que de la existencia de un sistema que se oculta, pero que podemos considerar como sujeto/medio/personalidad. no hay un individuo aislado, nadie es su propio padre, su madre, su patrón, su mujer, su marido, su amante, sus hijos, sus compañeros de trabajo, de soledad. todos entierran sus propios muertos, porque «uno» es su principal muerto. las cadenas de estabilidad, entropía programada, los sistemas de objetos que esclavizan, deshistorización. nadie es dueño de sus propios recuerdos. la enfermedad (recordemos el sistema causal

- sujeto/medio/personalidad



que no puede ser resuelto por ningún acto humanitario), la enfermedad adquiere en ese momento su rostro único: hecho multideterminado, no «mental» y, más que psicológico, social.

67. la psiquiatría, el asilo, la «curación» imposible, porque todo psiquiatra necesita «su» loco. el hospitalismo como institución totalitaria (pero ¿existe alguna institución en esta sociedad que no sea totalitaria?) que va más allá del hospital. la violencia que niega hasta la posibilidad del deseo. el sistema llega a vertebrar a la subjetividad, para destruirla inmediatamente. todo es la almoneda del rol: padre, madre, hijo, esposa, trabajador, niño, negro, ladrón, violada, loco, vago, mujer, negro, loco, niño, mujer... el loco como esa mujer o ese hombre que, un día, quisieron querer, acaso desear, soñar, gritar, llamar. círculo de hierro del rol: ciudadano, ordenado, padre, madre, mujer, mujer… …

68. «pienso, como vds., que no es posible entender la dolencia psíquica desde afuera, a partir del determinismo positivo, o reconstruir, mediante una combinación de conceptos que se mantienen exteriores a la enfermedad vivida, esa modalidad del ser que es la carencia de ser. creo, también, que no se puede estudiar ni curar una neurosis sin un respeto fundamental por la persona del paciente, sin un esfuerzo constante por captar la situación básica, sin un proceso que trate de encontrar la respuesta de la persona a la situación. y pienso (también como vds., según creo) que la enfermedad mental es la salida que el organismo libre, en su unidad total, inventa, para vivir una situación no vivible» (sartre: carta a laing y cooper).

69. si, tenemos que comprender, si queremos comprender alguno de los temas casi, casi maníacos de la «antipslquiatría», que es necesario el más tremendo esfuerzo por comprender esa situación vivida de la violencia, en nombre de la curación. si tuviéramos que situar lo que sartre, lúcidamente, denuncia habría que situarlo en esta tensión que se establece entre los distintos temas que, como un hilo continuo, van a dar cuenta de esa comprensión fenomenológica-existencial:

- respeto por el ser ya violado, lo que equivaldría a esa «donación de sentido», acto ya de oposición, en virtud del cual reconozco la humanidad en el sujeto despojado
- no hay enfermedad, porque lo que hay es un sistema de situaciones «básicas». y lo que se pide como esfuerzo de la imaginación «científica» es que sea capaz de reconstruir en lo imaginario esa situación. volcarlo al material simbólico, hacerlo flujo de comunicación. pero, además, «pensar» qué sentido pudo tener la respuesta, si hubo incluso posibilidad de respuesta a tal situación

- para llegar a esa conclusión que es,verdaderamente, el comienzo del proceso de la nueva relación: ¿qué posibilidad, que no fuera la locura, podía darse de vivir?

70. 1965, londres, philadelphia association. laing define los objetivos de una organización comunitaria como organización interesada en el desarrollo de la comparación teórica y del enfoque práctico de situaciones y problemas que, según laing, han sido creados en el mismo momento en que se han definido como patológicas ciertas formas de conducta y de experiencia humanas. ¡la «enfermedad» inventada! otros autores (szazs, goffman) hablarán del «mito de la enfermedad mental». como en un manifiesto, laing afirmaba: «pretendemos cambiar el modo en que los «hechos» de la «salud mental» y de la «enfermedad mental» son vistos por muchas personas. esto va más allá de una nueva hipótesis inserta dentro de un plan de investigación y terapia: es una nueva hipótesis inserta dentro de un plan de investigación y terapia: es una propuesta de cambio de nuestra forma total de ver los acontecimientos». interés, pues, por la interacción, por la comunicación, por las situaciones del intercambio material, afectivo, de seguridad y dependencia, de cambio y alteración. interés por la constitución de la personalidad. y, como consecuencia, interés por esa falla de constitución histórica, tal y como se da en la locura.

71. parece como, si, de pronto, fuera posible invertir la orientación dominante en la h.ª de la locura. hasta ahora ha primado la visión naturalista, el punto de vista del psiquiatra que ha contado con la dominación de «su» loco. ¿se trata entonces de invertir los términos? ¿de escribir o, lo que es más importante, de realizar la historia actual y futura, situándose desde la perspectiva del psiquiatrizado? pero ambos puntos de vista se complementan, porque, en realidad, definen una única relación de poder. schittar prevenía, junto con slavich (ambos integrantes del equipo de gorizia), sobre una mitologización que pudiera llevar a creer en una especie de «contrapoder del psiquiatrizado». invertir la historia significaba la afirmación contradictoria, paradójica, de una locura «inventada» por los psiquiatras. lo que significaba, dicho de otro modo, la instrumentación naturalizadora de un sufrimiento impuesto por intereses económicos y políticos. sin embargo, ese esfuerzo por invertir la historia era todavía parcial, porque lo cierto es que la locura, la desorganización y fragmentación personales, la entropía subjetiva... existen. con lo que, y además, escribir la historia era también plantearse cómo **pensar** ese sufrimiento, cómo pensarlo y no meramente cómo compartirlo.

72. las acusaciones contra este «reino del terror silencioso» se coherentizan. hay una represión, una violencia psiquiátrica que es complementaria de la violencia económico-política de la clase dominante. la que define la norma y la institución que la guarda. la teoría y la práctica que imponen el modelo médico de tratamiento de la locura, contribuyen a la reproducción de las condiciones y situaciones que imponen al enfermo esas conductas que, presuntamente, se supone se deben curar. condiciones y situaciones predominantes en los grandes hospitales, en el personal clínico y sanitario, para los que, como una pescadilla que muerde la cola, ese sufrimiento vivido que finalmente no se puede soportar sino con la regresión masiva, con el grito desgarrado, con la agresión **«discriminada»** (¿quién ha dicho que el loco no sabe a quién agrede...?], ese sufrimiento, digo, no es sino la expresión redundante del síntoma que se trata de erradicar.

73. la anterior situación (presión sobre el síntoma que origina la reproducción ampliada del síntoma) no es sino una muestra de la gran inconsistencia de muchos elementos presentes en la teoría y el tratamiento tradicionales. ¿qué es la locura? la medicina aprovecha su prestigio y su poder evidente para hacer pasar como existentes referentes que sólo poseen una existencia ideológica, clasista, institucional. hablar de «locura» sin referencia a un sistema normativizador de relaciones interactivas, sin una referencia a qué se entiende por libertad, independencia, responsabilidad, sin las referencias a un contexto bien preciso..., carece de consistencia «real». por otra parte, gran cantidad de diagnósticos de locura se realizan no sobre lo que alguien hace o dice, sino sobre lo que se le obliga a hacer, sobre lo que se le impide decir.

74. laing, atendiendo a los factores que en esta sociedad producen la esquizofrenia, nos proporciona una sencilla estadística: en el tiempo de bleuler («que acuñó el término de «esquizofrenia») se decía que, por cada paciente ingresado, existían 10 sin diagnosticar. en los países europeos, la posibilidad de ser diagnosticado como esquizofrénico y, por lo tanto, de ser ingresado en un hospital psiquiátrico, es hasta los 45 años un 1%. es decir, que todos tenemos la más alta probabilidad de que nos ingresen en un manicomio y esta posibilidad depende, según estudios sociológicos muy fiables

1. de la tendencia teórica del diagnosticador.
2. de la tipificación sociojurídica de ciertas conductas.
3. de la cantidad de «pruebas» a las que seamos sometidos y del adiestramiento técnico de los evaluadores.

si, además, nos enfrentamos a los niños, los jóvenes sin trabajo, las amas de casa, los parados, los pobres, los subnormales..., más del 80% de la población puede ser diagnosticada como loca. el problema consiste, por otra parte, de acuerdo con la complejidad creciente de las situaciones sociales, en que cada vez es mayor el número de personas que se sitúan en la rúbrica de anormalidad. hay un hecho válido para toda europa: dadas las prerrogativas y la impunidad jurídica de estos técnicos, cada vez tememos más al personal psiquiátrico que a «sus» locos.

75. el papel del loco en todo esto es cada vez más intensamente dramático: se extiende socialmente esa tendencia «hospitalizadora» y sintomatizadora que tiende a despreciar el vivido de quien sufre. es un índice de normalidad que el loco sufra de su locura. lo que significa tomar partido ante la violencia. por último, el psiquiatra se hace agente directo de la represión policíaca (nazis, II.ª guerra mundial, francia, población penal norteamericana, goulag soviéticos...). se le conceden al psiquiatra funciones de asilación represiva, pero también funciones selectivas de canalización de la violencia y el resentimiento (la selección para el ejército, la policía, los servicios de seguridad, el entrenamiento de tropas especiales). la aniquilación normalizadora se convierte en un proceso de alta tecnificación y de «bajo coste social».

76. en definitiva, ¿qué es la antipsiquiatría? para los bonzos de la profesión, es «la ignorancia de la psiquiatría» (ey, lópez ibor). para los utópicos del cambio individual «un espacio no técnico, anti-toda-técnica de reencuentro del individuo consigo mismo». el enfermo, por su parte, «es la víctima inocente de un sistema patógeno que, desde el principio, proviene de su medio inmediato, medio que no manifiesta más que las contradicciones y los conflictos de la sociedad que es, en definitiva, la única responsable, puesto que segrega la locura para defenderse». dos posiciones, pues, extremas. entretanto, y fuera de que, en lo fundamental del rechazo, estemos de acuerdo, lo que todavía no está resuelto es cómo pensar la locura.

pensar la locura y los modelos de explicación

77. la caracterización de la psiquiatría oficial hay que buscarla en dos aspectos complementarios: de una parte, su negativa a considerarse como una simple técnica de adaptación y normalización sociales, de otra, la raigambre organicista de esa técnica. busca en el cerebro, en los procesos metabólicos de base, la impronta de una perturbación más o menos definitiva. correspondientemente, posee unos esquemas rígidos de diagnóstico y tratamiento, esquemas que, en muchas ocasiones, no son sino complejísimas diferencias de matiz. la integración de tales esquemas se realiza en un modelo naturalista que pretende dar razón de la locura como perturbación del snc (sistema nervioso central). la ley fundamental del sistema es, en su individualidad, la **adaptación** al medio, de manera que la enfermedad no es sino el fracaso de la correspondencia adaptativa de un organismo a su medio propio. una falla de carácter fundamental que tiene manifestaciones polimórficas, tanto de carácter primario como de carácter y valor secundario. se llega así a aceptar la incidencia de factores sociales, pero siempre de una manera subordinada y nunca determinante, puesto que la «quiebra» ya está «presente» en el ser.

78. todavía hoy, la psiquiatría está dominada por los postulados de la psiquiatría clásica germánica. la clasificación hecha por kraepelin (finales del siglo **XIX**,comienzos del xx) sigue aún vigente, aunque sea revisada periódicamente. kraepelin, inmerso en el espíritu del racionalismo y del positivismo naturalista del siglo pasado, sigue la herencia de su maestro griesinger, estableciendo una estricta patología de las afecciones somáticas (a su vez, el proyecto de griesinger se instalaba en el imperio de un energetismo mecanicista, como intento de «liberar» a la locura del planteamiento metafísico del romanticismo alemán). como su antecesor, kraepelin proclama que los trastornos psíquicos son «enfermedades del encéfalo» y piensa que un desarrollo más completo de la anatomía patológica conseguirá poner al descubierto las lesiones cerebrales que causan los síntomas. en esa fase de la psiquiatría, el gran proyecto estará fundamentalmente orientado por los dos grandes valores de **ordenar** y **clasificar.**

79. desde ese momento, la medicina alemana, francesa e inglesa competirán en la elaboración de nosologías precisas, mediante las cuales «encuadrar» a las «enfermedades mentales» y a los enfermos (se da una conversión precisa y estricta entre unos y otros). la de kraepelin se impondrá por su precisión y rigurosidad, de manera que nunca se tratará tanto de descubrir y conceptuar lo individual, cuanto de reducir esto individual a lo general, con lo que, de hecho, se caería en contradicciones respecto al mismo planteamiento positivista. para kraepelin y sus seguidores, el enfermo no será sino «una colección bien ordenada de síntomas».

80. como reacción a los intentos mecanicistas del psicofisiólogo wundt nacen dos corrientes que tratan de fundar una nueva psicología y, en consecuencia, dar origen a una nueva psicopatología. el avance más importante consiste en borrar las fronteras nítidas de separación entre «lo normal y lo patológico», de manera que todos los fenómenos son integrados en el concepto de conducta. el psicoanálisis se va a presentar como una teoría totalizadora del psiquismo humano. atacado por toda la psiquiatría oficial de su tiempo, freud realiza el intento de comprender y conceptualizar todas las manifestaciones del comportamiento humano, desde una teoría psicogenética y psicodinámica. sin embargo, y como consecuencia de la influencia que también él recibe de griesinger, instrumenta una psicopatología coherente con una estricta causalidad pseudobiológica e individual. la segunda vía, se inspira en la fenomenología, en la reacción contra el positivismo psicologista. jaspers recoge la influencia de una tradición que abarca a dilthey, bergson y husserl, proponiendo una cierta «estática» de las manifestaciones psíquicas, a las que divide en «comprensibles» (las consideradas «normales» o simplemente «neuróticas») e «incomprensibles» (locos o psicóticos). con todas sus pretensiones, la psicopatología de jaspers no logra sino contribuir a una visión cosificadora de la «enfermedad mental». las alteraciones son el producto de una causación somática y, por definición, no son conectables con los conflictos, deseos, necesidades de la biografía subjetiva y cultura. en todo caso, los síntomas poseen un sentido metafísico, cuyo principio y finalidad no implican ni trascendencia ni conexión con la totalidad histórica del contexto «espiritual». son, en definitva, un «vacío histórico».

81. orientado por estos esquemas naturalistas y «naturalizadores», el psicopatólogo se acerca al enfermo, para descubrir, describir y ordenar los síntomas. con lo que la única tarea que le queda al clínico es la de hacer el más «correcto» diagnóstico (encubrimiento de lo individual por lo general, etiquetaje que se presenta como una suerte de destino del que no se podrá escapar). la gravedad de este diagnóstico funda el pronóstico y, en consecuencia, el alcance mismo de la represión.

82. ¿entra en crisis actualmente un modelo semejante? no voy a indicar aquí lo que representa la introducción de las técnicas de shock químico o eléctrico, la psicofarmacología, la neurocirugía... es cierto que la complejidad creciente de los modelos es una constante muy manifiesta en la instrumentación del modelo básico adoptado. pero lo que no se llega a comprender bien es lo que afecta el carácter de «histórico» aplicado a la comprensión de la conducta humana. freud destacaba el valor simbólico, expresivo de la conducta, concebida ya como un sistema necesitado y motivado. es decir, la comprensión de la conducta en términos de significación, como sistema **«significado»** (psicogenético, psicodinámico) y **«significante»** (productor comunicante, expresivo, organizador). hoy concebimos a la conducta como un sistema integrado **(estructural),** de factores individuales y de interacción (subsistemas psicofisiológicos, corporales, culturales, interpersonales, productivos...) que representan la constitución histórica de un sujeto. nada puede ser separado, en ese sistema, si no es por muy parciales necesidades descriptivas y confiriendo una credibilidad muy limitada a tales factores aislados. la totalización es la ley fundamental de este sistema que no se considera realizado si no en el intercambio ecológico que le es propio. de esa forma, en el «enfermar» del hombre se produce una alteración de sistemas que no se reduce al individuo, en la medida en que éste es nada fuera de la estructura de relación en las que consiste. como dice devereux: «indudablemente, los factores o fenómenos físicos son mucho más simples que los psicológicos o sociales. por otra parte, el estudio de los fenómenos físicos está mucho menos trabado por las angustias subjetivas de sus investigadores, por las pretensiones de la metafísica y los supuestos redentores del género humano...»

83. en el mismo sentido, ya freud, a medida que avanzaba en su obra, cuestionaba la imagen tranquilizadora de la relación de dirección unidireccional psiquiatra-paciente. los mecanismos comunicativos de interacción, retroalimentación, control de las respectivas conductas..., van siendo analizadas en el juego y desarrollo de la transferencia y contratransferencia. esto significa que el loco (o el paciente) no es nada meramente pasivo que se enfrente a la mirada aséptica del psiquiatra. la pregunta simplificadora, cosificadora del otro tiene que suspenderse. no es que sea posible prescindir de toda una carga social de esquemas, prejuicios de comprensión e interpretación: la pregunta de «¿qué le pasa a este otro que está enfrente de mí?», «¿cómo, en los planos real y fantasmático, nos influimos el uno al otro?», «¿qué determino de su comportamiento?»... se advierte la circularidad de una relación en la que, en último término, por la naturaleza misma de la demanda del paciente, por la extrañación alienante del enfermo, lo que se reproduce es la estructura social del poder.

84. es la ignorancia de esos acontecimientos de relación, el desprecio por el vivido de la locura por su sujeto (lo que «le pasa» en esa soledad, incomunicación, culpabilización, inseguridad) lo que posibilita hechos monstruosos: desde 1935, egas moniz se dedica a lobotomizar, esperando «destruir» las enfermedades que «se ocultan» en el encéfalo de las personas diagnosticadas como esquizofrénicos. en 1955, el poder le concederá el premio nobel de medicina por estas experiencias «terapéuticas». hay que conocer la manera cómo ugo cerletti, en 1938, establece «la eficacia terapéutica del electroschock» (del ¡cerdo! al hombre, sin mayores transiciones, aunque en honor suyo haya que reconocer que, en pleno auge fascista, no resultaba excesivo...). lo que hay que reconocer es que estas ideas acerca del tratamiento del «desorden mental» siguen estando vigentes, aunque se realicen de una manera más tecnocrática.

85. las corrientes de renovación se interesan por las relaciones

es decir, intentan «valorar» esta interrelación (aunque lo dudoso es que se dé una auténtica interrelación y que, por lo tanto, no tengamos que ver al individuo como un «efecto» sobredeterminado por la acción combinada de las estructuras institucionales). en esa línea, se pretende encontrar modelos de una superior capacidad interpretativa como adecuados a la complejidad que manifiesta la conducta disturbiada. así, las concepciones revisadas del neoconductismo, con la integración de modelos sistémicos y modelos informacionales. con todo, lo que no se descarta es que la perturbación afecte radicalmente a los supuestos biológicos de base.

86. las orientaciones más conectadas con la antipsiquiatría, como ya se ha visto, se preocupan más por el entramado económico político de la locura. esto es, se pretende el análisis de las condiciones represivas de los sistemas sociales, para obtener una comprensión de su capacidad psicopatologizante. pero, en esa perspectiva, lo político adquiere el sentido que pretendían darle

reich y las corrientes más recientes de la contracultura. política de la vida cotidiana, de la necesidad y el deseo, «porque también el deseo es un hecho esencialmente político, un hecho cuyo impacto simplemente acaba de ser descubierto por la política, en el sentido estricto de la palabra». ahí se encontrarían las propuestas, siempre insuficientes, de vincular antipsiquiatría y contracultura.

87. el psiquiatra «inventa» la locura o, al menos, ayuda a configurarla, a establecerla, a mantenerla. laing dice a este respecto: «hay algunas personas en esta sociedad de las que se diría que están extremadamente perturbadas, que son desgraciadas, encontrándose, a menudo, en un estado de gran confusión, aturdimiento, consternadas y con un miedo continuo». el problema es: ¿se puede construir la locura? porque la locura no puede negarse. aunque, en todo caso, y antes de pasar a su elaboración conceptual, lo que hay que hacer es fijar, crítica, material e históricamente su referente. y este es el desafío: como indicaba anteriormente, llenar ese vacío entre los factores sociogenéticos y psicogenéticos.

88. cabe ya, a esta altura de mi exposición, preguntarse por el sentido mismo de la antipsiquiatría, como lo que puede permitirnos comprender la aportación de basaglia y su equipo. como resumen de lo que llevo dicho, planteo:

- cuestiona la legitimidad del status psiquiátrico mismo. por lo tanto, cuestiona las relaciones de poder de las que es delegado. la enfermedad es un acontecimiento, unos procesos sociales. la psiquiatría, con la imagen de «enfermedad» puntual, ideologiza una realidad
- cuestiona la función de las instituciones asilares, no sólo por su función reproductora de locura, sino también por las valoraciones económicas, políticas y jurídicas que definen a la «conducta desviada»
- cuestiona, con los esquemas tradicionales de «imaginación» de la locura, las estrategias de tratamiento
- enfrenta a la corriente dominante que afirma que la investigación somática es la exclusiva base de edificación de una psiquiatría científica. combate las tendencias antihistoricistas, las tendencias natural-mecanicistas que establecen tan sólo una «h.ª natural de la enfermedad».

en lo esencial, nosotros estaríamos de acuerdo con el mantenimiento de estos rasgos. creemos, sin embargo, que deben ampliarse, hasta contener lo específico de lo que podemos llamar (con castilla del pino y tizón) **lo «psico(pato)lógico»**. pensamos que hay un dominio de realidad histórica que la economía política, la sociología y la historia no agotan: dimensiones de lo psicológico que ni se resuelve en parámetros mentales (aunque lo contenga) ni es **ya** somático (por más que lo corpóreo lo articule), sino que es conducta, relación, con una estructura de sentido, una dinámica profunda y de superficie de tensiones contradictorias en su efectuación en el medio. una psicología que se plantea como teoría histórica de la constitución de la subjetividad. que comprende lo específico (aunque derivado) del concreto humano, sin reducirlo a sus componentes de constitución.

89. en definitiva, no se trata ni de negar el substratum neurofisiológico ni la intervención de las leyes de la historia, sino, en una comprensión dialéctica, de integrar esos elementos en la dinámica en la que consiste la conducta. no tratamos de las bases bioquímicas de la conducta. porque no son «la» conducta, se trata de comprender su estructuración, sus procesos, su dialéctica. lo interaccional de un sistema de roles, pero sin perder las dimensiones de una comprensión intersubjetiva de la teoría del self. lo psicológico, en esa comprensión, no se opone a lo social, porque es su realización. de manera que quedan integrados, en los distintos planos de su intervención, la ideología, la norma y la representación, como esquemas de acción que regulan las distintas estratificaciones de la acción. la conducta queda materializada en los componentes reales que no existen fuera de su realidad. entonces puede comprenderse la llamada a otras aportaciones teóricas (sociología, historia, comunicación, economía política, lingüística, semiótica...) esto es, la alternativa antinaturalista pertenece a una comprensión del mundo «no natural» de la economía y de la cultura, del poder y de la significación. el mentalismo es lo que puede identificarse con una concepción psicologista y no psico(pato)lógica. por lo mismo, no puede tratar de generalizarse una visión etologista del comportamiento, para intentar «dar cuenta» de la conducta humana, entendida rigurosamente como **estructura de realización del sentido.**

90. es decir, lo que no es posible es un acercamiento a la locura, careciendo de un modelo psico(pato)lógico de comprensión de la conducta, sin una teoría de la personalidad y del sujeto, sin una comprensión de las condiciones materiales de producción que dan cuenta del texto y el intercambio de la comunicación. no hay idealización de la locura, cuando se dice de ella que manifiesta, en el plano de la productividad y el intercambio de las relaciones interpersonales, una subjetividad restringida, bloqueada, negada, desconfirmada. que la desnormativización y la desnormalización que representa, lo es por respecto a la regulación dominante del intercambio social en una sociedad de clases. que no toda desnormativización o desnormalización son locura. lo que lleva a la conclusión de que, supuesta la necesidad de la psiquiatría, ésta no es posible sin una concepción de la historia y sin un paradigma psico(pato)lógico que la funde. ahí es donde cobra mayor valor y la oposición de cooper a un «saber clásico», positivista y mayestático, que, sin embargo, tiene que enfrentarse a hechos tan contradictorios como es que un diagnóstico puede variar de un país a otro, de un hospital a otro, de un psiquiatra a otro. una práctica que quiere oponerse a la historia, sirviendo a las instancias de negación, «que perpetra una violencia indudable, que degrada en el loco todo vestigio de dignidad, de respeto humano, que lo priva de su libertad, de su trabajo, de su sexualidad, de su palabra».

91. se tiene entonces que proponer una «contracultura» que sea, a la vez, una contraciencia y un contrapoder. una ciencia que combata el embrutecimiento producido por las drogas legales. luchar contra la castración que imponen el calabozo, la camisa de fuerza, el electroshock o la amputación del cerebro. pero también contra las formas degradantes del paternalismo, de la permisividad que inferioriza al otro y lo condena irremediablemente a la ilusoriedad de espacios de contención-canalización del delirio.

92. desde ahí, la locura deja de ser un acontecimiento que le ocurre a un individuo. debe ser considerada como un sistema de personalidad, pero un sistema que «arrojan» unas relaciones, unos valores,unas necesidades. es la relación con las redes del poder y de la economía. con lo que las conductas dejan de ser «acontecimientos» absurdos, irracionales, incomprensibles, obscenos. como decía sartre en la cita que he utilizado, se comprenden entonces muchas conductas como simples esquemas reactivos ante situaciones, relaciones y valores no visibles, no soportables.

93. en (90) he hablado del supuesto de que la psiquiatría tenga que ser necesaria. quiero tocar muy brevemente dos temas: el primero, supuesto un esquema teórico psico(pato)lógico de fundación de la psiquiatría, ésta, en el caso de que tenga que existir, no puede ser sino una derivación técnica. ya se acepte como comprensión de los procesos bioquímicos de base, ya como técnica orientada a las perturbaciones corporales (y no simplemente somáticas), si la conducta es un proceso multiestratificado de sentido histórico no puede reducir a uno de sus aspectos. es más, el mismo desarrollo etnográfico nos pone en contacto con toda una serie de «técnicas corporales» que son auténticas prácticas modelizantes y constituyentes del mismo cuerpo. suponiendo que la psiquiatría, en cuanto rama médica, tenga que tener como objeto de intervención específica la materialidad funcional del cuerpo no se podría desprender de ello otra cosa que el carácter radicalmente técnico de esa psiquiatría. ya se sabe que hay una importante corriente que considera que la psiquiatría sólo tiene sentido como técnica terapéutica vinculada a su fundamentación teórica, la que le proporcionaría una psicopatología. aquí, mi reflexión va en una línea similar, aunque distinta en su orientación.

94. la necesidad de una psico(pato)logía como práctica conceptual teorizadora de la conducta no puede sino situar a la psiquiatría, tras establecer su necesidad técnica, en una posición subordinada. que no se diga que ésta es una posición corporativa (recuerdo la conocida intervención de basaglia: «¿psicólogos? ¿para qué sirve eso?» recuerdo también, por lo que sigue, que el

equipo de gorizia tenía entre sus miembros más activos a una psicólogo, letizia jervis). yo diría que si «fenómeno mental» quiere aludir a algo más consistente que «a lo que les acontece a los individuos **«en»** su cabeza», este algo no es otra cosa que la conducta. por otra parte, como desde freud a nuestros días se ha venido comprendiendo desde muchas direcciones, ¿cuál es exactamente la línea divisoria entre el acontecimiento «patológico» y el normal? hay una fusión permanente de rasgos: mitemas, deliremas incomunicaciones, inicios de fragmentación, etc., presentes, en un determinado equilibrio, en las conductas más normalizadas. la grafía «psico**(pato)**logía» alude a esta intrincación y nos indica que son muy diversos los procesos conductuales y sus condiciones de los que sólo podemos tener conocimiento a partir de su manifestación desnormativizada. la misma referencia de la psiquiatría a los modelos que la fundan, tendría que llevarnos a reivindicar la especificidad teórica de la conducta.

95. el otro tema, íntimamente vinculado con el primero, es el de la famosa necesidad de los equipos interdisciplinares. ¿en la intervención sobre la locura o también en su comprensión? la situación de hecho a la que asistimos: cuando tal equipo existe, es la instancia médica la «sintetizadora», centralizadora de todas las intervenciones. es decir, la contradicción que intento definir, existente incluso, en las posiciones más contestatarias, es la de que no se llega totalmente a una superación de las posiciones directivas médicas. parece como, si, en última instancia, la locura fuera competencia de la medicina y de los médicos. de suerte que surge el pesimismo de hasta qué punto esta contestación no será exclusivamente una mera «revisión».

96. la comprensión de la epistemología de las ciencias sociales o históricas plantearía la oportunidad de este tema que estamos discutiendo, sobre la necesidad de transformar el enfoque tradicional sobre la psico(pato)logía y su derivación técnica, la psiquiatría. pero que la cuestión no es de exclusiva competencia de métodos lo prueba, por ejemplo, la orientación final de manuales tan poco tradicionales como el de jervis «manual crítico de psiquiatría» o el «tratado de psiquiatría» de gentis. lo es, por ejemplo, la posición equívoca de castilla del pino que, recomendando la utilización fundamentada de «psico(pato)logía», adscribe finalmente una psicopatología como especialidad médica. por lo tanto, se trataría de pasar a una posición radical, en la que el «anti» no reseñará exclusivamente una posición testimonial y reactiva. la llamada a una «apsiquiatría dinámica» con oposición explícita al modelo médico y una comprensión psicopatológica fundada en parámetros socio y psicogenéticos, no deja de ser una contradicción en los términos, cuando no una burla... conservadora.

97. el psicoanálisis renuncia a confundirse con la psiquiatría, especialmente en sus tendencias más actuales (del psicoanálisis). tenemos, por lo tanto, que preguntarnos por qué jamás se llega a disputar a la medicina sus prerrogativas. ¿por la ambigüedad de algo que resulta tan confuso como es la fórmula de «salud mental»? el concepto de «sociogénesis» (y aún el de «psicogénesis», sobre todo cuando se destierra la confusión acerca de su objeto, que es la conducta y no nada como «contenido mental» o algo por el estilo) que, referido a la psicosis o a la neurosis, ha tenido y tiene tan distintas acepciones, alude fundamentalmente a esa referencia «histórica» que estamos reivindicando aquí. toda esa multivocidad, sin embargo, está determinada por la evolución en los modelos investígativos tanto en las ciencias sociales o históricas como por la evolución misma del tema de «enfermedad mental». como posturas muy complementarias en la confusión metodológica, podríamos establecer un parangón entre el «sociocentrismo» de los sociólogos con el «iatrocentrismo» de los psiquiatras. se impone, por lo tanto, una transformación que está impuesta, exigida por las transformaciones operadas.

- en la extensión que deba darse a la distinción entre ciencia de la historia y ciencias históricas (por ejemplo, piaget constata la petición de principio que se hace al pretender oponer las cc. naturales y las cc. sociales, con lo que trata de escapar a la contradicción haciendo intervenir unas cc. «humanas» que no resuelven el problema, sino que lo complican. surge aquí, ante nosotros, la vieja polémica del positivismo con lo que ellos llaman el «historicismo». surgen también las disputas internas al escolasticismo marxista).
- en la distinción que cabe establecer respecto al concepto de conducta, estructuralmente concebida, significante y significado,y los modelos de organización autoregulados
- en la transformación de los conceptos de «salud» y «enfermedad», con los estudios de epidemiología y los de la misma psiquiatría social y etnopsiquiatría
- en la transformación que representa la nueva concepción de los «cuadros» clínicos o de las situaciones de crisis.

98. todo, pues, en el panorama del conocimiento actual contesta la oportunidad «científica» de una consideración biologico-individual de un sujeto cualquiera. ya no es cuestión de un individual concreto, sino de acercarse a un concreto individual (y no es un simple juego de palabras), es necesario trascender al individuo, para dar cuenta de él. por otra parte, cambian también las consideraciones etiológicas, desbordan los estrictos marcos físicalistas en los que estaban incluidas. en sociología, los modelos heurísticos se complejizan y, por ejemplo, se pasa de una visión primitiva de grupo hasta su concepto nuclear actual. el individuo queda integrado a una totalidad que le confiere nuevas propiedades (teorías de la estructura y la totalización). como indica bastide, todo combate al modelo médico y su teoría ya agotada de individualización: «el mundo de la locura forma parte del sistema global, por lo que siempre es posible, mediante cálculos de transformación, volverla a vincular con él... en el límite, toda locura es una locura de pasaje (folie á deux), la del psiquiatra y la del enfermo. el psiquiatra representa al público (conjunto de juicios colectivos sobre la locura), en tanto que el enfermo se esfuerza «por ayudar» al diagnóstico del médico, adoptando la conducta contraria a la normal y haciendo del conjunto de su comportamiento un ritual de rebelión» (bastide).

99. psicología, sociología, historia, comunicación, antipsiquiatría... han comenzado a perseguir solidariamente una definición de la locura y, hasta el momento, y a pesar de todo, no parece que lo hayan hecho «realmente bien». acaso porque los límites de lo normal y lo patológico sólo puedan ser pensados desde esa psico(pato)logía por hacer. acaso, como señalaba agudamente humpty dumpty, el problema no sea del orden de las palabras o de los conceptos, sino, realmente, de «quién es el **dueño** aquí» (y **aquí** sigue siendo la condición médica de la psiquiatría y la condición médica es la de una casta fuertemente vinculada al poder). con lo que ante tamaña cuestión, parece que la cosa queda decidida: no importan los modelos, el acercamiento «interdisciplinar» es, cuando menos, una estafa,

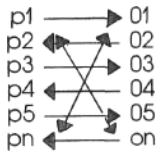
100. laing: «la incomprensibilidad de la conducta de la persona diagnosticada surge tanto de quien diagnostica como de quien es diagnosticado. quien tiene la mente aprisionada en la metáfora, no puede verlo como tal...». más todavía: «no hay dualismo, en el sentido de la coexistencia de dos diferentes esencias o substancias en el objeto, soma y psique: hay dos diferentes gestalten experienciales, persona y organismo». aún más contra esa visión simplificadora: «visto como un organismo, el hombre no puede ser otra cosa que un complejo de cosas». pero esto puede ser así, porque «la atribución apriorística de una supuesta «enfermedad» al paciente, rotula inexorablemente la relación a establecer y lleva implícitamente la cosificación de la persona, percibida ya como **un organismo portador de enfermedad**.

101 se dirá: «pero... ¿y las alteraciones de base?». primero, que no sabemos qué son esas «alteraciones de base» que la psiquiatría jamás nos consigue explicar. me encuentro ante alguien, en una situación, que se golpea contra la pared. dos posibilidades: una, está loco (¿alteraciones de base? no las sé), otra, no puede hablar. o no quiere hablar. o no se atreve a hablar. o no le dejan hablar. como sucede tantas veces: «uno» (y utilizo esta designación para expresar «impersonal») es alguien que, un día, comienza a tener sensaciones «raras», actúa de una manera «rara»... y todo ello, desde nuestro punto de vista y el de sus familiares. si estas impresiones y actuaciones «raras» están o no asociadas con alteraciones orgánicas de base, es algo que me es absolutamente desconocido. y, aún cuando fuera así, ¿por qué no podría ser que las alteraciones bioquímicas fueran producidas por la peculiar naturaleza del sistema de mis relaciones interpersonales? se habla de un «acceso interdisciplinar», pero no se

llega a concebir la conducta, sino como una entidad que se agota en sí misma, cito de nuevo a laing: «el no ver la conducta en relación con la conducta de otros, ha llevado (y lleva) a muchas confusiones. en una secuencia de la Interacción entre p y o podemos establecer dos posibles combinaciones. o bien

p1, p2, p3, p4, p5... pn
y
01, 02, 03, 04, 05... on

o bien



la relación p1 □► p2 —► p3 —► p4 —► p5 □► pn se extrae del contexto real, en que p y o interaccionan, con lo que se ven sólo los vínculos directos entre p1, p2, p3, p4... pn. esta secuencia artificialmente deducida se estudia entonces como una entidad o proceso aislado y se puede intentar «explicarlo» (hallar la etiología) en términos de factores genético-constitucionales o de «patología» intrapsiquíca» (laing). ¿qué se ha hecho del sistema? ¿dónde están las funciones que dan cuenta del proceso y de su causalidad contextual?

102. el «concepto» (el pseudoconcepto) de entidad muestra su absoluta unidad, porque pn no se desprende de p1, sino de la totalidad de la serie interactuante de p1 ↔ 01 ↔... p5 ↔ 05. pero esto no es todo: aparecen nuevos valores de experiencia, vivencia, valoración, información, presentación, contexto, significación, compromiso..., con lo que la «etipotología» y, con ella, el «diagnóstico» y consecuentemente el pronóstico cambian radicalmente de función. callar es entonces una forma de decir, darse de cabeza contra la pared es una forma, acaso la única forma todavía posible de hablar... «la violencia psíquica pretende («en ocasiones») que la violencia física no sea necesaria. su objetivo es hacer desear «lo que se debe desear» (o lo que se debe hacer, hablar, producir, callar...), una vez decidido el comportamiento «deseable», según los valores, arquetipos y pautas de comportamiento de la cultura dominante, se condiciona a las personas desde la cuna a la tumba, por medio de la zanahoria y el palo» (racionero), y esto último de laing: «lo que denominamos «normal» es un producto de represiones, negaciones, escisiones, proyecciones, introyecciones y otras formas de acción destructora de la experiencia... la experiencia y el comportamiento esquizofrénico representa una estrategia particular que alguien intenta, para soportar una situación insostenible».

103. por supuesto, en los últimos números, como una muestra de las contradicciones en las que incurre caer en un modelo médico, aunque esté corregido, hemos hecho introducirse rasgos y conceptos que pertenecen a las «fronteras» conceptuales de la «explicación» de la locura, tampoco nosotros, en nuestra práctica terapéutica, estamos libres de contradicciones. y, en este plano de la atribución médica, acaso todavía estemos arrastrando consecuencias que, al menos, queremos enfrentar con una cierta posición lúcida, en este caso, haciendo funcionar conceptos y rasgos conceptuales que apelan más auténticamente a un abordaje «interdisciplinario». consideramos la necesidad de establecer las determinaciones sociales de la conducta, pero pensamos, además, que es imprescindible combinar los procesos sociogenéticos con los psicogenéticos. A continuación señalo, con una esquematización obligada por la naturaleza de este folleto, señalo las principales tendencias de evolución o transformación de los modelos que han intentado dar cuenta, en los últimos años, de los cambios en psicopatología. nuestra posición, hoy por hoy, se inscribe en la consideración de que es necesaria una psico(pato)logía, que dé cuenta de la conducta en la variedad de sus modalidades y experiencias.

cuadro I: evolución de los modelos

comprensión de los factores sociogenéticos, socioplásticos y/o psicogenéticos

(a)
niega factores sociogenéticos
(y, consecuentemente, psicog.) …. organicismo
(modelo médico)

niega factores socioplásticos ……. etnopsiquiatría

- crisis/enfermedad (elección orgánica, de componente dualista y de causalidad interna)

(b)
acepta factores sociogenéticos ... psiquiátrica comparada

acepta factores socioplásticos ..... psiq. transcultural

- crisis/enfermedad (lesión de causalidad interna, posteriormente modelada por el medio y la cultura)

(c)
acepta factores sociogenéticos (y, consecuentemente, psicogenéticos) ……psicoanálisis
psiquiatría social

acepta factores socioplásticos ..... conductismo

- crisis/enfermedad (comunicación e integración en el individuo de pautas conductuales procedentes del medio. la diferencia entre el primero y el segundo recae, además, en la relación de interacción que desencadena el conflicto: en el psicoanálisis, las relaciones interpersonales (juego de roles de funciona lidad económica social) encubren las relaciones intersubjetivas que determinan la constitución subjetiva. en el conductismo, la interacción se resuelve en las relaciones interpersonales de las que resulta el «sistema» de organización como sistema de funciones entre las «entradas» y las «salidas» de dicho sistema)

(d)
aceptan factores de integración dialéctica sociogenéticos y/o psicog. ……. alternativas

- alienación/modalidades experienciales y conductuales de conflictos interpersonales, intersubjetivos, con realización «intrasubjetiva».

(por razones de coherencia, (d) no puede sino recibir una serie muy diferenciada, tanto de modelos como, en ocasiones, de simples propuestas de «renovación» en la relación terapéutica. ¿qué modelos psicopatológicos están sosteniendo las técnicas de «encuentro»? ¿dónde inscribir todo un conjunto de confusas intervenciones incluso institucionales, cohesionadas bajo la etiqueta ideológica de «antipsiquiatría» o nucleadas en torno a confusas experiencias de comunidad terapéutica? ¿cómo ubicar prácticas espontáneas («silvestres», como quiere llamarlas j.l. de la mata), desarrolladas entre la química, la permisividad paternalista y el autoritarismo institucional? muestras de esa extremada confusión pueden encontrarse en jervis «el mito de la antipsiquiatría», actas del resseau alternativa, actas de los últimos congresos españoles de neuropsiquiatría).

104. como se ve, el panorama no puede ser más confuso ni más caótico, en todo caso, hemos prescindido de multitud de movimientos, para reducirlos todos a los más conocidos. el panorama, sin embargo, no puede sino estimularnos a combatir tanto contra la primacía de un modelo psicopatológico de carácter fundamentalmente formalista y amotivacional, como contra una psiquiatrización de las sociedades avanzadas (por recuperar la fórmula de castel). de todo lo que he intentado decir en este apartado, quizás lo fundamental tenga que sintetizarse en la comprensión de que no saldremos de la situación actual, si no somos capaces de continuar la lucha en todos los planos en los que se nos presenta esa psiquiatrización. como vengo diciendo, esa totalización es a lo que intentamos denominar política de la

psiquiatría, quiero, sin embargo, apuntar los elementos que me parecen más interesantes en la línea de basaglia. una última consideración se refiere a que no me es posible hablar de basaglia sin referirme a su equipo, no ya exclusivamente por una razón de estricta justicia, sino también porque es necesario ser críticos también con los personalismos excesivos.

cuadro II: propuestas...

alternativas, reformas, oposiciones

(a) modelos sociológicos (dejan de lado el planteamiento específico de la locura)

(I) sociología «convencional» o sociología de la «desviación», estudian factores «evidentemente» anómalos, sin cuestionar, en el fondo, el sistema de valores dominante, funcionalismo y teoría del rol. buscan datos correlacionados en instituciones, medio, raza, sexo, cultura, status, religión... conceptos de «anomia», «disfunción», «conflicto interaccional o generacional», «emigración», autores como parsons, merton, faris, dunham...

(II) sociología específica de la desviación, estudia no tanto los resultados como los mecanismos del proceso de desviación y marginación, cuestionando estos mecanismos. buscan las interacciones individuo/familia/ otras instituciones/sociedad. conceptos de alienación, manipulación, invalidación, estigma, autores como goffmann, brown, scheff, becker, gabel...

(b) modelos psiquiátricos (parten del interior del modelo médico tradicional)

(I) no cuestionan el modelo médico
hipótesis sociogenética de emergencia.

-psiquiatría institucional
-psiquiatría comunitaria
-psiquiatría de sector
-análisis institucional

(psicoanálisis) (?)
(fenomenología)
(teorías informacionales)
(conductismo)
(neoconductismo)

(II) cuestionan directamente el modelo médico
hipótesis sociogenética de «interacción dialéctica»

- corriente dinámico existencial (representante laing)
- corriente político-social (cooper, basaglia)
- corriente ético-sociológica (szasz)

gorizia: entre la político de la negación y la gestión de la política

105. en la introducción, se han señalado los aspectos más importantes del pensamiento y la obra de basaglia. me propongo aquí apuntar algún desarrollo de esos aspectos, parto de la consideración de que existe ya una suficiente divulgación de la personalidad, la obra y la práctica de nuestros compañeros italianos (como efecto de esa divulgación de los medios de comunicación de masas, ante los que tan sensible era el propio basaglia). paso entonces a caracterizar muy brevemente esa personalidad, así como los momentos más importantes de la transformación de gorizia, para concluir con una síntesis de su pensamiento.

106. g. jervis en su obra «il buon rieducatore», f. rotteli en una conferencia en madrid, en noviembre de 1980, un compañero nuestro navarro, j. biurrun y todos los testimonios que se pueden recoger, insisten en los rasgos más distintivos de basaglia. simpático y autoritario, políticamente sagaz, duro para llevar adelante sin vacilaciones sus convicciones, preocupado por su carrera, tenaz, sectáreo, siempre que creyera atacada su obra, progresista y antifascista, político, en el riguroso sentido italiano del término, político, hasta pactar con quien le ofrezca la más mínima ocasión para llevar adelante su obra. valeroso y con la ingratitud típica de quien lo tiene todo o casi todo. en lo profesional, una carrera que, fuera de las experiencias de gorizia y trieste, está muy vinculada al medio universitario. influencias de la psiquiatría fenomenológica. conocedor de las experiencias psiquiátricas comunitarias inglesas. no cita a sus contemporáneos, salvo en ocasiones muy precisas. político.

107. la experiencia en gorizia se realiza entre 1961 y 1968. un hospital tradicional, en una zona deprimida de italia. allí va a nuclear un trabajo que, partiendo de fórmulas ya conocidas y experimentadas, alcanzará unas peculiaridades originales, el proceso de transformación podría resumirse de la manera siguiente: en un primer momento, la «liberación» interna del hospital, la libertad de espacio y de tiempo para los enfermos, la supresión de las violencias, la apertura progresiva de los servicios. en el momento central, la creación nueva de un espacio comunitario y su extensión progresiva al resto del hospital. finalmente, el intento de devolución a la comunidad social de la locura y su gestión. como ya hemos dicho, lo que resulta ejemplar en el equipo de gorizia es un doble o triple momento de **historización:** del loco y su experiencia pasada y actual, de la locura, su producción y su contención, de la institución, tanto en sus funciones como en su disolución.

108. de 1961 a 1963, pero con un movimiento en permanente superación, lo que se da es, con la devolución de la libertad interior, con la dignificación de las relaciones internas, con las reflexiones sobre el origen y las funciones del poder del técnico, la Inserción histórica del enfermo, el respeto por él, la socialización que, desde la autoconstitución de gran parte del staff médico en vanguardia política, pondrá las bases para la comprensión de la economía del poder. en un segundo tiempo, desde el 64 en adelante, con la comunitarización de un servicio muy «trabajado», se planteará la práctica de la «devolución» del poder. a la vez, un movimiento de negación constructiva, que remite la experiencia a la comunidad, pero que, sobre todo, fija los límites de dicha experiencia. el movimiento político de negación necesariamente tiene que escapar del vanguardismo técnico dirigente. en este proceso que, para nosotros, se significa como movimiento político de recuperación histórica, es en lo que consiste, a nuestro modo de ver, la originalidad italiana.

109. yo quiero señalar dos o tres rasgos que me parecen esenciales: en primer lugar, el equipo no está exento de contradicciones, no aludo a los que están «fuera» del proyecto: me refiero a que entre los que llevan adelante el proyecto, con una actividad de entrega total que frecuentemente linda con el militantismo, existen «diferencias de línea», orientaciones políticas concretas diferentes en la estrategia y hasta rencillas y luchas internas de prestigio y por oportunismos. en segundo lugar, en la creación del primer servicio de comunidad terapéutica (ct), se intentan situar los factores de «éxito» de la experiencia, digo esto, porque hay una tentación espontaneísta siempre que se habla de gorizia. el equipo elige a los enfermos, gradúa los objetivos, planea las tareas, «controla», efectivamente, la situación. en tercer lugar, hay periódicamente, entre los miembros más lúdicos del staff, una reflexión sobre las limitaciones, la ideología, etc., del poder efectivamente **compartido** con los enfermos. schittar, jervis... insisten continuamente en la crítica de las ilusiones que suscita la comunitarización, señalando el sentido (real y no ilusorio) que es preciso dar a conceptos y prácticas como los de «autogestión», «control», capacidad de decisión», etc., etc. una ct cumple unas concretas funciones en la devolución de la imagen de identidad social de los enfermos, pero muy poco más puede. contra los reaccionarios que claman por los «excesos» de la ct no hay que contraponer la mitología de libertad, nueva racional, «poder psiquiatrizado» o las fórmulas usuales de los ilusos de siempre. la «realidad» son las limitaciones administrativas, psicológicas, ideológicas, sociales,

personales de los enfermos. y desde ahí es necesario partir.

110. la realidad, por lo tanto, es una ct con «proyecto político» de transformación, lo que le da, frente a otras experiencias, su originalidad, pero sin eliminar sus problemas, de la misma manera, la realidad de un basaglia no es la exhaltación de un innovador revolucionario, santo y el cielo sabe cuántas cosas más. un basaglia con sus elementos positivos y negativos, un basaglia que, **además,** es autoritario y contradictorio, que tiene ambiciones personales, que fomenta favoritismos, que suscita rivalidades carreristas, es una figura concreta que nos ayuda a situar la historia.

111. pero ¿cuál es, en definitiva, el argumento que nos cuentan gorizia y «la institución negada»? a grandes rasgos (porque seguirá un «guión» del pensamiento de basaglia en ese texto) el siguiente: poner **«entre paréntesis»** la enfermedad, no porque no exista la locura. pero como un modo peculiar, específico de manifestación de un fenómeno más general: las relaciones de los individuos, el destino de «lo singular», el impacto del sufrimiento..., en una sociedad dominada por las estrategias clasistas de explotación y opresión. poner la enfermedad «entre paréntesis», especialmente por el técnico, significa que. éste rechaza hacerse cargo de la custodia del loco, aceptar una «curación clínica» imposible y pasar a buscar las raíces del problema.

112. entonces, se trata de que el técnico y el enfermo busquen las causas del sufrimiento, porque el técnico que niega su papel tradicional, en ese mismo momento tiene que buscar compartir el poder que aún le queda. lo busca en el enfermo, en tanto que sujeto del sufrimiento, pero, al descubrirlo, el técnico niega que el sufrimiento sea el efecto de la locura: se lo encuentra, al sufrimiento, como factor constitutivo de la vida de cada uno de nosotros, es decir, negarse a cumplir la función institucional a la que está destinado el técnico, supone negarse a «curar» la enfermedad, sin preocuparse por las razones sociales que determinan el sufrimiento.

113. tal como afirmaba basaglia, en septiembre de 1977, al negar su función tradicional, el antipsiquiatra afirma para el enfermo mental, como para todo otro individuo, y para sí mismo, el derecho al concocimiento de las razones del sufrimiento propio y ajeno. significa reconocer el derecho que cada uno de nosotros tiene a afrontar consciente y responsablemente las contradicciones biológicas, históricas y sociales que constituyen el motor de la vida humana. en ese sentido, «tiene un valor extremadamente parcial hablar de «derecho a la salud», cuando lo que está en juego es siempre, más claramente, el derecho a la vida, a vivir responsablemente el sufrimiento propio, a afrontar sin coerciones la contradictoriedad de la propia vida, a tomar conciencia de la propia condición miserable».

114. «recluir al enfermo mental en el manicomio significa sustraerlo a la vida de los otros individuos, negar a la sociedad la posibilidad de observar y estudiar colectivamente el producto del sufrimiento, sustraer a los hombres un formidable instrumento de conocimiento de las propias contradicciones y de las razones del propio sufrimiento. negar, en fin, todo esto a la colectividad de los hombres, para delegarlo en los especialistas, siendo éstos los que individualizan en el sufrimiento un producto ahistórico, fruto de la voluntad inexcrutable de dios... o de aquellos que consideran científico sólo el análisis del producto del sufrimiento mismo: la enfermedad mental» (basaglia).

115. el poder casi ilimitado del psiquiatra sobre «su» loco tiene dos coberturas importantes: de una parte, toda una batería legal, perfectamente codificada. de otra, «la justificación ideológica que aparece bajo el manto de la neutralidad de la ciencia, en el conocimiento científico que el psiquiatra ha adquirido en el curso de sus estudios y que tiene su raíz en la división social del trabajo» (basaglia). con lo que, abrir las rejas del manicomio significa, de un golpe, sobrepasar ese poder, hacer imposible la segregación, decidir no querer y no poder por más tiempo, usar ese instrumento de dirección y dominio sobre el resto de la sociedad. desde este mismo momento, todo el problema del técnico se resolverá en el intento de dar y darse cuenta de ese sufrimiento, de responsabilizarse por difundir su poder, por dar a conocer su conocimiento. por su parte, el problema del enfermo será el problema de su poder, desde el poder sobre su propio cuerpo, hasta el poder contractual con la sociedad.

116. no hay que hacerse ilusiones sobre las posibilidades de cambio en la institución. «una institución represiva como el manicomio nunca podrá llegar a ser una institución democrática, como máximo, su reforma podrá tender a transformar el control represivo en un instrumento de consenso». lo niega, por su propia condición, el loco, «si reconocemos en la enfermedad mental el modo de manifestarse el sufrimiento producido por esta sociedad, debemos entonces también afirmar que el enfermo mental, más que ningún otro individuo, rechaza identificarse con la norma con las reglas de comportamiento y de vida impuestas por el poder» (basaglia).

117. hay un tipo de reacción del enfermo mental ante la clase de trato que se le da que tiende a reforzar la imagen colectiva y médica que se tiene de la locura. pero como he indicado tantas veces a lo largo de este trabajo, muchas de estas conductas no son sino reactivas, como la única respuesta válida ante ciertas situaciones de trato, de violencia, de desconfirmación. al loco como al niño se les castiga, muchas veces, por ser diferentes, por intentar afirmarse como diferentes.

118. voy, en los próximos números, a dejar fluir libremente el pensamiento de basaglia, tal y como lo hemos leído de su «institución negada». no utilizaré apenas las comillas: quiero insistir en que lo que sigue representa la exposición, desde el texto, casi en toda su literalidad, de un fragmento de pensamiento, de obra colectivos, supongo que van a darse todo tipo de reiteraciones, que tendrá resonancia de todo lo que ya se ha dicho. sin embargo, es un discurso que llevamos mucho tiempo oyendo, sin que nada cambie verdaderamente.

119. un tema central de la oposición a la psiquiatría es el que considera que la Institución no tiene otra legitimidad aue el de su delegación del poder dominante: es violencia que sé realiza con toda impunidad por parte de quienes están a favor del sistema contra los que están bajo el dominio del sistema, en la sociedad capitalista, la familia, la escuela, la fábrica... el hospital son instituciones clasistas, porque en ellas hay una distribución del poder, de forma que los sujetos se dividen entre los que poseen el poder y los que no lo poseen. toda relación de violencia, de explotación, de opresión, de represión, tienen su fundamento en esa distribución monopolizada del poder. de manera que, en muchas ocasiones, toda la palabrería sobre los marcos sociogenéticos de la enfermedad se resuelve en la cuestión fundamental: quien posee el poder, sobre quien lo ejerce y cómo lo ejerce.

120. hay un ámbito sobre el que ese poder se realiza especialmente: el de las necesidades. hasta ahora, de las necesidades se hablaba como de la miseria. el descubrimiento contemporáneo del hombre (marx y las lecturas marxianas de lukács, agnes heller...) lo sitúa como un animal de necesidades (históricas, y, en lo absoluto, naturales). en italia, el tema tiene una riquísima tradición de izquierdas. un poder clasista es la negación del carácter humano e histórico de las necesidades. a veces, en las formas más descarnadas de la miseria o de la represión fascista (pobreza, paro, hambre, enfermedad, ignorancia, falta de las libertades más esenciales). otras, la represión es más sutil, más encubierta. afecta a valores como la comunicación, la privatización, la amistad, la solidaridad. afecta como culpa, peligrosidad, obscenidad, opresión. de ese bloqueo de la necesidad, de esa incapacidad para satisfacer necesidades o para «crecer» en ellas, nace ese malestar que no puede volcarse sino como depresión, agresividad, angustia, ansiedad. y a muchas de estas manifestaciones y a las situaciones con las que se conectan, los psiquiatras, muchos psiquiatras, le han puesto la etiqueta general de «locura». 200 años de psiquiatría son 200 años de negación de que el hombre es un ser de necesidades, y, cuando el valor y la situación se han enfrentado, ha ganado el valor, la negación.

121. los criterios de separación y exclusión de un loco, junto con la representación que popularmente se hace de él, son fundamentalmente de carácter sociológico. la «ciencia» de los psiquiatras tradicionales es, en lo esencial, una ideología de caracteres individualistas, orgqnicistas, psicologistas. muchas de las manifestaciones «patológicas» de la conducta del loco no son otra cosa que desesperadas e impotentes tentativas para resolver la alienante relación médico-enfermo. la ideología de la enfermedad mental, tal como ha sido propuesta por la historia psiquiátrica dominante, despoja de toda significación humana al

sujeto que padece esa locura, negándole, a la vez, toda posibilidad de un futuro humano. desde las relaciones manicomiales clásicas a los psicofármacos, pasando por la relación específica con el enfermo y por la utilización de los medios mecánicos de coerción, representan una destrucción sistemática del enfermo. en ese sentido, el manicomio podía guardar, ocultar y destruir finalmente al enfermo. pero en absoluto podía «curarlo». desde esta última afirmación es como hay que juzgar las tentativas de reformas psiquiátricas que se han hecho últimamente «humanizar» o «democratizar» las instituciones y las relaciones que en ella se dan, sin cuestionar el carácter no exclusivamente individual de la locura, sin rechazar el fundamento organicista, sin comprender que la locura es también un acontecimiento subjetivo y social, no contribuyen nada a la comprensión **conceptual** de la locura.

122. en la concepción de los psiquiatras sociales actuales, el análisis de las contradicciones institucionales, y, sobre todo, la comprensión de que el tratamiento psiquiátrico no resuelve el problema de la «curación», hace que se plantee cuál es la función del técnico en el problema de la locura. la conclusión a la que llegan es la de que el sistema encubre las formas de violencia que producen la locura, delegando en los técnicos el poder que permita cambiar la representación de esas formas de violencia, para dar lugar a la violencia técnica. este cambio está presuntamente legitimado por un saber «científico» y unas técnicas de tratamiento. no se cuestiona jamás la violencia del sistema, no se cuestiona jamás la propia función que hace del técnico un agente de deshumanización del sujeto de la locura, al que convierte en un «objeto» reificado, alienado, sin otra conciencia de sí ni de su existir que no sea la conciencia más primitiva del sufrimiento. los técnicos van a justificar ideológicamente la exclusión, además de buscar y encontrar nuevas formas de desviación que permitirán ampliar el alcance de los movimientos de exclusión. cualquier forma de disidencia, de oposición a la norma o a la ley, de enfrentamiento al código actual de valores dominantes, pueden ser hoy considerados como manifestaciones de la locura.

123. no quedan ahí las funciones de los técnicos. mediante las nuevas técnicas represivo-permisivas, los técnicos se convierten en psicoterapeutas, es decir, en adaptadores de los individuos, para que éstos acepten impotentemente las condiciones sociales, éticas, afectivas de la vida que les proporciona el sistema social en el que están inmersos. ante ellos, los sujetos sólo pueden aceptar pasiva y resignadamente las formas cotidianas de violencia encubierta, con el fin de poder escapar a la última violencia, la violencia psiquiátrica, la terapia queda así convertida muchas veces en un complejo instrumental de funciones adaptativas y alienantes. y esto aunque muchas de tales terapias se camuflen actualmente con los disfraces de la «humanización», «liberalización» y aun de la permisividad. el acto terapéutico completa entonces la primera acción discriminatoria que la psiquiatría realiza al establecer la norma de lo patológico.

124. el antipsiquiatra, después de negarse a ser agente de ésa delegación de poder, prolonga su acción, hasta tomar conciencia de la situación global en la que locos y no locos estamos incluidos. se trata de comprender lo que ante la locura el sistema nos exige, comprender las razones sociales de exclusión... es decir, se trata siempre de tomar partido frente a los que excluyen, a los que violentan, a los que reprimen, a los que explotan. no se puede negar el «hecho» subjetivo, intersubjetivo e interpersonal de la locura: pero ahora se trata también de contextualizarla, de llevarla más allá de su simple presencia **en** los individuos, en los marcos familiares, para alcanzar los determinantes estructurales que producen su etiología específica. comprender entonces que hay una lucha general contra la alienación, aunque esta lucha tenga también el campo específico de intervención individual y grupal.

125. basaglia insiste, desde las posiciones anarco-liberales de la negación, en el valor del hecho de la ruptura del técnico con el poder. actuar en una institución de la violencia significa entonces, para el técnico que busca la negación, cuestionar el código de normas y valores del poder, realizar dialécticamente el acto terapéutico como acto de negación de la violencia mistificadora, ponerse en condiciones de combatir con los violados por una autenticidad de la conciencia de estar explotados, oprimidos y reprimidos.

126. la negación es un proceso de transformación que se da en un campo de acción específico. la crisis de la psiquiatría hay que verla, por tanto, como la crisis de un sistema institucional que prefigura la crisis de unos sistemas ideológicos subyacentes, el «científico» y los técnicos derivados. enfrentarse a la crisis de la psiquiatría es un acto político, en la medida en que se comprende que la psiquiatría no es una instancia absoluta que entienda absolutamente de la enfermedad y su curación. la enfermedad es un fenómeno social, político, económico y la curación también lo es. cualquier análisis institucional nos lleva inmediatamente a encontrar las raíces que, en el sistema político y económico de una sociedad, sobredeterminan el fenómeno de la locura. la psiquiatría hasta ahora ha pretendido vivir en el marco exclusivamente médico de su intervención. pero, ahora los hechos se vuelven contra ella: es el manicomio, son los psiquiatras, son las técnicas de tratamiento las que «reproducen y amplían la enfermedad».

127. la conquista de la locura (o su creación, como dice szazs) ha sido un largo proceso técnico-jurídico que prácticamente se desarrolla desde finales del siglo XVIII hasta nuestros días. en primer lugar, el psiquiatra necesita compartir con el resto de la medicina el «prestigio moral y profesional» de esa «ciencia». como se sabe, la medicina en todo este período no ha hecho otra cosa que un poderoso esfuerzo por «naturalizarse», por «cientificarse»: la medicina quiso superar sus propios condicionamientos de origen, como «arte» o técnica. desde mediados del s. XVIII intentó alcanzar el estatuto de ciencia y de ciencia natural. la psiquiatría tenía que conseguir ser aceptada como una rama de la medicina. pero, además, la búsqueda de los fundamentos neuro-orgánicos iba acompañada de una pretensión ideológica de carácter ético, de legitimación «moral». el psiquiatra no es sólo el médico que va a intentar definir los fundamentos orgánicos de la enfermedad, que va a describir en rigurosos cuadros nosográficos las manifestaciones de la enfermedad: es también un guardián del orden, de la seguridad, de la decencia sociales. la guardia y custodia del loco se adornan de motivos moralísticos. el psiquiatra definirá la norma de lo patológico y lo hará desde una perspectiva absolutamente conservadora, porque no cuestiona en absoluto la sociedad en la que ejerce, porque jamás pondrá en tela de juicio los valores de los códigos normalizadores. el psiquiatra ni pretende salir del marco individual de la enfermedad como concretada en el enfermo ni puede aceptar que existan contradicciones y carencias ante estas contradicciones que hacen inevitable la actuación de las conductas llamadas patológicas.

128. el psiquiatra ha sido conservador en el mismo campo médico: ha cosificado también el cuerpo y su vivencia subjetiva. ha buscado en el desequilibrio sólo lo que podía estar de acuerdo con su visión organicista. ha contribuido á confundir el cuerpo con la cosa, ignorando absolutamente la vivencia misma que de su «enfermedad» tenía el propio loco (vivencia y relación que es en definitiva, en lo que frecuentemente consiste tal «enfermedad»). esto es lo que se quiere decir cuando se habla de la función «objetivante» quiere significar el concepto fenomenológico de «cosa».

129. la psiquiatría en tanto que «ciencia» dominante no concibe al enfermo de otra forma que no sea la de la mera constatación biológica. el enfermo sufre de una perturbación biológica (que jamás ha sido identificada, por otra parte) y de la que se establece su **diferencia** respecto a la norma del organismo sano. de ahí que el tratamiento, nunca haya sido otra cosa que un intento de describir, catalogar y regular la perturbación. el psicoanálisis institucional no ha salido la más de las veces de ser una concepción evolutiva de una subjetividad biológicamente fundamentada y «psicologísticamente» centrada. en cuanto a la psiquiatría de las relaciones interpersonales o de la comunicación no se ha superado ni la fundamentación funcionalista (y, por tanto, adaptativa) ni una psicosociología del rol, con raíces hundidas en la psicología del aprendizaje y en la sociología de la organización. un cambio de comprensión de la locura tiene que partir de la eliminación del modelo medicalizante en todas sus extensiones, y considerar al hombre como ser histórico.

130. el principal argumento que manejan los antipsiquiatras es el que se funda en una comprobación incluso grosera de los efectos

del manicomio: la estructura jerárquica, autoritaria y coercitiva impregna toda la práctica psiquiátrica y ello de tal manera que no hace sino cronificar y ampliar toda forma de perturbación que toca. se le aliena al enfermo, se le extraña de los marcos habituales de su vida, se le niega todo derecho a la necesidad, al deseo, a la libertad. ni siquiera con el descubrimiento de los psicofármacos (que habrían podido contribuir a eliminar la representación popular de peligrosidad del loco) ni siquiera con ellos, la psiquiatría ha sido capaz de trascender su propia «mirada cosificadora». autores nada sospechosos han expuesto el terrible drama de la hospitalización, drama, por otra parte, inevitable, desde el momento en que la hospitalización no es sino sinónimo de práctica-médica, de práctica psiquiátrica, el humanitarismo, el paternalismo no eliminan la referencia en último extremo a la autoridad médica. la introducción de las técnicas de grupo, el mismo análisis individual se enfrentan finalmente al hecho de la naturaleza de una relación (técnico-individuo) que constituye la liquidación de toda posibilidad terapéutica. la situación terapéutica, bajo el modelo médico, está siempre gobernada y regulada por las leyes de jerarquización del sistema socio-económico al que pertenece el médico y que es el que da cuenta de su poder. no hay más que ver cómo reacciona el médico ante el problema de la extración social de sus enfermos: la enfermedad varía en su diagnóstico, etc., de acuerdo con la posición social del enfermo. un «cliente» es ya un individuo dotado de identidad económica y política, frente al «enfermo» que carece de toda identidad. un cliente tiene un poder de contrato, unas bases de apoyo social que le defienden frente al médico. por el contrario, el enfermo psiquiátrico está absolutamente innerme ante el médico y la institución, excluido por su propia familia, en un sistema donde los hombres regulan sus relaciones por su poder productivo-adquisitivo, el enfermo carece de los más elementales «roles»: él.

a) no dispone de poder contractual: sólo posee el rol de enfermo que desequilibra la relación a favor del rol del médico. se trata de una relación de poder en la que el médico está, además, fantasmalizado por la representación habitual que de él se hace todo enfermo. una representación en las que intervienen factores de prestigio, autoridad, ciencia, etc.

b) en españa, como en italia, el asegurado teóricamente tendría una mayor capacidad de negociación frente al médico, lo cual no es siempre cierto, porque el paciente asegurado no siempre posee una conciencia de clase y, por lo tanto, no tiene conciencia de su situación social, de sus derechos, etc. en definitiva, el enfermo asegurado se asemeja al de la beneficencia, de manera que la capacidad técnica del médico vuelve a intervenir con sus efectos mistificantes.

c) institucionalmente, el poder médico se convierte en un poder absoluto, porque el enfermo ha perdido toda identidad social. la internación en un hospital representa la pérdida de derechos para el enfermo, incluso su indefensión jurídica ante la administración. toda capacidad de oposición sólo puede ser canalizada por el enfermo en los comportamientos agitativos, reactivos, agresivos... que son los que definen precisamente el comportamiento «anormal».

131. lo anterior indica claramente que, para el enfermo institucional, el problema no es sólo el problema de la enfermedad, es también el problema de la relación con la enfermedad. todos los individuos de la escala médica están, respecto del enfermo, en una posición de superioridad. por ello puede decirse que la enfermedad determina una significación enigmatizante que le hace perder al sujeto toda identidad, todo respeto social. en el hospital, el enfermo aparece como un hombre sin derechos, sometido a una condición alienante y alejado de lo que hasta el momento ha podido ser toda su vida. en esas condiciones, el enfermo es un ser deshistorizado, sobre el que cualquier diagnóstico nosográfico carece de fiabilidad conceptual.

132. esta es siempre la situación que van a denunciar los antipsiquiatras: violencia de un sistema social que provoca superestructuralmente la locura y violencia de la institución médica que profundiza ese estado de locura. desde aquí se comprende que el diagnóstico, realizado en unas condiciones de deshumanización para el individuo loco, no pueda ser sino un etiquetazo que justifica ideológica y técnicamente la condena que el individuo ha recibido ya del medio de su contexto social. la pretensión de los antipsiquiatras va a ser y debe ser recobrar la función crítica de la conceptualización. para ello, lo fundamental es invertir el sentido de las relaciones entre técnico y paciente, cuestionar la norma que sanciona lo patológico, historizar al enfermo, afirmarse, el técnico mismo, como un individuo que también está sometido a esa misma violencia, a esos mismos procesos de deshistorización que lleva a cabo la sociedad de clases.

133. el problema entonces deja de ser la enfermedad concebida como un estado individual y psiconeurológico, el problema es la relación que se mantiene con el enfermo, la relación del enfermo con el medio, la relación que es la enfermedad, la relación del médico con los poderes de una sociedad que delega en él, en el médico, las funciones de control, vigilancia e ideologización de la enfermedad. el antipsiquiatra tiene que rechazar esa primera relación que convierte al enfermo en cosa, tiene que rechazar una falsa ciencia que le impide comprender esa concreción personificada de contradicciones que es la locura. el enfermo aparece entonces como alguien violentado y oprimido por la familia, por el trabajo, por la negación de las necesidades humanas de afecto y de relación libre. se trata, en este sentido, de ayudar al enfermo desde la comprensión política que le permita tener conciencia de su ser, como ser «objeto de violencia». el factor político representa la única instancia verdadera de despsiquiatrización de la locura. la terapia deja de ser una panacea para todo, y se consigue sobre ella la comprensión de que los problemas sociales que han sobredeterminado la aparición de la locura, no pueden ser resueltos por la psiquiatría.

134. basaglia conecta con las experiencias comunitarias inglesas que aparecen aproximadamente a partir de los años 40 en Inglaterra, como consecuencia de erradicar los graves problemas que planteaba el tema de la hospitalización. básicamente estas experiencias, que tienen en el siglo pasado el precedente de connolly, son las de maxwell jones a quien se deben la teorización de una psiquiatría institucional comunitaria, basada en los supuestos desarrollados por la socioterapia. estas experiencias han tenido también su importancia en francia, especialmente con el español tosquelles que llevó a cabo sus experiencias con el desarrollo de una psiquiatría manicomial, inspiradas en bases psicoanalíticas. la experiencia en francia se ha continuado con reformas del tipo de psiquiatría de sector, experiencias antipsiquiátricas y política institucional con influencias lakanianas. los italianos han llevado a cabo una influencia inglesa, en el sentido de intentar desarrollar un modelo comunitario para la totalidad del hospital psiquiátrico. su punto de partida se sitúa en el rechazo de la situación violenta que representaba el manicomio, esto significa que se intenta de entrada una respuesta política, ideológica y social al hecho de la violencia manicomial. se rechaza entonces la enfermedad en su dimensión cosificada y se la comprende como una manifestación concreta de las contradicciones de una sociedad. la enfermedad deja de ser un dato para aparecer como un producto. en esa misma medida, el acto terapéutico se revela como acto político de rechazo de la gestión delegada de la violencia institucional.

135. en el marco de esa psiquiatría comunitaria, se comprende que un primer paso, o mejor dicho, la premisa fundamental de cualquier renovación terapéutica consiste en la necesidad ineludible de devolver al loco su libertad, de hacerle copartícipe en la resolución de su locura. la apertura del hospital significa entonces el paso revolucionario que pone al enfermo en una nueva relación con su locura, con el mundo, con los demás. se le pone en condiciones de volver a ser hombre, a partir del momento en que frente al médico se sitúa como poseyendo un poder, capaz de enfrentarse a la «mirada cosificadora del psiquiatra». los delirios, la agresividad y todas las otras manifestaciones patológicas adquieren una nueva dimensión. la apertura del hospital es un acto terapéutico total: acto de negación sobre la institución y su ideología; acto de afirmación que comienza a situar a un hombre y las realidades socioeconómicas, ideológicas... que lo constituyen. el psiquiatra deja de ser un técnico que colabora en la destrucción del enfermo que le ha sido confiado, con lo que es capaz de enfrentarse a un paciente que tiene necesidad de diálogo, que

tiene necesidad de oponerse a la autoridad, que tiene derecho de responder con agresividad a la agresión que ha recibido.

136. la comunidad terapéutica no sólo tiende a socavar el principio de autoridad; presupone también una acción de desmantelamiento de unos códigos de valores, un movimiento de oposición social, tratando de reproducir y desocultar, en su medio, las auténticas relaciones que canalizan la vida de los individuos y de los grupos en la sociedad de clases. la comunidad terapéutica politizada intenta desentrañar las formas de vida anónima, impersonales y conformistas, cuya exacerbación conducirá a la locura. pero además, la comunidad terapéutica permite definir nuevas relaciones, permite desentrañar la dinámica oculta de los roles, permite unificar a todos los miembros del hospital, «sanos» y locos, en un compromiso global de transformación con efectos sociales. la comunidad así concebida no pretende negar las contradicciones, sino que intenta vivirlas dialécticamente. el enfermo empieza a tener participación en un espacio de posibilidades, limitadas, pero al fin y al cabo posibilidades. tiende a dejar de ser el objeto inerte de unas relaciones interpersonales, interviene en su transformación, encuentra nuevas motivaciones y se abre paso hacia el terreno de la afirmación de la necesidad personal y subjetiva.

137. el médico deja de ser una instancia situada más allá del bien y del mal: es cuestionada por el propio enfermo, es conmovido por las mismas relaciones que al otro le han conducido a la locura. no tiene ocasión de refugiarse en trascendentalismos cristianos o humanitaristas. está implicado, está comprometido también por la necesidad, se encuentra en medio del espacio de las contradicciones, controla, pero lo controlan a su vez, cuestiona, pero lo cuestionan a su vez; tiene que intervenir en la producción de una nueva cultura, de unas nuevas formas de vida, de valor, de compromiso. él también objetiviza su subjetividad, él también se encuentra implicado en las relaciones intersubjetivas, él también se encuentra rodeado y definido por la enfermedad, está en el lado de acá de la enfermedad, de la exclusión, de la rehabilitación. su compromiso tiene que llevarle a inscribirse, junto con el loco en un contexto social que le niega su derecho a la humanidad. él también comprende la responsabilidad que ha contraído en la marginación de los otros, el vacío emocional en el que ha vivido durante tantos años, la forma como ha sido conducido al ejercicio de la agresividad y de la competitividad personales, por no ser capaz de hacerse cargo de las contradicciones sociales. comprenderá entonces el negativismo de aquellos enfermos que tienen que suicidarse, porque se encuentran en una realidad que no puede ser vivida por los hombres,

138. en esos momentos, comprende cómo al enfermo le han arrebatado su identidad, comprende que el delirio no es sino una de las muchas formas alucinatorias con las que, a los hombres, les arrebatan su realidad; comprende que la objetividad, en muchas ocasiones, es sólo cuestión de estereotipos culturales, comprende que el acting-out es en ocasiones la única conducta que le queda a un sujeto al que se le ha desposeído de su cuerpo vivido, al que se le ha privado de palabra, de contexto, de relaciones. el cuerpo enfermo se levanta frente a él como un espejo que le muestra todas las carencias, todas las humillaciones de unas instancias, de unos valores, de colonización y represión. el enfermo deja de ser una cosa, para convertirse en un problema que lo cuestiona a él también. en ese sentido, la politización de una comunidad terapéutica representa el intento de un proceso de dialectización, por medio del cual el enfermo y los técnicos intentan vivir y comprender el sistema de relaciones en el que consiste la enfermedad.

139. cuestionar la psiquiatría del manicomio y la filosofía que le es propia significa enfrentarse al enfermo como a un hombre dividido entre dos realidades: el hecho de ser enfermo, con sus problemas psicopatológicos y el de ser un excluido, un marginado social. la antipsiquiatría de gorizia no ha puesto en duda jamás la existencia de la «enfermedad»: lo que ha hecho es comprender que no se puede identificar al enfermo sin comprender su enfermedad y el hecho de su marginación. en esa perspectiva, lo que el antipsiquiatra hace es establecer una situación, en la que, con todas sus responsabilidades, pueda darse la posibilidad de una relación real. el antipsiquiatra vuelve su poder contra la sociedad que representa, contra el poder del que ha sido delegado, produce entonces la situación en la que es posible intentar esa comprensión práctica que le permita a él y al enfermo saber de qué se sufre y por qué se enloquece en esta sociedad.

140. no dejan de darse ambigüedades y contradicciones en la práctica y en la concepción de basaglia. lo que aquí hemos querido es indicar algunas de las líneas que permitan comprender algunos de los supuestos que intervinieron en la transformación del hospital tradicional de gorizia.

reforma y cambio en el interior de la comunidad terapéutica

141. no podría concluir estas notas sobre basaglia sin una mención al tema de la ct. porque, en ciertos aspectos, se ha querido ver en ella (erróneamente, a mi juicio) el elemento más importante de la experiencia de gorizia. como se sabe, la creación de ct es un rasgo típicamente anglosajón, inglés más concretamente. las necesidades asistenciales derivadas de la guerra, los tratamientos en grupo, la desmovilización, con sus crisis existenciales, la necesidad de «re-insertar» productivamente a los soldados, problemas de los internados en campos de concentración, etc., etc. ponen sobre el tapete, con la tradicional claridad pragmática inglesa, la urgencia de un cambio en los servicios asistenciales. desde esa perspectiva, lo Importante para los asistidos es que, momentáneamente, deja de considerárselos como meros objetos de excl.-sión social. la ct aparece, pues, como reforma institucional y técnica, sobre la doble tradición inglesa clínica e institucional.

142. sin embargo, a mi modo de ver schittar plantea correctamente, el problema, cuando sitúa la ct en la contradicción que resulta, por una parte, de la necesidad de contar con un Instrumento que responda a la «vocación terapéutica» de la psiquiatría, mientras, por otra parte, no puede renunciar a su determinación social. los acontecimientos se inician, formalmente, en 1943, en el hospital de norhfield, con el equipo de bion y rickmann ,cuyo programa merecerá en 1946, de parte de t.f. main el título de «northfield, una comunidad terapéutica, a la vez, maxwell jones de 1941 a 1944 en mili hill y, posteriormente, en dertford y henderson, realiza un trabajo similar. de hecho, él llega a ser el más característico representante de la psiquiatría comunitaria, de suerte que su aproximación al tema institucional fue inmediatamente asimilada por las más importantes figuras de la psiquiatría mundial, hasta 1953, en que la oms sanciona y recomienda la experiencia.

143. maxwell jones empezó a operar con técnicas de discusión sobre grupos amplios de pacientes psicosomáticos. retomando los conceptos de la teoría interpersonal de harry s. sullivan, concibe el tratamiento como «un proceso continuo que opera a lo largo de la vida despierta del paciente, mientras está en el hospital», esto lleva a un tipo de organización de actividades, en donde la jerarquía médica original tiende a esfumarse. se observa entonces que, a medida que cambiaba el rol médico, cambia la actitud del enfermo en la sociedad hospitalaria. «si el paciente reconoce el efecto de su conducta sobre otros individuos y aprende a reconocer las motivaciones de sus actos, se desarrolla una situa-. ción potencialmente terapéutica. la existencia de personal entrenado y la planificación conjunta de las actividades comunitarias, aumenta la posibilidad de que la experiencia social sea terapéutica» (m. jones).

144. m. jones eliminó el autoritarismo médico, introduciendo una actitud pedagógica que desarrolló, sobre todo, en el plano de la reeducación social. puso énfasis en la afirmación de que la presión social y el control social son factores que, muchas veces, provocan ansiedad en la búsqueda de adaptación social. no hizo un replanteamiento etiológico propiamente dicho, ya que su experiencia tuvo lugar en un medio que apoyó, desde el comienzo, una actividad que se inició con soldados que aún vestían uniforme. el apoyo que la comunidad prestó a esta tarea de rehabilitación es un aspecto que nunca debe perderse de vista, cuando se valoran los resultados obtenidos.

145. rapoport realizó un estudio muy completo de la unidad de rehabilitación social del hospital belmont entre 1953 y 1957. ana-

lizó específicamente la ideología de la unidad, la organización de sus actividades y el sistema de roles sociales puesto en juego. señaló la confluencia entre los conceptos de «curación» y «rehabilitación», como consecuencia de un abordaje de tipo sociocultural que desbordaba cualquier planteamiento biológico y aun psicológico. como rasgos ideológicos básicos señala: la democratización, la permisividad, el comunitarismo y la confrontación con la realidad. se supone, de entrada, que pueden aparecer situaciones frente a las cuales no hay claras alternativas de conducta, de manera que hacer lo que se tiene que hacer resulta entonces una tarea de creatividad grupal e individual. no se intenta eliminar la tensión y la ansiedad: cada vez que aparecen, se les trata de dar la respuesta más adecuada. en cuanto al contacto con la realidad, se hace la propuesta de que un paciente, cuando está en un hospital, no debe olvidarse de sus problemas externos. también, que los hospitales psiquiátricos no tienen por qué proporcionar un cambio en la vida habitual del paciente, sino intentar poner en condiciones a este paciente de enfrentarse a los problemas que su medio habitual le plantea.

146. supuestamente, la ct se entiende sobre la base de que constituye un proceso dialéctico institucional; donde la entrada y salida de pacientes, sus relaciones, el desarrollo de situaciones críticas y los cambios en la manera de enfocar los problemas tienden a reproducir las condiciones habituales en todo sistema social, sometido a evolución y cambio, creo que hay una serie de puntos clave sobre los que maxwell jones establece su trabajo:

- el tema del liderazgo múltiple
- la toma de decisiones por consenso
- el trabajo en la comunidad externa
- el concepto de aprendizaje social
- una ignorancia casi absoluta de la política, es decir, de la estructura social como determinante de significaciones, alteraciones y patología
- una evitación del tema del sujeto, así como de todo tratamiento de lo imaginario

147. de entre estos temas, jones no cuestiona jamás el papel de los agentes sociales en la causación profunda de la locura. hay una difusa teoría funcionalista de base, una eliminación de comprensión del conflicto en términos de lucha de clases así como una rígida creencia en los valores democráticos del consenso. desde ahí, la explicación casi se efectúa en términos informacionales, puesto que la enfermedad mental aparece como un desequilibrio homeostático, por falta de aprendizaje adecuado. por supuesto, no hay lugar para plantear si la situación experimental puede, legítimamente, servir de pauta a la situación real. la sociedad no suele soportar ninguna diferencia que atente contra sus valores, además, en una situación de clases toda situación de conflicto es una situación de crisis, una situación de oposición entre las necesidades de producción-reproducción del sistema y las de los individuos que aspiran a una mayor libertad, a una menor explotación, una mayor capacidad de gestión propia.

148. schittar expone que lo fundamental de una situación comunitaria es la posibilidad de cuestionar el poder exterior. que el máximo peligro es que la ct sea absorbida por la propuesta institucional correspondiente. la solución ct puede llevar a desarrollos sucesivos, tanto en una dirección como en otra. las contradicciones principales del sistema quedan, peligrosamente, amortiguadas. además, el peligro está en pensar que, sin ningún otro tipo de mediación, se puede pasar del **«reconocimiento»** de los efectos del poder a la ilusión de que ya se dispone de poder (como se ha venido señalando). en muchos momentos, la ct aparece como una fórmula de hacer eficaces (y rentables) las técnicas psicoterapéuticas del soóial learning, establecido sobre el rol y el aprendizaje.

149. limitada por las características de su ideología de base, la «participación» facilita la «manipulación» más eficiente de los conflictos y las tensiones. el toque reside en saber para quién son más eficaces esos métodos. la discusión garantiza que las decisiones que se tomen deben ser aceptadas por todos. pero no se conoce ningún caso, ni siquiera con el equipo de gorizia, en que las decisiones adoptadas se hayan enfrentado y vencido a las posiciones del staff. y con estas precisiones, no trato de descalificarlas, sino de contribuir a ubicarlas más justamente. como cita oportunamente schittar, «el paciente, en la ct, 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 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 encomendados. 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» (rubenstein y lasswell).

150. grimson, desde su experiencia argentina, nos indica los elementos más importantes que cree se encuentran facilitados por una ct de orientación antiasilar. en primer lugar, la denuncia del autoritarismo, la posibilidad de hacer que el poder médico se racionalice y, en ocasiones, que se comparta. inmediatamente, lo que los técnicos pierden es el «carisma» que habitualmente les rodea. el técnico, aunque suela sacar adelante sus propuestas, tiene que exponerlas públicamente, aceptar que su conducta sea evaluada y criticada. tiene que dar explicaciones de sus decisiones, de sus resistencias. el poder técnico, al menos, tiene que perderse como arbitrariedad, tiene que correr el velo del misterio que ordinariamente oculta sus estrategias.

151. lo más importante, sin embargo, es la capacidad, la respon sabilidad de gestión que se le devuelve al enfermo: gestión de su enfermedad, de su presencia en el hospital, de un espacio mínimo, de un tiempo que le pertenece. muy pocas veces se destaca esa importancia del tiempo vivido, compartido, ejercicio. lo ha señalado muy bien el equipo de gorizia, cuando dice que el enfermo tradicional, psiquiatrizado, no tiene más tiempo «propio» que el que se refiere a un pasado indefinido, «antes de su ingreso en el hospital» («tiempo» o momento que acaso carezca de la duración vivida de 5, 10, 30 años, desde que ingresó). es curioso que la intervención activa del paciente se inicie con este hecho tan simple: recobrar la propia duración, adecuar el tiempo hospitalario a las necesidades del paciente. es un hecho que concita, casi siempre, las resistencias corporativas del sector de enfermería. esta temporalidad alcanza valor terapéutico, porque rescata la memoria, los espacios, la historia tan fundamentales.

152. otra dimensión positiva se ejerce en la red ¡nterdisciplinar que intenta establecer el equipo: sobre todo, porque afecta a criterios de internación, de comprensión-explicación de la situación del paciente, a su tratamiento, al compromiso de una acción que pretende situarse, también ella, en el tiempo. de existir esa «interdisciplinaridad» se vuelca sobre varios planos: el primero de todos, el psiquiatra «compromete» el más importante factor de su poder, el de la internación, el del «diagnóstico». pero, además, la responsabilidad se extiende al enfermo y a su familia. participan ya no como simples objetos de recepción de la sentencia, sino como interventores activos que comienzan a interpretar el sentido de su drama individual y colectivo. la interpretación interdisciplinaria, del enfermo y de su familia, de otros enfermos, representa la inversión de un hecho teórico de gran importancia: no se busca o no sólo se busca la «repercusión», la manifestación de la enfermedad en los diversos parámetros que la contienen. hay, al contrario, un múltiple movimiento de integración: qué planos, qué rasgos, qué expresión se articula en el sistema conductual-ecológico capaz de dar cuenta de la situación. es decir, se ordenan los elementos relaciónales, estructurales que permiten obtener el modelo de un sistema concreto,

153. el paciente pasa entonces a «ser recibido» (no a «ser ingresado») por los de su propia «clase». la importancia que tiene el hecho de que entra en un nuevo espacio social, historizado se incrementará con la actividad de la asamblea. grimson ha destacado este punto con singular énfasis. como ha definido, «la asamblea no es un grupo de psicoterapia, pero tampoco es un parlamento, es más interactiva en términos de situaciones reales que un grupo psicoterapéutico, pero es más personal que un sistema de representación indirecta». por otra parte, los tres momentos esenciales de la asamblea indican sus funciones princi pales:

-la presentación de nuevos integrantes

-la discusión de temas libres (situaciones críticas, episodios vividos en los distintos servicios, aspectos de la marcha institucional)

-la discusión se estructura finalmente sobre votaciones que conciernen a las distintas decisiones que es necesario

adoptar

-la discusión de los permisos de salida, el planteo de las altas, las derivaciones...

154. ¿por qué la presentación? «porque la comunidad adquiere así una representación colectiva de las causas (como son vividas, comprendidas por el paciente) de internación. porque se toma contacto con una biografía personal que «resuena» en las biografías de los otros internados. porque se contribuye así a erradicar la imagen «individualizada» de la locura. porque se suscita un espacio simbólico-imaginario de contradicciones entre la representación que el paciente tiene de sí y la que le devuelve la comunidad. porque esta oposición da lugar a una **confrontación:** también el paciente quisiera, muchas veces, tener de sí una imagen «naturalizada». está enfermo y quiere protegerse de la enfermedad: desculpabilizarse, encontrar la segurización de nuevos «maternajes» que le protejan en su indefensión. se sitúa así en actitudes pasivas, en actitudes que tienden a sobrecargar carismáticamente la función y el poder de los terapeutas. la comunidad discute esta visión. favorece una ampliación del problema, lo desindividualiza, lo historiza, apela a la propia capacidad de responsabilización del paciente. devuelve el problema en términos de relaciones interpersonales, familiares, afectivas, de trabajo... generalmente, hay una situación de ruptura entre lo que el paciente «sabe» que tiene, que debe querer creer y lo que le devuelve la comunidad. situación que es vivida con fuertes dosis de intensidad, angustia, ansiedad por el propio paciente. pero que lo devuelve o comienza a devolverlo a una vida real» (j.l. de la mata).

155. he creído conveniente hacer una síntesis de los «principios de la ct». resumen aspectos de nuestra experiencia y de nuestra «lectura». se inscriben en la tarea de nuestra ruptura, en el camino, conjuntamente con otros muchos tsm, de la construcción de unos mínimos rasgos de «explicación» psico(pato)lógica, por supuesto, se trata de una síntesis que no puede ser leída con independencia del resto del trabajo. pensamos que, con todas las dificultades y obscuridades que plantea un tema apenas desbrozado, quedará clara nuestra posición, nuestra actitud.

los principios de la comunidad terapéutica

156. solamente vamos a dar una serie de rasgos de carácter general. la comunidad se define, en el nivel social, por una ideología, una estrategia de distribución de poder entre los participantes, una téctica de funcionamiento grupal, una lucha de carácter institucional. la comunidad ofrece a sus participantes condiciones paritarias que abarcan todo tipo de área de discusión, desde los aspectos organizativos hasta las decisiones terapéuticas. en el juego de intercambio y flexibilización de roles, la interacción supone que la enfermedad no es una razón suficiente de descalificación en el interior de tal comunidad. la comunidad representa el esclarecimiento de los principios de funcionamiento, la capacidad de sus integrantes para dotarse de normas, para desarrollar las aptitudes críticas a la formulación de estructuras asistenciales, dentro de las cuales, el proceso personal, en su vertiente subjetiva e interpersonal, pueda desarrollarse como un espacio de intervención y responsabilidad grupal e individual.

157. la participación es un fenómeno esencial, pero a condición de que dicha participación tenga una efectividad práctica, porque entonces interactuar adquiere una significación, se dota de unos valores, produce una cultura, realiza unas decisiones. este aspecto de realización social tiene, ya en sí mismo, valores socioterapéuticos. «no hay posibilidad de vivir una experiencia de comunidad terapéutica sin estar dispuesto a aprender permanentemente, a cuestionar y ser cuestionado. a cambiar... el pasaje a una comunidad terapéutica no se da por el hecho de que se realicen reuniones; es el contenido de la reuniones lo que decidirá si se da lugar a procesos terapéuticos, si se está dispuesto a aprender de los pacientes...».

158. generalmente el desarrollo de una comunidad terapéutica significa la oposición a una psiquiatría tradicional, la negativa a aceptar el modelo médico de explicación de la locura y se acepta un modelo fundado en una comprensión dinámico social de la enfermedad. la prestación asistencial debe adecuarse a las necesidades de la población en cuanto a formas de patologías, clase social y naturaleza de la demanda. una comunidad que no se presente como un mero reformismo ni como una mitificación de la locura tiene que dotarse de un programa capaz de desentrañar los factores de alienación del medio social, lo que causa la estructura del enfermar y las propias representaciones populares acerca del enfermo. se tratará de aprovechar las opacidades terapéuticas de todos los participantes, incluidos los propios pacientes, la actividad es entonces concebida como una dinámica de claras relaciones sociales, manifestadas en un lenguaje en el que se expresan con claridad los problemas, los conflictos, las ideas y las soluciones. el programa debe combinar las hipótesis terapéuticas con las hipótesis etiológicas y comprender que no se pueden desunir, sin que se produzcan serios desajustes de remisión al modelo médico tradicional. el espacio comunitario se divide generalmente en cinco zonas: de admisión, de estar, habitacional, ocupacional y terapéutico.

159. el criterio fundamental de planteamiento de actividades comunitarias es que la interacción significativa, cuando los pacientes participan en el planeamiento y estructuración de la actividad, es ya terapéutica en sí misma. el fundamento de trabajo con pacientes, especialmente con psicóticos, es el de permitir la expresión de situaciones conflictivas (síntomas), actuar como receptores que se interesan en la situación y la vivencia del enfermo. para poder devolver lo recibido en una forma que dé sentido histórico, interpersonal e intersubjetiva, a lo que le ocurre al enfermo. la enfermedad mental se concibe relacionalmente, como un sistema de respuestas a una situación total que ha sido restrictiva para el sujeto en todos los planos (biológico, psicológico y social). la enfermedad mental busca falsas vías de solución a través de lo imaginario que expresa el conflicto de bases, pero sin que el sujeto pueda reproducirlo ni solucionarlo en los términos simbólicos que la realidad compartida exige. la enfermedad es siempre un intento fustrado de totalizar las significaciones pasadas, presentes y futuras. la locura es un cierre, una imposibilidad de transmitir las significaciones privadas. «la comunidad terapéutica es... el intento más adecuado de responder a la necesidad de integrar el fenómeno psicótico actual con la realidad que le antecede (historia y biografía del sujeto) y que sigue (futuro). es preciso desmitologizar la concepción que de locura tiene laing y otros antipsiquiatras similares.

160. un servicio comunitario precisa de un largo proceso de rodaje, la trama comunitaria va a recibir las ansiedades psicóticas, para elaborarlas en unos programas de apertura y claridad hacia el paciente, de quien se recaba su intervención activa. no se puede decir que no existan normas: éstas se las da la comunidad y su valor estriba precisamente en que son conocidas con toda claridad y son gestionadas por los participantes, por la totalidad de participantes en la comunidad. es obvio que esta dinámica comunitaria queda transgredida cuando las contradicciones latentes en el equipo terapéutico no son tratadas públicamente, aun cuando sean claramente percibidas por los pacientes. todo lo que sea confusión y distorsión significa un aumento patológico de la ansiedad y se opone, por lo tanto, a la finalidad terapéutica de la comunidad. la comunidad, consiguientemente se dota de una cultura en el espacio social que constituye, sin que esto signifique ni que sustituye a la institución familiar ni que plantea un nuevo tipo de sociedad.

161. un elemento fundamental de la comunidad terapéutica es la asamblea. en la asamblea lo que se intenta es clarificar la situación, promover discusiones esclarecedoras que evidencien los valores de la comunidad, sin que ésta engañe acerca de su identidad socio-terapeuta. allí la locura es admitida como un fenómeno que ni se rechaza ni se promueve: por el contrario, es un espacio de intervención colectiva sobre la locura. en este sentido, proporciona la seguridad psicológica y social que necesita toda persona, loca o no, que trate de replantearse su identidad. la presentación de un paciente ante la asamblea tiene el valor de una especie de rito de iniciación: la comunidad se presenta como es, ofrece sus reglas y sus valores y a partir de ellos reclama del individuo un compromiso, aunque este compromiso se base en la explícita voluntad de un paciente determinado de

contribuir al cambio de los valores comunitarios. la importancia de esta asamblea comunitaria consiste en que por su temática, por su dinámica hace pasar la significación de los fenómenos individuales del paciente a un plano grupal, social. la historia que cada paciente cuenta de sí mismo se integra con la historia de los otros pacientes: la experiencia de los episodios vividos por un individuo, aunque estos puedan aparecer bajo la forma de un delirio, cambian de sentido, porque se integran en la trama de significaciones que constituye la experiencia de la comunidad. cada sujeto puede reconocerse en lo que el otro dice de sí mismo: la vida deja de ser entonces una significación interna, un sentimiento interno, para constituirse en un flujo de comunicaciones que comienzan por tener un valor fundamental: la de confirmar la existencia del individuo que expresa esos sentimientos. este puede ser el valor más importante: incluso cuando se produzca la regresión más aguda, ni van a existir mecanismos de segregación social ni se va a producir la masiva desconfirmación de quien se ve forzado, por su locura, a situarse en ese punto regresivo.

162. la asamblea proporciona al loco una función de integración existencial: le da al loco la posibilidad de la palabra, de bóxervarse en su situación, de conocer y comprender su historia, de empezar a replantearse su futuro. otros lo ven, lo sienten, le escuchan y él se acepta o se rechaza, pero ya desde una situación compartida. la comunidad no puede favorecer la locura, lo que hace es proporcionar a un paciente el medio en el que pueda vivir, más integradamente, la fase actual de su estado. su inclusión en un sistema activo favorece la comprensión de su necesidad de regresión. la comunidad crea situaciones sociales donde se desarrolla la confrontación de la imagen que el paciente tiene de sí mismo con la imagen que le devuelve la experiencia grupal. en la asamblea, en la comunidad nadie va a asustarse de los actos regresivos, de los desbordamientos psicóticos. en todo caso se los contiene psicológicamente, en el sentido de que se los considera como mensaje que todavía no se puede descifrar. el enfermo pierde entonces la terrible sensación de soledad que es la clave de su fragmentación. hay una aptitud general que tiende a integrar, clarificar interpretar todas las conductas, dotándolas de significación humana. esto es generalmente lo que menos se comprende.

163. hay determinadas instituciones que no pueden ser concebidas como comunidades terapéuticas. por ejemplo, un hospital de día, por definición, no es una comunidad terapéutica, si no está conectado con una comunidad de pacientes internados. se tiene que diferenciar entre lo que es un sistema de terapia intensiva y un sistema de comunidad. pero de esto hablaremos más adelante, lo que ahora interesa es comprender que en la comunidad terapéutica hay todo un conjunto de criterios de socialización que permite ir asistiendo a la progresiva reconstrucción subjetiva del sujeto. otro aspecto importante es comprender que la comunidad tiene que rechazar todo tipo de engaño, que obtiene toda su eficacia de un desocultamiento de la situación real. «en la medida en que la locura no es sentida por la comunidad como una descalificación social y el tratamiento es vivido como un esfuerzo compartido y no como un sometimiento, se exige el compromiso del reconocimiento de la situación».

164. el hospital de día suele aparecer como subgrupo dentro de una comunidad terapéutica, inicialmente constituida por pacientes internados. este hospital puede funcionar con técnicas de ct. sus funciones son las de prevenir el hospitalismo, no favorecer la regresión del paciente, la dependencia o la segregación del grupo familiar y del medio ambiente familiar y habitual. de ahí la importancia de prevenir o interpretar el acting-out. lo importante, es que los pacientes continúan confrontados con el sistema social de fuera, salen diariamente del sistema socioterapéutico para interaccionar con su familia y el mundo real que fueron los generadores de su propia enfermedad. la hospitalización parcial evita tanto la idealización de la familia como la idealización de la ct. un aspecto importante de esta hospitalización parcial es la responsabilidad que incumbe al paciente acerca de su propio tratamiento. esta participación supone una reconfirmación del sujeto, una mayor confianza en sí mismo y que se evite que se consolide su identidad como sujeto enfermo.

166. La práctica comunitaria supone una clara comprensión de lo que es el proceso socioterapéutico. «puede designarse así algo propio del desarrollo de una actividad programada y continua, que cristaliza en situaciones específicas, como la que se produce cuando la comunidad detecta, problematlza y resuelve una situación crítica proponiendo, sobre la base de un consenso o de una mayoría, una norma sobre el funcionamiento del sistema. debe enfatizarse aquí el hecho de que la elaboración grupal es lo que vale, descartándose la adaptación a normas unilaterales». quiero insistir en que las normas comunitarias son siempre la expresión de un sistema de valores que configura también una aptitud ideológica. los participantes se avienen a discutir su interacción, la normativizan a través de sus decisiones. hay ocasiones en que las situaciones consensuadas no tienen nada que ver con la realidad exterior. aquí lo que se enfoca es la reconstrucción de las personas. se elimina la base biológica de la enfermedad y se le da a ésta un origen interaccional. se concede importancia a la dinámica interpersonal, se da importancia a la historia y al futuro, se valoran los afectos y las motivaciones. se espera y se confía que todos participen, que sean responsables, que aporten a los demás.

167, la enfermedad es definible como la expresión de la restricción social y psicológica del área de conductas posibles de un individuo. la finalidad terapéutica consiste en restablecer la experiencia de que son posibles otras conductas alternativas, de que es necesario enfrentarse al conflicto y desafiar la relación y la norma. se pasa así del nivel de los prejuicios sobre la experiencia a la experiencia misma, lo que permite una apertura en la identidad del sujeto, un reencuentro con su identidad lábil y desorganizada. la socioterapia, desde el plano del juego con otros roles le permite buscarse la identidad con la que combatir la situación que lo desconforma. a partir de ahí, se le abren al sujeto nuevas posibilidades de intervención en la situación, de establecimiento de nuevos vínculos y relaciones con los otros, del derecho a su propia palabra, etc., etc.

168. es importante comprender siempre la limitación de las técnicas socioterapéuticas. estas permiten un nuevo tipo de interacción, fundado en normas y valores explícitos, que aseguran un tiempo y un espacio de seguridad personal en los que el sujeto pueda poner con las mínimas condiciones en cuestionamiento su identidad. en último término, lo que se plantea no es tanto el cambio de un modelo de identidad como la posbilidad misma de la transformación, de la comprensión de aquello de lo que un sujeto sufre. la socioterapia representa siempre la posibilidad de establecimiento de un espacio social en el que el paciente puede desarrollar su crisis, con las mínimas garantías de que no se realice su destrucción total. el error consiste generalmente en querer imponer un modelo de identidad y de adaptación. el sujeto lo que alcanza es una situación de enfrentamiento a su problemática, de superación de lo que ha vivido hasta aquí, como si fuera un acontecimiento del destino. la psiquiatría social no puede sino plantear que la enfermedad es un acontecimiento ecológico, interpersonal, interactivo. no se trata de dar otra familia: a veces se trata de algo tan simple como permitir a un hombre que pueda relatar sus experiencias más íntimas, más terroríficas. se trata a veces de algo tan simple como de permitir a alguien que tenga sus propias experiencias. y por supuesto de comprender que toda transformación está ligada con la realidad. que hay un conjunto de factores sociales, económicos, políticos, ideológicos que permiten la emergencia y la constitución de eso que se llama «enfermedad mental».

conclusiones

basaglia político, gorizia tentativa contradictoria de negación de la institución psiquiátrica. la experiencia queda entre las necesidades de una manera tradicional de hacer política (la de los pactos, la de la gestión, la de las alianzas y contradicciones en las que hay que incurrir, para intentar «sacar» adelante un proyecto) y la política alternativa de «pensar» una práctica, sin cesar, sin embargo, en ella. basaglia, con su negación, sus aperturas, su ct, su pesimismo reformista radical, sus compromisos políticos, su «ley», su psiquiatría en el terreno de emergencia social de la locura, etc., etc. significa la orientación de la psiquiatría italiana actual. qué direcciones siga ésta es algo que decidirán las fuerzas políticas del consenso, la organización y la práctica de los

tsmi, sus usuarios y las características del tejido social de implantación, el auge y los objetivos del movimiento obrero y popular italiano,

el proyecto teórico-práctico de basaglia y sus compañeros posee, a nuestro entender, un rasgo que lo destaca de alternativas similares. a lo largo de nuestro trabajo lo hemos designado, a ese rasgo, como el **«factor político»:** pensamos que es necesario enfatizar más ese factor que, para nosotros, se resuelve en una teoría (mejor dicho, una **propuesta de** vía de teoría) y en una práctica, y que adopta la forma conceptual de **«historicidad».** incluso resistiendo formulaciones confusas, pertenecientes a otros registros, a nuestro entender la superación «conceptual» de la locura médica es la introducción de la historicidad.

la «despsiquiatrización» no afecta a una propuesta técnica de renovación de la asistencia de la salud mental. afecta a la contextualización de un desequilibrio personal-subjetivo, afecta a la desindividualización y despsicologización de la «enfermedad mental». no podemos ignorar las carencias, los vacíos teóricos, los errores de todo tipo cometidos. pero que ese factor se destaque, «despegue» de la práctica rotundamente, nos parece que nos permite obtener un criterio capaz de contrastar las tendencias liberales y tecnocráticas de lo que es una simple reforma «interna» y distinguirlas de una vía en la que es necesario profundizar.

la experiencia práctica de gorizia, trieste, reggio emilia... es difícil de exportar. serían necesarias muchas confluencias: una dinámica de clase del movimiento obrero y popular, un sindicalismo bregado, radical, politizado, unas administraciones locales, regionales, nacionales (de «nacionalidades», por supuesto) que suspendieran un mínimo de «honestas administradoras» y «eficaces gestoras de saneamiento» de los intereses capitalistas y de la corrupción pasada y presente. sería necesario un movimiento interno de «descastización» del sector médico. sería necesario tener la valentía de oponerse a espontaneísmos liquidacionistas. serían necesarios muchos «equipos», al menos con la voluntad de reiniciar una cercana, honesta, pero pobre tradición de lucha.

de nuestro equipo de trabajo, han participado por historia de la psicología y por psicología de la comunicación teresa gil ruiz y j.l. de la mata, respectivamente. en las discusiones, preparación de materiales, propuesta de textos, etc. los mismos. las tesis fundamentales de este trabajo han sido expuestas en las reuniones de los gt correspondientes a las dos asignaturas anteriores, de la facultad de psicología (somosaguas, madrid).

ponente y redacción del texto **teresa gil ruiz**
introducción y «unificación de estilo» **dr. j.l. de la mata**

madrid, abril de 1981

I. general

bachelar, g. «la formación del espíritu científico» siglo XXI, buenos aires, 1972.
badura, b. «sociología de la comunicación», ariel, barcelona 1979.
bastide, r. «sentido y usos del término «estructura», paidós, buenos aires 1971.
canguilhem, g. «lo normal y lo patológico» siglo XXI, buenos aires 1971.
castells, m, e ipola, e. «metodología epistemología de las ciencias sociales» ayuso, madrid 1973.
daix, p. (editora), «claves del estructuralismo» calden, buenos aires 1969.
deleule, d. «la psicología, mito científico» anagrama, barcelona 1976.
eco, u. «tratado de semiótica general» lumen, barcelona 1977.
feyerabend, p.k. «contra el método» ariel, barcelona 1975.
fichant, michel y pecheux «sobre la h.ª de las ciencias» siglo xxi, buenos aires 1975.
kuhn, t.s. «la estructura de las revoluciones científicas» fce, mexico 1976.
mark, k. y engels, f. «la ideología alemana» grijalbo, barcelona 1972.
piaget y otros «las nociones de estructura y génesis» n. visión, buenos aires 1975 y otros «tendencias de la investigación en las ciencias sociales», alianza univ., madrid 1976.

II. historia

baruk, h. «la psiquiatría social» oikos-tau, barcelona 1979.
canguilhem, g. «la formación del concepto de reflejo en los siglos XVII y XVIII», avance, barcelona 1975.
castel, r. «el orden psiquiátrico» campo abierto, madrid 1980.
castilla del pino, c. «vieja y nueva psiquiatría» seminarios y ediciones, s.a. madrid 1971.
foucault, m. «h.ª de la locura en la época clásica» 2 vols. fce, mexico 1972.
linares, j.l. «la h.ª clínica en el manicomio» anagrama, barcelona 1976.
morey, m. (editor), «sexo, poder, verdad, conversaciones con foucault». materiales, barcelona 1978.
rosen, g. «locura y sociedad» alianza, madrid 1974.
sauri, j.j. «h.ª de las ideas psiquiátricas» ed. carlos lohle, buenos aires 1969.

III. psicoanálisis

bassin, f.v. «el problema del inconsciente» granica, buenos aires 1972.
green, laplanche y otros, «el inconsciente freudiano y el psicoanálisis francés contemporáneo» n. visión, buenos aires 1976.
guntrip, h. «el self en la teoría y la terapia psicoanalíticas», amorrortu. buenos aires 1973.
jappe, g. «sobre la palabra y el lenguaje en el psicoanálisis», granica. buenos aires 1973.
kohut, h. «análisis del self» amorrortu, buenos aires 1972.
lacan, j. «más allá del principio de realidad» y «acerca de la causalidad psíquica», homo sapiens, buenos aires 1978.
lorenzer, a. «lenguaje destruido y reconstrucción psicoanalítica». amorrortu, buenos aires 1976.
-«bases para una teoría de la socialización» amorrortu, buenos aires 1976.
-«sobre el objeto del psicoanálisis: lenguaje e interacción», amorrortu, buenos aires 1977.
laplanche, j. «vida y muerte en psicoanálisis», amorrortu, buenos aires 1973.
-«interpretar (con) freud y otros ensayos», n. visión, buenos aires 1978.
mannoni, o. «ficciones freudianas». fundamentos, madrid 1980.
masotta, o. «introducción a la lectura de lacan» proteo, buenos aires 1970.
reich, w. «la función del orgasmo», paidós, buenos aires 1970.
schneider, m. «neurosis y lucha de clases», siglo XXI, madrid 1979.
szpilka, j.i. «la teoría psicoanalítica y los esquemas referenciales». trieb., buenos aires 1979.
varios «problemas de técnica psicoanalítica», siglo XXI, buenos aires 1972.
-«cuestionamos», granica, buenos aires 1971.

IV. ensayos y estudios

basaglia, f. «la institución negada», barral, buenos aires 1972.
basaglia, f. «¿qué es la psiquiatría?», guadarrama, madrid 1976.
-(editos) «razón, locura y sociedad», siglo XXI, mexico 1978.
bagallo y otros «conductas y lucha psiquiátrica en españa», dédalo, madrid 1978.
berlinguer, g. «psiquiatría y poder», granica, buenos aires 1972.
cooper, d. «la dialéctica de la revolución», siglo XXI, mexico 1975.
-«psiquiatría y antipsiquiatría», paidós, buenos aires 1971.
foucault, m. «enfermedad mental y personalidad» paidós, buenos aires 1979,
goffman, e. «internados» amorrortu, buenos aires 1970.
gonzalez duro, e. «la asistencia psiquiátrica en españa», castellote, madrid 1975.
hochman, j. «hacia una psiquiatría comunitaria» amorrortu, buenos aires 1972.
basaglla, f. «los crímenes de la paz», s. XXI, mexico 1977.

psicopatología. nueva bibliografía (III)

jervis, g. «il buon rieducatore», felírinelli, milano 1978.
jervis, g. «el mito de la antipsiquiatría» pequeña biblioteca, barcelona 1979.
gentis, r. «curar la vida», grljalbo, barcelona 1980.
laing, r.d. «la política de la experiencia», crítica, barcelona 1978.
-y cooper «razón y violencia», paidós, buenos aires 1977.
majastre, j.o. «introducción del cambio en un hospital psiquiátrico», granica, buenos aires 1973.
paz, g.j. y galende, e. «psiquiatría y sociedad», granlca, buenos aires 1975.
reich, w. «materialismo dialéctico y psicoanálisis», siglo XXI, madrid 1975.
reseau internacional, «alternativa psiquiátrica», appiani, barcelona 1979.
szasz, t. «ideología y enfermedad mental» amorrortu, buenos aires 1970.
varios, «locura y sociedad segregativa», anagrama, barcelona 1976.

V. grupos

anzieu, d. «el grupo y el inconsciente», biblioteca nueva, madrid 1978.
-y otros «el trabajo pslcoanalítlco en grupos» siglo XXI, méxico 1978.
bauleo, a. «contrainstitución y grupos», fundamentos, madrid 1977.
foulkes, s.h. y anthony, e.j. «psicoterapia psicoanalítica de grupo», paidós, buenos aires 1964.
-y otros «manual de psicoterapia de grupo», fce, méxico 1974.
lapassade, g. «el analizador y el analista», gedisa, barcelona 1979.
-«grupos, organizaciones e instituciones», gedisa, barcelona 1977.
-y otros «el-análisis institucional» campo abierto, madrid 1977.
schützenberger, a. y sauret, m.j. «nuevas terapias de grupo», pirámide, madrid 1980.
varios, «análisis institucional y socioanálisis», nueva imagen, méxico 1973.

VI. técnicas

ackerman, n.w., jackson y otros, «teoría y práctica de la terapia familiar», proteo, buenos aires 1970.
defontaine, j. «terapia y reeducación psicomotriz», edlt. médica y técnica, barcelona 1978.
grinberg, l. (ed.) «prácticas pslcoanalíticas comparadas en niños y adolescentes», paidós, buenos aires 1977.
-(ed.), «prácticas psicoanalíticas comparadas en las psicosis», paidós, buenos aires 1977.
grinser, «sociedad de locos», ed. nueva visión, buenos aires 1972.
haley, j. y hoffman, I. «técnicas de tarapia familiar», amorrortu, buenos aires 1976.
juri, j.l. «test de la pareja en interacción», n. visión, buenos aires 1978.
kesselman, h. «psicoterapias breves», fundamentos, buenos aires 1979.
iaing, r.d. y esterson, a. «cordura, locura y familia», fce, méxico 1978.
laing y otros, «percepción ¡nterpersonal», amorrortu, buenos aires 1979.
varios, «el test de relaciones objétales», n. visión, buenos aires 1976.
-«la pareja enferma» fundamentos, madrid 1977.
winnicott, d.w. «realidad y juego», gedlsa, barcelona 1979.

esquemas, psicopatología. bibligrafía general

ackerman, n.w. y otros, «teoría y práctica de las terapias familiares», proteo, buenos aires 1972.
anzieu, d. y otros, «el trabajo psicoanalítico en grupos», siglo XXI, méxico 1978.
badura, e. «sociología de la comunicación», ariel, barcelona 1979.
bergeret, j. «manual de psicología patológica», toray-masson, barcelona 1975.
barnard, p. y trouve, s. «semiología psiquiátrica», toray-masson, barcelona 1979.
broustra, j. «la esquizofrenia», herder, barcelona 1978.
castel, g. «el orden psiquiátrico», edición, de la piqueta madrid 1980.
castilla del pino, c. «introducción a la psiquiatría» I y II, alianza universidad, madrid 1979 y 1980.
castoriades-aulagnier, p, «la violencia de la interpretación», amorrortu, buenos aires 1977.
chasseguet, j. y otros, «los caminos del antiedipo», paidós 1979.
coleman, j.c. «psicopatología. i los grandes modelos teóricos», n la personalidad», paidós, buenos aires.
ey, m. «la conciencia», gredos, madrid 1967.
fairbairn, w.r.d. «estudios psicoanalíticos de la personalidad», hormé, buenos aires 1978.
farre, j. valdes y otros «comportamientos sexuales», fontanella, barcelona 1980.
fromm-freichmann, f. «psicoterapia intensiva de la esquizofrenia y en los maníaco-depresivos», hormé, buenos aires 1978.
gear, m.c. y liendo, e.c. «semiología psicoanalítica», n. visión, buenos aires 1974.
gentis, r. «tratado de psiquiatría provisional», fundamentos, madrid 1979.
haley y hoffmann, «técnicas de terapia familiar», amorrortu, buenos aires 1976.
harari, r. «textura y abordaje del inconsciente», trieb, buenos aires 1977.
ibañez, j. «más allá de la sociología», siglo XXI, madrid 1979.
jakobson, r. y otros «semiología, afasia y discurso psicótico», Rodolfo alonso ed., buenos aires 1973.
korman, v. «teoría de la identificación y psicosis», nz. visión, buenos aires 1977.
locan, j. «de la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad», siglo XXI, méxico 1976.
lagache y otros «los modelos de la personalidad», proteo, buenos aires 1969.
le guern, m. «la metáfora y la metonimia», cátedra, madrid 1978.
lorenzer, a. «sobre el objeto del psicoanálisis: lenguaje e interacción», amorrortu, buenos aires 1976.
maci, g.a. «la otra escena de lo real», n. visión, buenos aires 1979.
maher, b. «introducción a la Investigación en psicopatología», taller ediciones j.b., madrid 1974.
merani, a.l. «estructura y dialéctica de la personalidad», grijalbo, barcelona 1978.
morey, m. (ed.) «sexo, poder, verdad, conversaciones con michel foucault», materiales, barcelona 1978.
nuttin, j. «la motivación», kapelusz, buenos aires 1973.
paz, j.r. «psicopatología: sus fundamentos dinámicos», n. visión, buenos aires 1977.
ricci bltti, r. y cortesi, s. «comportamiento no verbal y comunicación», g. gili, barcelona 1980.
rosenfeld, h.a. «estados pslcóticos», hormé, buenos aires 1978.
scharfetter, c.h. «Introducción a la psicopatología general», ed. morata, madrid 1979.
schützenberger, a. «nuevas terapias de grupo», pirámide, madrid 1980.
small, I. «psicoterapias breves» granica, buenos aires.
sullivan, h.s. «la entrevista psiquiátrica», psique, buenos aires 1977.

bibliografía general, psicopatología

althusser, I. «freud y lavan», anagrama, barcelona 1970.
basaglia, f. «¿psiquiatría o ideología de la locura?» anagrama, barcelona 1972.
bauleo, a. (ed.), «vicisitudes de una relación», granlca, buenos aires 1973.
bunge, m. «teoría y realidad», ariel, barcelona 1972.
castilla del pino, c. «psicoanálisis y marxismo», alianza, madrid 1969.
-«introducción a la hermenéutica del lenguaje», península, barcelona 1972.
chomsky, n. «proceso contra skinner», anagrama, barcelona 1974.
colodron, a. «la medicina córtico-visceral», península, barcelona 1966.
cooper, d. «psiquiatría y antlpsiquiatría», paidós, buenos aires 1972.
deleuze, g. y guattari, f. «el antiedipo», barrral, barcelona 1975.
ey, h. (ed.) «el inconsciente», siglo XXI, méxico 1970.
eysenck, h.j. «fundamentos biológicos de la personalidad», fontanella, barcelona 1970.
foucault, m. «histoire de la folie», pión, parís 1961 (hay trad. c.)
-«maladie mentale ep psychologie» puf, parís 1976 (hay trad. c.).
freeman, th. «psychopathology of the psychoses», tavistock, landres 1969.
goffman, e. «internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales», amorrortu, buenos aires 1972.
granger, g.g. «formalismo y ciencias humanas», ariel, barcelona 1964.
greco, p. «epistémologie de la psychologie» en «logique et connaissance scientifique», j. piaget (ed., gallimard, parís 1969 hay trad. c.).
herbert, t. «notas para una teoría general de las ideologías», en varios «ciencias sociales, ideología y conocimiento», t. contemporáneo, buenos aires 1971.
lacan, j. «le sémlnaire sur «la lettre volé» «ecrits I», seuil, parís 1966 y 1970 (hay trad. c.).
levinson, j. y gallager, e. «sociología del enfermo mental», amorrortu, buenos aires 1971.
marchais, p. «psychiatrle et méthodologie», masson, parís 1970.
nagel, e. «la estructura de la ciencia», paidós, buenos aires 1968.
osborh, r. «marxismo y psicoanálisis», península, barcelona 1969.
piaget, j. «tendencias de la investigación en las ciencias sociales», alianza, madrid 1973.
ranciere, j. «sobre la teoría de la ideología» en «lectura de althusser», galserna, buenos aires 1970.
rapaport, d. «la estructura de la teoría psicoanalítica», paidós, buenos aires 1967.
skinner, b.f. «ciencia y conducta humana», fontanella, barcelona 1970.
szasz, th. «el mito de la enfermedad mental» amorrortu, buenos aires 1973.
winnicott, d.w. la familia en la formación del individuo», hormé, buenos aires 1971.

otra bibliografía

ashen y otros, «autismo, esquizofrenia y retraso mental», fontanella, barcelona 1979.
castoriades-aulagnier, p. «la violencia de la Interpretación», amorrortu, buenos aires 1977.

delay, j. y pichot, p. «manual de psicología» toray-masson, barcelona 1974.
frazier, s.h. y carr, a. «introducción a la psicopatología» el ateneo, buenos aires 1975.
gentis, r. «tratado de psiquiatría provisional», fundamentos, madrid 1979.
jervis, g. «manual crítico de psiquiatría», anagrama, barcelona 1977.
lacan, j. «de la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad», siglo xxi, méxico 1976.
laing, r.d. «el yo dividido», fce, méxico 1975.
malrieu, p. «les émotions en la personante de l'enfant» vrin, parís 1967.
pundík, j. «psicoterapia o intersección de recursos terapéuticos», tiempo contemporáneo 1976.
szasz, t. «el mito de la enfermedad mental», amorrortu, buenos aires 1976.

esquemas, psicopatología, bibliografía general

tizón, j.l. «introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría», ariel, barcelona 1978.
varios, «la pareja enferma», fundamentos, madrid 1977.
verdiglione, a. (ed.), «locura y sociedad segregativa», anagrama, barcelona 1976.
vigano, c. y grecco, e.h. «psicopatología y psiquiatría general», bonum, buenos aires 1977,
watzlawick, p. y otros, «cambio», herder, barcelona 1976.

esquemas, bibliografía monográfica

ruesch, j. «general theory of communication in psychiatry» en arieti y otros (eds.) «american handbook of psychiatry», basic books, vol. 1, n. york 1959.
-«therapeutic communication», norton, n. york 1962.
-y bateson «comunicación, la matriz social de la psiquiatría», paidós 1965.
-y kees «nonverbal communication» university of california press, berkeley 1956.
scheflen, a.e. «stream and structure of communicational behavior», beha-vioral studies monograph n.° 1, philadelphia, eastern pensylvaniapsychiatric inst. 1965.
szasz, t.s. «a contribution to the psychology of schizophrenia», american medical association archives of neurology and psychiatry vol. 77, 1957.
-«el mito de la enfermedad mental», amorrortu, buenos aires 1976.
veron, e. «notas para una concepción estructural en psiquiatría social», acta psiquiátrica y psicológica argentina 9 (4) 1963.
-«conducta, estructura y comunicación», ed. jorge álvarez, buenos aires 1968.
-«lenguaje y comunicación social» n. visión, buenos aires 1969.
watzlawick, p. «a review of the double-bind theory» family process 2,1963.
-«an anthology of human communication» science and behavior books, palo alto, california 1964.
weakland, j.h. «the double-bind hypotheses of schizophrenia and three-party interaction, en jackson (ed.) «the etiology of schizophrenia» basic books, n. york 1960.

otros textos

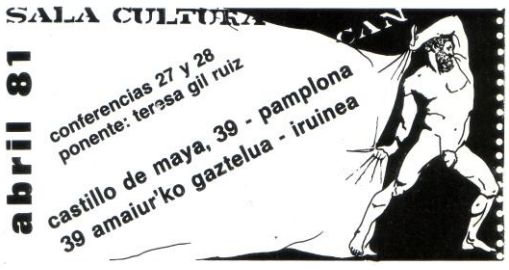
basaglia, «la institución negada», barral, barcelona 1972.
-«la enfermedad y su doble» en «¿psiquiatría o ideología de la locura?» r. garcía (ed.) anagrama, barcelona 1972.
cooper, «psiquiatría y antipsiquiatría», paidós, buenos aires 1973.
fromm-reichman, «some aspects of psychoanalysis and schipzophrenics» en «psychotherapy with schizophrenics», redlich and brody (eds.) international universities press, n. york 1952.
laing, «el yo dividido», fce, méxico 1964.
-«the politics of experience and the bird of paradise» penguin books, landres 1967.
-«self and others», tavistock publications, londres 1969.
-«esquizofrenia y presión social», tusquets, barcelona 1972.
-y esterson «sanity, madness and the family» tavistock, londres 1964.
mannoni, «el psiquiatra, su «loco» y el psicoanálisis», siglo XXI, méxico 1978.
recamier y otros «le psychanalyste sans diván» payot, parís 1970.
servantie «lo normal y lo patológico», fundamentos, madrid 1972.
tizón, «introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría», ariel, barcelona 1978.
winnicott «la familia en la formación del individuo», hormé, buenos aires 1972.

bibliografía, psicopatología

alexander, f. y otros «psiquiatría dinámica», paidós, buenos aires 1958.
bleger, j. «psicología de la conducta», eudeba, buenos aires 1963.
-«psicoanálisis y dialéctica materialista», paidós, buenos aires 1963. castilla del pino, c. «psicoanálisis y marxismo», alianza, madrid 1969. ey, h. y otros «tratado de psiquiatría» toray-masson, barcelona 1965.
fenichel, o. «teoría psicoanalítica de las neurosis», nova, buenos aires 1957.
freud, s. «introducción al psicoanálisis» o.c. u.
-«psicoterapia de la histeria» o.c.u
jaspers, k. «psicopatología general» beta, buenos aires 1955.
kosik, k. «dialéctica de lo concreto», grijalbo, méxico 1967.
krapf, e.e. «psiquiatría», paidós, buenos aires 1959, 2 vols.
l'abate, l. «principios de psicología clínica», paidós, buenos aires 1967.
laing, r.d. «el yo dividido», fce, méxico 1964.
liberman, d. «la comunicación en terapéutica psicoanalítica» eudeba, buenos aires 1962.
politzer, g. «escritos psicológicos», jorge álvarez, buenos aires 1965-6.
rapaport, d. «the structure of the psychoanalytic theory» en psychological issues, int. univ. press, vol. u, n. york 1960.
sartre, p. «crítica de la razón dialéctica», losada, buenos aires 1963.
schneider, k. «patopsicología clínica», paz montalvo, madrid 1951.
allport, g.w. «psicología de la personalidad» paidós, buenos aires 1961.
guntrip, h. «estructura de la personalidad e interacción humana», paidós, buenos aires 1965.
hartmann, h. «psicología del yo y el problema de la adaptación», paz, méxico 1961.
klein, m, y otros «desarrollos en psicoanálisis», hormé, buenos aires 1962.
-«nuevas direcciones en psicoanálisis», paidós, buenos aires 1965.
pages, r. «los modelos de la personalidad», proteo, buenos aires 1969.
rapaport, d. y otros «aportaciones a la teoría y a las técnicas psicoanalíticas», pax, méxico 1962.
varios, «los modelos de la personalidad», proteo, buenos aires 1969.
-«psicoanálisis, existencialismo, estructuralisrno», papiro, buenos aires 1969.
-«problemas del estructuralismo», ed. univ. de córdoba, córdoba 1967,

bibliografía

abraham, k. «breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales», revista de psicología 2, 1944, buenos aires.
alexander, f. y otros «psiquiatría dinámica», paidós, buenos aires 1958.
-y otros «studies in psychosomatic medicine, an approach to the cause and treatmen of vegetative disturbances» ronald press, n. york 1948.
arieti, s. «interpretación de la esquizofrenia», labor, barcelona 1965.
-y otros «rare, unclassifiable, collective and exotic psychotic sindromes», en «american handbook of psychiatry», basic books, vol. I, n. york 1959.
ashby, w. «introducción a la cibernética», n. visión, buenos aires 1960.
bateson, g. «social planning and the concept of deutero-learning» en newcomb y hartley (eds.) «readings in social psychology», holt, n. york 1947.
-jacson «toward a theory of schyzophrenia», behavioral science vol, 1,1956.
-«cultural problems posed by a study of schizophrenic process» en auerbach «schizophrenia. an integrated approach». the ronald press, n. york 1958.
-«distorsión esquizofrénica de la comunicación», en whitaker (ed.) «psicoterapia de los pacientes esquizofrénicos crónicos», cepe, buenos aires 1975.
bleger, j. «psicología de la conducta», eudeba, buenos aires 1963.
bleuler, e. «tratado de psiquiatría», espasa calpe, madrid 1971.
brenner, c. «elementos fundamentales del psicoanálisis», troquel, buenos aires 1958.
ey, h. y otros «tratado de psiquiatría», toray-mason, barcelona 1965.
fairbairn, w. «estudio psicoanalítico de la personalidad», hormé, buenos aires 1970.


SALA CULTURA
abril 81
conferencias 27 y 28
ponente: teresa gil ruiz
castillo de maya, 39 - pamplona
39 amaiur'ko gaztelua - iruinea