

DOSSIER ALTERNATIVAS PSIQUIATRICAS



La importancia que se está dando al tema de la salud mental es cada vez mayor entre la gente. A ella se unen las recientes visitas a España de algunos significativos miembros precursores de alternativas psiquiátricas, como Laing y más recientemente Basaglia y Jervis. Con todo ello, y la participación de algunos protagonistas (psiquiatras y psiquiatrizados) hemos preparado este dossier.

¿Sirve la terapia tradicional?

María Luisa MORALES ZARAGOZA

Como rama de la medicina, la psiquiatría ha intentado enfocar el conocimiento y la solución de las enfermedades mentales desde el punto de vista científico-natural. El método ideal de curación sería el que pusiera remedio a la causa de la enfermedad. Pero en el abordaje médico de las enfermedades mentales —una vez superada la fase mágica y religiosa— los médicos se encontraron con el hecho psíquico.

Para el estudio de este hecho hubo de inmediato dos caminos: el primero es el que acometió lo que en este artículo llamamos psiquiatría tradicional y que se etiqueta de psiquiatría descriptiva. El segundo camino es el de la psiquiatría dinámica. A ambas formas de mirar la realidad del enfermo psíquico corresponden muy diversas formas de tratamiento.

No se trata de una lucha entre buenos y malos, o entre científicos y charlatanes, si bien en determinadas circunstancias sería fácil caer en la demagogia de los científicos buenos y malos. En tanto que médico, el psiquiatra tendría que superar una barrera que desde los inicios se le ha puesto delante y que actúa de "muro de cristal". La enfermedad ha de ser aliviada o curada, mejor si puede ser prevenida.

Tratándose el hombre de una unidad mental y física el médico hace bien en considerar la vertiente corporal del enfermo. Es más: hay enfermedades mentales que son fundamentalmente sintomáticas de enfermedades físicas: tal es el caso de la diabetes cuando presenta cuadros psicóticos, el de innumerables intoxicaciones, el caso de muchas dolencias endocrinas que tienen a veces una sintomatología predominantemente psicológica. En tales situaciones el tratamiento ha de ser primeramente médico.

Las cosas no están tan claras cuando se desconoce la fisiopatología y la anatomía patológica que pueden subyacer a los procesos psiquiátricos. Ante tal situación, el médico se ve en la disyuntiva de practicar el empirismo. Así aparecen los tratamientos con psicofármacos, la psicocirugía y los tratamientos convulsivantes.

Debido a la escasez de especialistas en Psiquiatría, y la gran cantidad de personas que tienen que recurrir a ellos, no podemos descartar la posibilidad de "hacer algo". La experiencia de gran número de médicos y pacientes es positiva respecto a los tratamientos medicamentosos. Sin embargo, para los que consideramos la enfermedad mental como una expresión de conflictos internos, el tratamiento con psicofármacos es sintomático, dejando sin tratar el núcleo del problema.

Respecto a la psicocirugía, la cuestión se puede ver como una especialización de la cirugía con ciertas complicaciones. Aquí nos encontramos de nuevo con la realidad de que existen dolencias que sólo pueden ser resueltas quirúrgicamente —ciertos tumores cerebrales presentan sintomatología psíquica—. Pero la neurocirugía no es la psicocirugía. La integridad de los centros y las vías nerviosas es la base para un funcionamiento psíquico natural. La interrupción de estas vías sólo debe hacerse tamizando muy bien la indicación quirúrgica, pues lo contrario sería una bárbara mutilación.

La terapia convulsivante o de choque tiene también un origen empírico. Esto se debe en parte a que la propia sintomatología del enfermo muchas veces conduce psicológicamente al médico a no saber qué hacer y a tomar resoluciones heroicas. Por otra parte, la necesidad de castigo y de ser maltratado que clara u ocultamente presenta el enfermo hace que estas terapias tengan algunas veces un efecto exitoso.

El loco es el recipiente de nuestra represión. Ha fracasado en tanto que loco en la adaptación a la vida social y a su disfrute. Pero como no podemos ocultarnos el precio de esa vida social y ese disfrute —por aquello de no ver

"la parte oscura"— si el loco es escuchado se opta más bien por silenciarle.

Lo que hay que reseñar, sobre todo, es la escasez de psiquiatras, la no regularización del psicólogo en cuanto profesional que puede cumplir una tarea terapéutica y la alienación del hombre en las sociedades de consumo —ligero o pesado—, que hace que se encuentren enfermos —por lo menos en alguna ocasión en la vida— la casi totalidad de nuestros semejantes.

Esta situación de alienación social y falta de profesionales para atacarla en el aspecto de la salud mental en lo que se refiere a los técnicos influye decisivamente en la práctica de los mismos. Todo conflicto psíquico intentará resolverse en un corto espacio de tiempo tratando sólo los síntomas y no las causas. Se plantea entonces la enfermedad psíquica siempre como biológica, sin hacer la separación necesaria entre enfermedades biológicas con correlatos psíquicos, en donde sí estaría indicada una terapia física como prioritaria, y las situaciones de desequilibrio psíquico en sentido estricto, en las que habría que aclarar su ligazón estructural con la biografía del sujeto y el medio donde este vive y se desarrolla. En estos casos, la utilización de medios físicos debe ser muy cuidada, porque aunque es evidente lo positivo de su uso en algunos casos —por ejemplo, el empleo del litio en situaciones maniaco-depresivas—, también es cierto que en la mayoría de los casos se produce un abuso de tales instrumentos, en base a la desorganización de la asistencia de la salud mental, en España en concreto, y al miedo de los profesionales —y la sociedad en general— de enfrentarse con el problema de la locura.



La construcción de la alternativa psiquiátrica

Enrique GALAN

1. SIGLO XVIII: NACIMIENTO DE LA PSIQUIATRÍA

Antes del siglo XVIII, la locura, en Europa, pasa por muchas fases de tolerancia, investidura de poder y represión —es el caso de los brujos de la Edad Media—. La caridad con respecto al loco como marginado del proceso de producción va dejando paso progresivamente a una nueva concepción —ligada a la ideología social del capitalismo que entonces comienza su andadura—: la del loco como peligro social y estorbo, tanto en una familia que ha pasado del campo a la ciudad, y que no puede hacerse cargo del loco, como en las instituciones productivas, en las que el loco no rinde y de las cuales no acepta la estructura de poder.

Los locos son entonces encerrados en hospitales generales hasta su muerte. Las excepciones las tenemos precisamente en España, en donde se crea, en 1409, el primer manicomio del mundo en Valencia y en donde se carga al loco de cadenas. En 1656 se crea el Hospital General de Zaragoza para los locos con una cierta ideología terapéutica que se concreta en la laborterapia. Todo proceso de este estilo es llevado por la Iglesia.

La aparición de la ilustración en el siglo XVIII lleva aparejada una problemática social e ideológica que incide directamente en el problema de la locura. Por una parte, las condiciones económicas exigen la migración interna del campo a la ciudad, el cambio del carácter de la familia y de las condiciones de vida. Por otra, se instaura el individualismo como ideología. Por último, la lucha política contra el antiguo régimen influye decisivamente en la reforma de las instituciones, entre las que se encuentran los hospitales y los asilos.

Poco a poco se van creando así dependencias para los locos —manicomios—, que se ponen progresivamente bajo el dominio médico —es la ideología técnica, propia del capitalismo—, robando el poder a la Iglesia. Se va transformando el psiquiatra de esta forma en el poder respecto a la locura. Un poder muy ligado a las instituciones del Estado —la Magistratura, la Administración, la Policía—, con el cual poder se decide el internamiento o no de los locos, a los que se definen como curables o incurables. Esto afecta directamente a las clases sociales, pues de siempre los asilados han sido precisamente los de las clases dominadas, que expresaban y expresan con su locura la irracionalidad del sistema de vida. La problemática política explícita la encontramos en Sade, magistrado y encerrado de por vida en el manicomio de Charenton.

La ideología psiquiátrica que entonces se mantiene es la de la locura como enfermedad moral, por la que el loco sería un vicioso, un hombre malo que no querría regenerarse. El tratamiento será entonces el **aislamiento** a través de los manicomios, el apartamiento de las buenas gentes, en una estructura punitiva.

Entramos entonces en el XIX, siglo de la teorización del manicomio como lugar del aislamiento para el loco. Manicomio que debe estar fuera de la ciudad, constituido de una forma

jerárquica en la que el médico es la autoridad indiscutible: el cuerpo auxiliar, un organismo policial de vigilancia y castigo, y la arquitectura, pensada, como en el caso de las cárceles, para vigilar.

En los manicomios, a los que se dedica un escaso presupuesto, pues tiene un carácter no terapéutico, sino de aislamiento, se aplica la tortura sistemática con esa ideología moral que permite el sadismo de los enfermeros. Las formas "terápicas" son la hidroterapia —otra forma de tortura— y la laborterapia, en donde predomina el aspecto de explotación económica de los reclusos, pues otra cosa no son.

Aparecen leyes sobre la locura que sancionan el aislamiento y el castigo. Tenemos así la primera en 1822, en España, y las de 1838 y 1845 en Francia e Inglaterra, respectivamente.

2. EL SIGLO XX: NUEVO MODELO DE LA LOCURA

El médico psiquiatra concentra ya todo el poder, apoyado ideológicamente por el avance de la ciencia médica en otros campos. Se instaura la tesis física para la explicación de la locura. Es el problema de la degeneración del sistema nervioso. El hospital psiquiátrico es la institución donde los locos siguen encerrados para que el psiquiatra "haga ciencia" en el análisis de enfermos de clases dominadas, mientras que en las clínicas privadas, donde se encuentran los casos agudos, de los miembros de las clases dominantes, se aplican los conocimientos que se extraen en los manicomios, en donde están los casos crónicos.

La práctica "científica" de los psiquiatras es entonces —como ahora— la **etiquetación** del enfermo mental. Es la época de las grandes noseografías y de los manuales sobre las "enfermedades psíquicas".

Comienzan entonces las primeras contestaciones a esta situación. El psicoanálisis, en primer lugar, en el plano teórico y de la práctica no asilar, y en el campo de los psicóticos y el manicomio tenemos en Francia el grupo que se organiza alrededor de F. Tosquelles en 1914.

En esta época —antes de la segunda guerra mundial— hay tres corrientes teóricas y prácticas psiquiátricas: la **clínica**, a cuya cabeza está Bleuler, y que lo que hace es reordenar los cuadros clínicos de Kraepelin; la **psicopatológica**, de Jaspers, que introduce la posibilidad de **comprensión** del enfermo mental y su mundo; por último, el **psicoanálisis**.

La segunda guerra mundial supone un cambio total en la psiquiatría. Por un lado, las necesidades militares provocan una investigación sobre los instrumentos de cambio de conducta, con lo que se desarrolla la industria y utilización de los psicofármacos, de las terapias de choque —electrochoque, choque insulínico— y de la cirugía del sistema nervioso.

Pero, por otra parte, aparecen claros elementos, tales como los de la enfermedad mental como reacción a la situación —se acuña el concepto de neurosis reactiva y neurosis de



guerra—. A otro nivel, la lucha contra el nazismo hace cuestionarse sobre la "neutralidad" de la ciencia. Por último, las experiencias en cárceles y campos de concentración generan una repulsa de las instituciones concentracionarias y, por lo tanto, de los manicomios.

Se va creando así una corriente contestataria de opinión contra la práctica tradicional de la psiquiatría, que se estructura en tres frentes: el **institucional**, que cuestiona el manicomio como terapéutico; el **científico**, en el que se pone en duda el modelo médico de la locura, y el **político**, que hace referencia al papel del psiquiatra como instrumento de poder social.

Toda esta corriente de opinión se concreta en estudios y práctica experimentales que exceden el campo de la psiquiatría. Se vuelve la mirada al psicoanálisis y a las experiencias como la **Sexpol**, de W. Reich, en plena Alemania prehitleriana. Se estudia el marxismo y su enriquecimiento por la Escuela de Frankfurt, que dará lugar en Norteamérica a una sociología institucional en la que destacará Goffman. En Francia se desarrollará la experiencia de Tosquelles, para dar lugar a la psicoterapia institucional en las décadas del 40 y del 50. Se estudiará la comunicación y sus estructuras para la comprensión de la conducta —Escuela de Palo Alto en Norteamérica: Bateson y Watzlawick—. Se encontrarán puntos de apoyo teóricos en la fenomenología, el existencialismo y el marxismo.

3. LA MODERNA ALTERNATIVA PSIQUIATRICA

Todo este ambiente se va concretando en experiencias parciales que tienen su explosión en los últimos años 50 y en los primeros 60. Agruparemos tales tendencias alternativas, que por supuesto no presentan una unificación, en las corrientes que estructuran Calafat y Fábregas en el título citado en la bibliografía general que se da al final del dossier.

A) CORRIENTE DINAMICO-EXISTENCIAL

Está representada fundamentalmente por Laing. Sus influencias están en el Psicoanálisis, desde Freud a M. Klein. El existencialismo y la fenomenología. La sociología progresista de la que se ha hablado. Por otra parte, Laing estudia a fondo los procesos de comunicación y la cibernética. Sobre esta base, su concepción del esquizofrénico es la de aquel individuo que responde a una situación microgrupal donde falla la comunicación. La crítica institucional dará lugar en este autor a la práctica y teoría de las "comunidades terapéuticas", conectando con el pensamiento de Maxwell Jones y John Conolly.

B) CORRIENTE POLITICO-SOCIAL

El punto principal a nivel teórico que unifica esta tendencia es la de analizar la alienación individual como una expresión de la alienación social general. La práctica domina sobre la producción teórica, y las influencias son comunes a las de Laing, pero con una mayor conexión con la lucha social que se da en países como Italia.

BASAGLIA Y PSIQUIATRIA DEMOCRATICA

Comienzan estas experiencias en 1961 en Gorizia, extendiéndose posteriormente a pequeños pueblos donde puede desarrollarse tal práctica más fácilmente. Los elementos teóricos más sobresalientes son los de la concepción de la enfermedad mental integrada en la clase social. Por otra parte, se da un estudio concreto de las relaciones de poder que se crean entre paciente y terapeuta, de tal forma que el análisis institucional se basa sobre ello, considerándose así la enfermedad como algo secundario respecto al problema institucional, político.

COOPER

Compañero de Laing, plantea al loco como chivo expiatorio de la familia y los microgrupos sociales que reproducen las relaciones macrosociales. La locura pues sería un hecho social de la que podrían diferenciarse tres tipos: la inducida directamente por la sociedad —es el **paranoidismo**—, la organizada alrededor del viaje interior, y la locura del hombre normal alienado, sin conciencia de su papel del psiquiatra sería ayudar al individuo en este viaje interior.



SPK (SOCIALISTISCHES PATIENTEN KOLLEKTIV)

Creado en 1970 por la reunión de 20 psiquiatrizados en Heidelberg, siguen fundamentalmente tesis de Reich, concretando que el síntoma psiquiátrico sería la expresión de la violencia social ejecutada sobre el enfermo, impidiéndole la satisfacción de sus necesidades en el proceso histórico de la producción.

DELEUZE Y GUATTARI

Proveniente Guattari de la psicoterapia institucional, realiza una crítica al Psicoanálisis por intentar explicar las contradicciones sociales por el parentalismo. Sería entonces el delirio el punto nodal, la matriz general de toda catexis social inconsciente.

Introducen una serie de conceptos basados en la **producción deseante**: máquinas deseantes y sociales, cuerpo sin órganos, cuerpo vacío, superficies de inscripción... que permitan realizar un **esquizoanálisis**, es decir, la forma de llegar al inconsciente productivo colectivo sin el planteamiento individualista psicoanalítico.

TERAPIA RADICAL

Nace en 1970, en EE. UU., en profesionales dedicados al tratamiento y que cuestionan su práctica. Critican la psiquiatría tradicional por desviar la atención de los individuos sobre el origen de su sufrimiento. El esquema de la enfermedad mental sería la opresión, la alienación y la mistificación de las causas. La terapia sería una toma de conciencia del individuo, con lo que este grupo conecta teórica y prácticamente con las luchas de los grupos marginados y progresistas norteamericanos: negros, chicanos, feministas, homosexuales...

ESPAÑA

Aunque luego se trata más ampliamente, hay que decir que los movimientos de renovación psiquiátrica en nuestro país se inscriben en un proceso político democrático, lo cual da las características dominantes a este movimiento de disgregación, represión, y pocos vuelos teóricos. Hay que destacar la figura, sin embargo, de Castilla del Pino, que en condiciones muy negativas ha podido expresar su concepción sobre la razón de la locura en el seno de la sociedad, con un aparato teórico dialéctico y un conocimiento muy extenso de la psiquiatría y sociología.

C) CORRIENTE ETICO-SOCIOLOGICA

Representada por T. S. Szasz y por I. Illich a otros niveles, serían la cara reformista de la terapia radical. Su enemigo principal es la tecnocracia y en el seno de esa crítica plantean la enfermedad mental como una mentira que produce la medicalización de las contradicciones sociales. Parten de la sociología progresista norteamericana y de la ética liberal.

E. G.

Franco Basaglia

A, ante, cabe, con, contra, de, desde... la psiquiatría

Sara de AZCARATE

¿Qué pasa con todo proceso de rebelión que cuando se identifica se convierte en represivo?

Hoy difícilmente se siente uno atraído por un libro que hable de anti-psiquiatría y, sin embargo, hace muy pocos años, representaron una opción concreta a un conflicto que los desbordaba y conectaba instantáneamente con los grupos marginados.

Pero, qué difícil es decir marginados. Sobre todo si observamos que en una sociedad enferma, todos, absolutamente todos sus miembros, sufren una marginación de distinto grado, respecto a lo que ellos sienten en su individualidad.

Dos de las llamadas ciencias que aún se imparten en la universidad, muestran a las claras y, por primera vez de manera revulsiva, la natural interrelación de los fenómenos. Se trata de la psiquiatría alternativa en su movimiento antinstitucionalizante, del que Franco Basaglia es uno de sus protagonistas, con más y eficiente acción a sus espaldas, y la temida lingüística que enseña que lo que más enferma es la palabra. Los que la tienen, para etiquetar, exorcizando a los que carecen de ella.

Y en la palabra oficial, esa en la que hemos de hablar todos o fuera de la que se nos remite a un etiquetaje de ghetto, subsiste la abstracción manipulada. Pero vayamos por partes, sin separarlas más de lo que nuestra estructura cultural nos exige, para su transformación en pensamiento articulado, es decir, vivo.

La mayoría de las personas —y es una abstracción necesaria— no conectan los hechos, los viven aisladamente. Otras, llamadas intelectuales, precisamente por abstraer, los conectan demasiado; es decir, solemos aislarlos del contexto en que se producen, más a menudo de lo que podemos ver y establecemos repeticiones a partir de las cuales dictamos leyes.

Los otros aíslan al enfermo de su enfermedad, petrificando en la terminología un momento de la vida de alguien, por ejemplo, su locura. Claro que si no se hace así, ¿cómo tratar a los montones de locos que acuden a pedir nuestra ayuda? El qué-se-puede-hacer responde en distinto grado y forma a cada uno de nosotros. Franco Basaglia y la opinión pública —no tan pública— responden radicalmente, simplemente porque se dirigen a más personas. Franco Basaglia lleva en el Hospital Psiquiátrico de Trieste, una práctica cotidiana, con la que reconcilia la utopía, con su trabajo, aquí en la tierra. Los actos de su ser-psiquiatra responden a las dis-funciones de director de hospital, pudiendo más (si no no estaría aquí) las **dis** que las **funciones**.

Dentro de él existe ese germen loco de la rebelión, como demostró en 1968 cuando abrió las puertas del psiquiátrico de Gorizia y fue responsable del asesinato que uno de los internos perpetró en la persona de su mujer por celos.

Se trata de saber cuál es el espacio que separa, lo que deseamos de lo permitido (teniendo en cuenta lo permitido como límite para no ser encerrables). Así, uno no puede establecer ley alguna, aplicable al de al lado, sin comerse parte de su espacio. En psiquiatría —tal como hemos tenido ocasión de ver en los debates que se organizaron en la Sala Villarreal en torno a Basaglia— no actuará igualmente un curioso del tema que, por ejemplo, un enfermero del hospital psiquiátrico. Uno representará la conciencia general acerca del tema y se expresará radicalmente, hasta llegar a la proposición de que la locura —en casa— es liberadora que, dicho ante un público con abundancia de psiquiatrizados que se salvaron por los pelos, sulfura. El en-

fermero adaptará a la concienciación que hoy cuestiona su trabajo y, sabedor de que él es el último intermediario, en la estructura jerárquica, actuará en la dialéctica entre sus límites oficiales y su capacidad de exigirse. Simbiosis difícilmente abstraible y que sólo se puede apreciar en el trabajo específico e individual, por parte de alguien que además actúe a su lado.

Franco Basaglia divide esos campos en tres. Uno en el que se mueve el loco —solo y dificultosamente— y su enfermedad. El institucional que codifica para manipular la enfermedad, sin el enfermo. Y el estructural, donde estamos todos y en el que la psiquiatría manda o no defiende al ciudadano —ninguno de nosotros— contra la locura, ese relativo, como un poder hermético.

Basaglia considera los dos últimos como la raíz del problema. De ahí su crítica de la institución, como primer paso de urgencia, y su visita a Madrid y Barcelona, lejos de su quehacer diario.

Esa institución que etiqueta y separa, dividiendo el producto; una locura abstracta, con la que se juega a costa de su envase; el paciente mental. Al otro lado, el de la ilegalidad, el momento de la catarsis, en su proceso unitario que toda locura no interferida revela, sino fuera por la sombra de los bloques hospitalarios.

En la institución, Basaglia habla de la desatención en que se encuentra el enfermero —escasa remuneración y nulo reconocimiento profesional— dentro de una jerarquía abarrotada que se amontona sobre el loco, al que por su peso, convierte en catatónico y vegetal, por cosas menos simbólicas: coma insulínico, electro shocks y neurolépticos. En el primer debate que provocó en la Facultad de Medicina de Barcelona, Basaglia dijo: "El deber, como culpa, de estar bien. La razón social pretende la salud por que produce. La persona debe salir curada de la cadena de des-montaje del hospital. O sale curado, o sale muerto. Eso se sabrá en las estadísticas."

Y escribe: "Las articulaciones por las que se perpetúa la división en clases, se dan por medio de la tendencia a



Manicomio de Trieste

aislar fenómenos (como si no naciesen y no se presentasen en una red de relaciones recíprocas) para estudiarlos como divididos, separados del tejido y poder, así, hacerles asumir un carácter absoluto y natural. El individuo que presenta la "diferencia es aislado, para que sea sólo ese fenómeno, como si no se tratara de un momento en un movimiento, donde están implicados; el ambiente, la historia, los valores, las relaciones y los procesos sociales, en los que la vida de cada uno se inserta".

De manera más irónica Basaglia contestó a los estudiantes: "Lo que era evidente para Ho-Chi-Min, no lo era para Johnson. La locura no es un absoluto, sino un relativo. La locura es la gestión de la locura." Si la mayoría de los internados son pobres locos, es una tergiversión no reconocer que, son en el fondo locos pobres y que el conflicto tiene connotaciones políticas.

Giovanni Jervis, profesor de psiquiatría en Roma, que también visitó nuestra ciudad, escribe: "Hay que desmitificar el carácter pretendidamente neutral de la ciencia y también la politización de los roles técnicos y profesionales, para hacer una politización autónoma y progresiva de la problemática psiquiátrica."

EL LOCO ES EL POBRE

El mismo día 6 del pasado mes se celebró el primer debate en la Sala Villarroel. Todo fue muy bonito hasta que tomaron la palabra dos personas ya psiquiatrizadas. Y hablando de pobreza, atendamos a la cultura, como eterna acompañante de la otra, copiando aquí el ataque que se produjo a la figura, que no a la persona, de Franco Basaglia.

Una de ellas era de unos cuarenta años y gritó espontáneamente: "Me sueñas a Helena Francis. Como eres italiano y eres de fuera, sabes más." El hombre, más joven, que se levantó después, dijo haber sido internado por primera vez a los doce años. De origen sudafricano, blandió su bastón ante la mesa —que los sentados a ella mucho hubieran dado por que se evaporase— y se sumió en un mortificado monólogo. "Tú eres la norma. Representas el espíritu burgués de venderlo todo."

Franco Basaglia supo hacerse inteligible. "Yo no tengo por qué defenderme de tu opinión. No tengo por qué decir que mi jabón lava más blanco que el tuyo." La señora de antes interrumpió más calmada para decir que no se aplaudiera, ya que hacerlo significaba estar en contra y no aplaudir, oponerse. El público se rio de sí mismo, aplaudiéndola.

A los furiosos contra el hecho mismo de ser psiquiatra, Franco Basaglia respondió: "Quiero cambiar la psiquiatría desde mí, como objeto de control social. Yo, como técnico de la invalidación, parto de otra lógica como arma. Debo meterme adentro de la asistencia médica para hacer la prefiguración de la utopía. Nada se cambia desde afuera. Vivo como todos, en la contradicción, y como psiquiatra tengo que seguir, pero destruyendo el manicomio. ¿Sabén? Destruir un manicomio no es nada fácil."

Evidentemente, Basaglia criticaba duramente la acumu-

lación de la opresión. No responder al ataque, no usar el poder personal, es perderse en la abstracción, acumular el odio de tantos que, ya no se sabe de dónde sale y contra quién va. "Hemos de vivir cada día, desesperadamente", añadió. Plantear la lucha en cada momento, individualmente, en la seguridad de que cada ser humano es la cultura viva y tiene el tiempo de los hombres, muy poco en contradicción con el Hombre de la mayúscula, con quien nadie puede tener unas palabras.

El loco es quien más sabe del tiempo real, ese en el que se le encierra y de las torturas, aparentemente científicas, a las que se le somete en nombre de una salud pública que no se ve por ningún lado. Al loco rico, ni siquiera lleva el nombre, se le hacen un lío las cosas y va al psicoanalista a que se les explique, con toda suerte de ocultos vocablos, justificatorios de un nuevo y caro intercambio comercial.

Pero vayamos, con Basaglia, buceando. "Primero se creó el manicomio, como excluyente de lo que no produce y molesta. Era la etapa pre-capitalista. Después se inventó la comunidad terapéutica, con la posible recuperación del loco, justo en la etapa de expansión capitalista. (La primera comunidad surgió en Inglaterra, de la mano del Dr. Conolly —1838—, inmediatamente después de la segunda mundial.) Y hoy, los "Community Mental Health Centers", en Estados Unidos, en la fase de capitalismo avanzado, como un control más amplio de marginados e inadaptados." Se sabe que gran parte de los maestros de escuela yankees se dedican a rellenar fichas de su alumnado en las que hacen constar el carácter del niño.

Basaglia dice que nada cambia, sólo se hace más sutil. "La verdadera lucha se dirige contra la ideología que tiende a encubrir toda contradicción natural, adaptándola a los instrumentos de gestión y control. La diferencia existe, pero lo que hay que destruir es la sociedad que la niega, apartando a las ovejas, apartando a las ovejas negras de sí misma."

Dado que esa ideología es una realidad hoy absoluta, no fue de extrañar que en la Sala Villarroel se alinearan de un lado y con mucha claridad, los psiquiatrizados de un lado y la psiquiatría alternativa, mejor dicho los psiquiatras que cuestionan la tradicional, del otro, soportando a duras penas la etiqueta que también les han colgado y que sabe metamorfosea la psiquiatría para una mejor dominación. Sin embargo, fue un encuentro, en el que mil personas dijeron lo que deseaban y tan libremente que se pudo con la realidad maniquea de los hechos aparentes. El psiquiatra es de extracción burguesa, pero algunos se están moviendo.

En "La Tapia del Manicomio", Gentis dice: "Si ser psiquiatra hoy tiene algún sentido, es el de desvelar a la gente y no sólo en los enfermos, todo tipo de trampas, espejismos, alucinaciones y demás engaños que los oprimen. De manera individual o en grupo. A granel o en detalle."

Basaglia acusa a la psiquiatría de siempre: "Las nuevas terapias se transforman haciendo del control y la curación una nueva manera de dominar y reprimir. Las instituciones, es cierto, tienden a abrirse, pero en una sociedad totalmente institucionalizada. Técnicas totalizadoras como la fábrica, el manicomio, la cárcel, la escuela y la familia, se encuentran al mismo nivel represor."

EL PODER DEL PSIQUIATRA

En una urgencia y con la firma de dos psiquiatras y un familiar, se puede internar a una persona en un manicomio. La propiedad del psiquiatra —por la que ha cambiado siete años de su vida— es la de sus conocimientos de la sintomatología y como ésta le viene dada por el loco, se apropia de su cuerpo.

Hace poco, en una cárcel de nuestro país, y después de que los reclusos decidieran cortarse las venas y estómago, protestando por el tratamiento de que son objeto, el médico de la prisión intentó curar a un preso y éste le soltó: "No me toque. El cuerpo es mío."

El primer paso es robarle el cuerpo a los que nos oprimen y en su defecto, robarlo simbólicamente, exigiendo al médico una explicación constante del diagnóstico y tratamiento a seguir. Por eso Basaglia descubre a los estudiantes que fueron a verle en el Clínico que, cuando el enfermo pide información no se le da, porque al psiquiatra sólo le queda una posibilidad: el diagnóstico. En cuan-

to el que ha tenido la mala suerte de quedar indefenso, entra y se le identifica, por ejemplo, como esquizofrénico y se le trata como tal, es decir como quien no es. Se vino a decir que, en el campo de lo psíquico —por no decir más— no se puede ni se debe establecer generalizaciones o abstracciones operativas, aunque la sintomatología sea clasificable y a la mayoría le dé el ataque irresponsable de clasificar también sus causas. El psiquiatra se convierte así en hechicero para hablar con la locura a espaldas de ese minusválido en que ha convertido al loco.

Pero últimamente la cosa va mejor. Los locos ya no asustan, ahora son enfermos, pobres-locos-pobres —según donde se sitúe el observador cuando el sujeto permanece bien sujeto— y a los delincuentes no se les odia tanto, han nacido así. La cárcel y el manicomio se parecen en la realidad de sus estructuras y en la violencia que se desarrolla en ellas. Lo que pasa es que ya se habla de la amnistía para los presos, pero el derecho que cualquiera tiene de andar por la calle, no le ha llegado al loco, ni a la tapia.

En un país subdesarrollado la psiquiatría oficial está en mantillas —porque por aquí ya anda en pastillas—, por eso se llama aún tortura. El que las cadenas sean reales o simbólicas no es muy diferente, más que para el que sufre las reales. La finalidad primera sigue siendo la protección del grupo dominante, contra todo diferente que denuncie una sociedad asocial. Al loco pobre se le encierra, al más pudiente se le psicoanaliza y al poderoso se le reconocen malos días y un carácter fuerte, despótico, cuando impone por la fuerza su locura. El haz que atraviesa esa estructura es económico y se basa en una sola ecuación, convertir al loco en un trabajador, aunque militante.

Sobre el loco se ejercen impunemente —es decir sin él— dos torturas, la psiquiatrización, como simple medio de apartarlo de la comunidad y la medicalización que, por no atender al entorno que le produce una respuesta fuera del código tenido por normal, no es más que una ampliación del control psiquiatrizante, que cercena toda articulación que exija otro tratamiento que no sea de su especialidad específica. En este estado de cosas, preocuparse ahora por el enfermo patológico es querer desviar la cuestión y retrasar el esclarecimiento de lo que oculta la psiquiatría no cuestionada.

Después de internar al urgente se sigue un proceso legal, criptográfico para el profano, en el que se decide sin consultarle si va a salir o no. La ley tiene a tal efecto tres ámbitos: el privado, el social y el criminal. La familia, habiendo o no internado a la persona indefensa, solicita del juez su declaración de incapacidad —esta posibilidad permite a muchos ocultarse en el manicomio, cuando las cosas andan mal y se es responsable—. La ley nombra una especie de Consejo de Familia, formado por el cónyuge o en su defecto, los parientes que tengan derecho a sucesión, "abientestato" (sin testamento).

Con un reconocimiento médico se decide qué hacer. Estando, de una parte, los familiares y del otro un estamento que verifica oficialmente los hechos —que el loco molesta en casa—, sin conocer directamente, es decir, en propia carne, como si los conoce el que va a ser privado, aún más, de sí mismo, es fácil deducir que tales peticiones llegan a buen fin en la mayoría de los casos.

Cuando ya ha pasado algo, llegamos al ámbito de lo social y en él, la realmente familiar Ley de Peligrosidad Social. Una vez detenido e ingresado, en espera de las Medidas de Seguridad —como esta ley sutil llama a la condena—, el interesado-desinteresado pasa de dos a tres meses hasta que se decide si se queda en la cárcel o pasa a otra, ya que los recomendados centros de rehabilitación o no existen —uno en Carabanchel— o se le hace un favor dejándole donde está, es decir en la cárcel, donde al menos se estipula un tiempo. Cuando pasa algo gordo, caemos en el ámbito del Código Penal y en él leemos el artículo 8, llamado "La Eximente Completa". Dice seriamente así: "El enajenado y el que se halle en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado a propósito para delinquir." Se entiende que el criminal quedará eximido de su responsabilidad, haciéndolo enfermo mental. Todo para seguir obedeciendo la norma, trabajando y tragando bilis, en silencio, que de muy mal gusto es hacer ruido o sacar de su vista todas las referencias, volviéndolo loco en el manicomio.

Pero así como en nuestro país la psiquiatría empieza a

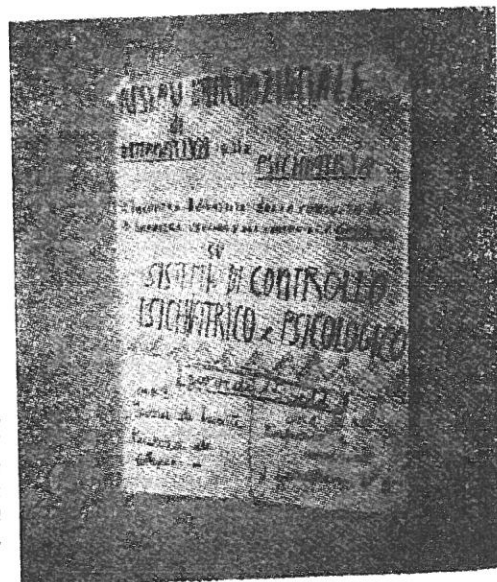
hacer ruido, tampoco la ley da en abundancia, la Eximente Completa a aquellos que incurren en delitos considerados criminales. Hoy por hoy, si peligroso es estar loco, por lo que la propia locura amenaza la vida, más lo es estar entre semejantes, donde cualquier interrupción puede ser normalizada, mediante leyes que, si bien al principio pudieron ser legisladas con buena voluntad, con el tiempo y sin el elemento humano —como si sin él quedase algo— se convierten en unas expectativas de castigo demasiado generales, que hablan tanto de lo que no se puede, que hay que desarrollar una tremenda imaginación, para lo que llamamos ya sobrevivencia.

Pero no se preocupen, si el loco no viene a nosotros, nosotros iremos a él. La práctica alternativa de la psiquiatría territorial, es decir, acompañar al loco, allí donde se manifestó su locura, tiene un peligro; tirar las paredes del hospital y convertir a la sociedad —como ya es culturalmente— en una conglomeración psiquiátrica, donde llegarán los especialistas organizados con suma facilidad. La pregunta sigue siendo, ¿qué pasa con todos los actos de ayuda y defensa, que nos los devoran y se erigen en una represión más?

Basaglia une su voz a la de Bonnaté, que dijo: "No se trata ya de un problema técnico, sino de una posición que cada uno debe adoptar; la de la complicidad o la de la verdad de la acción."

DAR LA VOZ AL LOCO

Basaglia recoge unas declaraciones de J. P. Sartre y las compara a la psiquiatría. "La palabra conserva su ambigüedad, como palabra que al mismo tiempo modifica aquello a lo que se refiere (y entonces la psiquiatría tiene que ser una ciencia que actúe directamente sobre el enfermo,



Octubre 77:
Encuentro
internacional
de
alternativa
a la
psiquiatría.

como aquello a lo que debe referirse el análisis psiquiátrico para modificarlo), o se toma un solo polo de la ambigüedad y se hace por un lado literatura (discutiendo acerca de las clasificaciones y los síndromes) y por otro un análisis emocional del enfermo y la precaria situación en que se encuentra. Por el contrario, rechazando tanto la estéril literatura psiquiátrica, como la estéril relación puramente humanitaria, se siente la exigencia de una psiquiatría que constantemente verifica su validez en la realidad y que encuentre en la realidad, los elementos de discusión para discusión, para discutirse a sí misma."

Y al único ser capaz de salvarse a sí mismo, ya que no a la psiquiatría, se le ha enmudecido. El loco hace en su persona verificables los conocimientos. Sin él la psiquiatría es, para los que quieren verlo, un cuento. En la facultad de Medicina del Clínico, el profesor Juan Obiols, como viene haciendo hace años, volvió a hablar, contestando a Franco Basaglia.

"El —señala a Basaglia— se resiste a la enfermedad y yo la sigo llamando enfermedad. A mí lo que me interesa es lo que se ve. Las demencias que producen hechos. Una serie de trastornos psicóticos que nadie puede discutir.

La psiquiatría ha querido regir la Humanidad. Ciertos psiquiatras —y no cesa de mirar a Basaglia— se han pasado. Es la megalomanía auténtica. Los trastornos engendrados por la sociedad no son para los psiquiatras. Un psiquiatra no sólo ha de ser humilde, sino un buen técnico, para un ciudadano enfermo. Para hacer auténtica psiquiatría, hay que hacer una crítica institucional, pero también hay que hacer psiquiatría en las camas. A ver si esta generación, o la que viene, consigue cambiar la faz del mundo. Pero bueno. No creo que hayan venido a escucharme a mí."

A la mayoría de los sobrevivientes a la vieja etapa histórica, que asoló el suelo que pisamos, no les hace falta nuestro especial leer-entre-lineas. Pocos discursos son tan unitarios y necesitan tan escasa explicación. Suerte que las máquinas a las que todavía nadie suspende cuando se rebelan, borraron con el foco del carrusel la cara sonriente y amable del Profesor Obiols. Acto reído hasta el límite de la identificación personal, por todos. Se respiraba algo más que la travesura de unos estudiantes, había un sincero sentimiento de vergüenza y perplejidad, ante Basaglia, por parte de los que aún estudian abstracciones, que corren el riesgo de convertirlos en "buenos técnicos para cambiar la faz del mundo, ésta o la próxima generación". La contestación de Franco Basaglia no se hizo esperar.

"Está bien, Obiols, que digas eso, porque es la realidad de hoy. Pero, no te ofendas, yo te combato. La cosa es que yo espero que tú cambies."

"Yo creo que he cambiado bastante", cierra el Profesor Obiols.

"Pues hay que cambiar aún más", abre Basaglia.

Estancar el conocimiento. Esa ha sido la coartada de toda la vida. De un lado, el psiquiatra con su lenguaje, y del otro, el loco con el suyo. Y así el psiquiatra espera, pacientemente, puesto que él no está encerrado, que el otro se cure.

"El enfermo no tiene la palabra —insiste Basaglia—. Si el enfermo habla, ¿cómo lo vamos a curar? Cuando el enfermo pide información no se le responde, porque el médico es un ignorante. Hace falta dar la palabra al loco, cuando la tenga; el médico ya no podrá responder institucionalmente."

Es preciso traer aquí una frase de Alicia Roig, psiquiatra que trabaja en el campo de la higiene mental territorializada; es decir, junto al enfermo y en su medio ambiente, publicada en el trabajo "Centro de higiene mental en Cornellá". Roig habla de la psiquiatría alternativa como de una búsqueda de nuevas formas asistenciales en la comunidad. "La psiquiatría debe proponer, no sólo la apertura y destrucción del manicomio, sino cuestionar la medicalización; es decir, la capacidad del técnico en producir ideología incorporada a su acto terapéutico. Por ejemplo, en la transformación tan común del sufrimiento en enfermedad."

Se dice, el loco es un niño, sufre y dado que no tiene la palabra se expresa guturalmente, con gritos, quejas y llanto, en una suerte de lenguaje preverbal, al que ha sido reducido por los guardianes.



Trieste: Entrada al teatro

Por eso, sólo aparentemente, es una locura comparar un manicomio con una maternidad. Cosa que han hecho tres doctoras, en la obra "Alternativas a la asistencia psiquiátrica".

"El enfermo es un ignorante de lo que pasa. El psiquiatra tiene el conocimiento y lo defiende. Así el lenguaje técnico utilizado por los médicos se convierte en fantasmas terroríficos que no se diluyen, porque no se formulan las aclaraciones correspondientes al estado real del loco."

Al presentarse ante el médico, el enfermo-ignorante se establece un vínculo, fundamentalmente a partir del dolor y de la ausencia de preguntas al profesional, que lleva a un sometimiento absoluto de las orientaciones y recetas.

La diferencia económica es la diferencia. El médico suele pertenecer a una clase superior, más culta, que trabaja en una especialidad, mientras que el enfermo está solo y sobre todo no trabaja. El médico psiquiatra se erige como la figura paterna a la que hay que respetar y obedecer. "El diálogo se convierte en un vehículo de transmisión de un monólogo que promueve Alguien, que está presente y simultáneamente fuera de la relación. Ese Alguien es un Sujeto, un Otro, un Discurso, que permanece constante, repitiéndose en diálogos ya formalizados en muchos lugares; familia, educación, instituciones."

Si quieres un consejo, no sigas ningún consejo. El médico-psiquiatra da, a lo sumo, consejos. Una manera inmediata de equilibrar la balanza de lo que nos quita, es preguntarle (como niños confinados a la ignorancia de lo que pasa por nosotros), el porqué y tratar de conservar el cuerpo fuera del alcance de las instituciones.

ESTA LOCO. SE CREE QUE ES TARZAN

En una sociedad esquizofrénica el espejo es pieza fundamental en la identificación del sí-mismo. Pero hay maneras y maneras. Por un lado va el psiquiatra en línea recta, implacable con su mochila de etiquetas, cual papá Noel de Navidad eterna, y del otro, el loco deambulando, haciendo eses, sentado al borde del camino. En un desliz, el loco es sorprendido. El vector fálico de la psiquiatría hace posible un único encuentro: el choque. El loco es reducido, detenido en el camino, petrificado el movimiento y sujeto de y a la etiqueta que lo hace inquilino del hospital general. La manera es la del psiquiatra que se acerca transversal y hace de espejo paralelo durante el camino sinuoso del enfermo. Se sienta con él al borde de su camino recorrido-aún-por-recorrer, se toman unas palabras juntos y se arriesgan a borrar las huellas, para pisar fuerte, por su propio pie, en el riesgo de la locura en libertad, donde no hay trazo alguno que indique cuál de los dos desnudos lleva.

El último gesto de poder es abdicar de él. En la Sala Villarreal de Barcelona no se batió en broma la palabra compañero. "Unos cuantos trabajadores de la salud mental, no institucionalizados, desvelan los misterios escondidos en el confesionario de la psiquiatría." Eso dijo uno de ellos.

Salvar la acción porque es la única a la que no se le pueden clavar carteles propietarios. Eso saben los locos que hoy viven en sus casas, a los que no se les olvida la cara de Basaglia, desde el día en que abrió las puertas del manicomio. Hoy, en el Hospital Psiquiátrico de Trieste, quedan, de los 1.200 pacientes que había, los siguientes: sesenta que son ya muy mayores para irse (alrededor de setenta y cinco años); trescientos que no saben adónde ir, y sesenta que ya viven en apartamentos autogestionados, construidos dentro del manicomio.

"Insertado en una comunidad terapéutica, el enfermo no es enfrentado con una figura protectora o amenazadora. El enfermo se encuentra solo, pero entre otros enfermos. El estado de regresión que siempre se produce al ser internado subsiste, pero en el hospital no hay coacciones, ni mortificaciones, ni tampoco la figura paternalista a la que abandonarse para destruirse. Está, eso sí, excluido, pero con otros excluidos. Ocurre lo que para el enfermo tradicional nunca había sido posible: la unión en grupos para defenderse de la institución."

No hay nadie a quien imitar u obedecer, pero hay un apoyo real entre los que están a un lado y a otro de la línea de la normalidad. Eso representa que el personal de la comunidad terapéutica se lleva a casa las contradicciones y se desencadenan en privado catarsis que de haber seguido constreñidas a la bata blanca se habrían remitido a las consiguientes alienaciones.

Según J. L. Fábregas, la locura oscila entre dos polos: la aglutinación de la locura social, concretada en un individuo que todo lo traga, y, excepcionalmente, el loco liberado o aquel que cuenta con elementos que le permiten poner en jaque al entorno. Fábregas, porque hay que dar los nombres, por sí la psiquiatría institucional, sale al paso del cuestionamiento hecho público, diciendo que han sido ellos, los organizadores, como si la denuncia debiera estar organizada. Los come-otros nunca han tenido ningún empacho en plantar sus nombres en todas las tierras.

Hay quien se pregunta para qué soltar a los locos. Vista la película de Bellocchio "Locos de desatar", nos preguntamos si, por ejemplo, a una mujer que llevaba treinta años recluida valía la pena soltarla para que se reintegrara a la otra institución, la familia. Los que se lo preguntan parecen olvidar que tenía las muñecas deformadas por los años en que estuvo atada, y que cada vez que se quejaba le enrollaban una sábana mojada en orín a la cabeza, y bien anudada al cuello, con la terapéutica intención de asfixiarla.

No hace falta decir que está mejor afuera, aunque vuelva a hacer de mujer, así como el loco, en su mayoría pobre, sale al exterior para hacer de militante. Los que han estado encerrados, podemos estar seguros, no se preguntan qué es lo mejor.

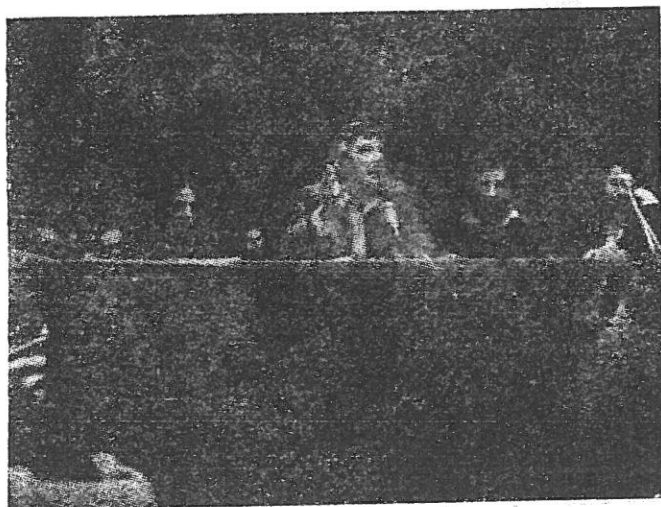
Las trampas son representadas por las abstracciones que el poder, ya como estructura inconsciente e impersonal, ha hecho suyas. Lo único malo que tienen las abstracciones es hacerlas leyes. La del sexo, raza, nación, ideología, edad y tantas otras existen, pero hoy son éstas las vehiculizadas en pro de la producción. Hoy negar las oficialidades es equilibrar la balanza y asumir las abstracciones olvidadas por rebeldes: viejos, mujeres, niños, pansexuales y locos.

Toda concreción profunda, hecha de lo cotidiano individual, es universal y escapa a todo manejo, incluso al de aquellos que la han protagonizado. A la larga, como si el tiempo no fuera un relativo, la psiquiatría se acaba. Y volviendo al principio, dejando que el discurso discurra, contestemos la pregunta inicial del qué hacer con los procesos de rebelión, que son devorados y codificados como nuevas represiones, diciendo que quizá sólo se puede vivir en el salto de lo histórico a lo único alternativamente y comerse la lana sin dejar rastro.

S. de A.

BIBLIOGRAFIA

- "Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial", Franco Basaglia y otros. Barral Edit. Barcelona.
 "¿Qué es la psiquiatría?", Franco Basaglia. Guadarrama.
 "Los síntomas de la salud", Silvia Leonor Alonso. Marta de Brasi y Diana García. Edit. Cuarto mundo. Argentina.
 "Manual crítico de psiquiatría", Giovanni Jervis. Anagrama. Barcelona.
 "Política de la psiquiatría", J. L. Fábregas y A. Calafat. Editorial Zero.
 "Gramática de la vida", David Cooper. (Editorial ¿Ariel?)



Sala Villarreal: Basaglia, Roig y Fábregas

La Fontana Mayor



VICTOR
HUGO /
CARLOS MARX

Napoleón
el Pequeño /
El 18 Brumario
de Luis
Bonaparte

NAPOLEON EL PEQUEÑO y EL 18 BRUMARIO son las dos caras de un mismo acontecimiento histórico: la toma del poder por parte de Luis Bonaparte, y el establecimiento del Segundo Imperio francés.

Si bien la obra de HUGO es la historia, casi novelada, de aquel hecho, llena del arrebató propio del gran romántico galo, EL 18 BRUMARIO es el estudio preciso de los fundamentos sociales y económicos de dicho poder dictatorial.

—oOo—

La fontana literaria



NIKOS
KAZANTZAKIS

Simposio

No se puede entender a Kazantzakis sin leer esta obra, que resume todo el meollo de su pensamiento con hondas referencias platonianas.

**Ediciones
Felmar**

Juan Hurtado de Mendoza, 9
Teléfs.: 403 11 38 - 403 12 15
MADRID - 16

Psiquiatría española: Una "contestación"

Juan BAEZ

La psiquiatría depende de una ideología que ha de tener unos supuestos filosóficos. Estos supuestos, en nuestro país, tienen su origen en 1939, con la creación, por parte de los nacionalistas, de una «nueva» psiquiatría, calcada del idealismo alemán de los años 30-40. Se caracteriza por su sistematización, su espiritualismo, su estatismo y su cierre ante cualquier nuevo movimiento. Es una psiquiatría derivada de la concepción neo-kantiana, positivista y mecanicista, basada en el pensamiento científico-natural de E. Kraepelin, pensamiento que se asienta sobre la idea de una psicología cuantitativa de las asociaciones que considera las alteraciones de raíz orgánica como la causa de las alteraciones psíquicas, las cuales están claramente definidas y tipificadas en diversos síndromes psicopatológicos y nosológicos.

Esta ideología ha permanecido inalterable hasta hoy, aunque oficialmente se modificó en 1955 con la creación del PANAP. La verdad es que tanto los manicomios como los intereses de sus dueños no se cambiaron en nada y se aumentó el caos organizativo en la salud pública. Seguía plenamente vigente ese cientifismo dogmatizante cuyo fin era el de ocultar y justificar las lacras de una sociedad burguesa que se niega a aceptar la irracionalidad de sus estructuras asentadas sobre la desigualdad y las contradicciones de sus clases antagónicas. Para mantener el orden social se cuenta con los manicomios, los cuales, mediante la psiquiatría científica, tremendamente psiquiatrizadora en el sentido de que es tipificadora, deformante y marginadora, consigue hacer que desaparezcan los síntomas, pero sin ocuparse de las razones que provocaron esos síntomas. Así, el loco seguirá indefinidamente en el manicomio hasta que el diagnóstico del psiquiatra decida su «curación».

Resulta significativo el hecho de que los enfermos irrecuperables, los que ingresan en el manicomio, son los de las clases sociales más pobres y todos los que definen su incapacidad para integrarse en los sistemas de producción, mientras que las clases sociales con posibilidad para pagarse un largo y costoso tratamiento privado nunca padecen procesos irreversibles, lo cual hace innecesaria su internación. De esta situación el «abnegado» psiquiatra que se dedica a la curación de los «recuperables» obtiene sustanciosos beneficios económicos.

A raíz de los grandes y bruscos cambios socio-económicos acaecidos durante la década de los 60 se produce una creciente necesidad de organizar y modificar completamente la asistencia pública, por ello, en 1971, se produce el conflicto del Psiquiátrico de Oviedo, al que seguirán los de Madrid, Barcelona, Huelva, etcétera... Todos parten de la idea común de ser útiles verdaderamente a las necesidades de la comunidad, en lugar de seguir al servicio de los intereses de la clase dominante. De todos estos conflictos surgen unos planteamientos renovadores, pero es un movimiento sin ninguna coordinación individual; cada uno realiza, con unos planteamientos teóricos parecidos, una práctica en muchos casos similar, por ello puede considerarse como una alternativa real y conjunta con unos presupuestos teóricos y prácticos similares, aunque realizada individualmente. Estas bases ideológico-asistenciales pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

● Una «Psiquiatría comunitaria», para lo cual es necesario salir del manicomio, dada la función represora y dominante que ejerce este tipo de establecimientos, que permanecen estrechamente ligados a la ideología dominante y a su estructura social, de tal

manera que siguen utilizando la locura en la lógica de la explotación y el privilegio.

● Para realizar la salida del manicomio es necesario un enfoque liberador de la locura y de su tratamiento, así como un replanteamiento de la función social del técnico, junto a un planteamiento de la conjuntura política y económica del país.

● Del manicomio se sale con el fin de introducirse en la comunidad como único medio de conocer al loco en su ambiente, puesto que la locura no es algo que pueda aislarse o excluirse. La locura se produce en un lugar a causa de unos conflictos sociales y únicamente puede solucionarse allí donde surge. Pero para introducirse en la comunidad hay que olvidarse de los cauces oficiales y recurrir a los auténticos representantes de la comunidad.

● El trabajo no puede ser centralizado; por ello, en cada barrio se instalarán dispensarios en lugares diferentes, con el fin de absorber toda la demanda. Estos dispensarios deben trabajar en constante colaboración con las entidades ciudadanas, de modo que el dispensario se sienta parte integrante del barrio. Estos dispensarios, y en general toda la estructura sanitaria, han de regirse por un efectivo control democrático, que en el caso del dispensario es posible mediante una asamblea diaria y conjunta de locos y trabajadores de la salud mental.

● Es muy importante la información, que se puede hacer mediante coloquios con los vecinos, con lo cual se tiene un contacto directo y una confrontación que permiten modificar la técnica y ponerla al servicio del pueblo con una función, a la par que liberadora, de defensa; es decir, se trata de evitar la dirección anticientífica, burocrática y tecnocrática que han hecho de esta práctica uno de los medios más sutiles de represión y control en los países capitalistas más avanzados. Se explica este fenómeno porque una psiquiatría comunitaria sin participación del pueblo, realizada únicamente por la clase dominante, aboca a una psicologización de la población con conductas «desviadas», dado que la comunitaria llega a todos los rincones del barrio, incluso a los hogares, con lo cual se puede detectar e identificar los problemas, «desviaciones», de la misma población.

● El trabajo ha de ser de equipo, desjerarquizado, con igualdad de roles y división por igual de todas las labores, sin que nadie puede considerarse imprescindible.

● Para que pueda realizarse el cambio ha de ser paralelamente en el manicomio y fuera de él, con un programa asistencial global y unos proyectos político-sociales. Además es necesario un proceso de sensibilización pública y sobre todo un urgente cambio en la práctica sanitaria que incluya estos servicios en los programas de sanidad pública, que estén subvencionados por el estado. La posibilidad de alcanzar estos objetivos está por igual en manos de los trabajadores y la salud mental, de los locos, las familias, los administradores y las diversas estructuras sociales.

Razones de espacio me impiden realizar un análisis más detallado de las diferentes experiencias que se están realizando en nuestro país, las cuales responden a una necesidad objetiva de una nueva organización de la salud mental, como ocurre en los países capitalistas más avanzados, aunque de momento la transformación del manicomio es política y administrativamente imposible, pero social y económicamente necesaria.

Encuesta

Tres experiencias con esperanza

OZONO ha enviado este cuestionario a algunos de los psiquiatras que considerábamos más representativos en la elaboración —sobre todo práctica— de las alternativas psiquiátricas. Somos conscientes de que algunos no han podido llegar por falta de tiempo. Los que sí han llegado están ahí.

PREGUNTAS

- 1) Rasgos más definitorios de vuestra práctica, frente a la psiquiatría tradicional.
- 2) Problemas concretos a que os habéis enfrentado: institucionales (Administración del hospital, Diputación, Gobierno, etcétera), sociales (micro-grupos de los pacientes, etc.) y otros. Enumerarlos brevemente.
- 3) ¿Se pueden observar resultados prácticos del cambio de dirección de la terapia?
- 4) Posibilidad de vuestra alternativa psiquiátrica en la situación política española actual.

Enrique González-Duro
(Hospital de Día, Madrid)

Asumir la locura, no reprimirla

1. Mi práctica profesional trata de ser consecuente con determinadas concepciones teóricas sobre el padecer psíquico. A mi entender, el fenómeno social de la locura deriva de una relación de poder, por la que los más poderosos (familiares, policías, médicos y demás "agentes" de control social) sancionan negativamente a otros más débiles (en la familia, en la estructura social y en las relaciones de producción), cuya conducta se estima "peligrosa" para el orden establecido o inadecuada a los valores impuestos a la sociedad por los intereses de clase dominante. De ahí mi oposición a la falsa antítesis entre locos y "normales", instituida por una sociedad clasista y alienante que reprime tecnocráticamente a los minorías disidentes, y mi rechazo a una psiquiatría cientifista que reconvierte la locura en "enfermedad mental", subsiguiente a un supuesto proceso interno del individuo, sin conexión con las circunstancias del entorno social.

El fenómeno humano de la locura lo entiendo como la expresión personalísima y aislada de la subjetividad de una persona sobre la que han incidido opresivamente las contradicciones de su contexto sociofamiliar. En consecuencia, en la praxis me oriento hacia una psiquiatría alternativa que concienzamente la situación social del paciente y lo libere de las cadenas externas e internas que le han oprimido irracionalmente hasta el punto de haberle enloquecido.

Desde hace tiempo mi opción está por una psiquiatría pública, que habrá de estar al servicio de las necesidades psicológicas de las clases trabajadoras, preferentemente. Para ello será preciso un marco institucional radicalmente opuesto

al del manicomio: un espacio terapéutico mixto, abierto y comunitario, donde los pacientes acudan voluntariamente, convencidos de que sus padecimientos podrán ser aliviados con la ayuda de un equipo técnico coherente que renuncie a cualquier instrumento coercitivo o manipulador, así como al monopolio del saber-poder psiquiátrico, en beneficio de los derechos humanos de los pacientes. El objetivo será una institución alternativa que no reprima o anule la locura, sino que, al contrario, la acepte y la asuma, para comprenderla en sus motivaciones psicosociales y superarla racionalmente. Y ésta es la vía en que estamos empeñados, no sin contradicciones y dificultades, desde hace unos cinco años, los que trabajamos en el "hospital de día" de la Ciudad Sanitaria "Francisco Franco", de Madrid, ayudados muy activamente por todos los pacientes que han pasado por ahí.

2. Mi primer y más grave enfrentamiento con la administración del hospital general en que trabajo fue en el verano de 1971. Por entonces la administración había decidido, unilateralmente, deshacerse de todo el Servicio de Psiquiatría, que tenía un gran capacidad funcional, para reubicarlo en el manicomio "Alonso Vega", funcionalmente incapacitado para una asistencia comunitaria. Era un disparate que los trabajadores del Servicio no podíamos aceptar resignadamente. Por lo que, una vez "agotados" los consabidos cauces legales, la gran mayoría de los trabajadores hicimos un doble encierro. A los pocos días, la policía nos expulsó y ocho psiquiatras fuimos despedidos por decreto del presidente de la Diputación, lo que provocó un gran escándalo, un imponente movimiento solidario en los más importantes centros hospitalarios del país, el espectacular apoyo de casi toda la prensa y la simpatía de amplios sectores populares. En conflicto se ganó y con creces: los despedidos fuimos readmitidos, el Servicio no fue trasladado e iniciamos unas negociaciones con la Diputación para la reorganización de la asistencia psiquiátrica, aunque los acuerdos logrados no serían luego cumplidos por la administración.

Tras el conflicto comenzamos a liberalizar y a abrir las estructuras asistenciales del Servicio, y algún tiempo después se creaba el hospital de día, de cuya puesta en marcha fui encargado, con unas condiciones materiales muy precarias. Pero al cabo de un año, el jefe del Servicio, que no había participado en la reforma iniciada, y aprovechándose de ciertas rencillas internas, frenó de un modo despótico y arbitrario el proceso liberador, y pronto la asistencia regresó a niveles anteriores, sin que las resistencias opuestas diesen esta vez resultado.

Pero, milagrosamente, el hospital de día quedaría indemne y con los mismos planteamientos ideológicos, aunque sometido, desde entonces, a un reiterado hostigamiento desde fuera, en una situación de semibloqueo dentro del Servicio de Psiquiatría y de conflicto larvado permanente, estando en ocasiones en trance de desaparición. Pese a todo, y con muy escasos apoyos, ha logrado sobrevivir, y últimamente la constante amenaza que pesaba sobre el hospital de día parece haber desaparecido.

Por otra parte, el reto que la conflictividad de los pacientes, en régimen de libertad, nos ha planteado ha resultado siempre apasionante, aunque nunca ha supuesto un serio obstáculo en la dinámica institucional. Todo lo contrario: los pacientes han sido los más interesados en mantener en pie una institución que no les reprime y de la que se sienten partici-

pes. Sus actitudes críticas hacia el equipo técnico y su activismo comunitario han contribuido decisivamente a la configuración del hospital de día como una estructura terapéutica, dinámica y viva, con capacidad para superar las más graves contradicciones habidas y para elaborar día a día su propio discurso teórico y práctico.

3. Los resultados prácticos de una alternativa psiquiátrica concreta son difíciles de apreciar, porque se han de rehusar los métodos convencionales de la psiquiatría tradicional. Clásicamente, los criterios de curación de los enfermos mentales son muy claros, pues consisten en la simple desaparición de determinados signos y síntomas patológicos. Pero esto no vale para la psiquiatría alternativa, que considera al loco como una persona con una gran complejidad humana, difícilmente cuantificable.

Puedo decir que nuestro hospital de día "cura" bastante menos a la gente que cualquier institución tradicional. Porque en ésta el paciente no confía, sólo quiere salir cuanto antes, y pronto aprende a obedecer al médico en todo, incluso le obedece en "curarse" lo más pronto posible; entonces es dado de alta, él se va loco de contento y no se le ocurre plantearle más problemas al médico. Pero en una institución abierta y comunitaria, el paciente confía, no tiene prisa en salir y plantea cada vez más problemas de todo tipo: psicológicos, familiares, laborales, etc., no siempre fáciles de resolver.

No obstante, nos sentimos medianamente satisfechos de haber atendido a más de 800 pacientes, muchos de los cuales, de otro modo, hubiesen sido internados en manicomios, con la consiguiente privación de libertad y "opresión terapéutica". En el hospital de día los pacientes se sienten personas, libres y protagonistas de su propia "curación", y cuando salen de alta no se van con alegría, sino con pena, y parece que se comprenden mejor a sí mismos, comprenden más a los demás y se defienden mejor que antes de los obstáculos que encuentran en la vida social "normal".

4. La supervivencia del hospital de día, a pesar de las precarias condiciones y de las múltiples contradicciones en que se ha tenido que desenvolver, prueba, a mi parecer, que la alternativa psiquiátrica que lleva implícita es perfectamente viable en la actual situación sociopolítica española. Y no sólo eso, sino que pienso que es generalizable, ampliable y, por supuesto, mejorable.

José García González
(Santiago de Compostela)

Dotaciones, autonomía, democracia

1. Yo diría que mi práctica, concretada en diversos momentos y lugares, pretende la transformación institucional, la negación del manicomio como supuesto instrumento de ayuda o terapéutico, y evitar que se reproduzcan nuevas instituciones con la misma lógica o funcionamiento. Frente a la actitud descriptiva, al enfoque individual, al biologismo reduccionista propio de la psiquiatría tradicional, considero que la enfermedad mental —además de ser un fenómeno instrumentalizado por la clase dominante— debe ser entendido como una expresión de las contradicciones sociales que a través del lógico proceso de mediación tienen su concreción en la vida real de las personas. Una práctica consecuente con ese principio ha de basarse en una acción que no propicie el aislamiento —la marginación— del individuo, que no lo separe del lugar donde vive y trabaja, que no lo abstraiga de las relaciones sociales que mantiene. El aspecto preventivo y, por tanto, fundamental de esa práctica tiene necesariamente que englobar a las estructuras que integran la realidad social, debe ligar el proceso de la enfermedad al trabajo, la familia, la escuela y a otras instituciones sociales; la elaboración, la teorización del fenómeno de la locura y de la problemática asistencial nos remitirá obligadamente al cómo y al porqué de todas esas relaciones e instituciones. En el terreno más concreto e inmediato habría que dotarse de una organización asistencial que permita dar una respuesta global (preventiva, asistencial, de reinserción, sin falsas divisiones)

a la problemática de la enfermedad allí donde ésta surja, lo que obliga a delimitar áreas de población que cuenten con servicios propios y suficientes para atender las demandas que se produzcan. Áreas con capacidad y autonomía para evaluar sus necesidades y ejecutar los planes. Se trata de evitar que se impongan decisiones elaboradas lejos de aquella realidad, de impedir que bajo aparentes criterios o necesidades técnicas se desplace a las personas (a centros especiales, dentro de larga estancia, etc., etc.), encubriendo su marginación.

Habría que contar con equipos asistenciales, organizados de acuerdo con su práctica y dotados de una formación básica para incidir positivamente en el proceso de liberación del enfermo. Se trata de estructurar los servicios y la organización de forma democrática, con participación real de los usuarios, creando un marco que permita a los trabajadores de la salud y a los movimientos de base debatir constantemente las demandas que surgen y la práctica que se desarrolla, que permita intercambiar y contrastar los elementos que cada sector aporta en función de su realidad social. Se trata, en fin, de acabar con el ocultismo, de desmitificar la omnipotencia con que se cubren múltiples procederes psiquiátricos, de hacerlos transparentes.

2. Ha habido una serie de problemas que de forma resumida expondría así:

a) Los derivados de la gestión despótica y autoritaria de la Administración franquista en sus diversos niveles. Su incapacidad para afrontar los problemas con talante negociador transformó los conflictos en duras confrontaciones que resolvieron mediante la represión y la liquidación de importantes procesos de transformación.

b) Las actitudes de grupos de presión que manejando de forma sensacionalista la ideología reaccionaria y los prejuicios existentes sobre la locura intentaron crear pánico y desconfianza en la comunidad y boicotear experiencias.

c) Dificultades ligadas a las limitaciones de una legislación psiquiátrica inadecuada y sobre todo a la ley de Peligrosidad Social.

d) La modificación de actitudes en grupos del personal sanitario, faltos de información y formación, a los que la administración contrata para funciones custodiales y de vigilancia.

3. Yo pienso que los resultados positivos en las experiencias de alternativa fueron hechos evidentes y fácilmente constatables. Cito algunos: disminución del número de internados, modificación fundamental de la vida institucional, abo-



ción de prácticas claramente punitivas, disminución de la necesidad de realizar internamientos, desarrollo de acciones preventivas que permitieron modificar situaciones sociales alienantes.

4. La viabilidad o no de una opción en el terreno de la salud mental y de la sanidad en general es un problema que traduce la correlación de fuerzas entre las clases sociales. Por el material que yo conozco, referente a ley de salud, parece obvio que el partido del gobierno pretende imponer una opción que nada tiene que ver con lo que preconizamos aquí. A juzgar por estos elementos, parece que no se pretende otra cosa que rentabilizar más y lavarle la cara a la situación asistencial actual. Yo pienso que en esta situación política los objetivos deberían dirigirse a lograr una democratización real de las instituciones y de la organización asistencial y a evitar que el gobierno imponga un modelo que frene la transformación de nuestra situación asistencial o que la haga irreversible por mucho tiempo.

Amador Calafat Far
(Hospital Psiquiátrico, Mallorca)

Las paredes no caerán solas

1. Teniendo en cuenta que mi labor está actualmente bastante centrada al trabajo manicomial, mi empeño a corto plazo está en demostrar —junto con algunos otros compañeros— cómo es posible otro tipo de hacer las cosas dentro del manicomio. La psiquiatría clásica confunde demasiadas veces lo que es el resultado de la institucionalización de los pacientes con lo que cree consecuencia del proceso natural de la enfermedad que padecen. Es necesario cambiar la lógica institucional y ayudar a que vuelvan a ser pensados todos los hechos institucionales desde otra perspectiva. Me refiero a redefinir realidades institucionales concretas, como son el significado que tienen para la institución los pacientes crónicos, las salidas y permisos, el contacto con los familiares, el empleo de los medicamentos, los electrochoques, etc., así como realidades menos concretas, como pueden ser la enfermedad mental, función de cada uno de los estamentos de la institución (por ejemplo, el psiquiatra clásico suele ser alguien que raras veces conoce los problemas del pabellón donde trabaja y se limita a entrevistar a los pacientes individualmente en su despacho), relaciones de la institución con la comunidad a la que sirve, etc. En definitiva, la labor institucional consiste en lograr el cambio a partir de detectar los mecanismos que actúan para que la institución se perpetúe. No se puede ser ingenuo en este campo, y las posibilidades de cambio siempre son distintas en diversos lugares y en momentos históricos distintos. Existen contadas experiencias de cambio que sean realmente exitosas, si bien tampoco se puede esperar que las paredes del manicomio caigan solas. Raramente se da la circunstancia de un equipo suficientemente amplio de personas con la formación y la ideología precisa para realizar un cambio que vaya más allá del simplemente tecnocrático (teniendo en cuenta que hasta este tipo de cambio está, la mayor parte de las veces, más allá del umbral actual de tolerancia de nuestras instituciones).

A nivel de la comunidad intento, junto con otro grupo de profesionales, tomar contacto con los problemas de higiene mental que se plantean en su seno y trabajar la forma en que, en un futuro, conseguir desplazar el acento desde el manicomio a la comunidad. Básicamente trabajamos con alcohólicos, que creemos un buen puente hacia el resto de la problemática psiquiátrica y social.

Resumiendo, se puede decir que mi práctica está orientada hacia la psiquiatría social, dentro del marco institucional y comunitario, utilizando los elementos teóricos surgidos del psicoanálisis y de la sociología de la desviación.

2. La institución en que trabajo sufre del mismo pecado de tantas otras distribuidas por la nación. Los esfuerzos realizados se han concentrado especialmente al nivel de la estructura arquitectónica. Nuestra Diputación carece, por descontado, de la más mínima iniciativa en cuanto a lo que es una reforma psiquiátrica. El nivel de la institución sigue siendo, a grandes rasgos, custodial. Falta por completo personal formado. Hasta hace un año, para una población de 800 internados, había sólo cuatro médicos, y los que han contratado desde entonces lo han sido por dos horas diarias. Existe todavía ahora una sola asistente social, que además debe combinar su dedicación con otros centros dependientes de la misma Diputación. La conclusión es clara. Se intenta que la institución no camine. Pero quedó un resquicio importante por cubrir y ha sido el laboral. A partir de los «sirvientes» (así se llama al estamento más numeroso de la institución y que evidentemente cubre la mayor parte de las funciones) y del descontento por su sueldo (6.000 pesetas de sueldo base, percibiendo, con los pluses, 16.000), se han iniciado una serie de asambleas a las que se han ido agregando el resto de estamentos, desde donde se han planteado una serie de reivindicaciones tanto económicas como de mayor intervención de los estamentos en la gestión del manicomio. En el momento de redactar estas líneas existe una postura de fuerza muy definida con amenaza de huelga, dado que la Diputación demuestra —como tantas otras— su inoperancia, que escuda, como siempre, en cuestiones legales. Es difícil predecir el resultado de la crisis. Pero no cabe duda que va a servir para aumentar la conciencia acerca de la marginación que existe hacia el paciente psiquiátrico y el trabajador de la salud mental.

3. Es poco el tiempo —un año— que llevo trabajando en esta institución. No obstante, se puede decir que algunas cosas han cambiado. Se están valorando cada vez más la importancia del trabajo en equipo y las posibilidades terapéuticas de sectores no cualificados dentro de la institución. Se empieza a entender que mucha de la agresividad y de las reacciones del internado es fruto de las condiciones en que él está viviendo su internamiento; que la institución no tiene por qué ser receptáculo que pasivamente acepte los ingresos que se le traen; que con una mayor dedicación de personal la institución podría externar a muchos de sus internados, etc. En definitiva, se empieza a entrever la posibilidad de que las cosas pudiesen ser distintas de lo que han sido.

4. No cabe duda que el cambio político ya está favoreciendo el cambio institucional, desde el momento que estas cuestiones tienen más posibilidades de ser habladas, que la gente está perdiendo el miedo de gritar por las injusticias y que empieza a existir la posibilidad de que la sociedad cuestione a las personas o instituciones implicadas. De todos modos, tampoco hay que ser excesivamente optimista. Basta ver cómo se retrasa «sine die» la incorporación de la psiquiatría a la Seguridad Social, a pesar del aunamiento de la sanidad bajo un único ministerio. Además, un cambio político como el que realmente se está dando hasta ahora, que no cuestiona los estilos de vida de los individuos, es posible que haga muy poco para que la locura pueda ser reasumida por la sociedad que la ha producido y que la intenta marginar desde hace siglos.

Psiquiatrizados en lucha

Los manicomios crean locos

La locura y la asistencia psiquiátrica son temas cada vez más polémicos y con importantes implicaciones sociales sobre los que se ha hablado y escrito mucho.

Sin embargo, son pocas las ocasiones en que los propios interesados, es decir, los locos, han tenido oportunidad de expresar sus opiniones y puntos de vista.

El diálogo que exponemos a continuación es un extracto de una conversación llevada a cabo entre psiquiatrizados con diversa experiencia de internamiento en establecimientos psiquiátricos.

AL: "Mi experiencia personal transcurrió en el manicomio de Sevilla, en 1970. Aunque conservo muchas lagunas en mi memoria debido a los veinte o veinticinco electroshocks que me pusieron, recuerdo la impresión que me causó el ambiente de enclaustramiento que encontré. No podíamos hacer nada en todo el día sino someternos a una rutina cuyos únicos puntos de referencia eran las horas de comer y de dormir. Me hacían tomar muchas pastillas, engordé bastante y oadecía de estreñimiento. A la salida, mis padres eran los primeros que me miraban como a un bicho raro. Dentro del manicomio me llamó la atención encontrar a muchas personas con grandes valores humanos, pero que temían salir a causa de la actitud de rechazo de su familia y a las presiones sociales."

ED: "Yo pienso que a pesar de lo inhumano del tratamiento, el paciente puede alcanzar una situación de acomodación debido a que la psiquiatría tradicional le irresponsabiliza de sus problemas. Además le acalla y le infravalora: eres un loco y como tal no tienes derecho a pensar ni a opinar."

TA: "Exactamente, eres un peligro para la sociedad y por eso se te encierra. Nosotros debemos rebelarnos contra esta situación injusta y convencer a los psiquiatras para que nos acepten como personas y no nos infravaloren."

AL: "No sólo a los psiquiatras. Los problemas de los psiquiatrizados deben ser asumidos por la totalidad de la sociedad. La locura es un problema social; lo que hay que cambiar es la sociedad."

TA: "Yo no estoy de acuerdo con eso. No podemos cambiar a toda la sociedad."

LU: "Está claro que un hospital psiquiátrico es una cárcel en la que se encierra a individuos que ponen en tela de juicio a la sociedad. Un loco comienza poniendo en tela de juicio a la familia junto con todo su contenido ideológico. La familia es la causa fundamental de la neurosis y de la locura..."

TA: "En el enfermo..."

LU: "¡Rechazo categóricamente la palabra enfermo!" Nosotros somos personas que nos encontramos con una sociedad que nos exige ser de una forma dada, y en el momento que no somos productivos, no utilizamos el lenguaje de la sociedad o los valores que impone la clase dominante, entonces se nos encierra en una cárcel o en un hospital psiquiátrico. Tenemos unos agentes especializados, los psiquiatras, que se encargan de hacernos normales, es decir, productivos, y de acallar todas nuestras sensaciones y carencias, que son carencias reales, diciéndonos que todo es fruto de nuestras mentes desviadas y segregantes de extraños principios bioquímicos que nos hacen diferentes de los demás. Cuando pisamos un manicomio se nos diagnostica y clasifica como a animales o piezas de un museo, anulándonos completamente como personas; se nos somete a un tratamiento del que ni se nos informa, y sólo cuando damos muestras de desear integrarnos nuevamente dentro de ciertos valores, entonces se nos suelta. El único efecto del tratamiento psiquiátrico es culpabilizarnos por ser como somos. Podemos hacer cualquier cosa excepto ser nosotros mismos."

PI: "Antes hemos hablado de que la psiquiatría tradicional fomenta la irresponsabilidad del paciente. En un hospital psiquiátrico te anulan completamente como persona y te convierten en animal que está vegetando todo el día. ¿Qué interés puede tener alguien en seguir así?"

ED: "Lo cierto, y esto lo he comprobado en carne propia, es que a veces resulta más cómodo continuar loco que asumir tu locura e intentar superarla, lo cual está propiciado por el medio en que te encuentras, que no pone ni remotamente en claro tu locura, sino que, al contrario, te está oprimiendo e infravalorando."

TE: "Además nos encontramos en un mundo hostil. La sociedad nos impone unos cánones y unas pautas de conducta normales, y si no permaneces dentro de esas pautas entonces estás loco o estás marginado. Existen dos alternativas para el loco: conformarse con su papel de loco y convertirse en un vegetal, o bajarse el yelmo y luchar por ser él mismo, pero dentro de un medio hostil que es la sociedad, y para eso hay que tener mucho valor."

TA: "Yo no combato en un frente de sociedad, sino sólo en un frente de familia, que es lo único que conozco."

LU: "Yo ludo contra una familia que me puede meter en un hospital psiquiátrico esgrimiendo la razón de que estoy loco, pero también ludo contra la sociedad que ha creado ese hospital psiquiátrico."

AL: "Y si la familia tiene esa opción es porque esta sociedad tiene policía, psiquiatras, cárceles y manicomios."

LU: "Lo que pienso es que cada uno debe enfrentarse a esta sociedad por donde le afecta. La familia me afecta de modo directo desde el momento que puede decidir sobre mi incapacitación mental y, en base a ello, meterme en un hospital psiquiátrico. Dentro del hospital está el psiquiatra, que es el que tiene el poder de diagnosticarme y anularme como persona reduciéndome a un conjunto de síntomas: puede someterme a electroshock, aplicarme choques insulínicos, amarrarme con cadenas, meterme en un calabozo..."

ED: "Otra cosa de la que no hemos hablado es que el manicomio crea locura."

LU: "Crea crónicos, en una palabra."

ED: "Bueno, pero eso yo lo atribuyo a lo que decía antes sobre que el manicomio, después de todo, puede ser un lugar donde vivir..."

LU: "¡No, jamás! No puedes vivir en una cárcel de la que no puedes salir cuando quieras, donde tienes que ajustarte a unos reglamentos y a unos horarios rígidos y además puedes ir a un calabozo a veces sin saber bien por qué, quizá por ir en contra de determinado médico."

ED: "Entonces, ¿por qué cronifica?"

LU: "Porque el objetivo de la psiquiatría tradicional no es ayudar al loco, sino integrarlo o destruirlo, y para ello emplea los medios más represivos: electroshocks, lobotomías, pasando por la persuasión del psiquiatra, que es un verdadero policía de la sociedad."

COLECTIVO DE PSIQUIATRIZADOS EN LUCHA