



En el año 1972, los pacientes del Manicomio de San Giovanni en Trieste escribieron una carta al Gobernador de la Provincia firmada por Marco, un caballo que pertenecía al hospital. Él pedía que, teniendo en consideración que desde 1959 acarrea ropa a la lavandería, basura y diverso material en el interior del hospital, le reconocieran el derecho a la jubilación por mérito en su trabajo y por todo el afecto que sentían por él los pacientes y todo el personal. En cambio, se ofrecía el importe que devengaría el sacrificio del animal y mantenerlo mientras durara su vida natural en el interior de la institución. El 30 de octubre del mismo año, la Provincia dió lugar al pedido financiando la compra de un vehículo para sustituir al caballo y cedió Marco al cuidado de los pacientes del manicomio. En esos años '70, allí se realizaban muchísimas actividades. Entre ellas, el laboratorio artístico que dirigía el artista plástico Vittorio Basaglia. Fue en ese espacio que algunos pacientes internados, junto a vecinos, estudiantes, trabajadores, construyeron un caballo en madera y papel maché de color azul, de dimensiones gigantescas para que su vientre pudiera llenarse de los sueños y deseos de los pacientes. Lo llamaron "Marco Cavallo". Con él, y para que pudiera salir, los mismos pacientes del manicomio que dirigía Franco Basaglia, derribaron los muros del portal de San Giovanni y marcharon por las calles de Trieste. Exigían el cierre definitivo del hospital. Muchísimos ciudadanos, periodistas y la televisión, acompañaron el desfile que concluyó en la escuela primaria De Amicis en el barrio San Vito. Fue el 26 de febrero de 1973. "Marco Cavallo" se transformó desde entonces en el símbolo de un proceso de liberación de todos aquellos que sufren la vida manicomial y que en Italia fue posible 5 años después y perdura desde hace más de 41. Para otros sigue siendo un sueño o un deseo, aún en la panza, que presiona por derribar los muros y salir. *(Claudio Cúneo, 10 de octubre 2019).*

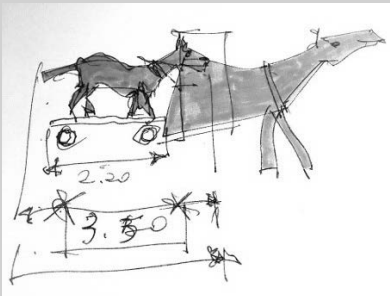


Foto: Gentileza de Claudio Erné  
(26/02/1973)



## Entrevista a Mario Colucci

Rosario–Trieste • Marzo 2019

**Claudio Cúneo:** Hola, Mario. Nos conocemos por habernos cruzado en varios espacios psicoanalíticos cercanos a Colette Soler en Italia, y si bien conocía tu trabajo en Trieste, supe un poco más a través de ese hermosísimo libro que escribiste junto a **Pierangelo Di Vittorio** del nombre emblemático, que a su vez es un nombre propio: **Franco Basaglia**. Tuve la oportunidad de contactar Pierangelo por otras razones, pero hacía tiempo que quería una interlocución con vos, en una charla distendida, sobre tu concepto de *clínica del déficit*. Creo que este concepto nos va a introducir en el tema del *proceso de desinstitucionalización italiano y su estado actual*, motivo principal de este encuentro. Esta entrevista será publicada en el N°4 de la Revista **Barquitos Pintados, Experiencia Rosario** que se va a ocupar del tema el año próximo. Será el año, como sabés, del cierre total de los manicomios en Argentina, cierre previsto por la LNSM y A N° 26.657.

**Mario Colucci:** Gracias, Claudio por esta invitación que acepté con gran placer. *Clínica del déficit* es una expresión que inventé, que me parecía justa para explicar de alguna manera lo que define la raíz de la clínica antiinstitucional de **Basaglia**. Franco Basaglia era un Psiquiatra fino en su formación, ya sea como psiquiatra clínico tradicional que como fenomenólogo. Arrancado de la Universidad, fue arrojado en un lugar de segregación, de violencia, como se podría definir la institución manicomial de Gorizia, en el 1961. Ahí se da cuenta que lo que había enseñado y aprendido antes en la Universidad le servía poco en una institución asilar represiva, violenta. Probemos a imaginar un manicomio de esa época. Gorizia era una pequeña ciudad, y lo es aún hoy, de 30.000 habitantes, situada en la frontera entre Italia y en ese entonces la Yugoslavia. Hay que recordar también que en esa época existía la cortina de hierro entre el este y el oeste, era una frontera, digamos, difícil. Pensé que el muro del manicomio representaba la frontera del Estado Italiano. Hay anécdotas de pacientes que saltaban el muro y que escapando, terminaban en otro país así que los traían de vuelta la Policía de Frontera. Te cuento esto para darte una idea de que Gorizia era un lugar en serio de frontera, un lugar de exilio para Franco Basaglia. ¿Qué quiero decir con un lugar de exilio? Quiero decir que a un clínico fino, un psiquiatra brillante, con 150 publicaciones, que conocía el francés, leía el alemán, lo mandan a un lugar totalmente atrasado. La primera reacción de **Franco Basaglia**, esto me lo contaba **Franca Ongaro Basaglia**, fue de volver atrás y regresar a Venecia. Dijo, “...yo en este lugar de mierda...”, porque efectivamente, había sentido este olor a mierda, el olor a mierda de estos lugares insti-



tucionales, el mismo que había sentido cuando terminó en una cárcel a los veinte años, en el '44, prisionero de los nazis, arriesgándose a la pena de muerte porque había realizado una práctica antifascista... Él reconoce este olor a mierda y dice: "Vámonos..." Y es **Franca Ongaro** que le dice que es importante que él regrese ahí como Director, porque es como Director que va a poder modificar las cosas. ¿Qué puede modificar **Basaglia**? Lo primero, digamos, que puede hacer, es algo "humanitario"... tuvo que realizar un cambio radical en lo que eran las prácticas violentas, institucionales que existían en el manicomio. Slavich, que fue un colaborador de **Basaglia**, cuenta que el primer día que Franco llega al manicomio, cuando el jefe de enfermeros le lleva a firmar el registro de las contenciones que había hecho el día anterior, él responde con esta frase en dialecto véneto: "jemi non fermo!". Dice, "...yo no firmo, no estoy de acuerdo con estas prácticas institucionales, tienen que hablarlo conmigo que soy el Director". Les aconsejo a todos el libro que se editó el año pasado, desgraciadamente solo en italiano "**A la sombra de los cerezos japoneses. Gorizia 1961**" que es el relato que **Slavich** hace de los años que transcurrió en Gorizia con **Basaglia** y narra las vicisitudes desde el interior, de lo que significó para Basaglia oponerse a las violencias de la Psiquiatría, que son violencias de protocolo, de puertas cerradas, de contenciones, de portones, de electroshocks; qué significó decir no a prácticas institucionales naturalizadas, indiscutibles. En esto hay que reconocer los elementos de la fenomenología de **Basaglia**. Estudió los grandes maestros: **Husserl, Binswanger, Jaspers** en modo particular... **Minkowski** sobre todo, fue uno de sus autores de referencia, además de los filósofos franceses como **Sartre, Merleau Ponty**. Él adopta en modo radical el concepto de *Epoché*...es decir, de la suspensión del juicio. Se pregunta: esto que observo, que tengo delante de mí, ¿es natural?, ¿es en serio obvio?, ¿es inevitable?, ¿o puedo suspender esta verdad admitida?, ¿estamos seguros que sea una verdad y que no puedo meterla entre paréntesis? La verdad de la enfermedad, del diagnóstico, del manicomio. Y en estas suspensiones que él llama *Epoché* empieza a poner entre paréntesis lo que el manicomio le presentaba como inevitable. Mete entre paréntesis el diagnóstico, sin por eso negarlo. **Basaglia** dice que el diagnóstico es una sutil astucia de quien conoce de manera precisa la psicopatología, pero también las superestructuras institucionales, las incrustaciones que se superponen a la patología. Esto nos devuelve a tu pregunta, ¿qué significa una clínica del déficit? Es una superestructura que se superpone al sufrimiento del enfermo. El enfermo que entra al manicomio, poco importa la razón por la que entra, después de un tiempo empieza a seguir un destino que es el destino institucional que lo asemeja a todos los otros. En otras palabras, lo que ya describía **Kraepelin** a inicios del siglo XX a propósito de la *demenia precoz*, que hoy llamamos *esquizofrenia*. ¿Por qué la llamaba *demenia precoz*? Porque estaba convenido que se tratase de un proceso de demencia precoz que era diferente al proceso de las demencias actuales, no era una demencia de *Alzheimer* sino que se debía a la institucionalización, al empobrecimiento del yo característico de la permanencia en un lugar cerrado durante muchos años. En los años 50, 60, nos encontraremos con muchos estudiosos que hablan de esto, pensemos en **Burton** que escribe en el 50 "**Neurosis institucional**". **Burton** era un médico inglés que había estado en el campo de concentración de **Bergen-Belsen** como oficial del Ejército, por lo que había visitado este campo al final de la guerra y había visto las condiciones de los internados en ese campo; se da cuenta que la larga permanencia en esos lugares violentos, en instituciones de segregación, determina un empobrecimiento cognitivo, un déficit cognitivo. Otra observación inquietante que hace es que este proceso de empobrecimiento no atañe sola-

mente a los pacientes que están allí internados, sino que afecta también al personal sanitario, sobre todo al personal sanitario que participa de prácticas de particular violencia como las prácticas de shock, de contención en general; el síndrome de institucionalización afecta a ellos también. Es una observación interesante pero inquietante al mismo tiempo. Es decir, cómo esta enfermedad puede afectar a quién cura, no solo a quién es curado. Es por esto que se ha construido una psiquiatría que observa un déficit, un empobrecimiento que es la psiquiatría misma que la produce. Cuando hablamos entonces de Psiquiatría del Déficit, hablamos de una psiquiatría que está afectada de *“pesimismo terapéutico”*. Esto es algo que Michel Foucault describe muy bien en varios libros y sobre todo en el Seminario del Collège du France sobre *El poder psiquiátrico* o *Los anormales*, el Seminario de los años '70. Él describe que la Psiquiatría con su *“custodialismo”*, con su búsqueda organicista de una lesión del órgano cerebral se halla condenada al fracaso, a la ausencia de cura: la enfermedad mental es crónica, no se cura, hay que custodiarla, porque inexplicable, y en cuanto incomprendible es peligrosa. Este es el tema de base de la psiquiatría. Es esto lo que diseña una clínica del déficit en la que el sujeto se describe como sujeto defectuoso, incapaz, irresponsable, no un sujeto que pueda desplegar su vida en el mundo sino más bien un sujeto idiota. Pero lo que es preocupante es que esta perspectiva no está agotada. Si piensan en los escritos recientes sobre las rehabilitaciones psiquiátricas, se parte siempre de la idea de vulnerabilidad y del estrés, ¿no?, como si fuera un sistema, se parte del individuo que padece de una fragilidad, vulnerabilidad y sobre esta vulnerabilidad inciden factores estresantes que determinan el surgimiento de la enfermedad; es una hipótesis vulnerabilidad-estrés que funciona mucho, que sigue estando en la base de muchos programas de rehabilitación, sobre todo basados en teorías *cognitivas-comportamentales*, que son todos esos programas que te dicen de probar a recuperar habilidades perdidas en la medida de lo posible, como si todo tuviera que pasar por recuperar funciones perdidas: *“sos un sujeto defectuoso, te hago recuperar, te enseño, te adiestro”*. Esto te va marcando lo que hoy sería una *“modernidad de la clínica del déficit”*. Alguien a quien se mira como deficitario y al que se lo entrena para que adquiera de nuevo las capacidades perdidas.

**C.C.:** El cierre de los manicomios en Italia instala un antes y un después. La institución asilar, su función de custodia y depósito de los deshechos de una sociedad que segrega excluidos a los que encierra y aísla para eliminar, invisibilizar, no existe más. Con la ley 180 se instala un nuevo paradigma, se crean dispositivos de cura nuevos y se despliega una idea de sujeto de derecho, con derecho a ser *incluido*, como todos, en un **Estado de Bienestar** que lo sostiene, que le garantiza su acceso. Fundamentalmente, el Estado se hace cargo de generar esas condiciones, de acompañarlo. ¿Qué clínica se sostiene hoy en el actual sistema italiano y qué relación se establece entre clínica y política?

**M.C.:** Bueno, la respuesta no es simple. Déjame que dé un rodeo para situar el sujeto, sea el que curamos pero también el sujeto de quien cura, de nosotros los operadores. ¿Cuál es el rodeo? Me gustaría hablarte de lo que llamo una actitud crítica. Esta es una actitud fundamental para quien practica esta profesión. **Basaglia** escribe un texto en el 67 *“¿Qué es la psiquiatría?”* con signo de pregunta. Se pregunta con preocupación qué es la psiquiatría, por todo lo que dijimos antes: ¿qué ciencia perversa pudo haber creado estos contenedores aberrantes que son los manicomios? Ahora bien, esta pregunta se instala en una tradición antigua de interrogación, que no es una pregunta de un psiquiatra, yo diría que es casi una interrogación filosófica. Si



pensamos que desde **Kant** y hasta la **Escuela de Frankfurt** nos interrogamos siempre en manera crítica sobre lo que era el advenimiento de la modernidad y de la racionalización científica de la modernidad. Michel Foucault se interrogó mucho acerca de la fenomenología; Foucault retoma esta interrogación de Kant, cuando Kant dice sobre el modo en el que la racionalización se conduce, y aquí Foucault utiliza una bellísima expresión: conduce *al furor del poder*. Al furor como furia devastadora. ¿Por qué la racionalización lleva a un poder así devastador? Y sobre todo, ¿cómo logramos situarnos nosotros en este momento de la historia en la que observamos esta racionalización? Y aún, ¿cómo podemos en este momento reaccionar, intervenir, vivir?... Esto tiene que ver, como pueden entender, no solo con nuestro saber clínico, científico sino también con nuestra posición política. ¿Cómo podemos actuar en relación a lo que existe hoy, al mundo que encontramos hoy y en el que nos toca vivir? Pero, ¿por qué hago este rodeo? Porque la psiquiatría, que es donde nos encontramos situados, es la práctica en que tenemos que plantearnos una *stratascienza* (neologismo en italiano que condensa *estrategia* y *ciencia*) y confrontarnos con el momento. Hay algo que está sucediendo en el momento en que somos protagonistas junto a la persona que tenemos enfrente. No reflexionamos mucho sobre esto pero es algo que da mucho fastidio a la ciencia oficial, a la psiquiatría dominante. ¿Por qué? Porque introducimos una suerte de relativismo. No hay situaciones estables, las situaciones serán siempre un poco precarias, inestables, situacionales, ligadas a la contingencia, como decimos nosotros. Ustedes saben que cuando Michel Foucault saca su libro *Historia de la locura*, un famosísimo, muy reconocido psiquiatra francés que se llamaba Henri Ey, el padre del orgadinamismo en Francia, le dice que es un *psiquiaticida*, lo acusa de haber matado la Psiquiatría. En cambio, yo diría que Foucault está planteando la necesidad de una actitud crítica, está planteando lo inaceptable de una ciencia, de una institución, de una mentalidad, sea esta de los operadores o de la población; al mismo tiempo está planteando la necesidad de reaccionar, poner un límite a esto inaceptable, insostenible. Yo creo que la experiencia de la desinstitucionalización ha sido una forma de actitud crítica. Explico mejor qué es una actitud crítica. Es reconocer que hay un ejercicio del poder aberrante, que hay una forma de dominación exorbitante y probar, no digo a eliminar, porque en las relaciones humanas está siempre en juego el poder, pero por lo menos a reducir, a ponerle un límite a este poder. Esto es algo que concierne directamente nuestro hacer ético y político en psiquiatría. En cualquier situación, cuando encontramos un paciente deberíamos preguntarnos...¿cómo puedo reducir mi poder sobre el otro? Se me ocurre ahora, hago asociación libre, que no son tantas las disciplinas que probaron a hacer esto. A mí me vienen en mente solo dos, les confieso: la fenomenología que cité antes, que con esta suspensión de la verdad, del dato adquirido, de lo que es obvio e indudable, está atenuando el poder de la verdad que muchas veces puede ser una forma de poder sobre el otro; y la otra disciplina, si la queremos llamar disciplina o bien experiencia, es el psicoanálisis. Al menos cierto psicoanálisis, sobre esto quisiera ser bastante claro. Porque cuando hay una modalidad, no solo de acercamiento hacia la persona que sufre, sino también de meterse en relación con la persona, de establecer junto con esta persona una dirección de la cura, como decía Jacques Lacan; o en otros términos, cuando se es capaz de ver en la transferencia no un elemento de dominio, de ejercicio de poder sino más bien que se trata de dejar el campo a un Otro, al discurso del Otro, al menos esta es la posición que Lacan sugiere al analista. Yo diría no solo, diría a quien se embarca en una cura... dejar espacio al discurso del Otro, de alguna manera *des-identificarse del lugar de quien dirige la cura*, porque

la dirección de la cura no significa *ser quien* dirige la cura, es algo un poco más complejo. Bueno, yo pienso que esto es otro gesto de disminución de poder sobre el otro que representa la base de una actitud crítica. La desinstitucionalización significó también esto. Si bien las referencias no eran estas que dijimos, sí un poco la fenomenología, pero en realidad en la desinstitucionalización italiana no estaba el psicoanálisis, la idea era sí la de desmontar este poder exorbitante. No solo del manicomio, sino también de la Psiquiatría, de la Clínica Psiquiátrica y empezar a imaginar algo diferente, construcciones diferentes, instituciones diferentes, inventar las instituciones, lo dijo también Rotelli, en su libro *“La institución inventada”*. Crear algo que en parte tome los recursos, la energía del manicomio, reconstruyéndolos en algo nuevo, sabiendo que en algún momento estas instituciones que estamos construyendo tendrán que ser desde un punto de vista saludable, precarias, no cerradas o bloqueadas, no estáticas. Tiene que ser una institución de la que tendremos que ser capaces de nuevo de de–construir para construir otra. Por lo tanto, es un proceso infinito que, como ven, es una acción práctica–política y a la vez reflejo de una actitud crítica, de pensamiento, evidentemente.

**C.C.:** El proceso de desinstitucionalización italiano fue muy crítico respecto al psicoanálisis. ¿Cuál es la relación que tiene hoy el sistema italiano, o bien los operadores del sistema italiano con este sujeto que encontramos, sufriente? ¿Qué concepción prevale? ¿Hay, según vos un retorno de la clínica del déficit –si es que alguna vez desapareció–, en esta versión moderna que definiste antes? ¿O sigue siendo potente la institución inventada que se basaría más en el recorte fenomenológico basagliano o bien en el de la dirección de la cura psicoanalítica?

**M.C.:** Tu pregunta son muchas preguntas. Yo creo ser el único psicoanalista de formación lacaniana en la institución de Trieste. Pero empezamos por entender a Basaglia y su posición frente al psicoanálisis. Basaglia trabajó en un período en el que el psicoanálisis italiano era particularmente retrógrado como pensamiento, como práctica. Había psicoanalistas que sostenían posiciones bestiales: contener una persona en una cama era como abrazarla. Eran colaboradores del manicomio o en todo caso no hacían nada para cambiarlo. No eran aliados de **Basaglia**, en todo caso estaban interesados en sus propias prácticas privadas sin obstaculizar mínimamente lo que sucedía en los manicomios. Pero, para ser rigurosos, esto no sucedía solo con los psicoanalistas, su colegas fenomenólogos, salvo algún caso raro, como el de **Eugenio Bornia** que tenía un departamento en Novara, con puertas abiertas, los otros vivían en sus consultorios pensando en **Biswanger** o a **Minkowski** pero sin preocuparse por lo que sucedía en las habitaciones de contención. **Basaglia** era crítico también con ellos. Él no era hostil con el psicoanálisis, desde el punto de vista teórico, como no lo era con la fenomenología. Él desafiaba a los psicoanalistas en sus prácticas, sobre todo en sus prácticas de transformación. Él era contrario a lo que su amigo **Robert Castell** definió en su libro célebre *“El psicoanálisis”*, en definitiva el *hacerse institución del psicoanálisis*, sostener instituciones cerradas, para usar un término genérico, instituciones contrarias a la vida. Por otro lado, los tiempos cambiaron mucho. Yo me pregunto, por ejemplo, si **Basaglia** estuviera vivo y se encontrara con el psicoanálisis, o si se hubiese encontrado con **Lacan**, por ejemplo. Sinceramente, creo que en la actitud de **Basaglia**, en la de **Lacan**, aun teniendo en cuenta que se trataría de universos de pensamiento muy diferentes, compartirían un modo de estar frente a la persona que sufre, creo que ambos compartirían esta posición de no ocupar un lugar de poder frente a la persona que sufre. Más aún, compartirían el hecho de que el discurso de la persona que sufre sea el prevalente, un discurso respecto del



cual me ubico en una posición, como diría Lacan, casi de secretario. Esto sería un primer aspecto de la relación con el psicoanálisis. Además, en los años 80, la cultura psicoanalítica no era como en Argentina, en Francia, prevalente. No nos formábamos como psicoanalistas en Psiquiatría, aunque vi con el tiempo que la exigencia de hacer un trabajo individual aumentó. Hay muchos residentes, jóvenes especialistas que empiezan a hacer un recorrido individual, no es un psicoanálisis clásico, pero sienten la necesidad de hacer una cura individual, personal, antes de enfrentar este trabajo. En cambio, desde el punto de vista institucional, creo que en la Psiquiatría italiana hay un cuadro de luces y sombras. Es cierto que no existen más los hospitales psiquiátricos, desde el 2000, en todos lados están los *Departamentos de Salud Mental*, están los *Centros de Salud Mental* que funcionan más o menos bien, algunos como en la Región Friuli-Venecia-Giulia las 24 hs, otros solo algunas horas al día y realizan actividad de consultorio sobre todo. Esto significa una actividad en la que esperan al paciente, en el consultorio, se corrige la terapia farmacológica, se atiende la crisis en lo que puede ser posible y se interna en el hospital público, en el hospital polivalente. Esta es la práctica pobre de mucha psiquiatría italiana. Y es una psiquiatría que en algunos casos, desgraciadamente, está invadida por la burocratización, los protocolos, llenar formularios, responder a exigencias de tipo gerencial. Hay una cultura managerial de la psiquiatría, porque las áreas de salud son empresas como gestión, todo se tiene que contabilizar; no que no haya que hacerlo, pero cuando deviene lo principal, va en detrimento del trabajo clínico. Estos son los riesgos mayores hoy. Tenemos en cambio que retomar, sobre todo para las jóvenes generaciones de psiquiatras, psicólogos, de enfermeros, las grandes intuiciones de los años 60/70 que orientaban en esa época la formación, el pensamiento de la psiquiatría de la desinstitucionalización, algunas intuiciones importantes de la antipsiquiatría que tuvieron autores notables, retomar el psicoanálisis, la sociología, algunos autores de la filosofía; algunos los cité, que son fundamentales para quien quiere hacer el trabajo del psiquiatra. No puedo entender cómo se pueda hacer este trabajo sin haber leído la Historia de la locura o el Poder Psiquiátrico de **Michel Foucault** que te ilumina respecto de lo que son nuestras prácticas actuales. Sobre esto tendríamos que apuntar y no tanto sobre el management porque detrás nuestro retornó algo muy potente que es toda la medicalización de la psiquiatría. En la Universidad se estudia sobre todo lo que es el aspecto bio-médico de la Psiquiatría que es un aspecto importante, la neurociencia, la farmacología, pero que no es determinante en la gestión clínica de un paciente, es importante pero no es para nada determinante. Allí sirven otras cosas para trabajar con una persona que tiene un gran sufrimiento psíquico. Vamos al otro punto. Italia es un país descentralizado. Hay una ley nacional que ustedes conocen muy bien que es la ley 180 pero después hay 20 regiones en Italia. Hay una ley nacional pero después, cómo viene financiada y aplicada esta ley, es potestad regional. La Región Friuli-Venezia-Giulia, quizás porque estaba Basaglia, después Rotelli y otros, decidió que se realizara una aplicación de la ley completa. Primero en Trieste y después en otras provincias de la región. Pero en realidad, es la única Región en la que hay *Centros de Salud Mental* abiertos 24 horas y en la que la acción terapéutica se desarrolla prevalentemente en el *Centro de Salud Mental*. *Diagnosi e cura psichiatrica*, la internación en el hospital general, es una unidad hospitalaria de despistaje en el que el sujeto no se interna por largos períodos salvo una muy rara excepción. El lugar del tratamiento es el *Centro de Salud Mental*. El accionar está todo direccionado *en el territorio* y en función de *la atención domiciliaria*, se va en la casa de las personas, hay que organizar actividades de tipo rehabilitativas, *Centros de Día*.

En Trieste se habla de *Centros Diurnos difusos* porque hay muchas actividades en la ciudad, más de 50; se organizan encuentros de socialización, de recovery como dicen los ingleses. No hay en toda la Región una Clínica Psiquiátrica Privada. No hay ningún lugar de internación privado. Esto quiere decir que toda la financiación de la Salud Mental termina en el sector público. Si la comparás, en cambio, con otras regiones, que son más ricas que Friuli–Venezia–Giulia como por ejemplo la Lombardía, que dice de ser el sistema más eficiente del país y efectivamente tiene lugares de excelencia, en Lombardía rige el concepto de la libre elección. Eso significa que el ciudadano puede elegir el mejor lugar donde hacerse curar. Esto es legítimo, pero imagínense que un paciente psiquiátrico, a menudo, no manifiesta ninguna voluntad de curarse y tampoco de elegir un lugar de cura. ¿Qué sucede si uno no elige?. Hay un principio vigente, sobre todo a Trieste, que se llama de responsabilidad territorial, porque este es un principio muy importante. Significa que yo, que trabajo en un barrio de Trieste, si me informan de un joven que atraviesa una crisis psicótica, porque me lo dicen sus padres, porque él está muy mal y no quiere venir a curarse, yo, como médico territorial que tengo la responsabilidad de la salud de los ciudadanos y por lo tanto, también de ese joven, tengo que hacer de todo, ir a su casa a encontrarme con él, invitarlo a hablar conmigo, a emprender una cura, hasta el extremo de que si veo que está muy mal, con un nivel de sufrimiento suyo y de sus familiares muy alto, tengo que poder internarlo si es necesario. Esto es un nivel fuerte de responsabilidad en el que yo me hago cargo de la salud y también de la libertad del otro temporáneamente. Fijáte de nuevo el ejercicio del poder, la modulación del ejercicio del poder, que es necesaria. ¿Porque el contrario, cómo sería?: “*Ah, no. Vos quedáte ahí en tu locura, te abandono...*”. Pero sabemos que sería un gesto muy poco responsable, que no tendría en cuenta tampoco su libertad. No tendría en cuenta que en ese momento él está absolutamente devastado por su enfermedad, por sus voces, por sus síntomas. Esto lo digo porque cuento con el testimonio de muchas personas que después te lo agradecen. Vuelven y te dicen “...*gracias, porque yo estaba tan mal que no lograba entender que ustedes me querían ayudar*”. Como si hubiera roto el asedio de la psicosis. Creo que todas estas sean prácticas fundamentales, son responsabilidades del territorio, el derecho a la territorialidad. Otras regiones no adoptan esta concepción porque prefieren tener un hospital general fuerte, un reparto bien equipado y que allí llegue la persona como urgencia, porque quizás está tan mal que interviene la Cruz Roja, la ambulancia, la policía y la lleva al hospital, a veces en situación de gran agitación psicomotoria. ¿Y qué sucede entonces? Ahí tenés la clásica crisis de la Psiquiatria, la razón por la que la persona arriesga terminar atada a la cama, sedada, encerrada en un departamento de puertas cerradas. Estas son todas degeneraciones que tenemos que evitar. Cuando se dice, ¿por qué a Trieste lo gran tener las puertas abiertas o no tienen necesidad de contener? Y... porque hay un trabajo previo en el territorio. Yo en Trieste no vi jamás a nadie atado ni jamás vi una puerta cerrada. Yo llegué a Trieste hace 27 años pero ya desde que estaba **Basaglia** no había más puertas cerradas ni contención. ¿Por qué esto sucede allí y no en Milán? Porque se hace todo lo posible en el territorio para evitar que una persona llegue allí, evitar que se encuentre en una situación de dificultad. Como podés ver, hay una técnica, una técnica que tiene que ver con lo político; político en el sentido de estar en la polis, estar bien adentro de la polis, jugarse las relaciones de poder...y esta es la verdadera articulación entre lo técnico y lo político, no existe una técnica abstracta, existe una técnica y por ende una clínica que se pliega a una situación, una situación política en la que nosotros también intervenimos. Y digo esto para ir concluyendo: es muy im-





portante seguir reflexionando sobre lo que hemos observado tiempo atrás, en un determinado contexto institucional. Por ejemplo, yo me especialicé en una clínica psiquiátrica en Bari, en el sur de Italia, y allí vi las puertas cerradas, las personas atadas a la cama, vi los electroshocks, y tengo que decir que ví patologías que no volví a ver nunca más. Yo vi treinta años atrás, y nunca más volví a verlo, un estado catatónico... se trataba de un paciente que había estado atado a la cama un montón de tiempo así que cuando lo soltaron, él quedó en la misma posición durante meses. Me pregunto y sigo reflexionando, ¿pero yo por qué en Trieste no vi nunca algo similar? Yo no sé ni qué es la catatonía. Es claro que eso era un *artefacto institucional*. Pero era algo que la clínica psiquiátrica tradicional señala como una de las manifestaciones de la esquizofrenia. Fijáte como la clínica no es algo inmodificable, la clínica depende del contexto, y si el contexto cambia, cambia la manifestación de la enfermedad. Y que cambia significa también el modo en que la persona manifiesta sus síntomas y se relaciona con nosotros. Por eso yo pienso que sea importante que nos ocupemos de la clínica, pero también de la política. Me acuerdo que hace unos años me encontré con una colega psicoanalista en París que trabajaba en el Saint Anne, nos encontramos en un Congreso y estaba muy interesada en saber qué sucedía en Italia, había venido a Trieste a ver...e insistía en la importancia de la clínica, la clínica. Yo le hice una pregunta incómoda, le pregunté si en Saint Anne, donde ella trabajaba, las puertas estaban cerradas o abiertas. Ella me respondió: *"no tiene importancia, a veces está abierta, en general está cerrada"*. Continué, ¿para vos no es determinante que la puerta esté cerrada? ¿no creés que esto transforme la clínica que vos practicás? ¿cómo puede generarse una palabra libre como promueve el psicoanálisis si el lugar donde adviene está cerrado? Ella siguió afirmando que no le importaba la puerta, lo importante era la clínica con el paciente, *"...porque yo tengo libertad con el paciente"*, concluyó. Yo sostuve mi posición, y le dije que no creía que ella fuese libre, simplemente por el hecho de que en Francia existe un criterio de internación, la *"hospitalization d'office"*, a través de la cual, en cualquier momento un Prefecto te puede internar de oficio y no podés decir que no. *"Como podés ver –concluí–, esta libertad no existe"*. Recuerdo que ella se quedó mal y al día siguiente me buscó en el Congreso para decirme que no había podido dormir porque nunca había pensado la cuestión de la libertad de esa manera. Le aclaré que mi idea era que saliese de ese pensamiento abstracto porque los psicoanalistas también necesitamos de ese anclaje político, no es cierto que baste la clínica, la escucha. Es necesaria la clínica, la escucha, pero también hay que prestar atención al lugar en el que se trabaja, al contexto. El contexto modifica también la expresión del paciente y nuestra escucha. La colega trabaja en un contexto de sector, con dos conceptos claves, *la proximidad y la continuidad*; sin embargo, que exista esa política no quiere decir que el operador la acepte, la reconozca, el trabajo no termina con la ley. Por otro lado, el sector es una intuición francesa que Basaglia tomó enseguida, la ley 180 nació sobre la base del sector francés, solo que Basaglia le cortó la cabeza al manicomio, cosa que los franceses no hicieron, lo que cambió el destino de uno y otro sistema. Italia está sin manicomios. Bueno, me parece que contesto tu interés por la relación entre lo clínico y lo político.

C.C.: Muchísimas gracias, Mario. Seguiremos seguramente este diálogo en otro momento. Y saludos a los colegas italianos. Hasta la próxima.