

Estatuto y figuras de la peligrosidad social entre psiquiatría reformada y sistema penal: notas sociológicas¹

Ota de Leonardis²

Università degli Studi di Milano

Premisa

Las innovaciones normativas introducidas por la ley de reforma psiquiátrica 180/1978, y, en general, las transformaciones acaecidas en las concepciones y en las prácticas de la intervención psiquiátrica, han puesto en tensión y en movimiento el cuadro de relaciones entre la psiquiatría y la justicia. La abolición de la internación coactiva ha afirmado, también en psiquiatría, el principio de la voluntariedad del tratamiento; la abolición del hospital psiquiátrico ha marcado un punto decisivo en la ruptura del clásico binomio cura-custodia y en el consiguiente proceso de civilización de la psiquiatría; el instituto –totalmente sanitario– del tratamiento sanitario obligatorio ha introducido, junto con las garantías jurídicas del paciente, la responsabilidad del equipo médico; el encua-

dramiento de la ley 180 en la reforma sanitaria ha significado la absorción de la psiquiatría en la constelación de derechos sociales establecidos con la institución del Servicio Sanitario Nacional. Estos pasajes cruciales de la ley de reforma han llevado a cabo también en Italia (con particularidades que no es el caso puntualizar aquí) el proceso de transformación institucional, que en todos los países industrializados de occidente ha conducido a la psiquiatría fuera del modelo custodial y dentro de las estructuras normativas y operativas del Estado social; pero al mismo tiempo, estos pasajes han dejado al descubierto algunas cuestiones, teóricas y operativas a la vez, sobre las relaciones entre la psiquiatría y el sistema de justicia penal, y han activado el debate actual, muy

¹ Este trabajo ha sido publicado precedentemente en la revista *Dei Delitti e Delle Pene*, Nº 2, 1985, pp. 323-350 y en *AAVV: Curare e Punire. Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e*

giustizia penale, Edizioni Unicopoli, Milano, 1988, pp. 45-70.

² Traducción de Máximo Sozzo (Universidad Nacional del Litoral).

rico por cierto, sobre la ubicación y los deberes de la psiquiatría forense.³

Los problemas sobre el tapete que nos limitamos a recordar se refieren esencialmente a la capacidad de entender y querer en relación con la enfermedad mental y el rol de la pericia en el juicio; al orden normativo, los fines y la legitimidad del Hospital Psiquiátrico Judicial; y a la competencia psiquiátrica en materia de peligrosidad social.

Este último punto constituye uno de los nudos de fondo de la reflexión criminológica —no sólo italiana— de los últimos 15 años. De hecho, los procesos de reforma de la psiquiatría mencionados anteriormente y la renovada vocación terapéutica que los ha inspirado, han implicado poner en discusión la certeza diagnóstica de la disciplina, la crisis y disolución del paradigma positivista-organicista, el desarrollo de enfoques sociales e interaccionistas; todo esto ha traído como consecuencia la ruptura —o cuanto menos la problematización— del nexo causal entre enfermedad mental y peligrosidad, y de los automatismos en el plano operativo que del mismo derivan.

Después de la ley 180 se requirió a la Corte Constitucional que se expresase sobre la nor-

mativa que regula la internación en el Hospital Psiquiátrico Judicial, la que ha receptado parcialmente este nuevo escenario, sancionando la superación del automatismo de esta relación, aun en el caso de los enfermos mentales a los que se imputa un delito. De esta manera, el concepto de peligrosidad social en relación a la psiquiatría y a la enfermedad mental se ha transformado en un campo de discusión, reflexión crítica e investigación. De la literatura, más bien vasta, sobre el tema se delinean tres puntos críticos:

I. El primer punto se refiere justamente al fundamento de la relación entre enfermedad mental y peligrosidad social: numerosas investigaciones realizadas sobre todo en Estados Unidos⁴, han demostrado de hecho, que esta relación no tiene un fundamento empírico y que, concretamente, los enfermos mentales no cometen más delitos que otros sujetos, en paridad de condiciones con respecto a otras variables (en particular socio-económicas e institucionales).

II. De aquí, el segundo punto crítico que se refiere a la competencia y capacidad predictiva de la psiquiatría en materia de peligrosidad social. Nuevamente, numerosas investigaciones⁵ han hecho evidente que la capaci-

³ La riqueza y vivacidad de este debate está testimoniada por el denso calendario de encuentros, seminarios y congresos que se han realizado en los últimos dos años y que han involucrado a juristas, psiquiatras forenses, operadores psiquiátricos y magistrados. Entre éstos, el seminario sobre "Capacidad e Incapacidad de Entender y Querer. Derecho y Psiquiatría después de la ley 180", organizado por la Dirección de los Servicios Psiquiátricos y el Instituto Jurídico de la Universidad de Trieste, Trieste, febrero de 1984; el seminario sobre "Incapacidad de Entender y Querer", organizado por el Instituto de Medicina Legal de la Universidad de Milano, Gargano, junio de 1984; el seminario sobre "Psiquiatría y Justicia" organizado en el ámbito del Congreso "Liberrarse de la Necesidad de la Cárcel", a cargo de la Comuna y de la Provincia de Parma, Parma, no-

vembre de 1984, el congreso sobre "Legislación Sanitaria y Status del Enfermo Mental", XI Congreso Internacional sobre Derecho y Psiquiatra, Firenze, mayo de 1985. No nos referiremos aquí, aun cuando resulten importantes, a las cuestiones que atañen a los cambios y problemas producidos luego de la reforma psiquiátrica en el campo civil y laboral: ver Cendon, P. (1984).

⁴ Ver Meskinoff, A. M. y Lauterbach, C.G. (1975); Morris, N. (1982); Steadman, H. y Monahan, J. (1982, ver en particular el survey sobre las investigaciones). También en Italia se han realizado algunas investigaciones; ver Casarino, *et al.* (1978), Bandini, T., Gatti, U. y Traverso, G. B. (1983).

⁵ Steadman H., Cocozza, J. (1974); Monahan, J. (1981); Canepa, G. (1974).

dad predictiva sólo se puede referir a breves o brevísimos lapsos de tiempo, que los porcentajes de coherencia entre los comportamientos previstos y los comportamientos reales son tan bajos que coinciden con la casualidad estadística y que, en fin, la predicción de peligrosidad, sobretodo con respecto a la tendencia a sobrestimarla, termina por articular el clásico mecanismo de la *self-fulfilling prophecy*. En razón de la acumulación de estos elementos críticos, el debate psiquiátrico ha puesto en evidencia que la peligrosidad es una noción jurídica y no un concepto clínico. En una toma de posición oficial de la *American Psychiatric Association* (1974) se puede leer: “Está claro que *peligrosidad* no es una diagnosis psiquiátrica ni médica sino que inviste cuestiones de definición y juicio jurídicos, así como cuestiones de política social. No ha sido establecida una competencia científica de la psiquiatría en la predicción de la *peligrosidad* y los médicos deberían renunciar a juicios concluyentes en este campo”.

III. Por último –y éste es, tal vez, el punto crítico fundamental– es cuestionada la misma consistencia científica del concepto de peligrosidad. Se ha dicho, por ejemplo⁶, que se trata de un concepto “amorfo”, “sospechoso”, “tautológico”, que se trata en realidad de un “pseudo-concepto”, de una noción de sentido común; en definitiva, que no tiene fundamento científico.

Ahora bien, justamente a partir de este último punto se ha iluminado la presencia de una dinámica contradictoria o –para usar la

formulación de Ph. Robert⁷ de una “paradoja”: la noción de peligrosidad está en crisis en el plano científico pero goza de óptima salud en el plano operativo; o bien, mientras su consistencia científica disminuye, su uso se expande. En otras palabras, con el fin del nexo causal con la enfermedad mental, la noción de peligrosidad pierde también su fuerte vinculación con el saber clínico y psiquiátrico; pierde, por lo tanto, aquel fundamento disciplinar que la ha delimitado y legitimado históricamente y, verdaderamente, ha disciplinado su uso en el campo jurídico⁸.

En las páginas que siguen la propuesta es trabajar en torno de esta paradoja, en particular buscando individualizar los cambios en el concepto de peligrosidad, en su uso y en su objeto, en el interior de la psiquiatría y de su transformación institucional. El escenario de fondo del razonamiento puede ser sintetizado así: la psiquiatría reformada e integrada en el sistema de welfare, en cuanto continúa teniendo una connotación específica de normatividad, competencias explícitas de control social y relaciones con lo jurídico-penal, en tanto constituye un punto límite, una terminal en los confines del retículo institucional del Estado social, configura un campo importante de análisis y reflexión sobre las relaciones –complementariedad, contradicciones– entre derechos civiles y derechos sociales, y más en general, sobre aquello que ha cambiado y cambia en el orden histórico del Estado de derecho con el desarrollo del Estado social. Desde este punto de vista, los sentidos y contenidos de la peligrosidad so-

⁶ Hacemos referencia sobre todo a las actas de las VIII Jornadas de Criminología Clínica, Centre International de Criminologie Clinique, mayo de 1981 (*Rassegna di Criminologia*, 1982, N°2). Ver también Scott, P.D. (1977); Shah, A. S. (1978); Harding, T.W. (1980); Debuyst, C. (1981).

⁷ Robert, P.H. (1982).

⁸ Este debilitamiento de un anclaje clínico hace que el uso del instituto de la peligrosidad social en el campo jurídico-penal se entronque con importantes tendencias transformadoras que impactan en este último en su conjunto, y, sobre todo, con las lógicas de la emergencia y de la sospecha y con el desarrollo de formas penales inquisitoriales y particularistas. Cfr. Robert, P.H. (cit.).

cial entre la psiquiatría y la justicia constituyen un punto de observación particularmente significativo. Sobre estas premisas, nuestro razonamiento –que se encuentra todavía en el estadio de la elaboración de hipótesis y de un programa de investigación– seguirá el recorrido siguiente:

a. Primero se hará un rápido paso hacia atrás en el tiempo, al proceso de constitución histórica de la psiquiatría y de su relación con la justicia, para introducir algunos conceptos y claves de lectura que se utilizarán luego (“La psiquiatría como administración de un residuo”).

b. Sobre esta base se tratará luego de examinar los contornos del objeto –o problema– de la psiquiatría, tal como éste se ha venido construyendo en el interior de su transformación institucional; esto es, a través de los procesos de reforma y de inclusión en el sistema de welfare (“Un nuevo residuo institucional”).

c. Para finalizar, se buscará individualizar si, y por qué, este objeto institucional de la psiquiatría es “peligroso” socialmente, intentando delinear algunas hipótesis sobre los cambios en el estatuto y en las figuras de la peligrosidad social.

La Psiquiatría como la administración de un residuo

Una literatura ya clásica sobre la historia del nacimiento de la psiquiatría y del manicomio⁹ consiste en delinear la imagen de la institución psiquiátrica como la administración de un residuo.

El término “residuo” evoca inmediatamente las conocidas denuncias y los análisis sociológicos sobre el carácter clasista del manicomio, sobre el rol de la psiquiatría custodial como instancia de expulsión y represión de los sectores débiles de la población, de las clases marginales, peligrosas, etc.. Desearíamos hablar aquí de residuo en términos diversos: en el contexto de este razonamiento no es relativo a condiciones o causas sociales, no es –por lo tanto– un residuo social (aunque también de eso se trate), sino que se

refiere al funcionamiento de las instituciones, es, por ende, un *residuo institucional*¹⁰.

Tratamos de argumentar, muy esquemáticamente, este enfoque. Es preciso, en primer lugar, analizar el criterio fundamental de funcionamiento de los aparatos institucionales que se constituyen en el interior de la formación del Estado de derecho moderno y que se dividen en la competencia científica y administrativa sobre los *social problems* (pensemos en los casos de la asistencia, la medicina y la justicia): se puede afirmar sintéticamente que tal criterio fundamental de funcionamiento, esto es el criterio de interpretación e intervención sobre los *social problems*, está gobernado por el paradigma racionalista problema-solución que estruc-

⁹ Además de los conocidos textos de Foucault, ver Doner, K (1975); Castel, R. (1980); Basaglia, F. (1982).

¹⁰ De Leonardis, O. (1981, 1983).

tura una relación codificada entre definición y explicación del problema y respuesta (o solución) racional, tendencialmente optimal¹¹.

Por tanto, la psiquiatría asume en esta constelación una ubicación particular: se constituye históricamente en los confines, en la encrucijada entre estas diversas instituciones y hace suyo el deber de absorber en su interior, separar y administrar todo aquello que es residual con respecto a la lógica problema-solución que las gobierna y, por ende, todo aquello que resulta irreductible e irresoluble y es expulsado por ello. La psiquiatría como la administración de un residuo institucional: su ubicación peculiar se deposita, ya sea en su concreción institucional –el manicomio–, ya sea en el objeto que ella, constituyéndose, define como propio. El objeto: la enfermedad mental que es por definición, desde el origen (y aún actualmente) incognoscible (la “sinrazón”) e incurable (la cronicidad); esto es, justamente, irresoluble en el marco del paradigma racionalista problema-solución (a la irracionalidad de la locura es subsumida la irracionalidad institucional de

este objeto). La concreción institucional: el manicomio que se constituye como lugar de la separación y segregación, como “el otro lugar institucional” que oculta no sólo el objeto como residuo, sino probablemente también la excepción a la regla, el límite, lo negativo de aquella lógica de funcionamiento de las otras instituciones.

Asumiendo por objeto un residuo irresoluble, dislocándose en un espacio residual, la psiquiatría desarrolla entre los aparatos institucionales un rol tan fundamental como vicario: por un lado, guardiana de la limpieza de la clínica, y, por el otro, garante de la filantropía de la asistencia, sierva, por último, del derecho y del imperativo de certeza universal sobre el cual éste se funda.

Sobre esta última cuestión de las relaciones entre psiquiatría y justicia, la literatura historiográfica anteriormente referida subraya cómo esta vinculación se declina a partir del estatuto de peligrosidad de este residuo institucional. La “diagnos de peligrosidad”, se ha dicho, es un acto constitutivo de la psiquiatría, de su saber y de su poder, es la “gran categoría diagnóstica a partir de la cual

¹¹ Esta clave interpretativa de las formas y los límites de la racionalidad de los aparatos disciplinarios modernos tiene su origen en aquel filón –por otro lado heterogéneo– de estudios sobre teoría de la ciencia que trabaja sobre una crítica al paradigma de la racionalidad optimal, los límites de la racionalidad (las contradicciones, las paradojas) y las formas de racionalidad de segundo nivel, suboptimales, contextuales o procesuales: ver Elster, J. (1981, 1984); Watzlawick, *et al.* (1971); Simon, H. (1984); Nelson, R. (1977). Prosiguiendo el razonamiento aquí enunciado, se llega a elaborar una redefinición de la relación que liga problema y solución (o más concretamente, los problemas o demandas sociales y las respuestas institucionales). De hecho, en esta clave interpretativa es la solución (o la respuesta) la que formula el problema (o la demanda), es ella la que le da nombres y formas. En esta ocasión no podemos analizar el mérito de los argumentos que sostienen

esta redefinición; nos limitamos sólo a señalar que la misma tiene también un importante valor práctico. Se la puede reconocer, de hecho, en sus presupuestos y en sus efectos, en el interior de la experiencia de transformación institucional de la psiquiatría construida en Italia por el movimiento psiquiátrico en los últimos veinte años; y en particular, en el significado peculiar de la desinstitucionalización aquí practicada y en la propuesta metodológica que la ha sustentado –provisoriamente definida como “epidemiología de las instituciones” (Gallio, G., en Mauri, D., 1983, Cap. I; De Leonardis, O., 1981). Esta desinstitucionalización –entendida como deconstrucción o dismantelamiento de la “solución” y de la respuesta institucional– hace del proceso de transformación de la institución psiquiátrica un camino de cambios en la demanda y en el problema. Aludiremos nuevamente a este filón de reflexión en la breve nota metodológica que cierra este trabajo.

se recortan y diferencian todas las otras"¹². Pero, igualmente, la "diagnosis de peligrosidad" —por ende, la competencia psiquiátrica en la materia— es condición crucial del desarrollo del sistema de derecho penal moderno. Como testimonia el intenso debate que se desenvolvió en Europa entre psiquiatras y juristas en torno de Esquirol y su escuela, una traducción coherente del principio del libre albedrío en el derecho —en el juicio de culpabilidad y en la certeza de la sanción— se produce a través de la asunción por parte de la psiquiatría de un deber de diagnosis, separación y tutela de aquello que en las razones y pasiones humanas lesiona aquel principio. Reconocer lo patológico permite definir lo normal; admitir la excepción refuerza la regla; como Georget¹³ hace notar a los hombres de derecho, reconociendo científicamente (esto es, a través de la "verificación de los hechos") que el alienado puede cometer un delito sin culpa —y entonces, en este caso, no existe verdade-

ramente delito— no se invalida sino que se refuerza el nexo entre "el delito y la culpa", se da fundamento a la culpabilidad, se legitima la pena. En suma, la psiquiatría se hace garante de la certeza universal del derecho porque mientras acepta las excepciones, las delimita rigurosamente. De aquí la ubicación auxiliar y el papel no vinculante de la psiquiatría respecto de la justicia. La psiquiatría no puede sustituir a la justicia y sus poderes de juzgar y sancionar (por ejemplo, en nuestro sistema penal el juez permanece, como es sabido, *peritus petitorum*), pero, al mismo tiempo, ella debe garantizar la definición y dislocación de aquello que es incoherente con los presupuestos racionalistas y universalistas de aquel juicio y de aquella sanción: justamente aquel residuo institucional que es en cuanto tal, "peligroso". De aquí el desarrollo de un recorrido paralelo de la peligrosidad social, de la medida de seguridad, del manicomio y del manicomio judicial¹⁴.

Un nuevo residuo institucional

Recorreremos ahora, a grandes líneas, la transformación de la institución psiquiátrica en el marco del desarrollo y la crisis del Estado social, intentando seguir las huellas del residuo institucional: si y cómo —y en qué formas— continúa produciéndose, una vez

que la psiquiatría no es más dislocada en un "otro lugar institucional", no es más excluida, sino más bien incluida en el retículo de los servicios de *welfare*.

Como es sabido, también en el período de reforma de la psiquiatría de la segunda pos-

¹² Basaglia, F. (1982, Vol. II, p. 448); ver también Castel, R. (1977 y 1980).

¹³ Georget, un discípulo de Esquirol, es uno de los protagonistas de esta discusión histórica. Ha aparecido recientemente la traducción al italiano de su panfleto polémico: *Discussion médico-légale sur la folle ou l'alienation mentale* (traducción italiana, 1984); ver también la meritoria introducción de M. Galzigna (1984).

¹⁴ El imperativo positivista de la "verificación de los hechos" ha constituido, como hemos visto con Georget, el argumento fuerte a través del cual la

psiquiatría del siglo XIX ha reivindicado frente al derecho penal una competencia específica sobre la excepción a la regla (y al presupuesto del libre albedrío), a través de la naturalización y objetivización de la peligrosidad social. Pero, como luego ha demostrado la suerte de la escuela positivista, tal excepción es tan necesaria cuanto difícil de delimitar: sustentada por un saber objetivista que oscila entre la impotencia y la pretensión de la explicación omnicompreensiva, ella amenaza continuamente traspasar los límites de la conciencia y de la responsabilidad, por ende, del garantismo.

guerra se expresa aquel impulso más general hacia la universalización de los derechos de ciudadanía y hacia la socialización de las desviaciones que caracteriza al Estado social. Las críticas al manicomio, las prácticas y las políticas de desinstitucionalización, el desarrollo de la farmacología, de la psiquiatría social, de las técnicas psicoterapéuticas, las ideas-fuerza de la prevención y de la rehabilitación, son, entre otros, aspectos de la transformación institucional y científica de la psiquiatría que demuestran su pretensión de despojarse del viejo estatuto custodial y de su cronicidad; señalan, por ende, su intento por liberarse del rol de guardián del residuo y honrar, al fin, su propia vocación terapéutica.

Pero parece que esta meta no ha sido verdaderamente alcanzada: el manicomio (o bien, la internación) continúa siendo el ineliminable punto de fondo, el “motor inmóvil” de un retículo diferenciado y difuso de agencias terapéuticas. La cronicidad reemerge dramáticamente como el problema más grave, y por lo tanto, como el signo más vistoso de los fracasos de la psiquiatría reformada y de su renovada vocación terapéutica. La coacción continúa siendo una presencia de fondo constante en la intervención psiquiátrica y en sus competencias, la cara interna ineliminable de la terapia, su lado “sucio”. En suma, parece que a la psiquiatría no le ha sido permitido homologarse a los códigos de funcionamiento de las otras instituciones –a aquel paradigma racionalista problema-solución al cual nos referimos con anterioridad–; parece que ella está de algún modo condenada a ostentar un lugar limítrofe entre éstas, y, por

ello, a mantener su papel histórico de administración de un residuo. Pero con modalidades y efectos profundamente diversos. Veamos más en detalle.

En los análisis sobre la nueva fisonomía de la institución psiquiátrica integrada en el sistema de los servicios sociales, la literatura sociológica y sociopsiquiátrica ha puesto en evidencia, de diversas maneras, la existencia de una complementariedad, de un juego de alimentación recíproca entre agencias territoriales y manicomio, entre psicoterapias *soft* e internación, entre emergencia y cronicidad. Se ha hablado de “efectos hidráulicos”, de “transinstitucionalización”, de “circuito”.

En particular, en la imagen del circuito se expresa una clave interpretativa que preferimos y a la que aquí, rápidamente, hacemos referencia¹⁵. La “estática” de la segregación en un lugar centrípeto, total y separado, como se manifestaba en el clásico modelo custodial (el panóptico), está siendo sustituida por la “dinámica” de la circulación dentro de un retículo difuso de agencias y competencias diversas; justamente, *un circuito*. Éste pone en conexión sectores específicamente psiquiátricos, sanitarios, asistenciales y judiciales; está, por lo tanto, formado por una constelación de estructuras diferenciadas y especializadas, cada una de las cuales tiene su filtro, su código, su procedimiento para hacerse cargo; brinda una respuesta puntual y fragmentaria y con respecto al resto puede decir “no es nuestro problema”. En la dinámica de la circulación –como en la estática de la segregación– el control social se conjuga y suma al abandono¹⁶. Por esto, den-

¹⁵ De Leonardis, O. y Mauri, D. (1980), y la bibliografía allí citada; ver también: De Leonardis, O. y Mauri, D. (1983).

¹⁶ La alusión crítica que se realiza es con respecto a las teorías y análisis sociológicos sobre el control social que generalmente tienden a ignorar su faz complementaria, esto es, el abandono, la no res-

puesta frente a necesidades sociales. El abandono es un trazo común tanto a las intervenciones de inspiración contractualista que caracterizan a los servicios sociales (y a los servicios psiquiátricos reformados) como a las intervenciones coactivas, complementarias de aquellos que reaccionan frente a los problemas y las demandas, silenciándolos.

tro del circuito sustentado por esta lógica, los usuarios circulan, son diferenciados y descargados desde un sector puntual a otro; y aun el manicomio, reorganizado de acuerdo con el modelo del *revolving door*, constituye un punto de paso temporario y recurrente. Circuito o, más bien, espiral; espiral de cronificación. De hecho, el funcionamiento en forma de circuito de los servicios, el entrecruzamiento de reenvíos y de respuestas codificadas y selectivas, la acumulación de control social y abandono, constituyen un mecanismo productor de una nueva cronicidad que asume dimensiones macroscópicas en el interior de la psiquiatría. Esta cronicidad es el rastro visible de la producción dentro de la dinámica del circuito de un *nuevo residuo institucional*. Quisiéramos tratar de elucidar esta presencia que es, tal vez,

1. Bajo el perfil institucional, los *Young Adult Chronic Patients*, especialmente, se configuran como el producto por excelencia del circuito. En primera instancia se puede decir que ellos tienen bien poco que ver con las figuras tradicionales de la cronicidad manicomial, el viejo núcleo duro. La cronicidad de estas nuevas figuras corresponde a la lógica del circuito, a la acumulación de problemas y necesidades insatisfechas dentro del juego de la circulación, trasmigración, "transinstitucionalización" desde un sector a otro del circuito. Esta nueva cronicidad que, por lo tanto, tiene los signos, no ya de la exclusión sino de la inclusión, está caracterizada

más difícilmente localizable, menos homogénea y visible que el viejo residuo llevado a la superficie por la crítica de la psiquiatría manicomial¹⁷. Pretendemos analizar sus características, los elementos novedosos, haciendo particular referencia a: a) su estatuto institucional, b) sus características sociales y c) su connotación de peligrosidad.

Para argumentar sobre esta propuesta de reflexión y dar cuenta de ella en términos concretos hemos elegido utilizar como observatorio el caso ejemplar de los *Young Adult Chronic Patients*, una nueva población psiquiátrica (pero no solamente psiquiátrica) que, por sus dimensiones cuantitativas y por sus características cualitativas, se ha transformado, en los Estados Unidos, en el problema más dramático y emblemático de la psiquiatría reformada¹⁸.

por una fuerte movilidad institucional, una suerte de nomadismo, un vagabundaje permanente entre las diversas agencias del circuito. Esta movilidad es un efecto perverso de la lógica de funcionamiento de este último; pero es, conjuntamente, un problema grave y dramático para los servicios —casi una estructura característica de estos nuevos crónicos—. De hecho, una de las características más relevantes puesta en evidencia por la literatura sobre el tema es, justamente, la inconstancia, la inatendibilidad, el rechazo a la cura, la fuga. Son *help-seeking yet help-rejecting*, dependen del sistema de servicios al punto de que éstos asumen un rol primario

¹⁷ La noción de residuo es aquí utilizada como propuesta de clave de lectura y no pretende, por ende, ser una categoría analítica ni la definición de un fenómeno social homogéneo.

¹⁸ Sobre esta población, la literatura psiquiátrica y socio-psiquiátrica anglosajona es, a esta altura, muy importante: ver Bacharach, L. (1982), Talbott, J. (1978); Pepper, B., Ryglewicz, H. (1982); Baxter,

E., Hopper, K. (1981). También en Europa y en Italia esta población está emergiendo como problema central para los servicios psiquiátricos reformados, como lo demuestra la relevancia creciente de categorías tales como: "jóvenes psicóticos", "nuevos crónicos", "nuevo núcleo duro", etc.. Para algunas analogías, ver también el fenómeno de la toxicoddependencia.

en sus vidas, pero, al mismo tiempo, no ingresan jamás en una tutela efectiva. Se podría hablar de una nueva “patología institucional” opuesta a aquella producida por la segregación manicomial que estaba simbolizada por la figura del catatónico; expresión exasperada no ya de la pasividad del paciente sino del activismo del usuario. Una suerte de agudización de la cronicidad: a propósito, es significativo el hecho de que la diagnosis psiquiátrica haya inventado la categoría de los *Chronic Crisis Patients*, esto es pacientes en crisis crónica¹⁹.

Pero el carácter agudo, activo, emergente del nuevo residuo psiquiátrico que se expresa en los *Young Adult Chronic Patients* es irreductible a las dimensiones de una patología. También señala la condición contractual de esta población en relación con los servicios psiquiátricos, una contractualidad, por otro lado, intrínseca a su condición de usuarios y no ya pacientes. Se hace referencia a estas figuras como un *high energy, high demand group*, se subraya que “son agresivos, que “presentan reclamos desmedidos a los servicios”, que tienen “una baja tolerancia con respecto a las frustraciones”, que “son capaces de peregrinar de un servicio a otro hasta que encuentren aquello que desean”, etc.. Esta condición contractual ha sido sintetizada de la siguiente manera: “dame lo que deseo o permanece fuera de mi vida”²⁰. No por casualidad uno de los problemas de fondo de la psiquiatría reformada –y no sólo con respecto a los nuevos crónicos de los que estamos hablando– es aquel de los *treatment resistant patients*. En torno de la resistencia al tratamiento, a la pretensión de

contratar las modalidades, al rechazo de la cura, se instaura el juego de los espejos entre derechos de los pacientes y obligaciones de intervención, se elaboran normativas especiales para la psiquiatría, se agravan las medidas coactivas que duplican la internación coactiva (porque ésta ya no basta) con el tratamiento coactivo. Pero la resistencia al tratamiento no es solamente un problema de gestión y control psiquiátricos, no delinea sólo un objeto sobre el cual es difícil intervenir; señala, al mismo tiempo, en el nuevo residuo la presencia de una conciencia difundida de una identidad individual propia, en tanto persona que sufre, de un rol propio de sujetos activos en la relación con las instituciones: sujetos incómodos, a veces también conflictuales. Sobre la cuestión de los derechos de los pacientes llegan a coagularse entonces –y no sólo en los Estados Unidos– grupos de autodefensa y de autoayuda, asociaciones e iniciativas que promueven reivindicaciones, denuncias, causas ante los tribunales²¹.

Posiblemente como consecuencia, otro elemento que caracteriza al nuevo residuo –conjuntamente objeto y sujeto del circuito– es su no homologabilidad. Los análisis sobre los jóvenes adultos crónicos revelan que, para gran desilusión de los servicios, esta población es en realidad muy heterogénea. El espectro diagnóstico es muy variado y, por lo tanto, inadecuado para definir la categoría. Los intentos en este sentido se enfrentan con la imposibilidad de reconducir esta población dentro de esquemas interpretativos y de intervención homogéneos, predecibles, codificados. Las múltiples analo-

¹⁹ Ver por ejemplo: Bassuk, E., Gerson, S. (1980, pp. 1513-1517).

²⁰ Sheets, J. *et al.* (1982, p. 14).

²¹ Estos grupos y asociaciones también son numerosos en Europa. En Holanda, por ejemplo, han surgi-

do las “casas de la fuga” (obviamente del manicomio), que son comunidades de autodefensa organizadas por usuarios psiquiátricos y operadores voluntarios, también ellas ahora, financiadas por el Estado.

gías que es siempre posible establecer en su interior –la edad relativamente joven, el desarraigo, la soledad e incapacidad de construir relaciones estables, la ya mencionada baja tolerancia con respecto a las frustraciones, la imposibilidad de participar o adherir a programas terapéuticos o de vida, etc.– esconden, en realidad, enormes diferencias en las experiencias individuales y en los modos en que estas características comunes se producen y son vividas. Los esquemas de comportamiento y de interacción son muy variados y cambiantes en el interior mismo de cada caso concreto; por ejemplo, se ha destacado que atraviesan muy rápidamente estados de “dependencia, manipulación, retrotraimiento, rabia, depresión” y así sucesivamente, sin que el servicio y los operadores logren fijar estos diversos estados y estos pasajes dentro de alguna lógica²².

En suma, parece que es posible afirmar que si existe una población que puede ser comprendida en la categoría de jóvenes adultos crónicos, y que se presenta frente a los servicios como un problema dramático y masivo, ella es en realidad definida y unificada en negativo, por la heterogeneidad y la no homologabilidad; esto es, por el hecho de estar compuesta por casos diversos el uno del otro, por historias, condiciones de vida, problemas, formas de ser y tipos de sufrimiento, irreductiblemente individuales.

Es importante analizar un último aspecto del estatuto institucional del nuevo residuo, estrechamente ligado a esta no homologabilidad de la que hemos ya hablado. Tal vez ello contribuya a clarificarla ulteriormente.

En el viaje ya conocido que los usuarios realizan dentro del circuito, atravesando sectores diversos del sistema sanitario, de los

servicios sociales y muy a menudo, también, del sistema de justicia penal, acumulan problemas y necesidades irresueltos, diversos y referidos a competencias institucionales distintas. En el nuevo residuo se sedimentan, acumulados y cronificados justamente, estos diversos problemas y necesidades. Nuestros jóvenes adultos crónicos son un ejemplo casi caricaturesco, a partir del cual se observa que la cronicidad no es solamente psiquiátrica. Tienen problemas materiales de vida, comúnmente graves y persistentes: falta de vivienda, de trabajo (en caso de que posean una vinculación con el mundo del trabajo), de recursos y de supervivencia; y mantienen una relación, en la mayor parte de los casos, recurrente y discontinua, con los servicios sociales y las formas de asistencia a los pobres. Se encuentran en condiciones físicas precarias, frecuentemente degradadas. Hacen uso de drogas. Comúnmente tienen asuntos pendientes con la justicia, ya sea como víctimas o como autores de delitos. En general, viven en condiciones de “extra-legalidad” y no resulta raro que hayan sufrido arrestos y encarcelamientos (se los encuentra frecuentemente en las prisiones locales). Por otro lado, naturalmente, sufren disturbios psíquicos –emotivos, relacionales, comportamentales– más o menos graves, casi siempre han sido internados más de una vez en un hospital psiquiátrico (a veces en una estructura de Maximum Security), a partir de órdenes judiciales motivadas por su “peligrosidad”²³.

Deseamos poner de manifiesto el hecho de que este entrecruzamiento de problemas diversos, que se acumulan en los recorridos institucionales y en las experiencias de vida de singulares figuras concretas, nos resulta

²² Schwartz, S., Goldfinger, S., 1981, p. 371.

²³ Sobre la inclinación en los Estados Unidos a utilizar los hospitales psiquiátricos para internaciones

temporarias de sujetos “socialmente peligrosos”, ver Steadman-Monahan, op. cit.

como tal inextricable: dependen el uno del otro en una suerte de círculo vicioso que continuamente reproduce y confirma el fracaso y la impotencia de las respuestas institucionales particulares, así como sus efectos perversos. El sufrimiento psíquico y los problemas materiales de vida se alimentan recíprocamente. Los comportamientos "extrale-gales" o delictuales son difícilmente separables de ambos problemas y a su vez estos

últimos son, ciertamente, agravados por las experiencias judiciales y carcelarias. Así, también el disturbio psíquico resulta muy poco discernible y determinable como un dato infra-individual, difícilmente separable de un intrincado complejo de elementos "patológicos" institucionales (las carreras, psiquiátrica y judicial) y sociales. Junto con la psiquiatría, la enfermedad mental en sus formas concretas de existencia se ha socializado.²⁴

2. Llegamos con esto a enfrentar la segunda dimensión respecto de la cual nuestra "muestra", los *Young Adult Chronic Patients*, constituye un punto significativo de observación del nuevo residuo: sus características sociales. En tanto, se puede intuitivamente reconocer que el nuevo residuo pertenece al mundo de la marginalidad. Las imágenes que ya hemos brindado sobre las condiciones y problemas de vida de los nuevos crónicos motivan esta impresión que es posteriormente reforzada por un indicador significativo: se ha señalado que una fracción relevante de esta población forma parte de la masa de *homeless* que, como se sabe, ha alcanzado en las metrópolis norteamericanas dimensiones impresionantes: según estimaciones de 1980, solamente en New York los *homeless* eran entre 35 y 40 mil²⁵. Pero a propósito de esto, como de otros fenómenos que emergen de la mano del desarrollo del Estado social, en el

interior de su crisis, investigaciones y enfoques recientes en sociología sostienen que se trata de una *nueva marginalidad*²⁶. Pretendemos utilizar, justamente, este filón de la investigación sociológica para encuadrar y profundizar el problema de los rasgos sociales del nuevo residuo. Creemos que son dos los elementos novedosos que caracterizan la marginalidad que ha crecido dentro del marco del Estado social.

El primer elemento se refiere a su ubicación estructural, en el sentido de que la nueva marginalidad no es más definible en base a un criterio de exclusión del mundo económico, productivo y del mercado; o más precisamente, no es ya reductible a un área residual, empírica y conceptualmente dependiente del mismo. Las categorías de la desocupación, del ejército industrial de reserva, de la sobrepoblación relativa, no parecen ya adecuadas para dar cuenta de la

²⁴ "Social Breakdown Syndrome", "sociopatía", "Borderline Syndrome" son algunas de las definiciones diagnósticas más frecuentemente utilizadas en el plano clínico para intentar fijar, justamente, estas combinaciones patológicas. También respecto de la clásica diagnosis de esquizofrenia, aplicada comúnmente a esta población, se admite hoy ampliamente, su carácter compuesto y heterogéneo. Este, por ejemplo, ha sido el tema del Internationales Symposium zum Psychosozialen Management der Schizophrenie desarrollado en Berna (2-4 de mayo de 1985).

²⁵ Baxter, E., Hopper, K., Cox, S. (1982), Baxter, E., Hopper, K., op. cit.

²⁶ También "nueva" conceptualmente, en el sentido que ella resurge como categoría analítica relevante (ya no sospechosa ni impura) en las reflexiones sociológicas sobre la crisis del Welfare State. Su empleo deja entrever un proceso de revisión conceptual más general en el marco de la sociología. En la literatura italiana, ver Paci, M. (1982); Martinotti, G. (1982); Sarpellón, G. (1982); Barbano, F. (1982 y 1983).

nueva marginalidad; ya sea porque la nueva condición marginal está signada por fenómenos de dinamismo, reversibilidad, provisoriedad con respecto al mundo laboral; o porque presenta situaciones, de simple y pura extrañeza, sobre el trabajo muy difundidas. La nueva marginalidad no es ya residual y excluida, sobre todo porque en diferentes formas participa del desarrollo de ámbitos materiales de vida externos con respecto a la mediación del mercado (los servicios) o extraños a la esfera de la producción industrial (como la economía "informal" o el sistema de la distribución de recursos gestionado administrativamente). Por lo tanto, ella atraviesa los límites entre campos diversificados de producción y reproducción social, penetra en las zonas del "centro", entre las clases sociales garantizadas, mezcla recorridos no lineales de movilidad descendente y ascendente, combina de distinta manera participación y exclusión en relación con las garantías sociales. Por esto, en el archipiélago de la nueva marginalidad conviven figuras sociales muy diversificadas, des-homogéneas respecto de los orígenes de clase, cultura, tipos de recursos materiales y

culturales a disposición, formas de dependencia y autonomía.

El segundo elemento novedoso de esta marginalidad —que es evidenciado por la literatura sobre el problema y que resulta relevante en este contexto—, consiste en el hecho de que su colocación estructural no es más suficiente para definirla: la dimensión de la experiencia subjetiva de la marginalidad, la atribución de sentido, se ha transformado en un elemento constitutivo²⁷. En cuanto es también experiencia subjetiva, la marginalidad posee múltiples facetas y es rica en elementos compuestos: en ella se expresan "culturas de las necesidades y de los recursos" y condiciones de subalternidad y dependencia, privaciones y conciencia de los propios derechos, pasividad y reconocimiento de la propia subjetividad, experiencias de desarraigo o soledad y elecciones de extrañeza.

Para sintetizar con una referencia alusiva al cuadro interpretativo de la teoría sistémica que recuperaremos seguidamente, se podría decir que estas nuevas condiciones y figuras sociales de la marginalidad constituyen la interfase fuerte de la complejidad social.

3. Las imágenes del nuevo residuo institucional que hemos tratado de delinear hasta aquí transmiten impresiones fuertes sobre cómo este problema, por su carácter abierto y agudo y en virtud de su irresolubilidad, aparece también amenazador, "peligroso".

Existe algo atemorizante en su circular; sea en el sentido de que el residuo, ya no más excluido, ha entrado en el círculo de la vida social; sea en el sentido más preciso y activo de que, justamente, circula. Y por lo tanto

existe algo amenazante en su migrar y vagabundear entre los servicios, respuestas, competencias y normas institucionales diversas; en su atravesar continuamente los límites entre estas instituciones, entre el adentro y el afuera, entre la dependencia y el rechazo, en su huir y evitar cualquier tipo de tutela, las normas que ellas encarnan, la pertenencia y la codificación.

Por otro lado, y como consecuencia, aquello que en estos nuevos "vagabundos" de

²⁷ Ver Barbano, F. (1983); ver en general la literatura sociológica sobre "identidad"; ver Melucci, A. (1984).

las sociedades tardo-modernas aparece como “peligroso” es la combinación inextricable de problemas y necesidades diversas y pertenecientes a diferentes ámbitos de interpretación e intervención. Como ya hemos afirmado, se ha hecho arduo separar y reducir a un único código institucional la mezcla y complejidad de las demandas y necesidades que se presentan en cada caso concreto. Se podría decir que el nuevo residuo tiene algo de amenazador en el hecho de no corresponder, de no ser reconducible y reductible a una solución institucional definida. En suma, tal vez sea esta complejidad irreductible la que viene a constituir un peligro desde el punto de vista institucional.

Pero existe algo de “peligroso”, además, en el hecho de que esta complejidad se expresa a través de la subjetividad de individuos concretos; como decía, la institución

no tiene ya frente a sí a pacientes sino a usuarios –también impacientes, y ciertamente poco dóciles–. El ejemplo de los nuevos crónicos reenvía a imágenes de sujetos que demandan y, al mismo tiempo, resisten activamente o huyen, que no pertenecen y cuya extrañeza, al menos, expresa rechazo tanto como exclusión; imágenes de personajes que atraviesan los muchos confines de la vida social, colocándose y sacándose muchas máscaras sin jamás corresponder verdaderamente a un rol definitivo. Parece, en suma, que en el interior del circuito institucional, a la par de la acción normativa y normalizadora de los servicios, toman forma subjetividades complejas, subjetividades como “diferencias”, en las cuales las condiciones de sufrimiento se conjugan inextricablemente con condiciones de incontrolabilidad.

La nueva peligrosidad social: apuntes

Quisiéramos intentar recoger las facetas emergentes en el curso de las reflexiones sobre el nuevo residuo institucional para poner a punto algunas líneas explorativas de análisis sobre la nueva peligrosidad social en los confines entre psiquiatría y justicia. Se trata,

en realidad, solamente de apuntes fragmentarios; una hipótesis sobre su uso institucional; algunas sugerencias sobre la dirección en la cual buscar el objeto de este uso institucional; una precisión metodológica.

1. Adquiere mayor importancia el desarrollo que ha hecho problemática la definición “científica” de la peligrosidad y, por ende, la ruptura de su vínculo causal, constitutivo, con la enfermedad mental. Se ha tornado menos importante, de hecho, su anclaje en un presupuesto naturalista. Más precisamente, la peligrosidad no es ya una connotación, de alguna manera necesaria y suficiente, de un estado naturalizado de enfermedad; y, por esto, no es más un atributo intrínseco de un sujeto en

sí mismo, asumido en la separación y abstracción de una entidad física y psíquica. En síntesis, junto con la enfermedad mental también la peligrosidad se ha socializado. A partir de aquí se puede enunciar una hipótesis: la peligrosidad social, en los códigos institucionales de la interacción entre psiquiatría y justicia se ha transformado en un concepto “situacional”. Ella es redibujada y definida con referencia al contexto, al momento, a la situación, y no es ya explicada a través de un prin-

cipio causal fuerte y lineal, sino más bien a través de un conjunto de “pequeñas causas”, un esquema interaccionista o sistémico²⁸.

De esta hipótesis pueden ser profundizados cuatro aspectos ambiguos, también desde el punto de vista de las implicaciones operativas:

a) La peligrosidad es situacional, también en el sentido de que está desindividualizada: se puede, por lo tanto, transformar en un instrumento de análisis y de intervención a nivel de agregados. En esta acepción, la peligrosidad define una condición social de riesgo atribuida a determinados sectores de la población; por ejemplo, la adolescencia como “área en riesgo”, terreno de cultivo de una “sociopatía” potencial y difusamente peligrosa. Reencontramos aquí el paso, ya señalado por Castel²⁹, “de la peligrosidad individual al riesgo social”. Este paso implica que el atributo de la peligrosidad, por un lado, se dilate sobre áreas completas de problemas (“jóvenes, por lo tanto peligrosos”), y, por el otro, se banalice, esfumándose y mezclándose con las lógicas preventivas y las competencias de control de los servicios sociales; por ende, también, atenuando su vinculación estrecha con el sistema punitivo.

b) La peligrosidad es situacional, también en el sentido de que está relacionada con un *contexto*. Ésta, por lo tanto, adquiere un significado relacional, relativo e interactivo, en base al cual no es ya referida a un sujeto como tal, sino al tejido de relaciones y condiciones sociales en las cuales está inserto. Creemos que también este aspecto de la redefinición de la peligrosidad presenta dos facetas complementarias. La referencia a un contexto, en un sentido, puede significar que

un sujeto es peligroso para un contexto determinado (por ejemplo, porque altera o amenaza su orden o funcionamiento); o viceversa, se puede entender que un cierto contexto puede operar de forma tal que transforma en peligrosa socialmente a una persona, y, por ende, existe el riesgo de que sea él mismo, en cuanto tal, generador de peligrosidad. Estas dos facetas complementarias adquieren particular relevancia –y efectos operativos opuestos– allí donde en el contexto en que se sitúa la peligrosidad está implicada en primer lugar una estructura institucional, por ejemplo, una cárcel o un hospital.

c) La peligrosidad es situacional, también en el sentido de que asume un significado *puntual*, temporalmente circunscrito. Este último elemento de relativización inscribe a la peligrosidad en una dimensión dinámica, evolutiva: es un elemento temporario, modificable y superable. Con esto se aligera la gravedad del estigma y se le reconoce un nexo con los criterios y las modalidades de intervención. Pero mientras tanto y complementariamente se atenúa la rigidez de los vínculos sobre la decisión en cuestión. Queremos decir que en virtud del significado puntual de la peligrosidad surge un espacio más amplio de discrecionalidad y de arbitrio para los actores institucionales a quienes compete la decisión; una suerte de intervención ad hoc, elástica, reversible y relativamente fungible. Tenemos la impresión, por lo tanto, de que la peligrosidad tampoco escapa a aquella lógica dinámica del circuito ya analizada. Por otra parte, con respecto al nuevo residuo institucional hemos visto que –por ejemplo– en Estados Unidos la internación temporaria y recurrente en un manicomio, en la mayor parte de los

²⁸ De esta manera la ha definido Steadman en su presentación en el Congreso de Firenze citado en la nota; ver también Morse (1982). Utilizamos aquí, más en general, indicaciones y apuntes que provie-

nen del debate italiano sobre las relaciones entre psiquiatría y sistema penal al que nos hemos referido al inicio. Ver también Ponti (1985, pp. 91-98).

²⁹ Castel, R. (1981).

casos está subordinada a un juicio sobre la peligrosidad, también está transformada, por ende, en temporaria y recurrente.

d) Por último, la peligrosidad es situacional, también en el sentido de que implica un reconocimiento de *subjetividad*; una subjetividad ya no fundada sobre un presupuesto ontológico, sino sobre mecanismos de interacción concretos que la constituyen. Se podría decir también que el referente de la peligrosidad no es más la identidad del sujeto abstracto, sino la multiplicidad de sujetos empíricos concretos. Este pasaje (que por otro lado remite a la problemática filosófica del esfumarse de las fronteras del sujeto³⁰) es también, él mismo, ambiguo. En un sentido, la atribución de peligrosidad como reconocimiento de subjetividad señala un debili-

tamiento de la fuerza objetivante e invalidante de tal atribución, que debe ahora medirse con la variedad y complejidad de vidas concretas de individuos; que debe, por ende, implicar y ya no excluir al otro como presencia, en cierta forma, conciente, activa, como sujeto. Por esta vía la peligrosidad se desplaza hacia la culpabilidad.

En otro sentido, el reconocimiento de subjetividad en la atribución de peligrosidad implica que, justamente, tal subjetividad puede ser asumida como socialmente peligrosa: en el caso que ella no sea coherente con el presupuesto de la plenitud del sujeto abstracto, por ser demasiado concreta, diferenciada, compleja; cualquier sujeto empírico es sospechoso (sino peligroso), porque no es culpable³¹.

2. Hasta aquí la hipótesis sobre los cambios que se están produciendo en el uso institucional de la peligrosidad social en la intersección entre psiquiatría y justicia. Pero, ¿cuál es entonces el *objeto* de este uso? A primera vista la respuesta podría ser que el objeto en cuestión es el nuevo residuo institucional del cual hemos hablado. Pero hacen falta muchos pasos conceptuales para fundamentar y argumentar esta afirmación. Por esto, intentaremos dar, más que una respuesta a este interrogante, algunas sugerencias sobre las direcciones hacia las cuales hay que orientar el razonamiento.

El carácter situacional, contextual, puntual y subjetivo de la nueva peligrosidad social

deja entrever que ella se mide con respecto a un objeto en cierta manera indefinido y fluuyente. Pero estas connotaciones de la nueva peligrosidad social ya no tienen mucho que ver con lo impredecible de la locura; ellas no implican más la pertenencia a la naturaleza, a una alteridad pre-social que todavía debe ser absorbida y liberada en el espacio social, normativo e institucional. Este objeto pertenece por entero a la vida social: es –ya he hecho referencia al mismo– la complejidad social. De esta manera, naturalmente, no respondemos al interrogante planteado, sino que simplemente desplazamos la reflexión hacia otro terreno. Desde el punto de vista de la teoría sistémica de Luhmann, la complejidad

³⁰ Importante también para el Derecho; ver los desarrollos de esta problemática en la teoría sistémica y en la teoría del derecho de Luhmann (ver De Giorgi, R., 1984; Barata, A. (1984)).

³¹ Recordamos aquí un pasaje literario de Blanchot, de gran eficacia evocativa: “Ser sospechosos es más grave aún que ser culpables (de aquí nace la búsqueda de la confesión)... Preciso es concluir que lo cotidia-

no es la sospecha (y lo espurio) que escapa siempre a la clara decisión de la ley... (la sospecha: el hombre común culpable de no poder ser culpable)”. “Lo cotidiano es la banalidad, aquello que retarda y recae, la vida residual que rellena los basureros y cementerios... Lo cotidiano escapa. ¿Por qué? Porque está privado de sujeto” (1977, pp. 321-331).

es por definición el objeto de los procedimientos de reducción, codificación y control que constituyen el sistema (o mejor dicho, que lo constituyen porque configuran sus confines). Y en sentido inverso, esta autoconstitución del sistema define y sitúa también la complejidad social. Hasta aquí, en esta circularidad autoreferencial, ella no tiene nada de atemorizador³². El peligro toma forma allí donde se representa una complejidad social al margen, no de manera previa sino más allá de la acción de reducción operada por el sistema; más allá, en cuanto es un producto interno, incluido en el sistema, su efecto perverso. Donde, en suma, el proceso de diferenciación deposita una mezcla

indiferenciada, donde los códigos de reducción de la complejidad producen "otros códigos".

Se puede dar una imagen construida utilizando "la enfermedad como metáfora"³³: la nueva peligrosidad no se presenta más como amenaza de contagio desde el afuera (de donde proviene la exclusión y la segregación) sino, más bien, como efecto perverso, y, por tanto, defecto de las defensas inmunológicas internas del sistema. La inmunización autoreferencial del sistema produce neo-formaciones: la nueva peligrosidad social se coloca aquí, en el espacio de la complejidad social, como su producto perverso; se ubica frente al sistema como neo-formación.

3. Desearíamos, llegado este punto, hacer explícito y fundamentar el *enfoque metodológico* que subyace al razonamiento que hemos llevado adelante hasta aquí.

Se puede afrontar la cuestión de los cambios producidos en el concepto, el uso y el objeto de la peligrosidad social en el nivel de las normas jurídicas que la definen, y definen, por tanto, competencias y procedimientos. O bien, se la puede afrontar desde el punto de vista directamente social, de la alarma social, por ende, de aquello que es percibido socialmente como peligroso. Elegimos, en cambio, ubicar la reflexión en un *nivel intermedio*, esto es, en el *nivel institucional*: de la acción e interacción compleja entre las instituciones (en primer lugar entre psiquiatría y justicia), de la puesta en práctica concreta de procedimientos, competencias, modelos de intervención y decisiones;

en el plano donde las normas abstractas interactúan con objetos concretos, y a través de actores concretos. Por ende hemos elegido establecernos, por un lado, al margen del plano jurídico-normativo (el cual —siendo nuestro campo el de la sociología—, no es de nuestra competencia); y, por el otro, más allá del plano de la alarma y de la seguridad sociales. Es preciso que esta segunda selección sea fundamentada.

La elección de esta colocación intermedia presupone la tesis de que *la peligrosidad social es un producto institucional* (lo que, como diremos, no la hace menos real). Esta tesis no sólo pone en el centro de la cuestión (o al menos, no tanto), la producción simbólica de realidad a través de mecanismos de definición y etiquetamiento³⁴ según la acepción de la *labelling theory*; sino, más profundamente, *la construcción institucional*

³² Salvo, en cuanto ella encarna, como consecuencia, el terror del esfumarse de los confines del sistema, terror que es luego constitutivo del sistema mismo.

³³ Sontag, S. (1979); ver también Baudrillard, J. (1983).

³⁴ Un enfoque que resulta, en última instancia, simétrico a aquel neo-realista, con respecto a la existencia real de necesidades y problemas de seguridad de la sociedad, que este último reivindica.

de una realidad objetiva³⁵, en la acepción del constructivismo.

Este enfoque, en su momento, fue elaborado y puesto en práctica a propósito de la enfermedad mental, y fue definido, como ya hemos señalado, “epidemiología de las instituciones”. Nos parece que el mismo puede ser extendido de manera útil al problema de la peligrosidad social que toma forma en la intersección entre psiquiatría y justicia: y es, justamente, lo que hemos comenzado a hacer aquí. En extrema síntesis: si socialmente peligroso es aquel campo problemático definido por la copresencia inextricable de sufrimiento individual y disturbio social, se puede decir que el mismo está construido por el cúmulo de acciones institucionales, de intervenciones y faltas de intervención, ya sea sobre el versante de la ayuda (terapéutica o social), ya sea sobre el versante de la sanción (entendida como tratamiento

o como disuasión). Es este recorrido institucional el que le da forma y nombre a un objeto como socialmente peligroso. La peligrosidad, por lo tanto, es un producto generado en los límites, residual con respecto a los códigos interpretativos y de intervención de las instituciones que reproducen la norma social: signo de la “peligrosidad” de estas últimas.

De este enfoque no se sigue, en absoluto, que se niegue la existencia de la peligrosidad social (como no ha significado, entonces, negar la existencia de la enfermedad mental), ni, menos aún, que se niegue un problema real de alarma y seguridad sociales. Al contrario, consideramos que de este enfoque derivan las indicaciones positivas para afrontar este problema en el nivel en el cual éste toma forma –la forma de la peligrosidad social–, esto es, en el nivel de las acciones concretas de las instituciones.

Conclusiones

Para concluir, quisiéramos extraer de los breves apuntes metodológicos que cierran este razonamiento, algunas indicaciones que nos conducen nuevamente hacia el actual debate entre psiquiatría y justicia del que habíamos partido. Se pueden señalar algunas implicaciones, operativas o con respecto a la investigación, de la propuesta de dislocar la reflexión sobre la peligrosidad social que toma forma en la intersección entre psiquiatría y justicia, en el nivel intermedio del actuar e interactuar de las instituciones.

Desde el punto de vista operativo, el enfoque propuesto sugiere reconocer en el terreno institucional concreto un espacio importante de intervención, un espacio poblado

de actores, vínculos y poderes, procesos decisionales, casos concretos y consecuencias concretas, que en conjunto inciden sobre los procesos de formación y transformación de la peligrosidad social. Allí es donde, por lo tanto, las experiencias operativas de los actores institucionales, las innovaciones practicadas al margen y en el interior del marco normativo existente, los cambios introducidos en las formas de uso, en los códigos de interpretación y de intervención sobre la peligrosidad social, han producido concretamente una transformación. Recordemos aquí todo lo que hemos afirmado acerca del nuevo significado “situacional” de la peligrosidad social: la variedad de sus usos posibles,

³⁵ Confrontar Watzlawick, P. (1984).

las ambivalencias y contradicciones, así como las diversas implicaciones operativas son estimuladas por las formas institucionales concretas de acción e interacción. Aquí entran en contacto –y también en conflicto– las diversas ópticas disciplinarias y los diversos poderes y finalidades de la intervención (en particular entre psiquiatría y justicia); se recorren concretamente los riesgos y las potencialidades en las diversas formas de intervención y de respuesta; se hacen visibles los nexos con las formas de presencia y de acción de otras estructuras institucionales que no están directamente vinculadas (en particular los servicios psiquiátricos); por lo tanto, aquí la acción institucional, incidiendo sobre la forma y la colocación del problema de la peligrosidad social, produce aquellas transformaciones concretas –soluciones puntuales, pequeñas estrategias, verificaciones de lo “factible”– que constituyen una plataforma crucial para eventuales proyectos de innovación normativa. Consideramos que una primera implicación del enfoque me-

todológico aquí propuesto consiste en reconocer que este nivel operativo, intermedio entre la norma abstracta y el problema social de hecho, tiene un rol fundamental en una perspectiva práctica –diría política, relativa, por tanto, a una política social y a una política criminal– de innovación.

La segunda implicación que quisiéramos extraer de este enfoque se refiere a la investigación. Focalizar la atención en el nivel de actuar e interactuar concreto de las instituciones a quienes compete la definición y el tratamiento de la peligrosidad social, implica que la investigación involucre las diversas competencias científicas en el campo, en el lugar en donde ellas, interactuando, se enfrentan con decisiones y elecciones prácticas. Por esto, este enfoque crea las condiciones para que la investigación –sobre todo sociológica– se nutra de los procesos de conocimiento y autorreflexión de los actores institucionales, y construya por esta vía un anclaje y una orientación hacia la dimensión operativa del hacer y del transformar.

Bibliografía

- Bacharach, L.** “Young Adult Chronic Patients: an Analytical Review of Literature”, en *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 1982.
- Bandini, T., Gatti, U., Traverso, G.** “Omicidio y Controllo Sociale”, Milano, Angeli, 1983.
- Baratta, A.** “La Teoría de la Prevenzione-integrazione”, en *Dei Delitti e Delle Penne*, 1, 1984.
- Barbano, F.** (Ed.) “Le frontiere della città”, Milano, Angeli, 1982.
- Barbano, F.** “Maginalita versus complessita”, en *AAVV: Complessita sociale e identita*, Milano, Angeli, 1983.
- Basaglia, F.** *Scritti*, Vol. II, Torino, Einaudi, 1982.
- Bassuk, E., Gerson, S.** “Chronic Crisis Patients: A Discrete Clinical Group”, en *American Journal of Psychiatry*, 137, 1980.
- Baudrillard, J.** *Les strategies fatales*, Paris, Grasset, 1983.
- Baxter, E., Hopper, K.** *Private Lives, Public Spaces*, New York City Council, New York, 1983.
- Baxter, E., Hopper, K., Cox, S.** “Not Making It Crazy: The Young Homeless Patients”, en Pepper-Ryglewicz, 1982.
- Blanchot, M.** *L'Infinito Intrattenimento*, Milano, Giuffrè, 1977.
- Canepa, G.** *Personalità e delinquenza*, Milano, Giuffrè, 1974.
- Castel, R.** “I medici e i giudici”, en Foucault, M. (De.) *Io, Pierre Riviere...*, Torino, Einaudi, 1977.
- Castel, R.** *L'Ordine Psichiatrico*, Feltrinelli, Milano, 1980.

- Castel, R.** *La Gestion des Risques*, Paris, De Minuit, 1981.
- Casarino, L., et al.** "La Criminalità dei malatti di mente", en *Rassegna di Criminologia*, 11, 1978.
- Cendon, P.** *Il prezzo della follia*, Bologna, Il Mulino, 1984.
- Debuyst, C. *Dangerosità et Justice*, Médecine et Hygiène, Genève, 1981.
- De Giorgi, R.** *Azione e imputazione*, Bari, Milella, 1984.
- De Leonardis, O.** Il marxismo e la sua crisi. Una ricerca sulla psichiatria anti-istituzionale italiana, *Problemi del Socialismo*, 21, 1981.
- De Leonardis, O.** *Psichiatria: un residuo scomodo*, *Politica de Economia*, 2, 1983.
- De Leonardis, O., Mauri, D.** "Note sull'istituzione psichiatrica", en *Rassegna Italiana di Sociologia*, 3, 1980.
- De Leonardis, O., Mauri, D.** "Der Pravention vorbeugen", en Wambach, M. *Der Mensch als Risiko*, Frankfurt, Suhrkamp, 1983.
- Dorner, K.** *Il borgjese e il folle*, Bari, Laterza, 1975.
- Elster, J.** "States that ar fgbe essentially By-Products", *Social Sciences Information*, 20, 1981.
- Elster, J.** *Ulisse e le sirene*, Bologna, Il Mulino, 1984.
- Gallio, G.** "Parole Chiave della Deistituzionalizzazione", en Mauri, D., 1983.
- Galzigna, M.** "Gli infortuni della libertà", introducción a Georget, E.J. *Il Crimine e la colpa*, Venezia, Marsilio, 1984.
- Harding, T.W.** "Du danger, de la dangerosità et de l'usage médical de termes affectivement chargés", en *Deviance et Societe*, 4, 1980.
- Martinotti, G.** *La città difficile*, Milano, Angeli, 1982.
- Mauri, D.** *La libertà è terapeutica?*, Milano, Feltrinelli, 1983.
- Melucci, A.** *L'invenzione del presente*, Bologna, Il Mulino, 1984.
- Meskinoff, A.M., Lauterbach, C.G.** "The association of Violent Dangerous Behaviour with Psychiatric Disorders: a review of the Research Literature", en *Journal of Psychiatry and Law*, 3/4. 1975.
- Monahan, J.** *The Clinical Prediction of Violent Behaviour*, Washington, U.S. Government Printing Office, 1981.
- Morris, N.** *Madness and the Criminal Law*, Chicago, University of Chicago Press, 1982.
- Morse, S.** "A Preference for Liberty: a Case against Involuntary Commitment of the Mentally Disordered", en *California Lae Review*, 70, 1982.
- Nelson, R.** *The Moon and the Ghetto*, New York, Norton and comp., 1977.
- Paci, M.** *La struttura sociale italiana*, Bologna, Il Mulino, 1982.
- Pepper, B., Ryglewicz, H. (Eds.)** *The Young Adult Chronic Patients*, San Francisco, Jossey-Bass inc. 1982.
- Ponti, G.L.** *Guida alla perizia psichiatrica*, Scuola di Specializzazione in Criminologia Clinica, Università di Milano, 1985.
- Robert, P.** "La crise de la notion de dangérosité", en *Rassegna di Criminologia*, 2, 1982.
- Sarpellon, G.** *La povertà in Italia*, Milano, Angeli, 1982.
- Shah, A.** "Dangerousness. A Paradigm for Exploring Some Issue", en *American Psychologist*, 2, 1978.
- Schwartz, S., Goldfinger, S.** "The New Chronic Patients: Clinical Carachteristics og an Emerging Subgroup", en: *Collected Papers of Hospital and Community Psychiatry Service*, 1981.
- Scott, P.** "Assigning Dangerousness in Criminals", en *British Journal of Psychiatry*, 4, 1977.
- Sheets, J., et al.** "Uong Adult Chronic Patients: Three Hypothesized Subgroups", en *Collected Papers of Hospital and Community Psychiatry Service*, 1982.
- Simon, H.** *La ragione nelle vicende umane*, Bologna, Il Mulino.
- Sontag, S.** *Malattia come metafora*, Torino, Einaudi, 1979.
- Steadman, H., Monahan, J.** "The Movement of

Offenders Population between Mental Health and Correctional facilities", National Institute of Justice, 1984.

Steadman, H., Cocozza, J. *Careers of the Criminally Insane*, Lexington, Mass. D.C. Health and Comp., 1974.

Talbott, J. *The Chronic mental Patient*, Washington, The American Psychiatric Association, 1978.

Watzlawick, P., et al. *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio, 1971.

Watzlawick, P. *The Invented Reality*, New York, Norton and Comp., 1984.