

PSIQUIATRIA
Y JUSTICIA PE

La tutela social de la /ala locura.

Notas teóricas sobre la ciencia y la práctica psiquiátricas frente a las nuevas estrategias de control social.*

Máximo Pavarini

Matilde Betti

Università degli Studi di Bologna

1. Una cierta oscuridad y algunas preguntas de fondo.

La psiquiatría italiana, cuestionada en su orden institucional por la ley 180 de 1978, medita hoy sobre los caminos recorridos y sus metas posibles.

Preguntas implícitas y nudos irresueltos se hacen públicos en congresos mas frecuentes que de costumbre. En el pasado febrero la Universidad de Trieste puso frente a frente al derecho y la psiquiatría sobre la cuestión de la "incapacidad de entender y querer": ¿quién y cómo define a un sujeto incapaz e irresponsable de su actuar? y ¿la definición, es signo de una situación real? A mediados de abril, Bologna se interrogó: "¿Qué futuro para la psiquiatría?", y no mas de un mes después, en Roma, el Foro Internacional de Alternativas a la Psi-

* N. del C.: Este texto se publicó originariamente en *Dei Delitti e Delle Pene*, N°1, 1984, pp. 162-183.
Traducción de Máximo Sozzo (UNL-UBA)

quiatría intentó explorar "las tierras de nadie", abandonadas progresivamente por las formas custodiales de control social.

Estas inquietudes se formalizan contemporáneamente en proyectos legislativos que son, simultáneamente, respuesta e impulso al debate. En el Senado ha sido presentado un diseño de ley -cuyo primer firmatario es el senador Grossi y entre otros, también Franca Ongaro-Basaglia- que pretende abrogar la inimputabilidad del enfermo mental autor de delito. El gobierno mismo descende al campo del debate con otro diseño de ley, presentado por el ministro de salud Degan, que modifica radicalmente la forma no custodial asumida por la asistencia psiquiátrica en Italia desde hace ya cinco años.

Se encuentran así en discusión, los compromisos jurídicos de la psiquiatría y sus funciones de control social. Como ciencia, se niega a dar sustento a la definición normativa de imputabilidad, sobre la que se funda la represión penal. Como práctica institucional, liberada de los manicomios, descubre que puede prestarse a diferentes estrategias de control social.

Son estas semejanzas con la criminología, las que hacen que la psiquiatría se sienta tan poco orgullosa de sí misma. La criminología -en su originaria fundación como conocimiento de la criminalidad y de sus causas- fue y es todavía ciencia normativa, inteligible y dotada de sentido sólo y en cuanto sea entendida como saber orientado a brindar respuestas -también operativas- a los problemas de malestar social normativamente criminalizados.¹

Es totalmente evidente que la criminología liberal y clásica fue inequívoca al indi-

car quien era el portador de la demanda de sus conocimientos y prácticas; ella se ofrecía institucionalmente como saber sobre las estrategias para garantizar el orden social. Este cordón umbilical entre mandato social de orden y estatuto de conocimiento no creemos que haya sido cortado por el impacto, en otros aspectos traumático, de la reflexión de la criminología crítica. Cambia o puede cambiar el referente material' del saber y de la práctica criminológica (de la defensa de los intereses sociales hegemónicos a la de aquellos de las clases subalternas), pero siempre en el marco de una óptica que termina por responder a necesidades de orden (aunque se trate de un orden "diverso") de la colectividad frente a quien lesiona la paz social. La historia misma del control social, siguiendo el análisis de W. Hassemer, puede recorrerse como historia de las modalidades de tutela de los diversos bienes jurídicamente protegidos en los distintos sistemas sociales.

² En la literatura italiana, cfr. por todos Baratta, A. (1982).

³ En este sentido, a decir verdad, no compartido mayoritariamente, ver Pavarini, M. (1980: pp. 70 y ss.; 133 y ss.).

Así se expresaba Baratta, A. (1984) en la introducción al debate sobre: "Criminalidad, construcción de los problemas sociales y referente material" (Urbino, 15-16 de octubre de 1983) publicado en *Dei Delitti e Delle Pene*, N°1, 1984.

De esta manera, si se quiere un poco ingenuamente, ya nos orientábamos desde los primeros números de *La Questione Criminale*; cfr. a propósito: Bricola, E.; Sbriccoli, M.; Neppi Modona, G.; Seppilli, T. E Ingraio, P. (1975: pp. 485 y ss.). En otro contexto político-cultural se realiza un esfuerzo por buscar el mismo referente de la demanda de política criminal, cfr. Aniyar De Castro, L. (1981).

Hassemer, W. (1984), trabajo presentado en el debate sobre: "Criminalidad, construcción de los problemas sociales y referente material" (Urbino, 15-16 de octubre de 1983), publicado en *Dei Delitti e Delle Pene*, N°1, 1984.

En este sentido nos expresamos, en las tesis de fondo de Pavarini, M. (1980); en sentido contrario y en amigable polémica, cfr. Pisapia, G.v. (1983: pp. 12-13).

Podrán ser sospechados de involución conservadora, pero no nos parece fortuito que los "niños terribles" de la "National Deviance Conference" de la segunda mitad de los años sesenta en Inglaterra'; hoy, bajo el dominio del conservadurismo de Thatcher, se interesen por la criminalidad "con mucha seriedad". Podríamos hablar también de las razones de la crisis de la "nueva criminología"; pero, en suma, nos parece que agotada la función saludable pero contingente de develamiento y desencanto respecto a la "vieja criminología", la ciencia criminológica termina siempre por construirse (o re-construirse) en torno a una demanda social de política criminal.

Un estatuto de conocimientos criminológicos -aún cuando termine por refundarse únicamente sobre el riguroso paradigma de la reacción social a la desviación- correría el riesgo de agotarse en los espirales, aunque refinados, de argumentaciones sofistas o tautológicas. Casi un saber frívolo. Si la criminología responde, de todas maneras, a demandas sociales de orden, por lo tanto, es estructuralmente **ciencia para una práctica disciplinar**. O en todo caso, simplemente, no es criminología. Esto podrá dejar a algunos infelices, a otros con mala conciencia... pero siempre y en el fondo "honestos". De que parte está la criminología es o debería ser de palmaria evidencia:... de cualquier forma, siempre contra la transgresión⁹.

Para un análisis crítico del recorrido político cultural de la "National Deviance Conference", cfr. en lengua italiana: Pavarini, M. (1975: p. 139).

⁸ Cfr. Taylor, I. (1981); Young, J. (1982).

⁹ Cfr. Melossi, D. (1984).

¹⁰ Cfr. Horkheimer, M. y Adorno, T. W. (1974) que reconocen el iluminismo en los principios fundamentales del dominio de la naturaleza por parte del "sujeto dueño de sí" y de la búsqueda-conservación de la propia identidad; de ahí, la necesaria estigmatización y marginación de la no-racionalidad y de la "angustia de perder el sí-mismo".

La brutalidad de esta conclusión pensamos, honestamente, que no puede satisfacer a la ciencia psiquiátrica. Esta es, por excelencia, opaca y equivoca con respecto a esta cuestión. ¿Quién es el portador de la demanda de intervención psiquiátrica (el enfermo mental o la sociedad)?, es una pregunta que no puede encontrar una respuesta inmediata o inequívoca... o al menos, la ruptura producida por las prácticas de la antipsiquiatría ha hecho las cosas más difíciles de entender.

Conviene, creemos, reflexionar sobre esta equivocidad, orientando nuestro interés hacia una meta precisa:

- No nos interesa saber si y cuanto la práctica psiquiátrica ha estado en el pasado (o en el presente) plegada y funcionalizada como agencia de disciplina social. Esta curiosidad nos parece ingenua: ¿qué práctica que sea (también) social no responde (también) a instancias de control social? En cambio, interesa preguntarse:
- Si se puede dar un conocimiento científico en psiquiatría asumiendo los mandatos de tutela social o si esto sólo es posible rechazando los mismos;
- Si el estatuto de ciencia médica puede definir completamente al saber psiquiátrico, o termina por mutilarlo como "algo";
- Si y como puede fundarse una disciplina médico-sanitaria que no se resuelva en una dimensión sólo organicista, sino también y sobretodo social; y esto más allá de funciones de "higiene social";
- Si tal disciplina médico-social puede evitar diluirse y ser absorbida en las prácticas del Estado asistencial;
- Si la "buena conciencia" de los psiquiatras que rechazan los ambientes de control y de poder hasta ahora ocupados, no se ha despertado sólo cuando este mismo control podía ejercitarse más eficaz y económicamente en otras formas:

Si, en fin, esta oscuridad del conocimiento y la práctica psiquiátrica -siera de dos patrones o mejor dicho, esclava en el cuerpo administrativo de funciones disciplinarias y "libre" idealmente en su voluntad de ciencia terapéutica- no termina por "esconder" una *funcionalidad diversa* de este saber-poder en el interior de las *nuevas estrategias* de control social.

2. La dimensión histórica del proceso de emancipación psiquiátrica: la vocación terapéutica.

El iluminismo burgués conforma y comprende la locura -forma occidental de la transgresión (Foucault, M., 1977: p. 630)- en los términos de la enfermedad mental y de la psiquiatría". Su definición patológica del otro-de-sí mismo contribuye a reasegurar la identidad propia de las nuevas clases en el poder y su estatuto de ciencia médica consiente enfrentar la amenaza social de la locura en forma de tutela filantrópica: "Ante la ambivalencia de horror y piedad que suscita el loco, la medicina mental jugará la carta de la benevolencia; de este modo controlará el polo peligroso" (Castel, R., 1980: p. 133).

Ciencia e institución psiquiátrica, *en* tanto traducción y respuesta médicas a problemas sociales de orden, se prestan a un análisis normativo a través de las grandes

¹¹ Dorner, K. (1975) analiza el nacimiento de la psiquiatría en Gran Bretaña, Alemania y Francia en relación al orden social y a los conocimientos científicos existentes en estos tres países. Castel, R. (1980) profundiza el análisis de la realidad francesa, considerando a la psiquiatría como ciencia «política» de la administración de la locura. Para una reflexión histórica mas compleja, ver Foucault, J. I. (1977). Específicamente, para el nacimiento de a psiquiatría en Italia, ver Giacaneli, F. (1975; 1980) y Stock, F. (1981).

leyes sobre la psiquiatría a partir de cuya lectura se pueden individualizar ya los cambios de rumbo de esta disciplina.

No por casualidad, la formación de la psiquiatría en Italia encuentra cohesión en la batalla de los psiquiatras -nunca más unidos tan compactamente- en pos de una ley nacional que definiera el ámbito, las funciones y los poderes que les serían otorgados'. La demanda de poder de los psiquiatras se presenta como una faceta más amplia de control -no represivo ni a posteriori sino científico y preventivo- necesaria para el nuevo Estado burgués.

Con la legislación de 1904¹³ la psiquiatría, al fundarse esencialmente como práctica y/o sobre prácticas de segregación, se ofrece como agencia de seguridad, haciéndose responsable de funciones de tutela social. De esta manera, se define normativamente la asunción de mandatos de control social por parte de la psiquiatría tardo-positivista: la subordinación de las instancias terapéuticas a funciones administrativo-policíacas, la consideración de la enfermedad mental (también) a la luz de los valores dominantes, la relación institucional siempre más estrecha entre esfera de la psiquiatría y esfera de la justicia".

¹² Primero los psiquiatras individualmente y luego la Sociedad Frienatrica entera, ejercitaron fuertes presiones -si bien vanas- para la aprobación de varios proyectos de ley. En orden: el proyecto Bertini, presentado en 1849 al Parlamento Subalpino; el proyecto Cantelli, ministro del interior, de 1874; el proyecto Nicotera, presentado al Senado en 1877; el proyecto Depretis, presentado a la Camara en 1881; el proyecto Giolitti de 1893, el proyecto Di Rudiní de 1897, el proyecto Giolitti de 1902, finalmente aprobado en 1904. Ver las Actas Parlamentarias de los años referidos.

¹³ Para un análisis de la ley N° 36/1904 y de su formación, ver Canosa, R. (1979: pp. 100-118); Stock, F. (1981).

¹⁴ Sobre el nudo histórico y cultural de las interferencias entre la psiquiatría naciente y la justicia penal, ver Foucault, M. (1976).

Operando así, se presenta ideológicamente una imagen distorsionada de las relaciones entre ciencia psiquiátrica y práctica administrativa de tutela social a través de los dispositivos psiquiátricos. Se pretende crear la ilusión de que no existen interferencias entre estos niveles, con el fin de salvar el valor de la cientificidad del saber psiquiátrico. A decir verdad, no sólo se debe reconocer la interferencia entre estos planos, sino la subordinación de la ciencia a aquel dispositivo administrativo de tipo segregativo que en última instancia determinaba las únicas condiciones "objetivas" de conocimiento de la locura". En el sentido de una psiquiatría manicomial, o si se quiere, en términos más radicales, de la psiquiatría manicomial: ¿qué tipo de conocimiento de la locura (o del loco) mas allá y en ausencia de aquella práctica? ¿qué ciencia psiquiátrica que no sea producto de la institución psiquiátrica?

Si ésta es (la historia y) la herencia de la psiquiatría clásica, los movimientos de antipsiquiatría no deben comprenderse como una óptica dirigida a la deslegitimación de un saber científico sobre la locura; sino en el sentido inverso, como una óptica dirigida a la determinación de las condiciones históricas para que el mismo pueda finalmente producirse.

Tanto la afirmación del origen de la enfermedad en contradicciones extrapsíquicas (el primer Cooper), como el giro que implica reconocer en el loco la libertad perdida del hombre (Laing) o la liberación perseguida a través del tratamiento psicoanalítico (hasta Lacan), corresponden indistintamente a una especialización siempre mayor de la actividad y del saber referido al enfermo (Castel, R., 1975: pp. 184-5).

Sobre el plano institucional, la voluntad de la psiquiatría (no se debe olvidar que los movimientos de nueva psiquiatría han sido y son, fundamentalmente, movimientos de operadores psiquiátricos) de hacerse ciencia médica, con finalidades únicamente terapéuticas, lleva en Italia a la ley 180 de reforma psiquiátrica y, todavía mas allá, a la recomposición de esta en el marco de la ley que instituye el Servicio Sanitario Nacional¹.

Este cuadro normativo excluye la segregación manicomial, negada por la nueva psiquiatría en cuanto práctica terapéutica y estructura las intervenciones frente a la enfermedad mental en forma análoga a los otros tratamientos sanitarios. Con el mismo se ha alcanzado el punto mas avanzado de medicalización de la psiquiatría y de sanitización del sufrimiento mental.

Si con la ley 833 la psiquiatría, más como institución que como ciencia, pretende y logra insertarse en el conjunto de las disciplinas sanitarias, esto significa que (¿unilateralmente?) renuncia al mandato de agencia de control social y, por ende, dramáticamente plantea la cuestión de la necesidad de redefinirse respecto a sus propios problemas (Basaglia, F., 1967; 1980).

Esta refundación atraviesa, en primer lugar, el objeto mismo de su conocimiento: ¿quién es el "sujeto que padece" que demanda la intervención psiquiátrica, una vez excluida cualquier referencia a una dimensión de control social? El proceso de desinstitucionalización manicomial -el descubrimiento del

¹ Ver las reflexiones de M. Foucault sobre el "Retiro" y su conformación de la locura, en Foucault, M. (1977a), capítulo "Nacimiento del manicomio".

⁶ La singularidad de la profunda reforma conquistada en Italia se debió en gran parte a la coordinación aquí existente entre la cuestión psiquiátrica y la problemática de la lucha de clases. Ver AA.VV. (1974) y Colacicchi, P. (1983). Para un comentario de la normativa, ver Pastore, U. Y Piccione, R. (1978).

depósito de la locura- ha mostrado la absoluta heterogeneidad de la clientela psiquiátrica, sólo y únicamente homogeneizada en razón de parámetros de tutela social.

Si la deshomogeneidad del cargamento de objetos tendencialmente asignado a la psiquiatría -como dice Giacanelli¹⁷- es la demostración histórica del vínculo directo que existe entre poder y saber psiquiátrico en cuanto a la política de control social, la psiquiatría hoy -para entendernos, la psiquiatría italiana luego de las leyes 180 y 833- termina por tener que hacerse cargo de una verdadera refundación. Pero la definición del objeto de la psiquiatría no puede sino reenviar a aquella de un estatuto de cientificidad de la psiquiatría misma: sólo en la conquista de una racionalidad científica será posible redefinir la identidad y la especificidad de la psiquiatría en el interior de las cuestiones de salud.

En suma: a la búsqueda de la psiquiatría, una vez liberados de las condiciones obstativas que no permitían siquiera expresar una voluntad de fundación científica".

Todo lo dicho, en definitiva, describe mas una esperanza, una tensión liberadora, un "proyecto"; que el verdadero "estado de salud" de la psiquiatría.

Es preciso aclarar que mas allá de las intenciones de los psiquiatras (hechas propias por el legislador reformista), en los hechos, la psiquiatría no se ha liberado todavía. Ciertas condiciones han sido solo imaginadas y formalizadas en textos normativos, porque en la realidad, permanece aún el mandato social de agencia de control con respecto a la

psiquiatría. Y esto se verifica en dos niveles. En primer lugar, la creencia de que la psiquiatría se ocupa de una problema radicado (también) en lo social, presenta el riesgo de medicalizar y, por ende, negar situaciones problemáticas potencialmente conflictuales. En segundo lugar, existen ámbitos de intervención psiquiátrica, bien distintos del manicomio, fuertemente comprometidos con las agencias de control social y con la represión penal: del alcoholismo a la toxicoddependencia, de los "extravagantes" peligrosos para el orden público a la misma valoración de la "capacidad" de un individuo al que le corresponde una sanción penal.

Sin que la psiquiatría haya podido ser refundada aún, permanece de hecho suspendida: este estado de incerteza termina por definir una procesualidad de desarrollos atravesada por tensiones contrapuestas.

Estas tendencias opuestas nos parece que, fundamentalmente, ponen en juego el mismo problema, aunque proyectan soluciones antagónicas. Registramos una tendencia hacia un más avanzado y ulterior proceso de liberación de los mandatos de control social, fundada en la convicción de que se debe todavía proceder en este sentido para redescubrir o descubrir su verdadera matriz de ciencia y práctica sanitaria; y, por otro lado, una tendencia contrapuesta, orientada en el sentido de una contrarreforma de la reforma psiquiátrica, en pos de una repropósito de funciones inequívocas y, por cierto, no marginales, de *nueva* disciplina social. Detrás de estas tendencias opuestas permanece siempre el problema

¹⁷ Intervención en el Congreso «¿Qué futuro para la psiquiatría?», Bologna, 13-14 de abril de 1984.

¹⁸ Para una confrontación entre los psiquiatras protagonistas del cambio en curso, sobre los problemas fundamentales producidos por el nuevo orden institucional, ver Onnis, L., Lo Russo, G. (1980) Y Antonucci, G. (1983).

Que la recompreñión de las situaciones problemáticas, por ejemplo desde lo jurídico-penal a lo sanitario-psiquiátrico comprometa o, de alguna manera, reduzca la transparencia del conflicto ha sido desarrollado, recientemente por Nascetti, G.P. (1983).

de fondo: si, también en el proceso de refundación, la instancia de control es (mas o menos) esencial para la existencia misma de un conocimiento psiquiátrico.

3. Finjamos al loco-criminal capaz de entender y querer; la psiquiatría pide el divorcio a las prácticas de la justicia criminal... (y las graves aporías sobre el plano de las estrategias de control social).

Queremos aquí hacer referencia explícitamente al proyecto de ley Grossi⁰ que nos parece, en el plano de las intenciones, el mas avanzado y coherente con las instancias alcanzadas en torno a una superación definitiva del mandato social de control con respecto a la ciencia y la práctica psiquiátricas. Este proyecto de ley pretende desatar los nudos que ligan la psiquiatría a las agencias institucionales de control social y descolonizar las tierras del compromiso psiquiatría-derecho penal que no han sido abandonadas por la ley 180: la pericia psiquiátrica -afirmación del poder psiquiátrico de definir el ámbito subjetivo de la represión- y el Hospital Psiquiátrico Judicial -espacio de identificación entre cura y sanción. La inescindibilidad no formal de estos dos términos es totalmente evidente: no se puede sustraer a alguien de la sanción penal si no se ofrecen otras modalidades de control, mas maleables y funcionales, en tanto pueden intervenir aún antes del delito sobre una peligrosidad potencial (Castel, R., 1977: pp. 290-91).

Luego de la ley 180/78 que ha abolido los Hospitales Psiquiátricos Generales, el

²⁰ Ver el proyecto de ley presentado al Senado sobre la cuestión de la "Imputabilidad del enfermo mental autor de delito y tratamiento penitenciario del mismo. Abrogación de la legislación especial para enfermos y semienfermos mentales", primer firmatario Grossi.

proyecto Grossi prosigue en la misma dirección pretendiendo suprimir los sobrevivientes Hospitales Psiquiátricos Judiciales.

Nacidos como una reivindicación de la psiquiatría positivista¹ en el ámbito de un modelo integrado de ciencia penal, son actualmente espacio de doble exclusión que, por la violencia de la represión que allí se desarrolla como cura y/o sanción, representan un desafío a los intentos de liberación de la nueva psiquiatría. Previstos para la internación de los "delincuentes-locos" y de los "locos-delincuentes" en cuanto inimputables y peligrosos, en el nuevo diseño de ley son suprimidos con la abolición de las nociones de inimputabilidad y peligrosidad social que son su presupuesto. De esta manera el proyecto Grossi desea arrancar de raíz este instituto jurídico, negando la existencia de la categoría específica de sujetos a la cual se dirigen los Hospitales Psiquiátricos Judiciales.

El divorcio entre psiquiatría y justicia penal proclamado por este proyecto de ley se manifiesta en toda su radicalidad y confirma la tendencia de la psiquiatría a estructurarse sobre un estatuto liberal de ciencia médica. El proyecto se propone: "la abrogación de la legislación penal especial para los enfermos mentales (Art. 1-10); la parificación, a los efectos jurídicos, de la enfermedad mental con la enfermedad física (Art. 11-17); la tutela de la salud del condenado (Art. 18-21)"²³. La locura de los

²¹ Para un análisis crítico profundo sobre el punto, ver Villa, R.(1980).

²² La gravedad de la situación en el interior de los Hospitales Psiquiátricos Judiciales ha sido revelada por la misma Corte Constitucional en su sentencia del 08/07/82. La bibliografía sobre el punto es muy vasta; entre otros, ver Manacorda, A. (1982), Valcarengi, M. (1975), Canosa, R. (1979: pp. 136-50).

²³ Ver el proyecto de ley Grossi, pág. 11 de la Relación Introdutiva.

delinquentes aquí aparece como cualquier otra dolencia o patología: no exime a quien la sufre de la pena común y sólo suspende el proceso penal en cuanto se agrave y necesite de médicos y tratamientos. La buena conciencia del psiquiatra rechaza los mandatos de control social -juicio sobre la peligrosidad y corresponsabilidad en internamientos ilimitados en su duración- y los correspondientes ámbitos de poder; sin embargo acepta la segregación de los locos -si bien una segregación penal- y niega un carácter más complejo al sufrimiento psiquiátrico, reduciéndolo a un problema únicamente sanitario. Sobre la mistificación implícita en esta actitud nos parece superfluo insistir (ver. Basaglia, F., 1980: pp. 43-46).

Se niega la inimputabilidad del loco en función del argumento de que la categoría fenoménica del sufrimiento psíquico no es homogénea ni conmensurable con respecto a la dimensión normativa de la capacidad de entender y querer: una vez develada la mistificación positivista de la reducción etiológica de la realidad, no queda ningún nexo funcional entre ambas. Esto, sin embargo, no explica completamente la opción elegida por este diseño de ley que privilegia una solución puramente normativa; esto es, una ficción legal frente al dato empírico. Por otro lado, asumiendo la imputabilidad del loco se atribuyen al derecho penal las mismas funciones que le reconocía la escuela positivista: la defensa social frente a quien sea que pueda convertirse en peligroso.

Subyace pues al diseño de ley, el paradigma del reduccionismo criminológico de corte positivista, en el sentido de que el loco que delinque debe ser penado porque es

peligroso; ¡expresamente se rechazan presunciones absolutas de peligrosidad con respecto a los locos-delinquentes para luego fundar implícitamente la responsabilidad penal de todos en la peligrosidad potencial de algunos!

La radicalidad del proyecto revela evidentes aporías, si se pasa del análisis de la problemática jurídica relativa al Hospital Psiquiátrico Judicial a una reflexión sobre sus funciones de control social. Permaneciendo en el interior del sistema penal actualmente existente -como lo hace el proyecto Grossi- inevitablemente se choca con el problema de la invalidación terapéutica de las instituciones totales, conquistada en el nivel psiquiátrico como consecuencia de los movimientos de antipsiquiatría y en el nivel normativo, obra de la ley 180/78.

Refutada la segregación en el Hospital Psiquiátrico Judicial, en tanto no terapéutica y, por ende, extraña al estatuto médico reivindicado por la psiquiatría, con este proyecto de ley "las penas previstas en el código penal para los diversos tipos delictivos automáticamente sustituyen las medidas de seguridad derogadas". Reconociendo la imputabilidad de los locos-delinquentes, nuevamente el mecanismo de control social frente a ellos pasa por la institución total -esta vez, la cárcel- que se adorna de herramientas médicas, cuya validez general es desmentida en situaciones de detención.

Frente a esta contradicción, la psiquiatría es llamada a hacer una aclaración más precisa sobre el ámbito de su intervención. De las alternativas posibles debe saber elegir: o acepta la segregación de los locos-delinquentes impuesta por la actual articulación del sistema de control social -renun-

²¹ Sobre las implicaciones de la diagnosis psiquiátrica y en particular sobre el juicio de peligrosidad; ver Pfohl, S.J. (1978).

²² Ver el diseño de ley Grossi, p. 9 de la Relación Introdutoria.

ciando, sin embargo, a cualquier ilusión terapéutica posterior y divorciándose definitivamente de una sanción penal completamente en función de la defensa social-; o bien, reivindica su "dominio" sobre los locos-delinquentes -reclamando coherentemente su asignación al servicio psiquiátrico territorial y logrando superar de otra manera las preocupaciones por la defensa social. En esta segunda hipótesis, las exigencias terapéuticas y el control psiquiátrico de este sector de la criminalidad, podrían reafirmarse luego de un sobreseimiento por incapacidad, o bien, luego de una condena que prevea para los locos una gama sancionadora diferenciada y compatible con las necesidades del tratamiento. Esta última hipótesis, de cierta manera, está articulada en el código penal sueco de 1965, en el cual -sin embargo- están todavía previstos los hospitales psiquiátricos y el tratamiento obligatorio.

Nuevamente, no se ha logrado acabadamente la salida de los enfermos mentales de las instituciones segregativas. Esto hace pensar que se trata, verdaderamente, de la permanencia de un "núcleo duro" del sistema de control social, que sólo consiente la satisfacción de necesidades terapéuticas no custodiales frente a situaciones menos problemáticas.

²⁶ Sobre la situación sueca, en donde hoy existen 24000 pacientes en hospitales psiquiátricos - 7000 de los cuáles se encuentran en tratamiento obligatorio - una difusión masiva de los psicofármacos, cfr. la entrevista a Alain Topor en «II Manifiesto», XIV, 105, del 04/05/1984; ver también Strahl, I. (1966) y Simson, G., (1969).

²⁷ De este fenómeno, también existen pruebas en la situación producida en Italia luego de la entrada en vigor de la ley 180/78, a la que siguió un aumento importante de las internaciones en los Hospitales Psiquiátricos Judiciales todavía existentes. Para consultar los datos recogidos y un análisis de los mismos, ver Manacorda, A. (1982).

En este sentido, el intento abolicionista expresado por el proyecto Grossi es misticante, dado que no puede menos que presuponer la existencia de instituciones segregativas de control social para los locos, con las cuales la psiquiatría rechaza estar comprometida de ninguna forma (y sin siquiera lograrlo del todo...). Se puede decir que este proyecto da voz a la psiquiatría, pero al expresar una utopía de pureza no incide en las prácticas reales de control social.

4. El estado de "saludable" crisis de la psiquiatría en los años duros posteriores a la reforma: los confines de la nueva "geografía" de la práctica sobre la locura.

¿Qué cosas importantes emergen del estado de "saludable" crisis de la psiquiatría en los años "duros" posteriores a la reforma? Esquemmatizando en virtud de exigencias de dramatización expositiva:

A) La reaparición, en términos de un acentuado reduccionismo positivista, de posiciones favorables a la conformación de la psiquiatría como ciencia médica especializada, anclada en definiciones objetivistas sobre el modelo de la medicina hospitalaria. Para estas posiciones el momento de la hospitalización resulta inexpresivo frente al mandato social de control que ideológicamente es inadvertido, en tanto se ofrece como instancia terapéutica, como hábitat adecuado a una determinada terapia, esencialmente de tipo farmacológica.

En esta dirección, se reivindica la máxima medicalización de la psiquiatría, claramente expresada por el último repertorio diagnóstico internacional (Dsm III) que continua realizando una atribución "objetiva" de patologías a determinadas combinaciones de condiciones. Sin embargo, el mismo Dsm III advierte que existen "con-

diciones que requieren atención o tratamiento, pero no son atribuibles a una "disturbación mental" como: el "comportamiento antisocial", el "problema relativo a una particular fase o circunstancia de la vida o la "no colaboración con el tratamiento médico" (Nahon, L., 1984). Aún cuando, reivindicando un rigor médico, la psiquiatría debe renunciar a una "diagnóstico patológica, perpetúa intervenciones sobre situaciones problemáticas ahora privadas de identidad terapéutica. Por lo tanto, también -o mejor dicho, sobretodo- la medicalización extrema es practicada como una forma de control social y, mas aún, el hospital (la internación se produce en la mayor parte de los casos coactivamente, es decir, en razón de la tutela del afuera) y los fármacos (a menudo contención "química" de los "excesos" del enfermo). Estas posturas, por ende, con fórmulas mas refinadas, no hacen otra cosa que enfatizar el estatuto originario de la psiquiatría como ciencia médica y práctica custodial.

B) Una tendencia -acentuada en algunos operadores psiquiátricos y más diluida en otros- a considerar el problema de la "gestión" del malestar social como una cuestión fundamentalmente asistencial.

En el fondo de estas posiciones, juegan algunas certezas... y muchas palabras de orden. No se puede negar que aún está lejos de morir el mito de la inexistencia de la enfermedad mental como estado de patología individual y la asimilación de quien padece un sufrimiento psíquico a quien sufre la marginación social. Para otros, evidentemente, la cuestión no es tanto locura sí, locura no; en cuanto que -de todas maneras- el status de loco define y produce una situación social problemática que necesita, más allá de cualquier proyecto de medicalización y sanitización del loco, ser resuelta socialmente. En suma: el loco es

-y muchos juran: sobretodo- un necesitado de ayuda social, y luego -tal vez- también un enfermo que debe ser curado.

La psiquiatría se transforma así en "ayuda" y se articula y expresa preponderantemente a través de los servicios sociales territoriales. Finalmente, da voz a su alma filantrópica que recién ahora puede abandonar la custodia para encontrar un espacio real fuera de los manicomios. Los psiquiatras desde siempre han reconocido la cronicidad generada por el manicomio y la "terapeuticidad" del tratamiento del loco en su medio ambiente social, hasta "alimentar serias dudas acerca de la utilidad del tratamiento manicomial" (Gilardi, A., 1904: p. 587).

Pero no bastó la progresiva deslegitimación del manicomio para determinar su abandono -¿por qué sólo ahora?-, hasta que urgentes razones estructurales -la crisis fiscal del estado social- han impuesto alternativas menos costosas a las instituciones totales. El modelo asistencial, sin embargo, no abarca hoy completamente -como veremos- el paradigma psiquiátrico; probablemente "porque dice todavía explícitamente aquello que tiene la función de eclipsar: las diferencias de clase" (Castel, R., 1980: p. 213).

C) Una fuga, que llamaremos "elitista", hacia la asimilación-homogeneización de la psiquiatría a los estatutos de las profesiones liberales. No siempre esta tendencia desea mostrarse, más comúnmente, se oculta bajo las posiciones mas "intransigentes"

* La voz oficial de la psiquiatría italiana en un informe de 1891 al Ministerio del Interior se reconoce en estas afirmaciones. Ver el informe Tamburini-Ascenzi referido en Gilardi, A. (1904: p. 587).

** Un análisis del fenómeno que articula referencias a la desinstitucionalización manicomial y carcelaria, es desarrollado por Scull, A.T. (1977).

de desresponsabilización con respecto a cualquier mandato de tutela social. Si el portador de la demanda de servicio psiquiátrico es quien padece el sufrimiento mental individualmente, entonces, la intervención psiquiátrica sólo (y únicamente) tiene sentido si está subordinada al consentimiento del paciente de someterse voluntariamente a un tratamiento sanitario.

Esta es una tendencia que, mientras resulta inequívoca con respecto a algunos objetivos, mantiene luego en su interior posiciones que reenvían a "visiones del mundo" radicalmente opuestas. En este frente -que podríamos definir como "garantismo o neograntismo psiquiátrico"- se pueden esconder instancias neoliberales favorables a una reprivatización del problema de la salud mental, o bien, instancias culturalmente rigurosas, orientadas a una definitiva delimitación entre las necesidades de control, las razones terapéuticas y el método científico frente al sufrimiento mental.

En esta dirección la psiquiatría se hace palabra y se refiere al paradigma analítico; el tratamiento se propone la "liberación" del paciente a través de "la escucha" y "la interpretación" del conjunto de experiencias y sensaciones que se encuentran presentes en la conciencia individual del mismo. Si esto parece ser lo contrario del control y la normalización tradicionalmente ofrecidos por la psiquiatría, en la sustancia no hace otra cosa que perpetuar la realidad social problemática que se encuentra en la base del malestar psíquico, dado que, no la afronta como tal sino que se limita a interpretar el modo en que es subjetivamente vivida. El médico se repropone como especialista de la escucha de **un cierto** conjunto de experiencias y sensaciones del paciente; no son pertinentes para su interpretación "elementos determinantes de la situación" y esto reproduce "una ideología de la sustitución que desplaza el impacto del

problema, según la mejor tradición histórica de la medicina" (Castel, R., 1975: p. 185).

La relación psicoanalítica, por lo demás, se estructura como relación de tutela basada en sutiles procedimientos de gestión de lo cotidiano, con la reestructuración del ambiente de vida en espacios continuos de vigilancia e ininterrumpidas técnicas de examen en todas las situaciones diarias (Castel, R., 1980: p. 212). He aquí un aspecto sociológico de esta tendencia analítica que no debe ser minusvalorado. La amplia vulgarización del psicoanálisis y la proliferación de modelos poco rigurosos han asumido un peso social importantísimo, a tal punto que el psicoanálisis extiende su forma de tutela hasta arribar a la difusión, como está acaeciendo en América, de la "terapia para normales" (Castel, R., 1984: pp. 15 y ss.).

5. El Proyecto Degan. La reforma de la reforma: o bien, como volver las victorias "ajenas" en beneficio "propio".

Esta nueva geografía de la psiquiatría y -sobre todo- el modificado orden social, encuentran reconocimiento y respuesta en el diseño de ley Degan que se afirma sobre la realidad emergente de las prácticas psiquiátricas coherentemente con las nuevas exigencias de control social.

Surgen, indudablemente, las líneas de un proyecto contrarreformista, de una seria reproposición de funciones de disciplina social a la práctica psiquiátrica. Pero la afirmación del carácter esencial del mandato de tutela social no deviene, como correctamente subraya Giacacelli³⁰, en tanto reproposición del modelo pasado, como restauración psiquiátrica. Significativamente

³⁰ Intervención en el congreso "¿Qué futuro para la Psiquiatría?", Bologna, 13-14 de abril de 1984.

te, la elección del paradigma custodial y segregativo frente a la locura no está más sujeta a pensamientos nostálgicos. Se contempla y regula aquí, claramente, un uso "mas amplio" del mismo frente a su dislocación por parte de la ley 180, pero -ciertamente- la elección custodial no constituye el centro gravitacional de la nueva proyectualidad, tal como se expresa en el diseño Degan.

En cambio, aparece un escenario articulado sobre dos polos, con instituciones custodiales de un lado y del otro, los servicios psiquiátricos territoriales. Las formas de la institución total son la clínica (servicio psiquiátrico de diagnosis y cura a cargo de los hospitales generales) y el manicomio (estructura y residencia apropiada para los tratamientos prolongados). El internamiento pierde su necesaria temporariedad de intervención sobre una situación aguda -propia de cualquier hospitalización y confirmada por la ley 180 en el ámbito psiquiátrico- para asumir, en cambio, la cronicidad como elemento dado y en todo caso, independiente de la calidad de la respuesta (Piccione, R., 1984). Además de la recuperación de la tradicional institución asilar, se prevé también la extensión de la hospitalización temporaria, con un mayor número de camas y estructuras organizativas más precisas. Como en la normativa precedente, el tratamiento puede ser voluntario o coactivo; es nueva, en cambio -o mejor dicho renovada, ya que estaba presente en la ley de 1904- la previsión del internamiento coactivo de urgencia.

Paralelamente al polo segregativo de la respuesta psiquiátrica -con un ámbito de aplicación más extenso y un núcleo más duro respecto al orden institucional preexistente- se mantiene la red de los precedentes servicios "de asistencia sanitaria domiciliar y ambulatoria territoriales, con funciones prevalentemente preventivas y de tera-

pia no intensiva" (Art. 1° del Proyecto Degan). De por sí, esta parte de la normativa no cambia de un modo relevante pero asume un rol radicalmente diverso: no es mas la respuesta psiquiátrica al sufrimiento psíquico sino una de sus articulaciones frente a las situaciones menos problemáticas.

La diversificación así trazada a nivel institucional es paralela a aquella previamente delineada a nivel teórico: las renovadas tendencias hacia la medicalización y la hospitalización corresponden al refortalecimiento del polo custodial-sanitario y, por otra parte, el paradigma asistencial y la difusión de terapias más o menos analíticas, son coherentes con la práctica psiquiátrica desarrollada por los servicios sociales³. Por otro lado, las intervenciones territoriales se orientan a problemas menos graves y se desenvuelven sobre una base voluntaria, mientras la respuesta custodial se genera, en la mayor parte de los casos, en función del reclamo de terceros y frente a sus exigencias de tutela en situaciones problemáticas, satisfechas con la segregación de un elemento perturbado y/o de perturbación.

Otro aspecto relevante del escenario trazado por el diseño de ley Degan es el esfumarse de los límites del ámbito psiquiátrico. La "gestión de la locura" no compete mas sólo a psiquiatras, asistentes sociales y -de vez en cuando- policías. Surgen en cambio, figuras nuevas y mas difusas en el interior del circuito psiquiátrico.

En primer lugar, las familias de los locos -descuidadas por la ley 180 pero en primera plana en los años sucesivos al lamentarse sus lagunosas actuaciones- a las cuales se le atribuye un papel significativo. Por un lado, la tutela de las relaciones entre el

³¹ Esta diversificación reproduce el proceso en curso en el ámbito carcelario. Ver, PAVARINI, M. (1979).



Octeto Buenos Aires, 1956. Stampone, Nicolini, Baralis, Federico, Piazzolla, Bragato, Francini y Malvicino

loco y su familia es uno de los tres objetivos que deben perseguir todas las intervenciones sanitarias; es, por ende, un criterio informador de toda la asistencia psiquiátrica. Por el otro, los órganos regionales de vigilancia sobre el estado de los servicios psiquiátricos deben necesariamente comprender -y este es el único componente ya específicamente previsto- un representante de los familiares de los enfermos.

Mucho más allá de los familiares, sujetos no calificados profesionalmente pero por lo menos individualizables, el procedimiento de internamiento coactivo de urgencia se presta a ser impulsado por cualquiera. No se indican, de hecho, ni calidades ni roles específicos a los cuales es atribuido semejante poder. Mas allá de lo singular de la previsión -¡cualquiera puede privar a otro de su libertad personal para someterlo a tratamiento psiquiátrico!- se hace difusa la red de sujetos responsables de la tutela del/al loco.

Por otro lado, se expresa repetidamente en el diseño de ley Degan la negación de cualquier conflictividad en la relación loco-institución psiquiátrica. El internamiento coactivo de urgencia, las intervenciones atribuidas al personal médico todavía antes de la orden judicial de internación, la "vigilancia sanitaria" como principio informador de la normativa: todo esto es proclamado "en el interés del enfermo". Esta fórmula de autolegitimación es contradicha por su mismo presupuesto de hecho; esto es, el internamiento del loco contra su voluntad. Sin embargo, cumple una importante función, ya que, negando la existencia de un interés en conflicto con aquél de la institución, minusvalora cualquier necesidad de tutela.

La articulación de la psiquiatría institucional prevista en el proyecto Degan se adapta, por lo tanto, a las complejas relaciones de dominación existentes en la sociedad contemporánea, en la cual las dife-

rencias de clase tienden a diluirse para hacer surgir "partner sociales que se dividen los beneficios de la expansión... que deben ser ayudados... a permanecer en el circuito de producción-consumo, reproduciendo la estructura económica en su totalidad". Para continuar con las palabras de Castel (1980, p. 213): "Resulta claro entonces, el interés político de los modos de control que eclipsan las rupturas, cancelan los principios objetivos de oposición para mantener la continuidad de diferencias cualitativas... Las tecnologías relacionales en la comunidad corresponden a una concepción participacionista de la integración; presuponen que han sido quebradas la dicotomía entre lo normal y lo patológico y la separación de los espacios en los cuales tiene lugar la "gestión" de la enfermedad, así como debe ser superado en el plano social, el abismo entre las clases".

6. Para un control "diverso": la palabra, el fármaco, la ayuda...

Habíamos iniciado este breve trabajo colocándonos algunos interrogantes de fondo que, de algún manera, en su totalidad giran en torno a un punto que para nosotros debe comprenderse como "la" cuestión de la psiquiatría: si podrá, alguna vez, construirse un conocimiento y una práctica sobre el sufrimiento mental a partir del rechazo de cualquier mandato de disciplina social frente a la locura. Y no deseamos eludirlos.

Para nosotros, el sentido y el valor político (y también científico) reside en el plantearse la cuestión, mas que en una eventual respuesta a la misma. De hecho, que se responda afirmativa o negativamente, poco importa en el estado actual de la situación; ya que, en todo caso, se debería contar con dotes adivinatorias o abandonarse a creencias e ideologías totalizantes. Profetas o santos.

En cambio, registrar que, hoy por hoy, tiene importancia (tal vez mas política que epistemológica) plantearse esta pregunta, significa hacerse interpretes del malestar de los psiquiatras; mantener suspendida esta cuestión implica recoger una modalidad diversa de reflexionar y actuar sobre el sufrimiento psíquico, que pretende liberarse de una herencia de tutela social de la/la locura; pero quiere también y -en cuanto concierne a nuestras intenciones- sobre todo, mantener atenta la inteligencia crítica frente a las diversas (y probablemente, menos advertidas) refuncionalizaciones de la psiquiatría con respecto a las nuevas instancias de control social.

Y con este último aspecto deseamos poner término a nuestras reflexiones, ofreciendo por puntos y en forma todavía aproximativa algunos apuntes críticos madurados a través de la discusión sobre lo precedentemente tratado.

El proyecto de ley Degan no produce una situación de contrarreforma; más bien, busca redefinir las situaciones provocadas por la crisis de la psiquiatría en un nuevo orden que se encuentre en grado de reafirmar que, de todas maneras, el mandato de tutela del/al loco es recibido también por la nueva institución psiquiátrica; para entendernos, por la psiquiatría posterior a la ley 180. La inteligencia de este proyecto gubernamental reside en no reproponer más idealmente aquello que no es ya proponible materialmente: una psiquiatría unitaria, fuertemente responsabilizada frente a las demandas de orden y de tutela social. Esto no puede darse en el futuro porque la psiquiatría manicomial definitivamente ha cesado de existir con la puesta en crisis del paradigma custodial.

Con los movimientos de liberación manicomial y con las nuevas prácticas

psiquiátricas se ha operado una herida en el tejido relativamente homogéneo del originario estatuto de la práctica psiquiátrica; herida que ya no es posible cerrar de ningún modo.

Con el develamiento del mandato de disciplina social, concomitante con el "descubrimiento" del contenedor manicomial, el desencanto frente al propio compromiso histórico con las agencias de tutela social, ha provocado una fractura de la unidad psiquiátrica: mas psiquiátrías, diversas y confluyentes, cada una en la búsqueda de su propio objeto, viven su diáspora con una fe siempre mas vacilante en el retorno a la patria de Israel, a la tierra de sus padres. Insinuamos la duda -que, por cierto, es más que una duda- que de este estado de crisis de la psiquiatría se pueda -o en cierta forma, se busque- conformar un punto de partida para un diverso, en el sentido de "otro", proyecto de subordinación de la psiquiatría al mismo mandato de disciplina social.

De esta manera, a las psiquiátrías les es reconocida e institucionalmente confirmada la voluntad de diferenciación. De ahora en adelante disociadas, cada una debe ser reasegurada de la pertinencia y legitimidad de la vía emprendida. Quien termina por confundirse con las prácticas de la profesión liberal del psicoanálisis debe ser confirmado institucionalmente en el rol de detentador del método de la **palabra** frente al sufrimiento mental; quien reivindica el carácter orgánico de la patología psiquiátrica deberá encontrar en la clínica y en el **fármaco** los espacios reconocidos de un estatuto de conocimiento propio; quien, por último, reivindica una etología social del sufrimiento mental, deberá estar convencido de que, necesariamente, sólo con la **ayuda** y el soco-

rro social se puede razonablemente enfrentar la locura y hacerse cargo del loco. A cada uno su propia especificidad, a través de la **palabra**, el **fármaco** y la **ayuda**...

- Pero operando así -reconocida la pluralidad psiquiátrica y confirmada cada una en la diversidad y especificidad del propio objeto y método- existe el riesgo de no hacer inmediatamente perceptible -a cada una separadamente- el mandato de tutela social. Este existe todavía, pero se compone y por ende, se entiende, sólo en la globalidad de las intervenciones psiquiátricas. En este sentido, parece que es posible afirmar que el estado de desarticulación de los saberes y de las prácticas psiquiátricas - efecto de la crisis de la psiquiatría asilar- se encuentra plegado y funcionalizado con respecto a un proyecto de disciplina nuevo y diverso.

Repetimos: todo esto es sólo algo mas que una sospecha y en todo caso, expresa todavía la intención de un proyecto de control social y no ciertamente la dimensión histórica y real de una nueva disciplina de la locura. Y es sólo con esta debida prudencia que hemos osado avanzar algunas hipótesis interpretativas. Nada más que ello. ■

Bibliografía

- Aniyar De Castro, Lola (1981): *Conocimiento y Orden Social: Criminología como Legitimación y Criminología de la Liberación*, Instituto de Criminología de la Universidad de Zulia.
- Antonucci, Giorgio (1983): "La Psichiatria non é una Scienza", en *Prassi e Teoria*, N°8, pp. 43-49.
- AA.VV. (1974): "La Pratica della Follia, Atti del I Convegno Nazionale di Psichiatria Democratica", Gorizia, 2²/23-06-74, *Critica Delle Istituzioni*, Venezia.

- Basaglia, Franco, editor (1967): *Che cos' è la Psichiatria?*, Amministrazione Provinciale di Parma, Parma.
- Basaglia, Franco (1980): "Intervención" en Onnis, L. Y Lo Russo, G.: (1980): *Dove va la Psichiatria? Pareri a Confronto su Salute Mentale e Manicomio in Italia Dopo la Nuova Legge*, Feltrinelli, Milano.
- Baratta, Alessandro (1982): *Criminologia Critica e Critica del Diritto Penale*, Il Mulino, Bologna. (Hay versión en castellano: Baratta, Alessandro (1986): *Criminologia Critica y Critica del Derecho Penal*, Siglo XXI, Mexico).
- Baratta, Alessandro (1984): "Intervención" en "el Convegno Criminalità, Costruzione dei Problemi Sociali e Referente Materiale. La Questione dei Beni Giuridici nell' Alternativa tra Costituzione e Diritto Naturale" (Urbino, 15-16 de octubre de 1983) en *Dei Delitti e Delle Pene*, Año II, N°1.
- Briccola, Franco; Sbriccoli, Mario; Neppi Modona, Guido; Seppilli, Tulio; Ingrao, Pietro (1975): "Per una Política Criminal del Movimento Operaio", en *La Questione Criminale*, pp. 85-116.
- Canosa, Romano (1979): *Storia del Manicomio in Italia dall'Unità ad Oggi*, Feltrinelli, Milano.
- Castel, Robert (1975): "La Contraddizione Psichiatrica", en Basaglia, F. Y Basaglia Ongaro, E, Eds.
 ——— (1975): *Crimini di Pace*, Einaudi, Torino. (Hay versión en castellano: Castel, Robert: "La Contradicción Psiquiátrica", en Basaglia, F. y Basaglia Ongaro, F., Eds.
 ——— (1977): *Los crímenes de la paz*, Siglo XXI, México).
- Castel, Robert (1977): "I Medici e i Giudici", en Foucault, M., Ed.
 ——— (1977b): *Io Pierre Rivière, Avendo Sgozzato mia Madre, mia Sorella e mio Fratello...*, 2ª Edición, Einaudi, Torino. (Hay versión en castellano: Foucault, Michel, Ed.
- (1976): *Yo Pierre Rivière, Habiendo Degollado a mi Madre, a mi Hermano y a mi Hermana...*, Tusquets, Barcelona.)
- Castel, Robert (1980): *L'Ordine Psichiatrico - L'Epoca d'Oro dell'Alienismo*, Feltrinelli, Milano. (Hay versión en castellano: Castel, Robert (1980): *El Orden Psiquiátrico. La Edad de Oro del Alienismo*, Ediciones de la Piqueta, Madrid.)
- Castel, Robert (1984): "Psicanalismo, Nuovi Psicologismi e Psichiatria: la Galassia "Psy", en *Scienza Esperienza*, Año II, N°4, pp. 15-18.
- Colacicchi, Pietro, Ed. (1983): "L'Esperienza di Reggio- Emilia. Testimonianze di Lotta contro il Manicomio e contro la "Linea Jervis", en *Prasi e Teoria*, N°8, pp. 51-64.
- Dorner, Klaus (1975): *Il Borghese e il Folle. Storia Sociale della Psichiatria*, Laterza, Bari.
- Foucault, Michel (1977): *Storia della Follia nell'Età Classica*, 2a Ed., Rizzoli, Milano. (Hay versión en castellano: Foucault, Michel (1967): *Historia de la Locura en la Epoca Clásica*, Fondo de Cultura Económica, México.)
- Foucault, Michel, Ed. (1977b): *Io Pierre Rivière, Avendo Sgozzato mia Madre, mia Sorella e mio Fratello...*, 2ª Edición, Einaudi, Torino. (Hay versión en castellano: Foucault, Michel, Ed. (1976): *Yo Pierre Rivière, Habiendo Degollado a mi Madre, a mi Hermano y a mi Hermana...*, Tusquets, Barcelona.)
- Giacanelli, Ferruccio (1975): "Appunti per una Storia della Psichiatria in Italia, Introduzione a Dorner, K." (1975): *Il Borghese e il Folle. Storia Sociale della Psichiatria*, Laterza, Bari.
- Gilardi, A. (1907): "Manicomi", *Voz en Digesto Italiano*, Vol. XV, Parte la, Utet, Torino, pp. 563-583.
- Hassemer, Winfried (1984): "Il Bene Giuridico Nel Rapporto Di Tensione tra Costituzione e Diritto Naturale", ponencia presentada al

- Convegno Criminalità, Costruzione dei Problemi Sociali e Referente Materiale. La Questione dei Beni Giuridici nell' Alternativa e oltre l' Alternativa tra Costituzione e Diritto Naturale (Urbino, 15-16 de octubre de 1983), en *Dei Delitti e Delle Pene*, Año II, N°1.
- Horkheimer, Max y Adorno, Theodor W. (1974): *Dialettica dell' Illuminismo*, Einaudi, Torino. (Hay versión en castellano: Horkheimer, Max y Adorno, Theodor W. (1970): *Dialéctica del Iluminismo*, Taurus, Madrid)
- Manacorda, Alberto (1982): *Il Manicomio Giudiziario. Teoria e Prassi di un' Istituzione*, De Donato, Bari.
- Manacorda, Alberto y Reale, Elvin (1982): "Il Manicomio Giudiziario. Andare alla Radice del Problema", en *Questione Giustizia*, N°3, pp. 529-535.
- Melossi, Dario (1983): "È in Crisi la 'Criminologia Critica'?", en *Dei Delitti e Denle Pene*, Año I, N°3.
- Nahon, Leon (1984): "La Legge Negata", en *Scienza Esperienza*, Año II, N°4, p. 8.
- Nascetti, Gian Paolo (1983): *La Politica del Controllo Sociale e il Decentramento Amministrativo*, Lanzarini, Bologna.
- Onnis, Luigi y Lo Russo, Giuditta, Ed. (1980): *Dove va la Psichiatria? Pareri a Confronto su Salute Mentale e Manicomio in Italia Dopo la Nuova Legge*, Feltrinelli, Milano.
- Pavarini, Massimo (1975): "La 'National Deviance Conference': da un Aprocchio Radicale ad una Teoria Critica della Devianza", en *La Questione Criminale*, pp. 139-66.
- Pavarini, Massimo (1979): "Concentrazione e Difusione del Penitenziario", *Apendice a Rusche*, G. Y Kircheimmer, O.: Pena e Struttura Sociale, Il Mulino, Bologna. (Hay versión en castellano: Pavarini, Massimo (1979): "Concetración y Difusión de lo Penitenciario", en *Cuadernos de Politica Criminal*, Madrid).
- Pavarini, Massimo (1980): *Introduzione a... la Criminologia*, Le Monnier, Firenze. (Hay versión en castellano: Pavarini, Massimo (1983): *Control y Dominación*, Siglo XXI, México)
- Pfhol, Stephen J.(1978): *Predicting Dangerousness. the Social Construction of Pschiatric Reality*, Lexington Book, Lexington.
- Piccione, Renato (1984): "Degan Punto per Punto", en: Ancora Manicomio?, *Cooperativa Psichiatrica/Informazione*, Torino.
- Pisapia, Gianvittorio (1983): *Fondamento e Oggetto della Criminologia*, CEDAM, Padova.
- Scull, Andrew T. (1977): *Decarceration. Community Treatment and the Deviant: a Radical View*. Prentice Hall Inc, Englewood Cliffs.
- Simson, Gerhard (1969): "Der psychisch gestörte Täter im schwedischen Strafretch", en *Monatssshrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, N°2-3...
- Stoc, Fabio (1981): *La Formazione della Psichiatria, Il Pensiero Scientifico Editore*, Roma.
- Strahl, Ivar (1966): "Les anormaux mentaux selon le nouveau code pénal suédois", en *Epsithemonike Epetonis*, Año II, Tessalonica.
- Taylor, Ian (1981): *Law and Orden Arguments for Socialism*, MacMillan, London.
- Valcarengi, Marino (1975): *I Manicomi Criminali*, Mazzotta, Milano.
- Villa, Renzo (1980): "Pazzi e Criminali Strutture Istituzionali e Pratica Psichiatrica nei Manicomi Criminali Italiani (1876-1915)", en *Movimento Operaio e Socialista*, N°4, p.369.
- Young, Jock (1987): *Thinking Seriously about Serious Crime...* Mimeo.



Lo que Francisco Canaro denominó Orquesta Típica Sinfónica desde 1932.