

Los movimientos sociales y la desinstitucionalización psiquiátrica. El movimiento de los psiquiatrizados y la política de salud mental comunitaria en Canadá: la experiencia de Ontario

Louise BLAIS*

Resumen

El presente artículo narra la historia del movimiento social a partir de los años setenta a favor de los pacientes psiquiatrizados, es decir, personas que han tenido uno o varios diagnósticos psiquiátricos, con una o más hospitalizaciones por este diagnóstico y que han alcanzado mejoría.

Este trabajo es parte de un proyecto de investigación mucho más amplio, que tiene como objetivo la especificidad de las prácticas alternativas en el campo de la salud mental en Ontario, en el que la opinión de los protagonistas es tomada en cuenta.

El movimiento a favor de los psiquiatrizados nace a partir de la crítica generalizada en occidente de la psiquiatría, manifestada fundamentalmente por los movimientos femeninos, institucionales y diversos eventos tales como, la décima Conferencia para los Derechos Humanos y Contra la Opresión Psiquiátrica y la Asamblea Anual de la Asociación Americana de la Psiquiatría en Toronto, realizadas en 1982, y la creación en Ontario del Movimiento para la Abolición del Electroshock como método de tratamiento psiquiátrico.

Se busca comprender la dinámica social y cultural que subyace en esta corriente ideológica de la nueva psiquiatría, las condiciones y el contexto de su aparición como movimiento, su relación con las instancias gubernamentales e institucionales, los modelos de prácticas que se han propuesto para y por las personas con problemas mentales, así como los futuros procedimientos que pudieran afrontarse en el futuro. Se analiza, asimismo, la relación existente ente la sociedad y su relación con la marginalidad.

Abstract

This article narrates the history, beginning in the 1970s, of the social movement in support of psychiatric patients, that is, those people who have had one or several psychiatric diagnosis with one or more hospitalisations for said diagnosis and who achieved an improvement.

This work is part of much broader research project, which has as its goal the itemization of alternative practices in the field of mental health in Ontario in which the participants' opinions are taken into account.

The psychiatric patients movement arises from the generalized criticism of psychiatry in the West, fundamentally put forth by the women's movement, institutional movements and various events such as the Tenth Conference For Human Rights and Against Psychiatric Oppression and the Annual Assembly of the American Psychiatric Association in Toronto, both held in 1982, and the creation in Ontario of the Movement to Abolish Electroshock as a means of psychiatric treatment.

We seek to understand the social and cultural dynamic which underlies this ideological current of new psychiatry, the conditions and context of its appearance as a movement, its relationship to governmental and institutional entities, the models which were proposed by and for persons with mental problems, as well as the future procedures that they could face in the future. The relationship between society and its relationship with the marginalized is analysed as well.

* Ph. D. Profesora de la Escuela de Servicio Social. Universidad de Ottawa (Canadá).

Desde hace treinta años, todas las provincias canadienses, como en todo el Occidente, han cambiado la manera de tratar los comportamientos juzgados locos, peligrosos, anormales, imprevisibles, enfermos...¹. En lo sucesivo, el hospital psiquiátrico se convirtió en un lugar para los períodos de “crisis” que pueden ser de duración y de naturaleza variable, pero que constituyen una parte de la vida de las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad mental. Entre los períodos de hospitalizaciones, ellos tendrán que hacer frente, como todo el mundo, a las exigencias de la vida cotidiana. Sin embargo, el diagnóstico psiquiátrico y la experiencia originada por él constituyen fuertes desventajas en lo que significa “ser como todo el mundo”.

Muchos años de experiencia han permitido constatar, en efecto, los daños de las políticas de desinstitucionalización²; los estudios se han multiplicado con el pasar de los años para demostrar los puntos débiles, incluso los fra-

casos. Como por ejemplo, los Estados Unidos de América, de donde el Canadá toma generalmente sus cifras sobre el tema, han establecido que el 30% de las personas sin hogar presentan problemas psiquiátricos. Lo mismo que el 29% de la población carcelaria (Torrey, 1989; Demers y Genest, 1993). Además, también, según estudios hechos sobre las políticas de salud y los cambios ambulatorios (Marshall, 1982; Spitzer et al., 1985), los “casos psiquiátricos” y las personas ancianas constituyen una de las principales causas de sobrecarga en las salas de emergencia de los hospitales. De ahí el fenómeno de puertas giratorias que preocupa a los círculos de intervención hace ya un buen tiempo. En fin, las cifras nos muestran la casi imposibilidad de regresar a trabajar después de una primera hospitalización psiquiátrica (Hébert, 1985) y los porcentajes de extrema pobreza en las personas marcadas de esta manera (Blais, 1986; Capponi, 1992).

La situación de personas psiquiátricas —desempleo masivo, pobre-

¹ El material recogido para este artículo forma parte de un proyecto de investigación más grande teniendo por objeto la especificidad de las prácticas alternativas en el campo de la salud mental en Ontario. El proyecto se inscribe en los trabajos del Equipo de investigación y de acción en salud mental y cultural (Erasmé). Este equipo financiado por el Consejo quebequés de la investigación social (CQRS) (subvención nr. RS2821M96) y dirigido por Ellen Corin, está constituido por investigadores universitarios y por grupos comunitarios. Los partners universitarios son: Gilles Bibeau (Universidad de Montreal, antropología); Louise Blais (Universidad de Ottawa, Servicio Social); Ellen Corin (Universidad McGill, Psiquiatría y Antropología); Jocelyne Lamoureux (UQAM, Sociología); Cécile Rousseau (Universidad de McGill, Psiquiatría). Los colaboradores comunitarios son: El Instituto Intercultural de Montreal (Kalpana Das, Émoung Lomomba, Marc Perreault); el Reagrupamiento de recursos alternativos en salud mental de Quebec (Lorraine Guay y Lourdes Rodríguez del Barrio); la Mesa de concertación de los organismos de Montreal para los refugiados (Stéphane Reichhold y Marie-Claire Rufagari). Louise Blais es profesora en el programa de Maestría de la Escuela de Servicio Social de la Universidad de Ottawa. Este artículo ha sido preparado con la colaboración de Louise Mulligan-Roy y Claude Camirand, diplomados del mismo centro de estudios, y de Javier Calderón, estudiante actualmente.

² La palabra “desinstitucionalización” es problemática. La vida colectiva esta íntimamente ligada a las instituciones que una sociedad crea. Las instituciones son fuente de socialización, con normas que las sostienen y que emanan; la familia, la escuela y otras pueden servir de ejemplo. Se ve, del resto, a lo que pueden conducir las sociedades con tradiciones institucionales débiles o inexistentes. En el caso que nos ocupa, es decir la desinstitucionalización psiquiátrica, la pregunta es más que nada la de saber de qué “instituciones” se tratará y para hacer qué.

za, lazos afectivos frágiles, o inexistentes—, manifiesta hostilidad hacia el medio ambiente, etc., muestra hasta qué punto, los fenómenos relacionados con enfermedades mentales son aún un rechazo en la sociedad. En efecto, la experiencia de las últimas décadas de desinstitucionalización psiquiátrica tiende a dar la razón a Foucault (1994: 477-499), cuando nos hace pensar que a través de todas las reformas de la psiquiatría en los últimos dos siglos es el criterio de la exclusión el que ha persistido, cambiando de forma y de lugar. Desde este punto de vista, las políticas de desinstitucionalización no son a priori o por sí mismas portadoras de una relación fundamentalmente diferente frente a lo extraño de esto que llamamos hoy en día enfermedad mental. El rechazo, la represión hasta el límite, la fragilización del vínculo social que va hasta la desafiliación que amenaza la ciudadanía (Castel, 1995) constituyen la materia bruta de las condiciones sociales de los psiquiatrizados de la generación de la desinstitucionalización psiquiátrica (“désins”).

Estas consideraciones ponen en evidencia la precaria situación social de los psiquiatrizados³ de los que pode-

mos decir, según Castel (1995) y de Gaulejac y Taboada Léonetti (1994), que ellos constituyen, junto con otros como los sidáticos o los que no tienen domicilio fijo, una de las figuras contemporáneas de la exclusión. Sin embargo, sin negar el carácter dramático de la experiencia y de las condiciones de existencia de psiquiatrizados, nos parece que a fuerza de solamente elaborar la tabla de miserias de la “désins”, alimentamos las voces que se hacen cada vez más fuertes, pidiendo la revalorización del rol y de las funciones del hospital psiquiátrico⁴ (Torrey, 1989; Lesage, 1997; Bernard-Thomson y Leichner, 1997). En otros términos, debido a los problemas que se viven y se materializan en el campo socio-cultural, se propone una respuesta psiquiátrica e institucional que opere de manera descentralizada, pero partiendo del hospital. En este contexto, es importante reordenar las investigaciones de manera que veamos cómo la experiencia de la “désins” ha podido desembocar, no solamente en obstáculos y cierres, sino también en aperturas; en políticas y prácticas que deben ser tomadas en lo que ellas ofrecen como potencial de reconstrucción de la identi-

³ Entendemos por psiquiatrizados las personas que han tenido uno o varios diagnósticos psiquiátricos, que han conocido una o varias hospitalizaciones psiquiátricas y a los que la experiencia les ha marcado socialmente en todos los sentidos del término. Se trata de una definición relativamente más satisfactoria que otros términos tales como “paciente psiquiátrico”, “enfermo mental”, “cliente”, “beneficiario”, etcétera. Las palabras no son nunca inocentes, como nos lo recuerda Bourdieu (1991). La palabra psiquiatrizado implica un proceso que ha sido muy a menudo sufrido e impuesto por exterior. Se comprende fácilmente que sea un término poco apreciado en la psiquiatría, cuya misión se ve así comparada a un rol de verdugo, mientras que la intervención ha unido a veces las relaciones que han podido justamente hacer una diferencia. Pero por más imperfecto o inadecuado que sea, traduce algo del orden de la resistencia, del rechazo, y da paso a otras maneras de pensar y de actuar frente a lo que fastidia. Nosotros utilizaremos a veces las palabras “usuario” y “consumidor/sobreviviente”. No hacemos aquí ninguna diferencia entre psiquiatrizado y ex-psiquiatrizado, término que encontramos a veces en la literatura.

⁴ Del resto, son precisamente estas mismas cifras que serán utilizadas por una cierta derecha conservadora (tanto al interior como al exterior de la psiquiatría) para legitimizar la llamada al regreso, “new and improved”, de las estructuras asilares de encerramiento (Torrey, 1989).

dad y del vínculo social que el problema mental ha perturbado o destruido.

El artículo que sigue se inscribe en esta perspectiva de descentrar a fin de ver lo que se ha formado en los pliegues de la “désins” en Ontario, qué reconfiguraciones de relación se han provocado entre los diferentes actores sociales. En esta ocasión, el cuestionamiento vendrá del punto de vista de los psiquiatrizados. En el contexto de sociedades altamente planificadas y profesionalizadas se tiene la tendencia a perder de vista, y por consiguiente del pensamiento, lo que se organiza en el mundo de la vida cotidiana fuera de lo institucional. No obstante, es en la vida diaria que la gente, “aún” entre los más “dañados”, trata de manejar, bien que mal, márgenes de maniobra para (re)negociar, día tras día, su status de sujeto con el medio (de Certeau, 1990; Lese-mann, 1995; Corin, Rodríguez Del Barrio y Guay, 1996; Blais, 1998). No hablar, no querer ver lo que se está implementando (o se pretende implementar) fuera de la lógica de la planificación tecnocrática, consiste en reducir al silencio y hacer desaparecer de la conciencia colectiva los esfuerzos, los gestos y las acciones que tienen a la vez un valor simbólico e instrumental, que puedan servir de punto de partida para replantear los servicios públicos y las solidaridades sociales (Dupuy, 1982).

El artículo se interesa en la historia del movimiento de psiquiatrizados que han salido a flote del grupo de la “désins” de los años 70 en Ontario, la pro-

vincia más rica y poblada del Canadá. Repasando a grandes pasos esta historia se busca comprender un tanto la dinámica social y cultural que está subyacente en ella: las condiciones y el contexto de su aparición como movimiento, su relación con las instancias gubernamentales e institucionales, los modelos de prácticas que se han propuesto para (y por) las personas con problemas mentales, así como las diversas formas que pueden adoptarse con los años y las coyunturas. En resumen, se trata de un ángulo, de un punto de vista a partir del cual se puede hacer la lectura de una sociedad y su relación con sus márgenes.

El movimiento de psiquiatrizados en Ontario

Referencias históricas

La aparición del movimiento de psiquiatrizados en Ontario se remonta al inicio de los años 1970 y debe ser situado en el contexto de la crítica, generalizada en occidente, de la psiquiatría formulada por los movimientos de mujeres (Chesler, 1983; Smith y David 1976) y de la anti-psiquiatría (Laing, 1969; Szasz, 1961). Su inicio es ampliamente atribuido al esfuerzo de un psiquiatrizado de Toronto quien, buscando alternativas a la psiquiatría, llegó a Vancouver en 1973 para visitar el Mental Patients Association (Weistz, 1988)⁵. En los años siguientes nacie-

⁵ El *Mental Patients Association* había sido fundado en 1971 por un grupo de psiquiatrizados que eran pacientes de un programa de día en un hospital psiquiátrico de Vancouver y donde uno de ellos se había suicidado. Este hecho fue un elemento desencadenante en la formación del primer grupo de ayuda mutua anti-psiquiátrico en Canadá fundado por y para los psiquiatrizados.

ron varias iniciativas emergentes del campo social, a veces con el apoyo y soporte concreto de los profesionales de la red formal y teniendo generalmente una posición crítica frente a las prácticas dominantes. Estos reagrupamientos deseaban ser espacios de creación de conjuntos sociales diversificados, yendo de la ayuda mutua a la defensa de derechos (entre otros de la palabra, o sea de los símbolos), de creación de empleos (como el Mad Market⁶), de comunicación (como el Phoenix Rising), etcétera. Es a partir de estas iniciativas, e inspirándose de movimientos similares en Estados Unidos de América y Gran Bretaña, que se fundará, en Toronto en 1977, el Ontario Mental Patiens Association (OMPA) (Weitz, 1988; Everett, 1997; Shimrat, 1997).

En 1979, el Ontario Mental Patiens Association es rebautizado como ON OUR OWN según un libro de Judi Chamberlin (1979) que marcará un hito. En él describe su experiencia como psiquiatrizada y critica los fundamentos de la psiquiatría proponiendo como alternativa un enfoque fundado en la ayuda mutua ("self-help" en inglés). Al año siguiente, dos miembros del On Our Own fundan el diario Phoenix Raising: The Voice of the Psychiatricized que servirá como medio de expresión de los psiquiatrizados respecto a la locura/males mentales y el sistema psiquiátrico (Weitz, 1988). Durante sus diez años de existencia, publicará artículos sobre el uso y consecuencias de los tratamientos de shocks, sobre los efectos secundarios

de diferentes medicamentos, sobre la relación problemática entre terapeuta y enfermo, sobre la evolución del movimiento de psiquiatrizados en Ontario y otros lugares; publicará también poemas y otras formas de expresión creativa. En 1987 contaba con más de 1.200 suscritos (Shimrat, 1997), tanto en Ontario como en el resto del país. Resumiendo, tanto por su duración como por su variedad temática ha tenido una historia que envidiarían muchas revistas científicas.

Los fundadores decidieron, desde la aparición del Phoenix Rising, que no pedirían subvenciones al Estado para financiar sus actividades, juzgando que la intervención del Estado podría fácilmente disminuir el control que ellos ejercían sobre la orientación y el contenido del diario, comprometiendo principalmente la posición crítica del Phoenix Rising frente al sistema de salud mental y la psiquiatría (Weitz en Shimrat, 1997: 49). Sobre este punto, ellos alcanzan otros reagrupamientos, como el antes mencionado Mad Market que buscaba también mantener su independencia financiando el movimiento con sus recetas comerciales. Esta preocupación por mantener una autonomía y una distancia crítica frente al Estado y su aparato psiquiátrico marcará por mucho tiempo los debates internos del movimiento tanto en Ontario como en otras partes (Lamoureux, 1994; Church, 1995; Shimrat, 1997). En efecto, las subvenciones del Estado se revelarán, como veremos, en una suerte de Catch 22 para el movi-

⁶ Notemos el juego de palabras hecho sobre el término inglés "mad" donde el término significa a la vez "fuera de la razón" y "cólera". El juego de palabras nos envía al libre culto del movimiento de las mujeres al final de los años 60 *We're not mad, we're angry* de Phyllis Chesler.

miento, a la vez fuente de sobrevivencia y comprometiendo su autonomía.

El movimiento de psiquiatrizados crecerá hasta los años 1986-87. Tendrá un eco innegable en los diversos medios como el institucional o de recepción, que será generalmente pero no siempre hostil. Hará conocer al público el problema de las relaciones de poder y abuso en el seno de la psiquiatría y reivindicará los cambios en la legislación provincial que tiendan a garantizar el respeto a los derechos de los psiquiatrizados (Burstow, 1988; Weitz, 1988; Shimrat, 1997). Así, por ejemplo, en 1980 una manifestación en Queen's Park hace pública la muerte de un joven psiquiatrizado a causa de una sobredosis administrada al momento de su internamiento en el Queen Street Mental Hospital. Así también, una manifestación en 1981 en Queen's Park, en colaboración con el Supportive Housing Coalition of Metropolitan Toronto, para reivindicar mejoras en las condiciones de habitación de los psiquiatrizados; la organización en Toronto en el año 1982, de la 10° Conference for Human Rights and Against Psychiatric Oppression; la manifestación, siempre en Toronto y en el mismo año, contra la Asamblea anual de la American Psychiatric Association o, también la formación del Ontario Coalition to Stop Electroshock, exigiendo la abolición de electroshocks como método de tratamiento en psiquiatría.

En resumen, por medio de diversas acciones que seguirán con mayor o menor intensidad durante los años 80 —diarios, manifestaciones, denuncia del modelo médico imperante frente a

la locura, la defensa de los derechos de los psiquiatrizados, innovación en los modelos de prácticas— se puede decir que se trataba de un movimiento social que tendrá un impacto innegable, pero difícilmente medible, sobre la evolución de políticas y la organización de los servicios de salud mental en el porvenir de Ontario.

Referencias teóricas

¿Qué entendemos por movimiento social? Los movimientos sociales, dirá Touraine (1992), comprenden los individuos que accionan colectivamente para modificar el ambiente material y social en el que se encuentran, interrogándose sobre los modos de decisión, las relaciones de dominio y los valores de una sociedad. De un lado, los movimientos sociales buscan redefinir sus relaciones con los órganos de intervención del Estado que, por medio de programas gubernamentales, como los servicios de psiquiatría/salud mental, se apropian de lo social. Los movimientos sociales tienen una función esencial de democratización, en la medida que ellos contribuyen a la ampliación de los espacios públicos y políticas no institucionales; ellos crean canales de participación, dando de esta manera a los procesos decisionales una mejor visibilidad (Melucci, 1993:195; Maheu, 1983). Como lo remarca Thériault (1995: 70), los movimientos sociales reivindican “una sociedad democrática donde el vivir juntos, sería el resultado de una libre discusión que brota de solidaridades activas, y no el resultado de estrategias impuestas por las autoridades”.

De otra parte, los movimientos sociales producen una renovación de la red de la vida cotidiana, creando nuevos sistemas de solidaridad que van a innovar, o hasta renovar en el plano sociocultural, y alimentan la participación cívica. También actúan como signos, retomando a Maheu (1983) y Melucci (1993), cuestionando la irracionalidad y la arbitrariedad de los códigos culturales predominantes. Su existencia misma es un desafío al poder establecido pues proponen alternativas. Constituyen, de hecho, laboratorios sociales, lugares de experimentación donde los individuos y grupos ponen a prueba sus capacidades para modificar los códigos culturales dominantes (Maheu y Descent, 1990; Melucci, 1991). En este sentido, Lamoureux (1994: 42) describe los movimientos sociales como “microcosmos asociativos de experiencias concretas, como espacios de iniciativas, como microorganismos relativamente autocentrados, tratando de resolver a medida que se presentan las necesidades, las tensiones, los deseos, los conflictos, las contradicciones”.

Estas referencias teóricas permiten situar mejor el movimiento de psiquiatrizados en Ontario y apreciar su impacto e influencia de una manera más cualitativa que cuantitativa. Se trata de una influencia que no se reduce a una lógica únicamente contable, sino que trabaja en la imaginación

colectiva la manera de concebir un problema dado y de proponer elementos de solución. Como el movimiento de mujeres en relación al parto, entre otros ejemplos, o aún mejor los homosexuales en relación al SIDA, el movimiento de psiquiatrizados se revela como un actor importante en el plano simbólico y real a la vez, en la elaboración de prácticas diferentes frente a la enfermedad mental.

El movimiento de psiquiatrizados y la política de salud mental comunitaria

Como en el resto del país, Ontario comenzó desde 1987 el proceso de elaboración de una nueva política de salud mental para tratar de solucionar una situación catalogada cada vez más crítica, tanto en los medios de intervención como en ciertos sectores de la sociedad: la saturación de los servicios de emergencia, “puertas giratorias”, familias desbordadas, vagabundo, etcétera.

Así, en 1987, el Ministerio de Salud de Ontario (MSO) implementa el Comité Provincial de Salud Mental Comunitario, que tiene como objetivo la elaboración de las bases de una política de salud mental teniendo como guía los conceptos: descentralización, participación, asociación, comunitarización⁷. En su informe final (1988),

⁷ Estas palabras de orden se encontraran en todos los niveles de la salud pública internacional (OMS, 1985), federal (Epp, 1988) y provincial (MSSS, 1990; MSO, 1989, 1988, 1983). En un sentido, se trata entonces de un manera de “mundialización” de las palabras de orden referentes a la salud y los servicios socio-sanitarios. Pero como esas palabras de orden son retomadas, variará según los contextos histórico, social, político, económico, institucional, científico. Esta variación puede ser en sí misma un objeto de estudio permitiendo así arrojar la luz sobre las dinámicas sociales y culturales más profundas (Blais y Coloma, 1996).

bautizado el Informe Graham, en honor a su presidente, el comité preconiza una nueva orientación comunitaria del desarrollo, de la planificación y de la prestación de servicios en salud mental que hace un llamado a la asociación entre psiquiatrizados, sus familias, los proveedores de servicios y el Estado. Propondrá igualmente la participación de psiquiatrizados en el proceso de reforma del sistema de salud mental (Church, 1996). En 1989, el MSO forma el Subcomité legislativo sobre servicios comunitarios en salud mental, encargado de examinar que las recomendaciones hechas por el Comité provincial de salud mental comunitaria (Informe Graham) podrían ser materializadas en la legislación. Sobre estos dos puntos —la participación de psiquiatrizados en el proceso de reforma y orientación comunitaria de políticas y servicios— el movimiento de psiquiatrizados tendrá un impacto, desde luego mitigado, casi paradójico, del que sería útil resaltar ciertos aspectos.

La participación como idea y como práctica

En la historia de la evolución de políticas y servicios de salud pública, la idea de dejar participar a la “gente común” en el proceso decisorio que les involucra constituye tanto un cambio de dirección como una oportunidad. Un cambio de dirección en el sentido que introduce a un nuevo actor, profano, en un proceso controlado exclusivamente por expertos desde hace muchas décadas. La idea nace de los movimientos sociales de los años

60 y 70 en donde las reivindicaciones y prácticas hacían del control en el tratamiento del cuerpo y mente una cuestión democrática. Si bien la idea nació difusa, ésta caló en los discursos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1978, donde se ve una preocupación explícita por el “control social” de la población en los sistemas socio-sanitarios (OMS, 1985 en Blais y Coloma, 1996). En este sentido se puede ver la idea de participación como una ocasión, una apertura donde los potenciales de realización dependerán de las tradiciones socio-políticas específicas de los diferentes contextos nacionales: la situación de las relaciones de poder en una sociedad dada, los debates públicos, la existencia de movimientos sociales, la apertura relativa de un gobierno a la participación popular, etcétera. Eso permitirá, o no, que la idea de la participación pueda traducirse en la práctica.

Church (1996) sostiene que los primeros trabajos sobre la participación de los psiquiatrizados en la elaboración de las políticas y servicios de salud mental en Canadá han sido realizados en el marco del proyecto Framework for Support, creado por la oficina nacional de la Asociación Canadiense para la Salud Mental (ACSM). En el documento denominado Participating publicado en 1986, la participación de los consumidores fue definida como un proceso que implicaba a los individuos que han tenido como experiencia propia un problema de salud mental. La idea de la participación de los psiquiatrizados apareció por primera vez en un documento gubernamental, el Rapport Graham, que apo-

yaba el principio según el cual los consumidores de servicios deberían estar plenamente implicados en el desarrollo de servicios en salud mental. Igualmente se consideraba en este informe un sistema que engendraría una asociación entre los psiquiatrizados, sus familias, los profesionales y el gobierno (Church, 1996: 29).

En la primavera de 1990 se creó un sub-comité después de la implantación del Rapport Graham, que inauguraría una consulta a nivel provincial. Los consejos regionales de salud reciben el mandato de coordinar los encuentros y de alentar la participación de los consumidores de servicio. A pesar de la importancia que se le dio a la participación de los psiquiatrizados en la elaboración de las orientaciones y de los servicios de salud mental, en realidad ninguno había sido nombrado en el sub-comité consultivo. Además, las consultas públicas fueron organizadas en base a un documento de discusión preparado por el sub-comité que enumeraba los puntos generales a tratar, entre otros, la extensión de la legislación propuesta, la descentralización y la comunitarización de los servicios, la misión regional, el financiamiento, la coordinación de los servicios la confidencialidad y organización de archivos (Church, 1996). En otras palabras, los parámetros de las consultas y aún la agenda ya estaban fijadas.

En este contexto nacerá el Toronto Psychiatric Survivor que tendrá como objetivo asegurar la participación de antiguos usuarios del sistema psiquiátrico en diferentes asociaciones que se constituían. Es así, que los úti-

les de la formación (Church y Reville, 1990) les permitirá debatir sobre la participación e identificar un liderato capaz de asumir el cargo, se propondrá al sub-ministro de Salud la presencia de psiquiatrizados al interior del sub-comité; tres serán nombrados eventualmente.

El proceso de consultas propuesto por el Rapport Graham abrió a los psiquiatrizados los espacios públicos para expresarse, aún cuando estos espacios, como lo muestra Church (1996), continuaban teniendo barreras propias que comprometían una participación real:

«Senior bureaucrats were oriented to consumer participation as established health policy direction: for them it was connected to managing health care costs though decentralized planning decision making. Further down the hierarchy, the same policy was understood not just like an idea but as a process which involved real people. This was considered acceptable just as long as those people played by the established rules» (Church, 1996: 38).

Church (1996) describe los problemas y barreras que encontraron los psiquiatrizados en el momento de su participación en la consulta provincial. De los obstáculos para poder participar, el primero provenía de los individuos mismos bajo la forma de duda y falta de confianza. Sin embargo, el segundo obstáculo emanaba de las actitudes y estructuras que limitaban los recursos necesarios para una verdadera participación de los psiquiatrizados (Church, 1996: 28). En efecto, desde el punto de vista de los psiquiatrizados, la participación se comprobó como un proceso

arduo, un verdadero “choque de culturas”, según la expresión de Guay (1991), entonces debemos imaginarnos el panorama. De un lado, los administradores, profesionales y funcionarios con sus códigos vestimentarios, un lenguaje común, un punto de vista sobre los servicios que, sin ser “único”, se inscribe en la lógica de la eficacia, la planificación, lo racional del tratamiento. Del otro, los psiquiatrizados, cuyo código vestimentario responde a otros criterios, tales como los de la pobreza, y cuyo contenido de discurso nos habla de la experiencia del sistema psiquiátrico, de la vida en un medio que se dice natural, con prejuicios hechos sobre ellos, de la pobreza, del sufrimiento (Church y Reville, 1990). En resumen, no es poco razonable imaginar que la presencia de psiquiatrizados venía a desestabilizar las reglas de juego, confrontando el carácter objetivo, sin vínculos, racional, del saber oficial a la experiencia subjetiva y a otros puntos de vista sobre una situación-problema concreta y sus remedios. Esto nos recuerda los trabajos de Godbout (1983), los cuales esclarecen lo que está en juego subyacente a la idea de la “participación” que marca las políticas de la salud mental en Ontario, como en otros lugares, desde los años 80. Primero, él nos dice si la participación tiene por principio una “demanda” básica; hay también una “oferta” de parte del Estado, como un tipo de gesto aplicado por el Estado para su “clientela” con el fin de reducir la distancia entre los dos (1983:155,158). En efecto, la participación constituye, de la parte del Estado, una invitación propuesta a unos grupos sociales, en la concurren-

cia a los psiquiatrizados, a la movilización en favor de las proposiciones que él hace. Entonces, la participación no es un “regalo” por parte de los gobernantes hacia los gobernados, como Church (1996) y Lamoureux (1994) han demostrado de manera sorprendente para el Ontario y el Québec. Es por eso que según Godbout (1983: 156-157), “a cambio, la organización agrega a esta demanda de movilización de la oferta, implícita o explícita, una influencia posible sobre la organización o el Estado. Se deja entender a los participantes que ellos estarán “en la jugada”. Entonces, desde el punto de vista del estado, la participación puede parecer un sustituto al modo antagonista / reivindicador de los movimientos sociales, como un tipo de pacificador, a fin de solucionar los conflictos de intereses entre diversos actores implicados en un sistema semejante al de salud mental (1983: 157).

Pero más allá de sus trampas y ambigüedades, no hay solamente aspectos negativos en cuanto al sujeto de la participación. Al contrario, podemos pensar, por la lectura de los trabajos, por ejemplo, de Church (1995, 1996) y Everett (1994, 1997) para el Ontario, o de Lamoureux (1994) para el Québec, que los debates rodeándolo han permitido volver a definir la identidad del movimiento, notablemente su función y su especificidad con relación al ambiente institucional. Eso ha contribuido, con certeza, a reanimar un movimiento que estaba alicaído al final de los años 80, de tal manera que en enero de 1990, después de un congreso internacional de psiquiatrizados que tuvo lugar en Montreal, se darán nuevas

orientaciones más radicales, y un nuevo nombre para reflejar su carácter, en lo sucesivo provincial: la Ontario Psychiatric Survivors Alliance (OPSA). Además, la llegada al poder, en el otoño del mismo año, de un gobierno socio-democrático estrechamente ligado a los diferentes movimientos sociales de Ontario, y donde uno de los elegidos era el mismo psiquiatrizado cerca de ese movimiento, daba un nuevo impulso a la idea de participación y al proceso de consulta. Volveremos sobre estos últimos puntos.

El análisis de las políticas (Blais y Coloma, 1996; Camirand, 1997) que habían surgido en este período muestra bien que los psiquiatrizados han podido imponerse, ya no como un objeto pasivo, sino como actor, entre otros actores, de las reformas, de los “virajes” de las reformas institucionales a venir. Así, las recomendaciones enumeradas en la política de 1993, *Mettre la personne au premier plan (Poner la persona en primer plano)* tratarán, entre otros, sobre el respeto de la autonomía, de la libertad y de los derechos de los individuos; los psiquiatrizados han logrado asegurarse que el reporte final adopte un enfoque orientado sobre la defensa de los derechos (Church, 1996), sobre las medidas sociales como el alojamiento, y sobre el

reconocimiento y el financiamiento de las iniciativas de los psiquiatrizados y de su círculo. Además, sus proyectos obtendrán un financiamiento por parte del estado y sus miembros tendrán, hasta 1997, un lugar estatutario, a razón de 30% de los puestos en ciertas instancias de la planificación regional. Esto quería decir, como lo revela este pasaje de testimonios recolectado en una investigación en curso⁸, que “...en una sala de reunión de 20 personas, seis o siete eran psiquiatrizados... las voces eran escuchadas, respetadas, ellas tenían más peso en la sala”.

Es esta apertura de la perspectiva de las personas generalmente excluidas, entre otras, y en particular de los lugares decisivos que les concierne, que marca la originalidad de la política neo-demócrata. De hecho, ella ha podido hacer avanzar el razonamiento ya contenido en el *Rapport Graham*, porque en tanto que formación política y habiéndose históricamente apoyado en, o tomado fundamento en, los movimientos sociales, los psiquiatrizados tenían, por primera vez, derecho de palabra. Así lo revela otro pasaje de un testimonio recolectado en el marco de la misma investigación implicando uno de los grupos largamente activo en el movimiento de los psiquiatrizados en Ontario:

⁸ El estudio de referencia busca poner en evidencia lo que se implementa en las comunidades alrededor de las personas que sufren problemas psiquiátricos y que viven en medios llamados «naturales». El objetivo general de la investigación es contribuir a la renovación de los modelos de práctica en el campo de la salud mental a partir de la perspectiva de las personas psiquiatrizadas y de sus próximos, así como de la experiencia de los reagrupamientos de tipo asociativo que han emergido durante los últimos treinta años de desinstitucionalización. La investigación busca documentarse sobre prácticas colectivas de tipo asociativo a partir de estudios de casos que permitan identificar las formas del tejido comunitario y ver el modelaje de los organismos que se desarrollan. Busca igualmente identificar las principales trayectorias de búsqueda de ayuda, a partir de situaciones concretas vividas por las personas implicadas en estos organismos, de manera que se pueda diferenciar el lugar que ellos ocupan en la vida de la gente interesada y en relación al sistema formal de cuidados.

«...el NPD consultaba a todo el mundo. Hemos tenido la ocasión de participar en varios foros, de tener puestos en el comité de advertencia provincial sobre la reforma en salud mental que revisaba todo el material regresado al gobierno... Mettre la personne au premier plan (Poner la persona en primer plano) se acercaba a las ideas que nosotros teníamos referentes al sistema de salud mental y a la dirección que éste debía tomar. Un viraje muy positivo y muy fuerte de la institución hacia la comunidad para focalizar las preguntas sobre el alojamiento, el sostén y las iniciativas de los consumidores/ sobrevivientes».

La comunidad

La idea de la “comunidad” está omnipresente en los discursos y políticas de la salud mental de Ontario, como en cualquier otro lugar en Canadá. Ésta recubre realidades bien variadas: desde la cocina colectiva o el grupo de ayuda mutua, hasta la clínica externa de psiquiatría, mismo el hospital (parece qu’il a pignon sur rue = como tener casa propia). Unas cuantas indicaciones teóricas permitirán comprender mejor lo que acontece con las políticas de salud mental colectiva en el contexto de la “désins” psiquiátrica.

Como lo han notado White y Mercier (1995: 21), el desarrollo de los recursos colectivos está relacionado con dos factores: por un lado, la voluntad política de un cierto grupo de individuos que están en condiciones de afectar los fondos públicos a la elaboración de servicios complementarios a

los que son ofrecidos por el hospital psiquiátrico y, por otro lado, la acción de iniciadores en la base, es decir, de personas, de grupos colectivos, de reagrupamientos provinciales, de movimientos sociales que dan privilegio para poner en pie servicios alternativos a la psiquiatría. Esta distinción nos parece útil en cuanto a las categorías de análisis que ofrece, al menos provisionarias, que permiten entender por poco que sea, las dinámicas diferenciales que subtienden lo “colectivo” de salud mental en el contexto ontariense.

Así, en el primer caso, y para algunos actores como los planificadores, administradores y profesionales, la expresión “comunitario” tiene tendencia a corresponder esencialmente a una referencia *instrumental*. Aquí se trata esencialmente de servicios planificados “por los de arriba”, concentrados en la readaptación psicosocial, los cuales se inscriben dentro de un sistema de servicios integrados y continuos. Estos están dirigidos a un sector de población restringido cuyas necesidades son definidas por diversos profesionales, según unas tablas standardizadas y externas al universo de las personas principalmente implicadas (Blais, 1998). Este comunitario de tipo instrumental incluye las estructuras intermediarias que son, de hecho, el prolongamiento de la red formal y actúan como medios ambientes terapéuticos para las personas que tienen dificultades en su medio. Como lo notan White y Mercier (1991), estas estructuras intermediarias tienen como características funcionar de común acuerdo con los hospitales psiquiátricos o los departamentos de psiquiatría de los hospitales generales

(acuerdos o contratos formales). El acceso a estos servicios, como la salida del resto, debe ser autorizado por los profesionales. Se privilegia más y más los planes de servicio individualizados y la gestión de casos como modo de intervención, según las prácticas codificadas y una división jerárquica de trabajo. El riesgo de una tal burocratización de un trabajo que debe, por definición, efectuarse en la red social, y como ha sido frecuentemente subrayado (Guay, 1987; Rousseau, 1993; Mercier et White, 1995), es a la vez y paradójicamente la pérdida del anclaje en la comunidad y la “colonización del comunitario” (White, 1993). En otros términos, los problemas y las necesidades que se viven en la vida de todos los días, ingreso, habitación, aislamiento, desempleo, etc., pero que se interpreta según una tabla de la psicopatología, se proponen intervenciones técnicas e institucionales para los problemas sociales y culturales donde el sistema psiquiátrico se apodera, pero para los cuales no hay respuesta. Es ésta una de las facetas de lo que se puede llamar la medicalización /psiquiatrización de lo social.

En el segundo caso, y para otros actores de los organismos y grupos comunitarios, así como, a veces, para los interventores, la expresión “comunitario” constituye esencialmente una referencia *expresiva*. El comunitario se refiere entonces a una estrategia de existencia, a una manera de organizar las relaciones sociales y de manifestar los valores. No son ni la localización, ni el estado de los servicios que son puestos en duda, notan Mercier y White (1995), pero sí la naturaleza de la rela-

ción de ayuda y los soportes sociales en el interior de los servicios. Desde este punto de vista, el enfoque comunitario no tiene, por lo tanto, como objetivo la continuidad de los servicios, sino expresar una posición de distancia crítica en relación a la perspectiva médica de la psiquiatría y el carácter jerárquico de la relación de ayuda (White, 1995: 25; Corin, Rodríguez Del Barrio y Guay, 1996). Se trata, en resumen, de una vista “desde los de abajo” donde los servicios, recursos o acciones se organizan en las comunidades de manera no jerárquica, como una forma de democracia directa, a partir de lo que ellas definen como necesidades (Blais y Coloma, 1996).

Estos grupos tienen diferentes nombres: grupos populares, grupos de ayuda mutua, recursos comunitarios, recursos alternativos, organismos sin fines de lucro. Emanando de la comunidad, ellos son autónomos en sus orientaciones y prácticas y se dan estructuras de gestión implicando mayormente usuarios y personas del medio. En la medida donde hay efectivos permanentes, éstos han sido a menudo usuarios a su turno. La admisibilidad está abierta y no depende de referencias exclusivamente institucionales (Camirand, 1997: 41). Son lugares abiertos donde la entrada y la salida se efectúa libremente, según las necesidades definidas por los mismos usuarios.

¿Cuántos de esos grupos existen en Ontario? Es difícil de establecer el número preciso, pues algunos desaparecen y otros nacen. Por lo menos algunas docenas en toda la provincia. Las cifras dadas por el Ministerio de la Salud (MSO) muestran, en desquite, que ellos disponen de un presupuesto anual

total de cerca de 4 millones de dólares desde el comienzo de los años 90 (Camirand, 1997: 72), de un presupuesto global de salud mental de 1,4 millares. Esto es el fruto de la política de salud mental elaborado por el gobierno neodemócrata y que ha sido reconducido desde la llegada del gobierno conservador. Se trata de un fondo especial administrado por el Consumer Survivor Development Initiatives (CSDI) adjunto al MSO.

La ascensión del CSDI y la decadencia de OPSPA

En noviembre de 1989, una conferencia titulada *L'ailleurs et l'autrement... au Canada* tuvo lugar en Montreal reuniendo los psiquiatrizados de todo Canadá, de los Estados Unidos y de Europa. Una delegación ontariense de 42 psiquiatrizados, de los cuales varios miembros de *On Our Own*, de *Ontario Coalition to Stop Electroshock* y de *Phoenix Rising* se presentaron a la conferencia (Oswin, 1990: 6). Según diversos observadores, la participación a *L'ailleurs et l'autrement* ha contribuido a la concientización y a la radicalización de los miembros de la delegación ontariense y ha igualmente permitido solidarizar y revitalizar el movimiento de los psiquiatrizados, que estaba en decadencia desde hacía algunos años en Ontario (Hurst, 1990: 7-8; Gillespie, 1990: 4). Al final de esta conferencia, los participantes expresaron el deseo de establecer una red nacional (CBC Ideas 1990: 24) y establecieron organizaciones provinciales que podían luego ser organizadas en una red nacional. Es así que en enero de 1990 fue

fundado en Toronto el *Ontario Psychiatric Survivors Alliance (OPSA)*. En mayo, el boletín de información OPSPA news sería lanzado con el fin de llenar, en cierta medida, el vacío creado por la desaparición del *Phoenix Rising*.

En el otoño de 1990 el partido NDP gana las elecciones provinciales y forma el nuevo gobierno. El movimiento de los psiquiatrizados obtiene un reconocimiento de su legitimidad y en el verano siguiente la OPSPA es subvencionada por el gobierno provincial en el ámbito de un nuevo programa, el Consumer Survivor Development Initiative (CSDI), cuya función es la de desarrollar los agrupamientos de los psiquiatrizados, designados por las palabras "consumer/survivor" 10 (Schimrat, 1997: 94). Hacia el final del verano de 1991, el CSDI habría financiado cerca de 42 grupos desarrollados y dirigidos por ex-psiquiatrizados (ayuda mutua, desarrollo económico, formación para el empleo, advocacy, etc.).

En poco tiempo, muchos grupos locales de psiquiatrizados recibieron importantes subvenciones; hacia el final de 1991, la OPSPA tenía 1800 miembros repartidos en 34 grupos locales diferentes. El apoyo financiero del Estado ha igualmente permitido al OPSPA organizar en Toronto, en septiembre de 1991, la conferencia *Rising Tide* que ha reunido cerca de 200 psiquiatrizados (Ibid., p.100).

Podríamos pensar que la OPSPA era un movimiento en pleno crecimiento. Por tanto, menos de un año después de haber recibido un reconocimiento oficial y un financiamiento por parte del gobierno provincial social demócrata, OPSPA manifestaba grandes dificultades

y su desaparición parecía inminente. En efecto, este reconocimiento por parte del Estado parece haber tenido un gran impacto sobre OPESA, en la medida que él enganchaba la regulación del movimiento de los psiquiatrizados. Desde entonces, el Estado definía las reglas del juego que el movimiento de los psiquiatrizados debía respetar con el fin de recibir una subvención. Así, el financiamiento de las actividades y proyectos propuestos por la OPESA dependía estrechamente de su legitimidad delante de los funcionarios. También, el Ministerio de la Salud, y particularmente el CSDI, buscaba influenciar el reporte de fuerza entre la perspectiva radical de los “sobrevivientes” y el estudio moderado de los “consumidores” en el seno de la OPESA en favor de los “consumidores” (Everett et Schimrat, 1993: 17). Todo parece haber pasado como si, habiendo recibido el reconocimiento y el financiamiento del Estado, el movimiento de los psiquiatrizados se vio resignado a volverse más moderado, más “respetable”. El leadership grandemente anti-psiquiátrico del movimiento ha desaparecido de vista, y los “sobrevivientes” en Ontario tienen desde ese entonces una voz relativamente débil en el seno del movimiento de los psiquiatrizados.

Pero los factores que contribuyen al desenlace de OPESA deben ser analizados teniendo en cuenta elementos que provienen de políticas de un gobierno socio-democrático, cada vez más resignado a someterse al neoliberalismo que invadía América del Norte. Como lo remarcan los trabajos de Church (1996), ciertos espacios democráticos han sido abiertos por el pasado. De todas maneras, como lo hemos visto anterior-

mente, la apertura de estos nuevos espacios no se ha realizado sin obstáculos considerables. Desde 1995, y la llegada al poder de un gobierno ultra-conservador, los mecanismos de consulta pública implantados por Ontario en el ámbito de su reforma de cuidados de salud mental han sido prácticamente abandonados. Dado el cambio de clima social, político y económico en Ontario desde la implantación de la reforma, podemos esperar que haya respeto a los mecanismos de consulta y que permitan que sean escuchados los individuos que sufren problemas psíquicos. La Política de salud mental de los conservadores ha dado fin a estos nuevos espacios públicos.

Puede que aún sea muy pronto para responder claramente, pero podemos al menos dudarlo. Con las reestructuraciones de los servicios de salud y de las instancias de planificación empezadas por el gobierno Harris, parece que la participación de los psiquiatrizados, si es formalmente reconocida, corre el riesgo, sin embargo, de ser seriamente comprometida por, entre otros, una regionalización que volvería difícil, quizás imposible, el acceso real a las instancias decisorias. Como lo decía un miembro del consejo de administración de un recurso alternativo durante una entrevista de investigación, “...los Tories no están interesados por el tipo de representación o de control local que proponían los gobiernos precedentes”.

Como forma de conclusión

¿Qué queda del movimiento de los psiquiatrizados como movimiento so-

cial en Ontario? Más allá de las prácticas, de las experiencias y de las acciones que han sido, y son aún, portadoras de transformaciones; más allá también de ciertas orientaciones progresistas de las políticas de salud mental (*Rapport Graham, 1988; Mettre la personne au premier plan. La réforme des services de santé mentale en Ontario, 1993*), se tiene la impresión de ver un cierto estancamiento, como si todo estuviera atenazado. Para los actores sociales implicados en el agrandamiento de esos espacios de democracia, de solidaridad, de redefinición de las normas y valores (incluyendo lo normal y lo patológico), el contexto incluye varios elementos que constituyen a la vez una amenaza y un desafío.

En una época donde el Estado-providencia tenía una legitimidad en la vida colectiva y social, la comunitarización en salud mental podía tener una resonancia sobre el registro de la libertad y de la democracia, mediando la existencia de movimientos sociales capaces de formular y de experimentar prácticas alternativas a la psiquiatría formal. Hoy en día, la crisis de legitimidad del Estado, la crisis generalizada del trabajo y el debilitamiento de la red de seguridad social han hecho pasar las reformas a las fuerzas conservadoras poco dadas a las prácticas de solidaridad y de experimentación social. Lo que se presentaba entonces como potencial de apertura a través las reformas propuestas viene a ser un cierre en nombre de la “revolución del buen sentido” de Harris.

La desinstitucionalización psiquiátrica no puede reducirse a un tipo de “mantenimiento a domicilio” implican-

do una batería de profesionales-gestionarios, y con una participación aumentada del medio, generalmente de las mujeres, como *cheap labour*. O la “désins” se abre hacia la diversificación de las prácticas y la idea del *no one best way*, más coherentes con las realidades plurales de las sociedades en las cuales vivimos. Más allá de las diferencias, allí se dan las condiciones de vivir juntos en las sociedades complejas. O bien se recrea, más o menos sin apercibirse, una forma de asilo en la calle, super-planificado, donde persistirá el sentido de la exclusión de la cual Foucault nos advierte. Lo que se organiza estos últimos años deja presagiar más sombras que luces en cuanto a las prácticas de solidaridad que construimos en los márgenes sociales.

Sin un movimiento que podría dar la palabra colectiva a los esfuerzos y experiencias diversificadas de los psiquiatrizados en todo Ontario, se quedarían vulnerables a la lógica burocrática e institucional, por más descentralizada que ella sea. Pero los diferentes grupos participan en los movimientos sociales por diferentes razones y también en diferentes etapas de la acción colectiva (Melucci, 1989: 53-54). Ellos tienen fases de latencia y se desarrollan en dominios limitados durante períodos de tiempo igualmente limitados. Por otro lado, la latencia no significa inactividad en la medida en que estos períodos son momentos de estrategia y de planificación para las redes sociales profundas.

El estudio de las redes sociales sumergidas puede informarnos sobre los lugares y sobre las formas de lucha, de resistencia, de disidencia en una socie-

dad dada. Se trata, en efecto, de dar forma y rostro al contra-poder, característico de las sociedades complejas y desde allí, poner en evidencia los bloqueos que los generan y los limitan a la vez.

Desde esta perspectiva, un conferencia realizada en Toronto en noviembre de 1998, que reagrupaba psiquiatrizados activos en una cantidad de acciones y de recursos por todo Ontario, deja vislumbrar un movimiento que busca darse una nueva voz colectiva a través de formas organizadas autónomas y con recursos de nuevas tecnologías de comunicación (CSDI, 1998). De la misma manera, la lectura a título exploratorio de intercambios en Internet deja pensar que OPSA renace, como un Fénix, de sus cenizas. En los dos casos, nos encontramos llenos de preguntas sobre lo que está en juego en el movimiento de los psiquiatrizados por toda América del Norte: los derechos y libertades en un contexto de leyes o de proyectos de ley dirigidos a restringirlos en los casos de enfermedad mental; la pobreza; la exclusión; el tratamiento psiquiátrico y sus consecuencias sobre el plan de la identidad y de la integración sociales; las "otras" prácticas al frente de los problemas mentales que se fundamentan menos en los conocimientos formales que en la experiencia personal y en las solidaridades de base; los códigos culturales diferentes, etcétera.

En resumen, son los espacios que se crean para proponer un discurso diferente de aquel de los expertos (profesionales y administradores) sobre la enfermedad mental, los enfermos o los servicios, según el lenguaje consagrado. Un discurso u otro, sobre y de

la locura/enfermedad mental, que relativiza el saber de los expertos sobre los problemas y necesidades (y, por consecuencia, sobre los tratamientos / programas / servicios / políticas), y que relativiza también la importancia de sus intervenciones.

Es en esta perspectiva de un nuevo enfoque sobre la manera de abordar las problemáticas sociales en la que se sitúa el interés y el desafío por conocer / reconocer las diferentes prácticas que se manifiestan y se reinventan cada día contra viento y marea en las redes sociales múltiples y diversificadas. Una de las ventajas de este tipo de estudio es la de alimentar la reflexión sobre las relaciones entre el sector público y la sociedad civil, por tanto entre los agentes múltiples de los servicios públicos y los individuos y las comunidades relacionadas. Así, es darle otro contenido, otra perspectiva y dirección a las reestructuraciones vigentes en los servicios sociales y de salud. Es, en resumen, buscar e inyectar la democracia en los dominios que conciernen a las facetas cada vez más grandes de la sociedad y de los aspectos cada vez más íntimos y diversificados de la vida diaria. Es, por fin, la diferencia entre las políticas y prácticas de vigilancia de las "poblaciones en riesgo"; o, al contrario, aquéllas que se abren a los espacios donde se refuerzan los vínculos sociales.

En Ontario, como en el resto de América del Norte, asistimos al aumento de políticas sociales e institucionales más autoritarias dirigidas hacia personas vulnerables y marginales. Estas políticas neoconservadoras tan-

bién tienen consecuencias para los intervinientes sociales, en la medida que aquéllas redefinen las condiciones de sus prácticas. Éstas son, en efecto, a la vez más controladas por los códigos que reducen los márgenes de maniobra y la autonomía profesional de una parte, y de otra parte controlan las personas que son el objeto de sus intervenciones.

En este contexto, los trabajadores sociales se ven confrontados a lógicas contradictorias: aquélla de la racionalidad tecnocrática y la «gestión de casos problemas»; y aquélla de problemas humanos y sociales que se entrecruzan en medio de condiciones de extrema dificultad, fragilizando más a gente vulnerable. Por lo tanto, son estas condiciones que hacen una llamada a los fundamentos mismos del trabajo social, especialmente el referido a la justicia social.

Bibliografía

- Bernard-Thomson, K. et P. Leichner (1997). "L'avenir des hôpitaux psychiatriques en Ontario", *Santé mentale au Québec*, 22: 2, 53-70.
- Blais, L. (1998). *Pauvreté et santé mentale au féminin. L'étrangère à nos portes*. Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa.
- Blais, L. (1986). *Enquête exploratoire sur la clientèle de l'urgence psychiatrique de l'Hôpital Sacré-Coeur de Montréal*. Montréal, DSC Sacré-Coeur.
- Blais, L. et C. Coloma (1996). "La communautarisation dans les politiques de santé mentale. Globalisation des mots d'ordre et spécificité des pratiques: les cas de l'Ontario et du Québec". Communication, *Congrès de l'International Association of Health Policy*. Montréal, 13-16 juin.
- Bourdieu, P. (1991). "Introduction à la socioanalyse", *Actes de la recherche en sciences sociales*, 90: 3-19.
- Burstow, B. (1988). "My Radical Beginnings", dans *Shrink Resistant: the Struggle against*

Psychiatry in Canada, sous la dir. de B. Burstow et D. Weitz. Vancouver, New Star Books: 271-284.

- CBC IDEAS (1990). *Analyzing Psychiatry*, 3, 10, 17 avril.
- Camirand, C. (1997). "La désinstitutionnalisation psychiatrique en Ontario: de quoi parle-t-on? Enjeux de la réforme des soins de santé mentale". Mémoire de maîtrise. Université d'Ottawa, École de service social, Ottawa.
- Capponi, P. (1992). *Upstairs in the Crazy House: The Life of a Psychiatric Survivor*. Toronto, Penguin Books.
- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris, Fayard.
- Certeau, de M. (1990). *L'invention du quotidien*. Paris, Gallimard.
- Chamberlin, J. (1979). *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. Toronto, McGraw-Hill.
- Chesler, P. (1983). *Women and Madness*. New York, Avon Books.
- Church, K. (1996). "Beyond «Bad Manners»: The Power Relations of «Consumer Participation» in Ontario's Community Mental Health Reform", *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 15: 12, 27-44.
- Church, K. et D. Reville (1990). "Do the Right* Thing Right", *Revue canadienne de politique sociale*, 26, 77-81.
- Consumer Survivor Development Initiative Conference (1998). "Consumer Survivor Initiatives: Past, Present and Future". *Book of Proceedings*. Toronto, 4 au 6 novembre.
- Corin, E., Rodriguez Del Barrio, L. et L. Guay (1996). "Les figures de l'aliénation: un regard alternatif sur l'appropriation du pouvoir", *Revue canadienne de santé mentale*, 15: 2, 45-67.
- Corin, E. et al. (1985). *La santé mentale: de la biologie à la culture. Avis sur la notion de santé mentale*. Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Comité de santé mentale du Québec.
- Demers, D. et S.D. Genest (1993). *Étude provinciale sur l'hébergement des personnes atteintes de maladie mentale*. Québec, Secrétariat d'État et Ministère de l'Emploi et de l'Immigration du Canada.
- Dupuy, J.P. (1982). *Ordres et désordres. Enquête sur un nouveau paradigme*. Paris, Seuil.
- Epp, J. (1988). *La santé mentale des Canadiens: vers un juste équilibre*. Ottawa, Ministère de la santé nationale et du Bien-être social.
- Everett, B. (1997). *A Fragile Revolution. Consumers and psychiatric survivors confront the*

- power of the mental health system. Thèse de doctorat. Département de sociologie. Université York, North York.
- Everett, B. et I. Shimrat (1993). *Getting Mad Beats Going Mad*. Homeward Projects, Toronto.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits*. Vol. III, Paris, Gallimard.
- Gaulejac, V. de et I. Taboada Léonetti (1994). *La lutte des places. Insertion et désinsertion*. Paris, Desclée de Brouwer.
- Gillespie, J. (1990). "Our Turn", *OPSA Newsletter*, 1, 4-6.
- Godbout, J. (1983). *La participation contre la démocratie*. Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Guay, L. (1991). "Le choc des cultures: bilan de l'expérience de participation des ressources alternatives à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services en santé mentale", *Nouvelles pratiques sociales*, 4: 2, 43-58.
- Hébert, A. (1985). "La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques: un profil professionnel, social et psychiatrique", *Sociologie et Sociétés*, XVII: 1, 61-72.
- Hurst, C. (1990). "Consumer or survivor?", *OPSA Newsletter*, 1, 7-8.
- Hutchinson, P., J. Lord et L. Osborne-Way (1986). *Participating with People Who Have Directly Experienced the Mental Health System: Building a Framework for Support*. Toronto, Association canadienne pour la santé mentale.
- Laing, R.D. (1969). *The Divided Self* (1961). New York, Pantheon Books.
- Lamoureux, J. (1994). *Le partenariat à l'épreuve. L'articulation paradoxale des dynamiques institutionnelles et communautaires dans le domaine de la santé mentale*. Montréal, Éditions Saint-Martin.
- Lesage, A. (1997). "Le rôle des hôpitaux psychiatriques", *Santé mentale au Québec*, 22: 2, 7425-32.
- Lesemann, F. (1995). "La pauvreté: aspects sociaux", dans *Traité des problèmes sociaux*, sous la dir. de F. Dumont, S. Langlois et Y. Martin. Québec, IQRC: 581-604.
- Maheu, L. (1983). "Les mouvements de base et la lutte contre l'appropriation étatique du tissu social", *Sociologie et sociétés*, 15: 1, 77-92.
- Maheu, L. et D. Descent (1990). "Les mouvements sociaux: un terrain mouvant", *Nouvelles pratiques sociales*, 3: 1, 41-51.
- Marshall, J. (1982). *Madness: An Indictment of the Mental Health Care System in Ontario*. Toronto, OPSEU.
- Melucci, A. (1993). "Vie quotidienne, besoins individuels et action volontaire", *Sociologie et sociétés*, 25: 1, 189-198.
- Mercier, C. et D. White (1995). "La politique de santé mentale et la communautarisation des services", *Santé mentale au Québec*, 20: 1, 17-30.
- Ontario. Ministère de la Santé (1993). *Mettre la personne au premier plan. La réforme des services de santé mentale en Ontario*. Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Organisation mondiale de la santé (1985). *Les buts de la santé pour tous*. Copenhague, Bureau régional de l'Europe.
- Oswin, M. (1990). "Our Turn", *OPSA Newsletter*, 1, 6.
- Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec, MSSS.
- Rousseau, C. (1993). "Community Empowerment: The Alternative Resources Movement in Quebec", *Community Mental Health Journal*, 29: 6, 535-546.
- Shimrat, I. (1997). *Call Me Crazy: Stories from the Mad Movement*. Vancouver, Press Gang Publishers.
- Simmons, H.G. (1990). *Unbalanced: Mental Health Policy in Ontario, 1930-1989*. Toronto, Thompson Educational Publishing.
- Smith, D. et S.J. David (sous la dir.) (1976). *Women Look at Psychiatry*. Vancouver, Press Gang Publishers.
- Spitzer, W.D. et al. (1985). *Analyse statistique, opérationnelle et clinique de l'engorgement des salles d'urgences de centres hospitaliers de courte durée de la région montréalaise*. Montréal, Université McGill, Département d'épidémiologie et biostatistique.
- Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York, Harper and Row.
- Thériault, J.-Y. (1995). *L'identité à l'épreuve de la modernité. Écrits politiques sur l'Acadie et les francophonies canadiennes minoritaires*. Moncton, Éditions d'Acadie.
- Torrey, F.E. (1989). "Thirty Years of Shame: The Scandalous Neglect of the Mentally Ill Homeless", *Policy Review*, 48, 10-15.
- Touraine, A. (1992). *Critique de la modernité*. Paris, Fayard.
- Weitz, D. (1988). "Notes of a «Schizophrenic» Shitdisturber", dans *Shrink Resistant: The Struggle against Psychiatry in Canada*, sous la dir. de B. Burstow et D. Weitz. Vancouver, New Star Books: 285-302.
- White, D. (1993). "The Community-Based Mental Health System: What Does It Mean?", *Revue canadienne de politique sociale*, 31, 31-61.
- White, D. et C. Mercier (1995). "La politique de santé mentale et la communautarisation des services", *Santé mentale au Québec*, XX: 1, 17-30.