

Vocação Anti-Terapêutica: Da “Negação Institucional” (Gorizia) À “Liberdade é Terapêutica” (Trieste)

NILSON GOMES VIEIRA FILHO (*)

«O problema da loucura é sempre o problema da relação entre indivíduo e organização, portanto problema de espaço, físico e psicológico, que o indivíduo encontra no interior do grupo. A racionalidade que se fundamenta nossa cultura e a organização social e do trabalho que a produz, enfatizando o indivíduo e a sua liberdade, de facto se estruturam sob a expropriação desta individualidade e sob a reprodução da massa expropriada a um conjunto serializado de indivíduos. Analogamente, tendo reconhecido o irracional como parte da natureza humana, esta racionalidade se limita a acolhê-la em si para catá-la e canalizá-la nos sectores criados para que essa se exprima sob tutela» (1).

Colocando o problema da loucura como sendo aquele da relação entre o indivíduo e a organização social, vamos tentar abordar alguns aspectos das reformas psiquiátricas italiana e das ideologias antiterapêuticas. Preferimos analisar as linhas de base dos intervenos psiquiátricos no modelo organicista, goriziano e triestino.

1. O MODELO ORGANICISTA

Durante o período do após-guerra, até fins dos anos 50, a psiquiatria italiana, contrastando com os outros países europeus (em fase de industrialização mais avançada), não sofreu reformas significativas. A presença de grandes manicómios fechados funcionando como «instituições totalizantes» (2) era marcante. Predominava a ideologia da racionalização positivista, do modelo médico-organicista, que encontrava na psiquiatria um fundamento teórico-prático referente a «doença mental».

Este modelo médico-organicista se caracteriza pela individualização, classificação e descrição da doença mental em termos prevalentemente biológicos e hospitalares. Lhe é inerente a exigência da defesa da ordem social e a atribuição deste poder político ao psiquiatra através da cura e da custódia.

O desenvolvimento da psicopatologia (psiquiatria) segundo este modelo é ligado às observações de fenómenos («doença mental») em função de uma categorização de um determinado tipo de índices de comportamento de um determinado indivíduo, categorização ou etiqueta reconhecida pela «ciência psiquiátrica».

Preocupando-se com a classificação etio-

(*) Maître à Lettres (Paris VII), em Psicologia. Estagiário dos Serviços Psiquiátricos de Trieste.

-patogenética da «doença mental», esta «ciência» assimila a sintomatologia a uma entidade clínico-nosográfica ordenada taxinominadamente.

A diagnosis psiquiátrica, resposta pré-formada à «demanda» do sofredor, assume aí um juízo de valor e de julgamento do «doente mental» que neste processo institucional é levado a aceitar a cura e a custódia.

«Assumindo para si a responsabilidade da irrazão, a razão — neste acto humanitário e científico — tem em seu poder o homem irracional, pois não podendo punir o acto reprovável, termina punindo todo o seu comportamento, colocando em acção os processos de controlo e de modificação da conduta sob os quais convergem a «cura» e a «terapia» (1).

2. A NEGAÇÃO INSTITUCIONAL

Os anos 60 são marcados por reformas psiquiátricas importantes. Estas são possíveis onde os políticos intervêm, por intermédio da autoridade provincial da qual depende os hospitais psiquiátricos italianos⁽¹⁾, e onde o poder psiquiátrico por vários motivos era relativamente fraco.

Dois ideologias de referência predominam nas reformas: o sector francês e a comunidade terapêutica de Maxwell Jones (modelo anglo-saxónico). A primeira sublinha a validade da instituição psiquiátrica. Focalizando o aspecto da reciclagem-modernização tenta criar um certo novo profissionalismo e um intervento psicoterapêutico institucional específico à psiquiatria. Implicando em programas administrativos e legais a longo termo, estas reformas (aplicada em Torino, Milão, etc...) foram em parte bloqueadas

(1) Na Itália, a descentralização governamental permite uma certa autonomia nas províncias (Governo Central-Região-Província-Comuna).

pela inactuação de programas políticos, pela falta de uma organização de medicina social (como na França) que as apoiasse e pela dificuldade de promover movimentos de reforma.

A segunda caracterizando-se pelo «aproveitamento a fins terapêuticos de todos os recursos da instituição compreendida como um conjunto orgânico e não hierárquico de médicos, pacientes e do pessoal auxiliar» (3), tinha a vantagem de permitir forçar as regras internas da instituição mobilizando os recursos internos da mesma.

A comunidade terapêutica de Maxwell Jones é utilizada como modelo de referência geral em Gorizia. Este modelo permaneceu válido até o momento no qual o campo de acção institucional se transformou em ruptura contínua nas linhas de acção: «Os primeiros contactos com a realidade manicomial fazem surgir as forças em jogo: o internado, longe de aparecer como doente, se revela objecto de uma violência institucional que age em todos os níveis, cada contestação é definida no quadro exclusivo da doença» (3).

É neste contexto micro-institucional, e daquele das lutas sociais que tomam uma forma particular em 68, que aparece a Negação Institucional. Tomada de posição política que reflecte aqueles momentos de ruptura continua com a realidade desumana do manicómio: «A partir do momento que negamos nosso mandato social, negamos o doente como irrecuperável, conseqüentemente nosso papel de polícia que garante a ordem pública, negando o doente como irrecuperável, negamos sua conotação psiquiátrica, negamos sua doença como definição científica⁽²⁾, negando sua doença, depsiquiatrizamos nosso trabalho e abordamos um terreno virgem a decifrar» (3).

(2) Refere-se sobretudo em «negar» a definição científica nosográfica do modelo organopositivista que vê a doença mental como o resultado de uma alteração biológica mal identificada.

Esta «Negação» implicava também refutar a comunidade terapêutica como modelo institucional ou nova técnica de resoluções de conflitos:

«Nossa acção só pode prosseguir numa dimensão negativa, sendo ela mesma destruição e superamento. Uma destruição e um superamento que, dado além do sistema coercitivo-penitenciário das instituições psiquiátricas — daquele ideológico, da psiquiatria como ciência — atinja o terreno da violência e da exclusão inerentes ao sistema sociopolítico, mas se recusando de se instrumentalizar pelo objecto de sua negação» (3).

Esta fase de Negação Institucional, focalizada no hospital de Gorizia, provocou na Itália, segundo Basaglia, uma crise no «Saber» e «Poder» psiquiátrico:

— «Saber»: Colocação entre parêntesis da doença mental, isto é como definição nosográfica e etiqueta institucional. Aqui a definição sindrômica (psiquiátrica) toma sobretudo uma conotação de «Ideologia» (em última instância esta se refere a ideologia dominante do controlo social) que mascara a realidade do sofrimento psiquiátrico e da sua marginalização institucional e social.

O problema central do novo saber de ruptura é colocado ao nível da relação entre o médico (e também, o enfermeiro, assistente social, psicólogo, etc...), o paciente e a sociedade.

As consequências da doença mental «em vez de serem tomadas como uma evolução directa da doença, devem ser colocadas no tipo de relação que o psiquiatra, e consequentemente a sociedade que ele representa, estabelece com o doente» (3). Consequências que se diferenciam por um lado com o tipo de *approach* que o psiquiatra estabelece com a doença, por outro lado pelas modalidades de aplicação de tal *approach* ao nível institucional, que são determinadas em última análise pelo sistema socioeconómico.

A verificação deste saber se realiza ao nível da praxis social. Ao nível institucional a realização de assembleias, de discussões, etc... com todo o pessoal do hospital parece como momento importante de praxis de negação permitindo uma confrontação constante com a realidade, fazendo muitas vezes surgir ocasiões que facilitaram compreender algo sobre a doença mental.

— «Poder»: Se tenta superar o mandato do técnico que tem uma função de codificação científica ligada à natureza política de sua posição de «cura e custódia» exercida ao nível do circuito de controlo social.

Aqui se insere o refuto da ideologia terapêutica, sem negar a realidade do interveniente técnico:

«Trata-se de intervir com todos os meios disponíveis, não identificando como objecto de terapia a “doença” que o sistema social fabricou; trata-se de intervir sobre a contradição que a “doença” esconde em seu núcleo, ou seja, sobre a dialéctica sofrimento psiquiátrico-marginalização» (4).

A «terapia» aparece aí como uma praxis alternativa onde a tomada de consciência da opressão do «doente mental» («O doente mental é antes de tudo doente porque é excluído, abandonado por todos, porque ele é uma pessoa sem direitos contra a qual tudo é permitido») (3), tem um papel de «motor de acção» que permite a dialéctica entre a «opressão» (do técnico) e seu superamento: «O essencial é tomar consciência do que representa este indivíduo para mim, conhecer a realidade social na qual ele vive e suas relações com esta realidade.» (3)

Um novo tipo de reciprocidade aparece, na qual «eu adquiro poder porque adquiro saber do outro, mas também o outro, no seu poder exprimir-se, começa a adquirir poder e me dá o seu saber — o conhecimento directo da miséria e do seu sofrimento, isto é da sua opressão — é essencial para mim para poder compreender» (4).

A negação do papel do técnico tinha consequências fundamentais na mudança de

relacionamento no interior da equipa da instituição, racha na hierarquia, e na relação com os pacientes. Tudo isto implicava também uma pedagogia do risco, risco sobretudo de carácter jurídico e administrativo (a lei de 1904, referente aos «manicómios e alienados», caracterizava geralmente o «doente» de «perigoso a si e aos outros»; e, as leis internas dos manicómios estabeleciam uma hierarquia e responsabilidade precisas aos membros da equipa hospitalar), e político (acusações de «extremismo», etc.). Esta politização do intervento técnico pôde evitar a emergência de um certo «profissionalismo terapêutico» permitindo a abertura de novas áreas de acções anti-institucionais.

A experiência de Gorizia foi interrompida na sua fase de «Negação». A abertura do manicómio chegou até à fase de *renversement* institucional, porém a sua «destruição» e a passagem ao território foi bloqueada pelas forças contrárias à reforma.

Em 1972, a equipa «basagliana» demite-se do hospital de Gorizia, demissão motivada por um lado pelos ataques políticos, administrativos e jurídicos, lançados contra a equipa de operadores psiquiátricos. Por outro lado, o grupo político dominante na província (D. C.) não deu condições objectivas suficientes para a continuação da reforma em direcção ao território da cidade.

3. A LIBERDADE É TERAPÊUTICA

O final dos anos 60 e a década de 70 foram marcados por reformas psiquiátricas que tomavam uma conotação de depsiquirização, estas situavam-se também no contexto das lutas anti-institucionais.

Reformas importantes foram realizadas em Ferrara, Parma, Regio Emilia, Trieste, etc. Demonstraram que o desmantelamento dos hospitais psiquiátricos era possível em contextos de orientações políticas divergentes (p. ex.: Parma, onde o poder provincial era de maioria P. C. I., Trieste onde este

poder era de maioria pró D. C.), colocando em evidência que entre as transformações institucionais e as lutas de classe não existia uma causalidade formal.

A Reforma Legislativa de 68, acrescenta uma emenda à lei de 1904 referente aos «manicómios e alienados», que possibilita a transformação dos internamentos obrigatórios em voluntários, sob a responsabilidade do psiquiatra. Este procedimento legislativo e as disposições administrativas locais permitiram a criação de serviços territoriais (ambulatórios e, ou, centros de higiene mental) em torno dos hospitais psiquiátricos. Este facto, e outros da conjuntura sócio-política italiana deram margem a divergências. De um lado o «grupo basagliano» defendia a reforma de dentro para fora do manicómio, quer dizer a «destruição» deste através de um processo de desinstitucionalização gradativa e politizada em direcção ao território, porém esta passagem ao território não visava construir outras «instituições» psiquiátricas. A «instituição» (centro de saúde mental) criada no processo de desinstitucionalização visa também o seu superamento no interior do sistema de controlo social dos desviantes. Por outro lado o «grupo de Gervis» (apoiado pela linha tecnicista do P. C. I.) defendia o cerco de fora para dentro do manicómio. Esta linha destacava-se pelo compromisso dos técnicos profissionais (em psiquiatria) com os políticos e administradores de esquerda, o que provocava ao nível institucional um certo imobilismo e bloqueio no processo de reformas.

Em 1974, no histórico I Congresso Nacional de Psiquiatria Democrática⁽³⁾, predomina a linha basagliana. As forças de esquerda parlamentares (sobretudo o P. C. I.) e extra-parlamentares são persuadidas da

(³) Grupo autónomo de técnicos (da saúde mental) progressistas não ligados a partidos políticos. Este grupo é também ligado a mais dois outros: Magistratura Democrática e Medicina Democrática.

necessidade de reformas que partam de dentro para fora do manicómio.

Neste contexto a metodologia que se mostra capaz de liberar recursos colectivos e processos de reformas foi, segundo Basaglia, aquela das lutas anti-institucionais, nas quais está inserido o movimento de Psiquiatria Democrática. Movimento cujo objectivo é «dar um contributo político à modificação das relações humanas no contexto da nossa sociedade, lutando em primeiro lugar contra todos os fenómenos da marginalização e exclusão, que são responsáveis da psiquiatrização das necessidades básicas reais (do indivíduo) que não tem resposta» (na sociedade) (6).

É neste contexto global que se realiza a experiência triestina. Em 1971 Basaglia é convidado por Zanetti, democrata cristão progressista, então presidente da Junta Provincial de Trieste, para dirigir o hospital psiquiátrico com o objectivo de reforma. Esta reforma tinha também o apoio do ministro da Saúde e da O. M. S. (zona piloto)⁽⁴⁾. A reforma se realizou em diferentes etapas não «logicamente» programadas. Podemos distinguir, para efeito didáctico, uma fase de «destruição» do manicómio que vai de 1971 terminando, em parte, em 1976 com o fechamento oficial do manicómio (é de salientar que o Serviço de Pronto Socorro Psiquiátrico funcionava dentro do velho hospital até 1980, com a abertura do Serviço de Diagnóstico e Cura dentro do hospital geral, aquele serviço fechou as portas em 31 de Março de 1980). Uma outra fase seria aquela do trabalho no território, que se intensifica depois de 1976 até à data actual.

Este trabalho no território foi facilitado com a nova Lei 180/1978 aprovada durante

(⁴) Em 1975 era uma junta P. C. I.-P. S. I. Em 1980, a maioria política é frágil: de início foi eleito um presidente socialista, este ano um de direita da «lista por Trieste» (local) que põe certas dificuldades no processo de reformas.

um governo de unidade nacional pela D. C. e P. C. I. «O objectivo da lei não é mais, como na velha normativa, a identificação do limite da doença e sua identificação à categoria, mas sim o tratamento sanitário quer dizer a cura e os modos da cura tendo presente o ponto de vista do sujeito-doente, e da pessoa-doente»... «a disciplina normal é aquela do internamento voluntário e aquela do intervento fora-do-muro» (7). Por outro lado proíbe a construção de manicómios, e, de internamento nestes desde final de 1980.

Já maturada a experiência Goriziana, a Reforma de Trieste tem como objectivo prioritário a «destruição» do manicómio e a criação gradual de Centros de Saúde Mental (C. S. M.).

A Depsiquiatrização de Trieste tem como objectivos imediatos a recomposição e a reinserção do indivíduo considerado «doente mental» no território da cidade. A prioridade é dada à reconstrução da singularidade da pessoa, «subtraí-la do relacionamento de tutela e recolocá-la..., no circuito da relação social» (8).

«Não se tratava para nós de liberalizar a instituição, para reconvertê-la em um novo projecto “interno”, floreado-a, ao extremo, de novos serviços assistenciais, selectivos de novos pacientes, mas sim de criar uma nova organização transitória, capaz de adequar-se ao objectivo que achávamos essencial: quebrar todas as normas que regulamentavam a dependência do internato: reconstruir concretamente a sua identidade de pessoa jurídica, pôr as bases, irreversíveis, do seu ser dentro do corpo social. Em outras palavras, substituir um relacionamento de “tutela”, por um contrato» (8). Daí, a «criação de nove figuras jurídicas (criação de uma “cooperativa dos trabalhadores”; figura dos “hóspedes“...), de nove instâncias organizativas (espaços aproveitados no território; projecto de apartamentos, reutilização de pavilhões vazios para serviços sociais, etc...) e da valorização de instrumentos de interventos cen-

trados sobre a recomposição económica da pessoa (reactivação de pensões, subsídios, procura de postos de trabalho)» (8).

Do ponto de vista terapêutico, tinha-se consciência que a doença mental «amadurece no social como processo de sanção, de restrição, resistência acumulada que reforçam o germe»; o hospital psiquiátrico é visto como «sanção definitiva da existência do contágio que determina e organiza a presença ameaçadora dos germes, necessidade de isolá-los e neutralizá-los» (9).

Aqui, o manicómio seria causa principal da «doença», que circulado por outras instituições (independente uma das outras), fazem uma «série concêntrica de contágio» (9), induzindo e sancionando a «doença».

A «Liberdade é Terapêutica», emerge como ruptura do anel central da «doença mental»: manicómio-cura-custódia. Prática fundamentada na ruptura de mecanismos que podem continuar reproduzindo a marginalização do «doente mental» na vida social.

Este intervento complexo realiza-se em uma praxis alternativa que tenta possibilitar «um encontro-confronto-reconhecimento das necessidades (de base) do sofredor e dos que continuam tendo um relacionamento com ele» (9). Tenta-se descodificar uma «demanda» institucional de «doença» através de uma resposta não pré-formada que parte da totalidade do sujeito social abrindo continuamente questões e críticas sobre esta «demanda» e as necessidades de base.

Esta praxis permitiu abrir espaços sociais, de liberdade:

— No interior da instituição: criação de assembleias, encontros, expressões artísticas, etc...

— No exterior da instituição: contacto com familiares, grupos imediatos dos pacientes, quer dizer amigos, vizinhos, gente do bairro, etc... Imprensa, etc...

Tudo isto implicava também uma intensa actividade política e organizativa, com mo-

dificações na organização médico-psiquiátrica, permitindo abrir novos canais de comunicação, e na cultura da «doença mental» modificando o modo de expressão do «distúrbio psiquiátrico», consequência também do deslocamento teórico-prático da «doença» ao «sofrimento», que comporta um envolvimento nos problemas comunitários.

Na fase actual a dificuldade maior é atingir a estrutura social na sua globalidade. As mentalidades e atitudes, regra geral da população de Trieste, não parecem corresponder às mudanças bruscas que houveram com respeito ao «doente mental» durante e depois do fechamento do manicómio (a imprensa local alimenta quase sempre esta mentalidade). Para muitos permanece ainda a figura (de carácter imaginário) do «louco perigoso» apesar de que na prática se observa uma «diluição» da patologia da agressividade que acompanhou a abertura de espaços de liberdade, de vida.

O «doente mental» (geralmente de classe operária, camponesa e subproletária) apesar de ter sido liberado como cidadão, encontra ainda dificuldades no mercado de trabalho, em encontrar uma casa, problemas económicos, problemas de relacionamento humano, etc...

A equipa de operadores (médicos, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, estagiários, etc.) tiveram e têm dificuldades práticas para levar a cabo o processo de reforma, que é depois da Lei 180/78 de carácter nacional (Reforma Sanitária). Porém, esta equipa tem demonstrado uma grande capacidade de luta para enfrentar as tentativas de boicote contra a reforma, a segregação e marginalização daqueles que têm menos poder.

CONCLUSÃO

Colocando o problema da loucura como sendo aquele da relação entre o indivíduo e a organização social, abordámos três in-

terventos psiquiátricos importantes na história da psiquiatria italiana.

O modelo organicista focaliza o intervento terapêutico na «doença mental», individualizando-a e classificando-a de um modo etio-patogénico. Através desta resposta codifica o diagnóstico da «demanda» do sofredor, o poder psiquiátrico instituído no hospital psiquiátrico coloca em acção processos de modificação e controlo da conduta sob os quais convergem a cura e a terapia; actuando assim de modo «positivístico» no sistema de controlo social (dos desviantes).

A «Negação Institucional» aparece como ruptura «momentânea» com o modelo organicista, colocando entre parêntesis a «doença mental» como definição nosográfica e «diagnóstica».

Seu intervento técnico caracteriza-se pela não identificação da «doença mental» como objecto de terapia fabricada pelo sistema social. A problemática central é aquela das relações sociais, entre o paciente, o médico (também enfermeiro, psicólogo, assistente social, etc.) e a sociedade.

Este intervento realiza-se numa praxis alternativa (e anti-institucional) cujo nó dialéctico é o da «opressão» do mandato do técnico, induzida pelo sistema social, e seu superamento na confrontação prática da realidade opressora do manicómio.

A actuação deste *approche* provocou também uma «negação» ao nível do sistema de controlo social (dos desviantes «doentes mentais»), que terminou por reprimir a experiência Goriziana.

A «Liberdade é Terapêutica» rompe com o modelo organicista no seu anel real: manicómio-cura-custódia, e no seu postulado teórico-prático pelo deslocamento da «doença mental» ao sofrimento humano.

O seu intervento técnico é um aprofundamento daquele da «Negação Institucional». Intervento complexo, que tenta a descodi-

ficação da «demanda» de «doença mental», induzida do social, através de uma resposta partindo da totalidade do sujeito social abrindo questões e críticas sobre a «demanda» e as «necessidades» (básicas). Tem como consequência prática a abertura de espaços sociais, de liberdade, no território e no interior da micro-instituição.

Rompe também com o elo secular da tutela do «doente mental» que a «Razão» e a Racionalidade do nosso sistema económico de produção fabricou.

Este *approche* põe em questão o próprio sistema de controlo social (dos desviantes «doentes mentais»), abrindo quase sempre contradições que são enfrentadas através de uma contínua luta político-social, constante na experiência triestina.

A «Liberdade é Terapêutica» rompe assim com o intervento psiquiátrico-organicista, como vimos acima, e também com o psicanalítico. Este último reconhecendo o carácter objectivo (de evidência factual) do «doente mental», tenta redimi-lo através do processo institucional de «cura analítica». Aí as «manifestações patológicas» e os sintomas são colocados como sendo produzidos em última instância por motivações pulsionais e inconscientes; suas significações inconscientes, detectadas através de falas, acções, produções imaginárias (sonhos, fantasmas, delírio, etc.) são em seguida reexplícadas e racionalizadas pela teoria psicanalítica, dirigindo-as via de regra, na psiconése individual. Assim, a problemática do sofrimento humano é deslocada na «psicogénese individual», induzindo muitas vezes uma certa «culpabilidade» no indivíduo «doente» que «falhou» na tentativa de adaptação ao meio ambiente.

Este intervento dirigido na pesquisa da «razão» da «irrazão» oculta a realidade complexiva do sofrimento do ser humano objecto de restrições e sanções no sistema do circuito do controlo social.

RÉSUMÉ

On pose la problématique de la folie, celle du rapport entre l'individu et l'organisation sociale. On étudie trois modèles d'intervention importantes dans l'histoire de la psychiatrie italienne: l'organiciste, le gorizien et le triestino.

Le modèle organiciste focalise l'intervention thérapeutique dans la «maladie mentale», où à travers une réponse codifiée (le diagnostique) de la «demande» «du souffrant le pouvoir psychiatrique met en action des processus de modification de la conduite et de contrôle dans la «cure» et la «thérapie»; fonctionnant ainsi «positivement» dans le système de contrôle sociale (des déviants) (S. S.C.).

La «Négation Institutionnelle» n'identifie pas comme objet de thérapie la «maladie mentale» fabriquée par le système social. La praxis alternative (anti-institutionnelle) a comme noeud dialectique celui de l'oppression du «mandat de technicien» et son dépassement dans la confrontation pratique de la réalité oppressive de l'Asile. Cette approche a provoquée une remise en question «momentanée» dans le système de contrôle social (des déviants «malade»), qui a réprimé cette expérience.

La «Liberté est Thérapeutique» rompt avec le modèle organiciste dans son anneau central: asile-cure-garde, et dans son postulat théorique-pratique par le «déplacement» de la «maladie mentale» à la souffrance humaine. Rompt essentiellement avec la «tutelle» séculaire de l'individu «malade». Cette approche remet en question le système de contrôle social (de déviants «malades»),

d'où les luttes politiques, constantes dans l'expérience de Trieste.

La «Liberté et Thérapeutique» rompt avec le modèle organiciste et avec la psychanalyse. Ce dernier dirigeant la recherche sur la «Raison» de «l'Irraison» occulte la réalité complexe de la souffrance humaine objet de restrictions et sanction dans le S. C. S.

BIBLIOGRAFIA

- (1) ONGARO BASAGLIA, FRANCA — *Alcune Riflessioni su Ragione, Individuo, Organizzazioni*. Doc. Convegno Internazionale «I Sistemi Socio-Sanitari nella crisi dello Stato Assistenziale», Trieste, 1981.
- (2) GOFFMAN, E. — *Asylums*. E. Einaudi, Torino, 1968.
- (3) BASAGLIA, FRANCO — Coordonné par. *L'Institution en Négation*. Ed. Seuil, Paris, 1970.
- (4) DE SALVIA, D. — *Per una Psichiatria Alternativa*. Ed. Feltrinelli, Milano, 1977.
- (5) CONTROZZI, G.; DELL'ACQUA, G. P. — *A Cura de. La Violenza*. Vallecchi Ed., Firenze, 1978.
- (6) Doc. *Psichiatria Democratica*, Trieste, 1974.
- (7) BASAGLIA, FRANCO; GIANNICHEDA, M. G. — *Legge e Psichiatria. Per una Analisi Normativa in Campo Psichiatrico*. Doc. C. N. R.-S. P. M. M., Trieste, 1979.
- (8) BASAGLIA, FRANCO; GALLIO, G. — *La Chiusura dell'Ospedale Psichiatrico*. Doc. C. N. R., Trieste, 1976.
- (9) GIANNICHEDA, M. G. — *Relazione Degli Operatori dell'Ospedale Psichiatrico di Trieste*; in *Il Circuito del Controllo: dal Manicomio al Decentramento Psichiatrico*. Ed. Cooperativa Via Gambini, Trieste, 1980.
- (10) BASAGLIA, FRANCO; coll. GALLIO, G. — *Vocation Thérapeutique et Luttes de Classes. Pour une analyse du modèle italien (50-79)*. Doc. Congrès Franco-Italien de Psychiatrie, Paris, 1979.