

DE LA HIGIENE DEL AISLAMIENTO
A LA HIGIENE DE LA LIBERTAD.
LA REFORMA DE LA INSTITUCIÓN
MANICOMIAL EN FRANCIA (1860-1940)*

Ricardo Campos Marín

Dpto. de Historia de la Ciencia
Instituto de Historia. CSIC.

Resumen:

En este trabajo se pretenden analizar las reformas asistenciales en Francia entre 1860-1940, cuya máxima expresión fueron la creación en la década de 1920 de la Ligue d'Hygiène et Prophylaxis Mentales y del Hôpital Henri-Rousselle, primer servicio público de puertas abiertas. En él se plantea la complejidad de los problemas que acompañaron dichas reformas, resaltando los conflictos y debates en el seno del alienismo francés y se demuestra que la crítica al manicomio originó una selección de enfermos mentales a partir de conceptos escasamente científicos como la peligrosidad social y la cronicidad.

Abstract:

This article analyses the assistance reforms that took place in France between 1860-1940, the maximum expression of which was the establishment in the 1920 of the Ligue d'Hygiène et Prophylaxis Mentales and the Hôpital Henri-Rousselle, the first public service of open doors. It deals with the complexity of the problems accompanying such reforms, emphasizing the conflicts and discussions within the French alienism. Likewise, it is demonstrated that the criticism to the mental house provoked a selection of people with mental illness based on scarcely scientific concepts, as the social dangerousness and the chronicity.

* Este trabajo se ha realizado dentro del programa de Becas Postdoctorales en la Comunidad de Madrid.

1. INTRODUCCIÓN

Durante años la historiografía de la psiquiatría francesa ha fijado su atención en dos períodos de su devenir histórico. El primero, comprendido entre los años finales del siglo XVIII y la década de 1860, se caracterizaría por la ruptura con las prácticas asistenciales del Antiguo Régimen y su sustitución por el tratamiento moral y el manicomio como nuevo dispositivo asistencial y terapéutico, que sería definitivamente consagrado por la promulgación de la ley sobre alienados del 30 de Junio de 1838. El segundo período, abarcaría desde 1945 hasta prácticamente nuestros días, mostrando entre sus principales logros una contundente crítica hacia el sistema asilar heredado del siglo XIX y la creación de la psiquiatría de sector como alternativa al mismo. El resultado de esta priorización cronológica ha sido una interpretación sesgada de la historia de la asistencia psiquiátrica y de las políticas de salud mental en Francia, que ha llevado a suponer la existencia desde 1945 «de un corte radical entre dos sistemas de pensamiento y de práctica bien definidos»¹.

Ahora bien, el reciente interés historiográfico por el movimiento de higiene y profilaxis mental y por las reformas asistenciales introducidas entre 1860 y 1944, ha suavizado esa idea de ruptura comúnmente aceptada, al rescatar de un cierto olvido un período de la historia de la asistencia psiquiátrica que se caracterizó por la autocrítica alienista y los intentos de superar el manicomio como centro del dispositivo asistencial de la locura².

En el presente trabajo pretendo analizar, las líneas maestras de las transformaciones asistenciales que tuvieron lugar en dicho período en Francia, cuya máxima

¹ JAEGER, M. (1981), *Le désordre psychiatrique. Des politiques de la santé mentale en France*, Paris, Payot, p. 83; por su parte Castel advertía contra la tentación demasiado simplista, de considerar los cambios acaecidos en la psiquiatría tras la Segunda Guerra Mundial, como una revolución pues quizá lo que se había producido era una transformación de las «técnicas autoritario-coercitivas en intervenciones persuasivo-manipuladoras». CASTEL, R. (1980), *El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo francés*. Madrid, Editorial La Piqueta, pp. 15-21. La edición original en francés data de 1976. Sin embargo, algunos trabajos historiográficos pioneros sobre la higiene mental y las reformas llevadas a cabo en los años veinte y treinta pecan de lo contrario: convierten lo acontecido en dicho período en una revolución, idealizando la obra de E. Toulouse, al que prácticamente convierten en el creador de la psiquiatría de sector. GOUREVITCH, M; POSTEL, J. (1967), Actualité de l'oeuvre d'Edouard Toulouse, *L'Information Psychiatrique*, 43, (3), 271-301.

² En la década de 1990 el estudio de la reforma psiquiátrica de los años 20 y 30 en Francia han merecido una creciente atención por parte de los investigadores, que han comenzado a poner de relieve tanto las líneas de fractura con el modelo manicomial, como las de continuidad con el mismo, lo que ha permitido resituar el papel de la psiquiatría de sector de la posguerra, suavizando la sensación de corte radical a la que aludía Jaegger. Entre los estudios más recientes merecen ser destacados: HUERTAS, R. (1992), *Del manicomio a la salud mental. Para una historia de la psiquiatría pública*, Madrid, FISS, pp. 90-110; WOJCIECHOWSKI, J.B. (1997 y 1998), *Hygiène Mental et Hygiène Sociale: contribution à l'histoire de l'hygiénisme*, 2 vols, Paris, L'Harmattan; SIMONNOT, A-L. (1999), *Higiénisme et eugénisme au XXe siècle a travers la psychiatrie française*, Paris, Seli Arslan.

expresión fueron la creación en los años veinte de la Ligue d'Hygiène et Prophylaxis Mentales y del Hôpital Henri-Rousselle, primer servicio público de puertas abiertas.

Mi intención no es historiar el devenir detallado del movimiento de higiene mental y de las reformas asistenciales que éste emprendió, sino plantear la complejidad de los problemas que subyacen en su creación y desarrollo. En este sentido, desde el punto de vista metodológico, he considerado más enriquecedor subrayar los conflictos y debates que se originaron en el seno del alienismo francés al abordar las reformas asistenciales porque muestran con claridad las rémoras de su pasado inmediato, sus contradicciones y sus límites. La hipótesis de mi trabajo es que el proceso de reformas asistenciales abierto a fines del II Imperio, y que culminó en la época de entreguerras con la apertura de un servicio abierto de carácter público en París, estuvo mediatizado por la ley de 1838 y por la incapacidad del propio alienismo para redefinir en consonancia con las reformas propuestas, la enfermedad mental. Pretendo demostrar que el servicio libre, que surgió como crítica y respuesta práctica a la crisis del manicomio, lejos de impugnarlo como institución lo redefinió y reubicó en un nuevo contexto caracterizado por la dualidad institucional del dispositivo asistencial. Dualidad que nació de un proceso selectivo de los enfermos mentales basado en conceptos laxos y escasamente científicos como fueron la cronicidad³ y la peligrosidad social que determinaban el encierro de unos en el asilo y reservaba a otros la posibilidad de ser tratados médicamente en instituciones abiertas⁴.

El principal teórico de la higiene mental francesa fue el psiquiatra marsellés E. Toulouse (1865-1947). Su extensa obra escrita (1953 títulos a su muerte), publicada tanto en medios especializados como en la prensa cotidiana, abarca aspectos diferentes como la clínica, la psicología experimental, la psicotecnia, la higiene mental y la política. Su actividad profesional comenzó en 1889 y marcó con su presencia la psiquiatría francesa del primer tercio del siglo XX. Psiquiatra de formación e interesado por la higiene social fue el principal promotor de la higiene mental y de la reforma asistencial en Francia. Fue presidente y fundador de la Ligue de Hygiène Mentale (1920) y director entre 1921-1937 del Hôpital Henri-Rousselle, primer servicio público de puertas abiertas creado en Francia. Así mismo, su actividad internacional como teórico de la higiene mental fue de primer orden, influyendo en la extensión del movimiento en Europa y participando activamente en la preparación de los congresos

³ La consideración de la cronicidad como un concepto impreciso está apoyada en los razonamientos de LANTERI-LAURA, G. (1997), *La chronicité dans la psychiatrie française moderne*, en *La Chronicité en Psychiatrie*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, pp. 21-68. Este artículo fue publicado originalmente en 1972 en *Annales ESC*, 27, pp. 548-568;

⁴ Tanto en el planteamiento de mi hipótesis como en su desarrollo soy deudor de los puntos de vista de CASTEL (1980) y SIMONNOT (1999).

internacionales de higiene mental celebrados en Washington y París en 1930 y 1937 respectivamente⁵.

2. LA CRISIS DEL MANICOMIO

Existe un amplio consenso historiográfico en considerar que los primeros síntomas de crisis del sistema asilar aparecieron con claridad en la década de 1860⁶. Factores socio-políticos y elementos internos a la práctica y nosografía psiquiátrica convergieron en los años centrales del II Imperio, colocando al alienismo en una situación delicada. En esos años la prensa lanzó una campaña antipsiquiátrica, basada en la denuncia de los abusos de poder de los alienistas, cuya expresión más escandalosa eran los malos tratos a los pacientes y los internamientos arbitrarios. Las consecuencias de esta campaña fueron el desprestigio social del alienismo como ciencia y el cuestionamiento de la ley de 1838 y del asilo como única forma de asistencia pública a los locos. La reacción refleja de los alienistas fue desmentir las acusaciones y defender el sistema asilar contemplado en la legislación⁷.

Paralelamente a las críticas externas, en el seno de la profesión surgieron signos que revelan una cierta conciencia del agotamiento del modelo manicomial y del alienismo como ciencia especial. Así, los debates que se desarrollaron en la Société Médico-Psychologique en 1860 y 1865 sobre la colonia belga de Ghell⁸, y el sistema familiar de asistencia muestran, pese al tono de desconfianza de los alienistas hacia unas experiencias que cuestionaban el asilo, la existencia de «una cierta crítica técnica del aislamiento dirigida a flexibilizar las modalidades de su aplicación», e incluso la «sospecha de que el manicomio podría no ser el espacio medicalizado concebido

⁵ Sobre Toulouse pueden consultarse la biografía publicada en POSTEL, P; QUÉTEL, C. (1987) *Historia de la Psiquiatría*, México, Fondo de Cultura Económica, pp. 756-757. La obra original se publicó en 1983 en francés con el título de *Nouvelle Histoire de la Psychiatrie*; la obra de WOJCIECHOWSKI (1997/1998), está plagada de datos biográficos, así como la de SIMONOT (1999).

⁶ CASTEL (1980); JAEGGER (1981); LANTERI-LAURA (1997); DOWBIGGIN, I. (1993), *La folie héréditaire ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX^e siècle*, París, Epel. La edición original en inglés es de 1991 y lleva por título *Inheriting madness: professionalization and psychiatric knowledge in nineteenth-century France*, Berkeley, California University Press. HUERTAS (1992); WOJCIECHOWSKI (1997/1998); SIMONOT (1999).

⁷ A este respecto véanse especialmente CASTEL (1980), pp. 275-282. Una interesante exposición de los argumentos críticos contra el alienismo y la reacción de la psiquiatría francesa frente a éstos puede verse en DOWBIGGIN (1993), pp. 127-152.

⁸ Sobre las discusiones y el impacto de la colonia de Gheel en el alienismo francés es imprescindible consultar De FREMEVILLE J. (1974), *Gheel, village de fous sous le regard des aliénistes français*. These pour le Doctorat en Médecine (Diplôme d'État). Faculté de Médecine. Necker enfants malades.; CASTEL (1980), pp. 279-283; HUERTAS (1992), pp. 75-86.

por Pinel y sus sucesores»⁹. En esta corriente de crítica interna se situaba Morel que denunciaba la masificación de los manicomios y la cronificación de los enfermos¹⁰, lo que imposibilitaba la aplicación del tratamiento moral. Ante ello, proponía la posibilidad de tratamiento de ciertas categorías de enfermos en otro tipo de establecimientos. Idea retomada por V. Magnan, quién años más tarde desde su puesto de médico jefe del Bureau d'Admission del Asilo de Sainte-Anne, practicó el traslado de enfermos que no deliraban, principalmente alcohólicos y epilépticos a otras instituciones. También propuso la creación de asilos de seguridad para los sujetos inadaptados y degenerados antisociales, «insuficientemente alienados para el asilo e insuficientemente responsables para la prisión¹¹. Junto a estas discusiones, hay que tener en cuenta que las transformaciones operadas en la concepción de la enfermedad mental, especialmente la teoría de la degeneración de Morel sentarán las bases para una futura transformación asistencial del alienismo francés¹². La somatización de la enfermedad mental, el determinismo biológico de la teoría de la degeneración y su insistencia en primar la etiología de la locura sobre su semiología tuvo al menos dos consecuencias. De un lado, la incurabilidad de la enfermedad mental asociada a la teoría de la degeneración, incidió en el carácter de depósito del manicomio, abandonando a una gran cantidad de enfermos a la mera asistencia y al custodialismo. Pero por otro lado, el pesimismo terapéutico fue compensado por el interés por las causas de la enfermedad mental, que abrió la posibilidad de actuar en el medio social, ejerciendo la profilaxis de las enfermedades mentales¹³. En este sentido, la teoría de la degeneración no era una teoría de la desesperación y de la inacción, sino la base de un programa de salud pública, de profilaxis preventiva, cuyo objetivo era combatir de raíz las causas de las enfermedades y prevenir sus efectos¹⁴. Morel propugnaba trasladar al espacio social las técnicas del asilo, en definitiva la moralización de las masas como base de la higiene mental. En cualquier caso, las posiciones críticas fueron minoritarias y salvo contadas y muy limitadas experiencias nunca sobrepasaron el

⁹ CASTEL (1980), p. 283.

¹⁰ Sobre la cronificación en la psiquiatría francesa y el papel de los manicomios y de la teoría de la degeneración véase LANTERI-LAURA (1997).

¹¹ HUERTAS (1992), pp. 61-62.

¹² HUERTAS, R. (1987), *Locura y degeneración. Psiquiatría y sociedad en el positivismo francés*, Madrid, CSIC. Existe versión inglesa: HUERTAS, R. (1992), *Madness and degeneration, History of Psychiatry*, 3: 391-411; (1993), 4: 1-21; 301-319; 141-158; HOCHMAN, J. (1992), *La théorie de la dégénérescence de B.A. Morel, ses origines et son évolution*, En TORT, P. (ed.), *Darwinisme et Société*, Paris, PUF, pp. 401-412; especial interés merece DOWBIGGIN (1993), pp. 155-213; WOJCIECHOWSKI (1997), pp. 47-50; SIMONNOT (1999), pp. 39-50.

¹³ HUERTAS, R. (1993), *Entre el nihilismo terapéutico y la higiene social: la asistencia psiquiátrica en el positivismo francés*. En GONZALEZ de PABLO, A. (Coord.), *Enfermedad, clínica y patología. Estudios sobre el origen y desarrollo de la medicina contemporánea*, Madrid, Ed. Complutense, 301-314, p. 308-311.

¹⁴ HOCHMAN (1992); HUERTAS (1993); DOWBBIGIN (1993), pp. 180-190.

plano teórico, ni llegaron a plantear una alternativa elaborada al sistema manicomial consagrado por la ley de 1838.

Es cierto que al menos tuvieron la virtud de detectar las limitaciones terapéuticas del manicomio, de plantear la necesidad de introducir criterios diferenciadores en el tratamiento de los enfermos mentales y de reivindicar un alienismo más volcado hacia el terreno social. Pero hay que tener en cuenta que la mayoría de los alienistas prefería concentrarse en la administración de la locura en los asilos, que los debates organizados por la Société Médico-Psychologique no ponían en duda la existencia del manicomio, y que desde el punto de vista institucional, el dispositivo asilar fue consolidado durante los años 1860 por el Baron Haussmann¹⁵.

3. PRIMEROS PASOS HACIA LA HIGIENE DE LA LIBERTAD. EL MODELO DEL OPEN-DOOR

Sin embargo, las reflexiones y los problemas planteados desde 1860 continuaron presentes en los años que marcan el cambio de siglo. E. Toulouse formulará la crítica y la alternativa más elaborada al dispositivo manicomial vigente, al propugnar una reforma asistencial que replanteaba la función del asilo dentro de un nuevo marco de tratamiento de la locura más liberal que el determinado por la ley de 1838. Partiendo del deseo de humanizar la asistencia y de devolver a la psiquiatría al tronco común de la medicina, el psiquiatra marsellés va a defender entre 1897 y 1904 la introducción de medidas encaminadas a establecer dispositivos asistenciales diferentes para los enfermos mentales agudos y crónicos. Los agudos, considerados como curables, deberían recibir tratamiento médico y cuidados específicos en servicios especializados de tratamiento y observación que se denominarían hospitales y serían dotados de un personal numeroso. Los crónicos, en principio incurables, serían internados en los asilos, que se llamarían hospicios y, su atención se limitaría exclusivamente a garantizar los auxilios médicos indispensables¹⁶.

A pesar de que las denuncias y propuestas de Toulouse estaban alimentadas por un deseo de mejorar las condiciones de asistencia de los alienados, la nueva orientación de la hospitalización que propugnaba estaba basada en un principio selectivo de los pacientes y de su tratamiento, que como veremos, presentaba importantes contradicciones que incapacitaron a la psiquiatría para romper con el marco manico-

¹⁵ CASTEL (1980); LANTERI LAURA (1997); WOJCIECHOWSKI (1997).

¹⁶ TOULOUSE, E. (1899a), Les Hôpitaux et services d'observation et de traitement. Rapport présenté à la Commission mixte chargée d'étudier les questions intéressant l'assistance des aliénés (Conseil Général de la Seine, Mai 1899), *Revue de Psychiatrie*, pp. 165-178.

mial. Por otra parte, Toulouse justificaba ésta selección con argumentos económicos, más próximos a los criterios de gestión que a los estrictamente médicos:

«Las ventajas económicas de este sistema son evidentes. Se gastará menos en la asistencia de los incurables y el ahorro realizado servirá para mejorar la hospitalización y el tratamiento de los enfermos agudos y curables. Si no se quiere hacer esta separación se establece una media de tratamiento que sobrepasa lo que es estrictamente necesario a los crónicos y que por el contrario es muy inferior a las necesidades de los enfermos curables. Por otra parte, ¿no es racional que los sacrificios monetarios hechos por la sociedad estén en relación con su utilidad? y que los más importantes sirvan a la restitución del valor de los alienados agudos que son fuerzas sociales momentáneamente paralizadas, pero que si se las puede hacer reaccionar compensarán sobradamente los gastos de tratamiento. Desde el punto de vista económico nada más racional y más justo que la diferencia de asistencia para los enfermos curables y los enfermos incurables»¹⁷.

La diferenciación de agudos y crónicos concernía tanto a la situación de los enfermos como a motivos presupuestarios. Ambos criterios deberían tomarse en cuenta para alcanzar el objetivo de tratar «en las mejores condiciones de éxito las formas curables de la locura» y asistir al mayor número posible de enfermos de manera más barata¹⁸. A su juicio, el problema del sistema asilar francés, al que tachaba de carcelario, residía en su indefinición, lo que tenía consecuencias negativas sobre los enfermos internados.

Con el objeto de liberar los asilos de enfermos crónicos, considerados carentes de valor social, Toulouse contemplaba organizar en cada asilo servicios de crónicos o bien destinar algunos asilos exclusivamente a este tipo de enfermos, ubicándolos fuera de las aglomeraciones urbanas¹⁹. Este último sistema le parecía el más adecuado para el caso francés, si bien admitía que transitoriamente se podía recurrir al primero.

Es evidente que esta división de enfermos y de atenciones médicas propuesta por Toulouse primaba el interés terapéutico sobre los enfermos agudos. Es en este ámbito —el del hospital psiquiátrico— donde la reforma adquiere pleno sentido y se producen las mayores innovaciones. Entre éstas, la más importante es la de crear en los futuros hospitales de tratamiento:

«un pabellón completamente abierto para los enfermos mentales convalecientes o para aquéllos cuyos trastornos mentales no justificasen el internamiento.(...) En un asilo nuevo este pabellón debería situarse lejos de los otros y constituir un pequeño hospital in-

¹⁷ Ibid, p. 165.

¹⁸ *Conseil Général de la Seine. Rapport au nom de la Sous-Commission chargé d'étudier l'Assistance des Aliénés en Angleterre et en Écosse*, Paris, Imp. Municipal, 1898, p. 3. El informe estaba redactado por E. Toulouse.

¹⁹ Ibid, p. 266; TOULOUSE (1899a), pp. 168-170.

dependiente. En los asilos viejos, una de las secciones puede acoger esta nueva función. (...) Los enfermos llevados a este pabellón serían completamente libres y no estarían bajo el manto de la ley de 1838. Podrían salir voluntariamente e ir a buscar trabajo»²⁰.

Esta propuesta estaba basada en el open-door británico que Toulouse tuvo ocasión de observar en 1898 en su viaje a Inglaterra y Escocia en nombre del Conseil Général de la Seine. Dicho sistema, que acabaría siendo uno de los componentes fundamentales de los servicios abiertos en Francia tras la Primera Guerra Mundial, se basaba en la ausencia de muros y en la existencia de medidas liberales de funcionamiento que permitían a los pacientes circular libremente dentro y fuera del asilo en unas condiciones establecidas previamente. Ahora bien, la organización de estos pabellones estaba determinada por dos elementos: el compromiso ético del paciente de respetar las normas y no fugarse, y por el trabajo obligatorio como instrumento de contención. Cualquier incumplimiento en este sentido, situaba al paciente en una situación delicada que podía traducirse en la pérdida de su libertad. Además, pese a la libertad de los enfermos, el open-door estaba basado en una férrea disciplina de los hábitos y en la vigilancia continúa:

«No hay que creer que los enfermos sean libres de circular y que sean librados a ellos mismos sin orden ni disciplina. Lejos de ello: en ninguna parte el orden parece más real; solamente los obstáculos materiales ostensibles son reemplazados por la precisión en el empleo del tiempo y en el encadenamiento de ocupaciones, por la regularidad adquirida de hábitos, y sobre todo por la vigilancia incesante del personal de vigilancia que debe dirigir los alienados en todos los detalles de su existencia diaria. Es este último punto, precisamente sobre el que, según los autores de la nueva teoría, se constituye su carácter principal»²¹.

Por tanto, el control sobre el enfermo no se produce por una coerción directa, sino por medio de la vigilancia constante y por el trabajo. Como ha señalado A. Simonnot, el open-door desplaza el problema de la locura desde su relación con la razón hacia su relación con la libertad y de la coerción del encierro a la del trabajo y al compromiso moral, valores sociales dominantes en las sociedades liberales²².

No obstante, el open-door, no era completamente desconocido en Francia. E. Marandon de Montyel aplicaba desde hacía tiempo este principio en el asilo de Ville-Evrard, alegando que un 60% de los enfermos no precisaba internamiento. En líneas generales, consideraba que el viejo asilo y el encierro debían ser sustituidos por villas repartidas en un terreno o agrupadas en forma de pueblo con las puertas y ventanas

²⁰ TOULOUSE (1899a), p. 176.

²¹ TOULOUSE, E. (1899b), L' open-door en Écosse, *Revue de Psychiatrie*, 3, 201-271, p. 261.

²² SIMONNOT (1999), p. 59.

abiertas, sin muros interiores ni exteriores. Se trataba de crear un medio que se aproximara al máximo a la normalidad de la vida cotidiana, por lo que las visitas libres a los pacientes, las vacaciones, los paseos en el exterior, la libertad de correspondencia debían ser la norma y sustituir a la ducha, los baños, la camisa de fuerza y la celda de castigo. En definitiva proponía que «la higiene del aislamiento» representada por el asilo clásico fuera sustituida por «la higiene de la libertad»²³. Pero la higiene de la libertad no significaba indisciplina y contemplaba castigos basados en la privación temporal de una o varias libertades a los infractores de la normas o, incluso, el traslado a los pabellones cerrados del asilo. De hecho el sistema se sustentaba sobre el trabajo de los pacientes en régimen de libertad:

«Para conseguir en un asilo que todos los sujetos en estado de trabajar lo hagan, el alienista debe ejercer sobre estos enfermos una acción incesante, exhortarles al trabajo y hacer de él la condición sine qua non para salir»²⁴.

Sin llegar a establecer taxativamente la obligación de trabajar, Marandon de Montyel establecía privilegios para aquellos que trabajaran y tuvieran un mayor rendimiento. Indudablemente el mayor de todos los privilegios era la libertad, pero existían otros de menor rango que cumplían una importante función pedagógica y de contención, como disfrutar de una ración alimenticia superior a la de los ociosos, y la percepción de un salario «proporcional al trabajo realizado». La mitad del mismo debía estar a disposición del paciente, mientras que el resto se invertía para que subsistiera cuando saliera definitivamente del hospital. Se trataba de que al poder disfrutar y administrar directamente una parte del producto de su trabajo el enfermo tuviera una actitud positiva hacia el salario, tomara conciencia del intercambio que se producía e interiorizase los valores sociales dominantes en torno al trabajo. Se producía así una sencilla e interesante interacción pedagógica no exenta de utilitarismo entre el trabajo y la libertad: ambos se estimulaban mutuamente²⁵.

Esta nueva hospitalización era considerada por Marandon de Montyel mucho más eficaz que la antigua, por el alto porcentaje de curaciones y mejorías en los enfermos, y por la disminución de la mortalidad general en los asilos. Incluso llegaba a afirmar que aunque no fuera así sería necesario adoptar el nuevo sistema por ser más humanitario y agradable para los enfermos y sus familias²⁶.

²³ MARANDON de MONTYEL, E. (1896), La nouvelle hospitalisation des aliénés para la méthode de la liberté et son application a Ville-Evrard, *Annales Médico-Psychologiques*, 66-85, p. 62.

²⁴ Ibid, p. 65.

²⁵ Ibid, pp. 65-67.

²⁶ Ibid, p. 83.

Pese a las propuestas y al debate abierto sobre la liberalización de la asistencia, los impedimentos legales y las resistencias a la introducción de las reformas fueron muy importantes e impidieron que se llevaran a cabo durante este período. Lo máximo que se pudo realizar fueron pequeñas reformas muy controladas como la creación de algunos pabellones específicos para determinadas enfermedades como la histeria, la epilepsia, el alcoholismo, la construcción de asilos especiales o la introducción de la clinoterapia para enfermos agudos y subagudos²⁷. Habría que esperar a la Primera Guerra Mundial y a la postguerra para que las propuestas de los psiquiatras críticos tuvieran una repercusión práctica.

4. LAS LIMITACIONES DE LA APERTURA: LA PELIGROSIDAD SOCIAL DEL ENFERMO MENTAL

El principal escollo para desarrollar estas reformas fue la ley de 1838, cuyo artículo 18 señalaba que los prefectos «ordenarán el internamiento de oficio en un establecimiento de alienados de toda persona, incapacitada o no, cuyo estado de alienación pueda comprometer el orden público o la seguridad de las personas», lo que suponía en la práctica primar la peligrosidad y la defensa social sobre los criterios estrictamente médicos para definir a los sujetos susceptibles de recibir tratamiento. Asimismo, la ley al equiparar la alienación mental con el internamiento en un asilo, dificultaba la disociación entre el estado psíquico del enfermo con la situación administrativo-legal que determinaba su internamiento²⁸. Esta realidad imposibilitaba el tratamiento de los enfermos mentales que no caían en la definición de alienado que consignaba la ley²⁹. Además la ley de 1838, asignaba el proceso de internamiento a la

²⁷ HUERTAS (1992), pp. 62-65. Sobre la clinoterapia véase MAGNAN, V. (1912), *De l'alitement (Clinothérapie) dans le Service Central d'Admission des aliénés de la ville de Paris et du Département de la Seine (Asile Clinique de Sainte-Anne)*, Paris. Es separata del *Bulletin de l'Académie de Médecine*.

²⁸ CASTEL (1980), p. 261.

²⁹ En realidad existían dos fórmulas de internamiento: la de oficio, aplicada mayoritariamente y dirigida a los enfermos indigentes y la voluntaria, utilizada casi exclusivamente por las familias pudientes. Ambas fórmulas de internamiento implicaban distinta asistencia al enfermo tal y como ha puesto de relieve Castel: la de oficio según este autor sería «la respuesta social a las manifestaciones más espectaculares de la enajenación mental. Reenvía a la antigua representación del vagabundeo o «divagación» del loco (...) Aquí la ley sí es una ley de «administración y policía» Tiene ante todo la finalidad de neutralizar a un individuo peligroso. El médico sólo interviene con posterioridad, cuando el secuestrado debe ser tratado en un establecimiento especial. Disposición que semeja a las antiguas «órdenes del rey», mientras que el internamiento voluntario es más sutil y deja margen a la intervención médica. La iniciativa del internamiento proviene de la familia o parientes y debe ir apoyada por un certificado médico. El médico del establecimiento debe también ratificar el diagnóstico a la entrada para garantizar la regularidad del secuestro. «Por tanto la medida del internamiento descansa en una colaboración entre la instancia familiar y la

administración y a los médicos, relegando al poder judicial a tareas de inspección³⁰. En este sentido, Toulouse consciente del sesgo policial de la ley y de los impedimentos legales para extender la asistencia a otros enfermos mentales, dirigió una campaña que abogaba por la intervención del poder judicial en el proceso de internamiento, como la mejor manera de garantizar los derechos individuales del enfermo. En su artículo *Doit-on interner les aliénés?*, señalaba que el internamiento era una medida arbitraria que violaba sistemáticamente los derechos individuales del enfermo mental como ciudadano

«El gran progreso realizado en la situación social del individuo es la conquista de garantías contra el abuso de poder. Nadie puede ser arrestado sin ser interrogado por un juez; nadie puede ser privado de su libertad sin haber sido condenado por un tribunal. (...) El individuo presuntamente insensato es entregado a la autoridad administrativa, sometido al examen de los médicos; y a puerta cerrada, sin abogado, sin consejo, es mantenido por la fuerza en un establecimiento. He aquí lo que espanta al público y al enfermo cuando todavía está lúcido»³¹.

Pero sus críticas iban incluso contra la esencia de la ley de 1838, que contemplaba el internamiento como una medida de protección del enfermo y de la sociedad ante los posibles actos peligrosos que pudiera cometer contra ésta y contra el mismo. El razonamiento de Toulouse ponía en entredicho la doctrina de la defensa social, argumentando que no se podía internar al enfermo mental por la posibilidad de que cometiera actos peligrosos o delinquiera. De ahí que reclamara la aplicación del derecho común a los alienados y que defendiera que, salvo que hubiera cometido un delito o lo hubiera intentado, no había motivos «para privarle de su libertad por el mero hecho de ser alienado»³². A su juicio el alienado era un enfermo y su afección mental no era suficiente para aislarle.

En 1903, ante la inminente discusión parlamentaria de un proyecto de ley sobre los alienados, Toulouse organizó desde las páginas de la *Revue de Psychiatrie* una en-

instancia médica, sin intervención directa del poder público. Por consiguiente puede dar cuenta de los trastornos que todavía no han alcanzado el umbral de emergencia social». Todo ello tenía implicaciones terapéuticas:» Mientras el internamiento de oficio rastrea la superficie de lo patológico al no captar más que un limitado número de casos espectaculares en nombre de una concepción del orden público que carece de sutileza, el procedimiento del internamiento voluntario permite captar manifestaciones patológicas menos aparentes-y también por ello más precoces y menos graves.-Se perfila así la posibilidad de intervenciones médicas más numerosas, más diversificadas, más sutiles y, en definitiva, de una acción preventiva.» CASTEL (1980), pp. 244-245.

³⁰ Ibid, pp. 228-229.

³¹ TOULOUSE, E. (1901), *Doit-ont interner les aliénés?*, *Revue de Psychiatrie*, 4, pp. 33-38 y pp. 161-165, p. 33

³² Ibid, p. 37.

cuesta dirigida a los médicos de los asilos, con el objeto de conocer sus opiniones sobre la necesidad de que el poder judicial, interviniera en el internamiento de los alienados. Las respuestas publicadas en la mencionada revista muestran la división de opinión entre los psiquiatras franceses de principio de siglo. Sobre un total de 36 respuestas, 13 estaban totalmente de acuerdo con la medida, 5 con matices y 18 se mostraban contrarios a la reforma³³.

La postura de Toulouse en favor de la intervención del poder judicial, perseguía una reforma de la ley de 1838 que liberase a la psiquiatría del estrecho marco de actuación impuesto por el concepto legal de alienación, permitiendo el tratamiento de enfermos mentales fuera del asilo. Pese a lo intentos de reforma y de reclasificación de los enfermos mentales, la peligrosidad social continuó siendo la esencia del concepto de alienación y pesando como criterio diferenciador del tipo de asistencia que debía recibir el enfermo mental. En cierto modo, las ideas reformistas de Toulouse intentaban redefinir la peligrosidad del enfermo mental, limitándola a la comisión del delito, lo que suponía, al menos sobre el papel, desligar a la mayoría de los enfermos mentales del estigma de peligrosidad y habilitar formas de asistencia más liberales que el asilo.

Con el objeto de determinar qué enfermos mentales podían ser atendidos en dichos servicios la psiquiatría introdujo, además de la clásica diferencia entre agudos y crónicos, una nueva categoría que implicaba la ausencia de peligrosidad social: la psicopatía. Así, en 1904, E. Dupré señalaba la existencia de enfermos mentales que no podían ser considerados como alienados porque jamás habían cometido actos extraños, peligrosos o reprobables, proponiendo para su tratamiento el servicio libre³⁴. Esta distinción entre alienados y psicópatas cobró fuerza en los primeros decenios del siglo XX y marcó el debate sobre los servicios libres en Francia, poniendo de relieve que la reforma asistencial psiquiátrica, a pesar de reivindicar su carácter científico, no estaba libre de la utilización de criterios jurídicos y administrativos.

En esta línea, en 1914 se celebró en la Academia de Medicina, a instancias del Ministro del Interior, un intenso debate sobre la conveniencia o no, de sustituir en la ley de 1838, la expresión enfermos alienados por la de enfermos aquejados de afección mental³⁵. El profesor G. Ballet presentó una detallada exposición en la que concluía que «todos los alienados son enfermos aquejados de afecciones mentales, todos los enfermos aquejados de afecciones mentales no son alienados,» reconociendo que dicha clasificación no podía fundarse «sobre el diagnóstico médico de la enfermedad

³³ TOULOUSE, E. (1904), Enquêtes. Intervention du pouvoir judiciaire dans le placement des aliénés, *Revue de Psychiatrie*, 8, pp. 134-150.

³⁴ DUPRÉ, E. (1904), Définition médicale de l'aliéné, *Bulletin Médical*, 17.

³⁵ A l'Académie de Médecine. Note de M. Gilbert Ballet, en *Le projet de réforme de la loi de 1838 sur le régime des aliénés*, Paris, 1919, p. 4. Observese que la discusión tuvo lugar en 1914 pero se publicó 5 años después.

sino sobre las reacciones individuales y sociales de los enfermos», único «hecho objetivo comprensible» para el legislador, porque «es el que sirve para determinar la naturaleza de las medidas a tomar con respecto de los enfermos, en las diferentes categorías de casos»³⁶.

La peligrosidad social del enfermo era el criterio práctico que proponía para establecer su clasificación y determinar el tipo de asistencia que precisaban. A su juicio, los enfermos no peligrosos eran aquellos, que conscientes de su estado, reclamaban libremente atención médica; o bien, los que sin demandarla, la aceptaban sin protestar. Este tipo de enfermos mentales no precisaba ser internado para seguir un tratamiento. A los enfermos peligrosos los definía por la inconsciencia de su estado, por protestar de manera habitual y coherente contra el aislamiento que precisaban, y por haber cometido o estar expuestos a cometer, como consecuencia de su desorden mental, delitos y crímenes. En estos casos la solución era el internamiento en un asilo³⁷.

Tras la Primera Guerra Mundial, esta división de los enfermos mentales en categorías construidas a partir de criterios no científicos, sino prácticos, volvió a articular el debate sobre la reforma asistencial psiquiátrica.

En 1922, en el *Congrès d' Hygiène Mentale*, celebrado en París A. Antheaume en una extensa ponencia subrayaba la necesidad de establecer servicios libres para los enfermos mentales que no precisaran ser internados. Al igual que otros compañeros suyos afirmaba que todos los individuos que padecían una afección mental eran psicópatas y tenían el derecho de ser atendidos como cualquier otro enfermo. Sólo un «número restringido» de éstos eran considerados alienados por sus reacciones antisociales, precisando ser sometidos a medidas excepcionales como el encierro asilar³⁸. Por tanto, retomaba la línea trazada por Dupré y Ballet estableciendo las categorías de enfermos mentales a partir de conceptos extramédicos claramente contradictorios con la pretensión de los psiquiatras de medicalizar la locura y su asistencia. La peligrosidad social del enfermo mental era un criterio impreciso, opuesto al positivismo científico y escasamente conectado con la nosología:

«El mismo enfermo, en ciertos casos, puede, dependiendo de las condiciones en las que se encuentre inmerso, permanecer en la categoría de los psicópatas simples o ser incorporado en la de los alienados. Este cambio de situación, de clasificación, depende menos de la naturaleza de su enfermedad mental que de condiciones extrínsecas. En definitiva, (...) lo que caracteriza al psicópata alienado, no es la existencia de una afección mental, ni la naturaleza de esta última, es la medida convertida en necesaria como consecuencia de de ciertas maneras de comportarse o de ciertas incapacidades mentales que

³⁶ Ibidem.

³⁷ Ibid, pp. 5-11.

³⁸ ANTHEAUME, A. (1922), *Les principes généraux qui doivent régir l'assistance des psychopathes*, *L'Encephale*, 17 (6), 330-346, p. 330.

vuelven imposibles los actos indispensables de administración de bienes, medida cuyo carácter es privar oficialmente al enfermo de su libertad (enfermos peligrosos o protestantes) o de proteger legalmente su fortuna (...))»³⁹.

El reconocimiento de la imposibilidad de «dar una definición científica del alienado en el estado actual de nuestros conocimientos y de la orientación terapéutica y profiláctica contemporánea» permitía potencialmente interpretaciones aleatorias sobre la aplicación de los conceptos de peligrosidad social y alienación mental⁴⁰.

Un problema estrechamente vinculado a esta cuestión era la dificultad de definir la peligrosidad social y sus límites, lo que tenía implicaciones sobre la definición de alienado y el tipo de asistencia⁴¹. En este sentido, el abogado M. Quentin puso el dedo en la llaga al exigir a los psiquiatras que definieran los criterios para establecer la peligrosidad del alienado:

«Ustedes me dicen “le interno porque es peligroso para el mismo o para los demás”; y yo les replico “¿porque y en que es peligroso?”. Acepto de antemano vuestra fórmula; al menos dénmela»⁴².

5. EL ARRANQUE DE LOS SERVICIOS LIBRES. LA EXPERIENCIA DE LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL

El conflicto armado de 1914-1918 y la inmediata postguerra, fueron decisivos en el desarrollo de la higiene mental. En el plano sanitario, la guerra favoreció el desarrollo de la medicina militar, y fue decisiva en la institucionalización por parte del Estado de la lucha contra las plagas sociales, especialmente contra la tuberculosis, cuyo modelo se transferirá a la lucha antivenérea y anticancerosa⁴³. Por lo que se

³⁹ Ibid, p. 332

⁴⁰ Esta intervención de Antheaume tuvo lugar en la discusión a la comunicación de COURBON (1922), *De la sauvgarde des Droits de l'individu et de la société dans l'assistance aus psychopathes*, en *XXVIe Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française*. Quimper, 1er-6 Aout 1922, Paris, Masson et Cie Editeurs, p. 59.

⁴¹ Sobre las dificultades de la psiquiatría para definir científicamente la peligrosidad social véanse DOWBBIGIN (1993), pp. 149-151; CAMPOS MARIN, R. (1997), *Higiene Mental y peligrosidad social en España*. (1920-1936), *Asclepio*, 49 (1), 39-59.

⁴² Intervención en el debate a la ponencia de COURBON (1922), p. 70.

⁴³ Sobre la militarización de la sanidad en Francia y los cambios que acarrió véanse: FAURE, O. (1994), *Histoire de la Médecine Sociale (XVIII-XX siècles)*, Paris, Anthropos, pp. 210-220; MURARD, L.; ZYLBERMAN, P. (1996), *L'Hygiène dans la République. La santé publique en France, ou l'utopie contrariée. 1870-1918*, Paris, Fayard, pp. 537-588; WOJCIECHOWSKI (1998), pp. 21-29; GUILLAUME, P. (1986), *Du désespoir au salut: les tuberculeux aux 19e et 20e siècles*, Paris, Aubier, pp.192-200.

refiere al alienismo, la necesidad de mantener la salud mental en el ejército y de recuperar con rapidez a los soldados heridos en el cráneo y con afecciones mentales facilitó la asistencia psiquiátrica sin que mediara el internamiento por la imposibilidad técnica que suponía internar en un asilo a todo el que padeciera trastornos mentales⁴⁴. En este sentido se evacuaron asilos como en el caso de Maison Blanche para utilizarlos para las necesidades militares, o se habilitaron centros psiquiátricos militares como el de Vâl de Grâce o pabellones en los asilos en régimen abierto y no sometidos a la ley de 1838, con resultados positivos que, en el caso de París llegaron a la curación de 15.000 enfermos sobre un total de 20.000⁴⁵. Un interesante testimonio sobre este tipo de experiencias nos lo ofrecen los doctores J. Baruk y R. Bessière al frente del Servicio de Sainte-Gemmes, en Angers, que fue habilitado para tratar a los militares en régimen abierto. Ambos doctores argumentaban que evitar el internamiento convenía a los individuos y al ejército. Para los pacientes, porque afectados mayoritariamente de trastornos agudos, el encierro suponía su irrecuperabilidad. Para el ejército porque se trataba de la recuperación del mayor número posible de efectivos. El servicio constaba de una sala de observación y tratamiento para los recién llegados y un pabellón destinado a concluir la cura de los enfermos mejorados⁴⁶.

De hecho, la situación de guerra favoreció que dicho servicio se instalase sorteando la legalidad vigente por medio de un acuerdo verbal entre los médicos, la autoridad militar y el prefecto del departamento:

«Una ficción fue admitida en virtud de la cual el servicio de Sainte-Gemmes debía constituir un anexo de la parte militar del hospital mixto de Angers. La prefectura se comprometía así a desinteresarse de los nombres de los enfermos que fueran admitidos. Una simple nota del prefecto establecía estos principios que el Consejo General no tardaría en ratificar (...) Se puede decir que fuera de las negociaciones que consagraron su creación las relaciones del nuevo servicio con la autoridad prefectoral fueron nulas»⁴⁷.

Esta práctica irregular sustraía al enfermo mental de la omnipresente autoridad del prefecto contemplada en la ley 1838 y permitía mantener su anonimato. En las discusiones sobre el estatuto legal de los servicios abiertos que se producirán tras la guerra habrá psiquiatras que, ante la imposibilidad de cambiar la ley, propongan subterfugios de ésta índole. De hecho, el futuro Hôpital Henri Rousselle funcionará al margen de la ley de 1838 y por expreso acuerdo del Conseil General y la dirección del Hospital.

⁴⁴ WOJCIECHOWSKI (1998), p. 28.

⁴⁵ ANTHEAUME (1922), p. 334.

⁴⁶ BARUK, J; BESSIÈRE, R. (1920), *Quelques considerations sur la neuro-psychiatrie de guerre. (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919)*, Angers, J. Siradean Imprimeur-Editeur, pp. 4-7

⁴⁷ Ibid, p. 9.

Una vez finalizada la Guerra todos estos centros fueron cerrados. Sin embargo, esta experiencia fue reivindicada por los partidarios de la liberalización de la asistencia, y esgrimida como prueba de que las reformas eran posibles. Así, en junio de 1921, durante un acto de propaganda de la Ligue d'Hygiène Mentale su presidente honorífico y futuro ministro de Salud, J. Godart señalaba que:

«Hemos aprendido que cuanto más precoz es el tratamiento de un estado psicopático, mayores son las posibilidades de recuperar la salud, de desaparición de los fenómenos. Es una constatación que nos ha llevado rápidamente a crear centros neuropsiquiátricos en cada ejército, con el fin de que lo más cerca del frente el herido nervioso sea examinado y curado. De esta manera, hemos visto disminuir en proporciones considerables el número de hospitalizados en los que como consecuencia del reenvío a la retaguardia se había consolidado un trastorno funcional que hubiera podido disiparse desde el principio y que arrastraba, inútiles y reivindicadores, a las formaciones sanitarias o los depósitos»⁴⁸.

Pero a la experiencia acumulada durante el conflicto se agregó el contexto de la postguerra, marcado por una fuerte crisis económica, por el aumento de la miseria, por un millón y medio de bajas en el frente y por el elevado número de inválidos permanentes, en su mayoría pertenecientes a las generaciones activas, lo que propició la institucionalización de las reformas.

Así, a fines de 1918 la Société Amicale des Asiles de la Seine, encargó a Toulouse un informe sobre las reformas esenciales que tras el conflicto bélico se imponían en la organización de los asilos. En las primeras páginas del informe sobre la *Réorganisation de l'hospitalisation des aliénés de la Seine*, E. Toulouse se hacía eco de esta situación e, introducía la cuestión de la reforma asistencial psiquiátrica como «una necesidad nacional». La guerra, con su secuela de privaciones y desgracias había reducido la resistencia de la población a las causas de la enfermedad mental. Pero además, las nuevas generaciones, concebidas en circunstancias tan extremas serían también más débiles y vulnerables a las enfermedades psíquicas, por lo que era de predecir un enorme incremento de la locura en los años siguientes. Para combatir con eficacia esta situación, el informe proponía «abordarla con métodos nuevos y eficaces y prevenir a largo plazo los resultados de una lucha metódica de tratamiento y de profilaxis»⁴⁹.

Las propuestas de reforma, además de basarse en argumentos humanitarios y científicos, se fundaba en razones económicas. Escrito en un tono muy técnico, el

⁴⁸ GODART, J. (1921), Appel en faveur de l'Hygiène Mentale, *Bulletin Mensuel de la Ligue d'Hygiène Mentales*, 1-2, 7-9, p. 7.

⁴⁹ TOULOUSE, E. (1920a), *Réorganisation de l'hospitalisation des aliénés dans les asiles de la Seine. Rapport présenté à la Société Médicale des Asiles de la Seine au nom d'une Commission Composée des Drs Colin, Truelle, Vigouroux et Toulouse, rapporteur*, Paris, Imprimerie Nouvelle, p. 2.

informe demostraba con un concienzudo estudio sobre el coste de las reformas, que éstas abaratarían notablemente el gasto de la asistencia psiquiátrica, y contribuirían a la reconstrucción nacional al recuperar y reintegrar a la vida económica del país a un elevado número de enfermos mentales⁵⁰. Además se apuntaba que la escuela, la organización del trabajo y la conducta privada y profesional de cada uno se beneficiarían indirectamente de esta reforma, cuya base sería la higiene mental⁵¹. Desde el punto de vista terapéutico, el informe partía de la convicción de que la locura era una enfermedad curable en la mayoría de los casos si se disponía de las instalaciones y organización asistencial adecuada. En este punto, Toulouse retomaba las ideas vertidas a fines del XIX, insistiendo, si bien de una manera más desarrollada, en la necesidad de diferenciar la asistencia y tratamiento de los enfermos crónicos y agudos⁵². Es indudable que tales razonamientos resultaban atractivos a las autoridades políticas del país, deseosas de encontrar respuestas técnicas a los múltiples problemas que la reconstrucción nacional les planteaba⁵³. El informe fue presentado al Ministro de Higiene en 1919, quién siguiendo sus recomendaciones creó en abril de 1920, un Comité d'Hygiène Mental encargado de «estudiar desde el punto de vista técnico, todas las cuestiones relativas a la higiene mental, a la psiquiatría y a la psicofisiología aplicadas a las diversas actividades sociales»⁵⁴.

Por último, un factor que también influyó en las transformaciones de la psiquiatría francesa, fue la existencia desde 1909 en Estados Unidos de un importante movimiento de higiene mental, que sirvió como punto de referencia y justificación de las propuestas francesas⁵⁵.

6. LA REFORMA ASISTENCIAL EN MARCHA. LA FUNDACIÓN DE LA LIGUE D' HYGIÈNE MENTALE Y EL HÔPITAL HENRI-ROUSSELLE

⁵⁰ Ibid, pp. 3-4 y 22-27.

⁵¹ Ibid, p. 26.

⁵² Ibid, pp. 5-16.

⁵³ SIMONNOT (1999), p. 66.

⁵⁴ TOULOUSE, E. (1920b), Le Comité d'Hygiène Mental, *L'Informateur des Aliénistes et des Neurologistes*, 15, pp. 273-279; 322-330.

⁵⁵ Las referencias al ejemplo de Estados Unidos son constantes en los primeros años de la Ligue d'Hygiène Mentale y de las reformas psiquiátricas. A este respecto véase TRISCA, P. (s/a), *La prophylaxie mentale en France et a l'étranger*, A. Maloine et fils Editeurs, Paris, pp. 67-81. La primera edición de la obra data de 1921. Un breve resumen de dichas influencias en WOJCIECHOSWSKI (1998), p. 53-57.

El Comité d'Hygiène Mentale, a pesar de los apoyos oficiales, apenas llegaría a funcionar unos pocos meses, debido a la lucha entre diferentes sectores interesados por la Higiene Social⁵⁶. El 8 de diciembre de 1920 un nutrido grupo de psiquiatras, médicos, juristas, filántropos y políticos, encabezados por E. Toulouse, fundó la Ligue d'Hygiène et Prophylaxis Mentales, cuyo objeto era:

«El estudio y la realización de medidas destinadas a favorecer la profilaxis de los trastornos mentales, a mejorar las condiciones del tratamiento de los psicopatas, y a desarrollar la higiene mental en el dominio de la actividad individual, escolar, profesional y social»⁵⁷.

El programa de la Liga, que recogía las ideas del informe analizado, era ambicioso y proponía una intervención médico-social que tenía tres campos de acción: 1) la reforma de la asistencia de los enfermos mentales; 2) la prevención de la enfermedad mental y 3) la selección y orientación de los escolares y trabajadores.

El terreno de acción social que se abría a la psiquiatría era enorme y la colaboración entre distintas ciencias y profesionales que podían aportar sus conocimientos al desarrollo de dicho programa era imprescindible. La profilaxis y la higiene mental se constituían en el centro de su actividad, desplazando los objetivos de la reforma hacia la búsqueda de los predispuestos en los distintos ámbitos de la vida social. No se trataba tanto de remedicalizar el asilo sino de plantear la prevención frente a la asistencia. En este sentido, el dispensario era el principal instrumento de la organización técnica de la profilaxis mental.

Pese a las similitudes respecto a los objetivos del Comité d'Hygiène Mentale, la Liga tenía un sentido propagandístico y de divulgación del que carecía el primero, más centrado en los aspectos técnicos de las reformas. El principal interés de la Liga era interesar a la opinión pública sobre la Higiene Mental y atraer su simpatía hacia los psicópatas. De hecho, se organizó en diversas comisiones especializadas para llevar a cabo sus tareas y sensibilizar tanto a la opinión pública como a la administración sobre la necesidad de introducir los cambios que postulaba⁵⁸. Para ello, ello se dotó de un órgano de prensa el *Bulletin mensuel de la Ligue d'hygiène mental*, que en 1925 pasó a denominarse *La Prophylaxie Mental* en el que se divulgaban tanto artículos sobre higiene y profilaxis mental, como las actividades de la Liga. Las conferencias en distintos foros (círculos empresariales, sindicatos, radio etc.,) fue otro de sus

⁵⁶ Según WOJCIECHOSWSKI (1998), p. 43-44.

⁵⁷ El texto se recoge en el artículo 2 de los estatutos de la Ligue de Prophylaxie et d'Hygiène Mentales, que se puede consultar en TRISCA, P. (s/a), p. 168.

⁵⁸ WOJCIECHOSWSKI (1998), p. 83-89

medios de propaganda. Por otra parte, la Ligue contó con la inestimable ayuda de A. Antheaume, miembro de la comisión de vigilancia de los asilos del Sena que desde las páginas de *L' Informateur des aliénistes*, (posteriormente *L'Hygiène Mentale*) que dirigía, se encargó de redactar una crónica mensual sobre el devenir del movimiento y publicar artículos especializados. Además, La Liga tuvo desde sus inicios una importante labor internacional a través de la organización de congresos y conferencias internacionales: Congreso de Higiene Mental en 1922 con representación de 22 países⁵⁹, Reunión Internacional de profilaxis e higiene mental en 1931 y 1932⁶⁰; y organización en 1937 del Segundo Congreso Internacional de Higiene Mental celebrado en París⁶¹.

Los efectos de la actividad de la Liga se dejaron sentir muy pronto en el terreno asistencial. A instancias de la Liga, el Conseil Général de la Seine aprobó en julio de 1921 la instalación a título provisional del Service départemental de prophylaxie mentale en el Asilo de Sainte-Anne, en el que los enfermos mentales serían admitidos sin las formalidades legales establecidas por la ley de 1838 y tratados en régimen abierto. En 1924, este servicio adquirió la independencia administrativa de Sainte-Anne y en 1926 pasó a denominarse Hôpital Henri Rousselle, en honor al consejero departamental que más intercedió para su creación. En 1930 volvería a cambiar de nombre para llamarse Centre de Prophylaxie Mentale de la Seine.

Dirigido por E. Toulouse, fue concebido como «un organismo sintético y completo de profilaxis, de tratamiento, de investigación y de aplicaciones sociales de todo tipo»⁶². El hecho de que fuera completamente abierto lo equiparaba a un hospital ordinario y permitía «entrar a la alienación en el campo de la medicina general y

⁵⁹ El Congrès d' Hygiène mentale de Paris celebrado entre el 1 y 4 de junio de 1922, fue en su origen un intento de Toulouse y la Ligue de celebrar el primer congreso internacional de higiene mental. Sin embargo, Estados Unidos se opuso y reivindicó el derecho a celebrar el primer evento de este tipo por ser los creadores del movimiento de Higiene Mental. El congreso celebrado en París quedó reducido a una reunión europea. Si bien las actas nunca fueron publicadas, los avatares de su organización y su desarrollo pueden seguirse en COMMUNIQUÉS. Premier Congrès International d'hygiène mentale (Paris 1922), *L'Informateur des aliénistes et des Neurologistes*, 1922 pp. 52-53; AU SUJET du prochain Congrès d'Hygiène Mentale de Paris (1er-4 juin 1922), *L'Informateur des aliénistes et Neurologistes*, 1922, pp. 88-89; CONGRÈS d'Hygiène Mentale de Paris, *Bulletin Mensuel de la Ligue d'Hygiène Mentale*, 1922, p. 16-20; GENIL-PERRIN, G y DIEHL, E. (1922), Chronique. Le Congrès d'hygiène mentale de Paris (1er-4 juin 1922), *L'Informateur des Aliénistes et des Neurologistes*, 17, pp. 137-144; Un resumen sobre esta cuestión puede verse en WOJCIECHOSWSKI (1998), pp. 92-95. También CAMPOS MARÍN, R. (1997), La presencia española en el movimiento internacional de Higiene Mental. (1922-1937), En Rey González, A.M. *La locura y sus instituciones*, Valencia, Diputación de Valencia, pp. 303-322.

⁶⁰ WOJCIECHOSWSKI (1998), pp. 97-98.

⁶¹ *Comptes rendus du II Congrès International d'Hygiène Mentale. Paris 19-23 Juillet 1937*, 2 Vols II, Paris, 1937.

⁶² TOULOUSE, E. (1929), *Le probleme de la prophylaxie mentale*, Paris, Centre de Psychiatrie et de Prophylaxie mentale, p. 24.

luchar eficazmente» contra los prejuicios sociales sobre la locura al resaltar el papel médico frente a la imagen del asilo como prisión.⁶³ La idea que inspiraba la creación de un hospital abierto era la inutilidad terapéutica del asilo de alienados y su reducción a un mero depósito de enfermos considerados incurables. Se trataba, por tanto de medicalizar la locura uniendo definitivamente la psiquiatría a la medicina:

«Había que transformar el asilo en un verdadero hospital, el Hospital psiquiátrico, es decir, en un centro médico, equipado como los establecimientos hospitalarios modernos donde las técnicas de laboratorio ayudan paso a paso el esfuerzo del clínico».

La trascendencia de estas proposiciones residía en la necesidad de revisar el concepto de alienación mental e impulsar una red asistencial que penetrase en la sociedad. En este sentido, el Hospital Henri Rousselle estaba organizado en diferentes servicios (dispensario, servicio social, de hospitalización para la observación y tratamiento y laboratorios) que aunaban la profilaxis con las funciones típicas de un organismo psiquiátrico⁶⁴.

Desde esta perspectiva la misión del servicio era rastrear la predisposición a las enfermedades mentales, prevenirlas, curarlas en régimen de libertad, facilitar la inserción social de los psicópatas y contribuir a la selección y la orientación profesionales.

El dispensario tenía ante todo una misión profiláctica. Basado en el modelo de lucha antituberculosa, su misión era seleccionar a los psicópatas y tratar a aquéllos que no precisasen el internamiento. También estaba encargado de organizar la profilaxis mental por medio de visitas y asistencia a domicilio y de realizar su labor preventiva en la escuela y centros de trabajo. Su personal estaba formado por un médico alienista, médicos generalistas y especializados en determinadas patologías mentales, enfermeros y un servicio social. La potencial clientela del mismo estaba compuesta por los alienados curados y liberados de los asilos y por los predisuestos y psicópatas del exterior a los que había que buscar.

Para realizar bien su trabajo, el dispensario tenía un servicio social psiquiátrico compuesto por asistencias sociales especializadas dirigidas por un médico. Su tarea era penetrar en los medios familiares, escolares y profesionales, asegurar las relaciones con otras obras de asistencia y con los hospitales generales con el objeto de buscar a los individuos susceptibles de beneficiarse de una vigilancia psiquiátrica. En el plano asistencial su misión era, por una parte, recoger las informaciones sobre los antecedentes personales y familiares de los enfermos y sobre sus condiciones de existencia y por otra, vigilar la aplicación de las prescripciones terapéuticas y profilácticas formuladas por el médico del dispensario. Esta organización tentacular clara-

⁶³ TOULOUSE, E. (1931), *Le service ouvert pour les malades mentaux*, Extracto del nº28 de *La Prophylaxie Mentale*, p. 6.

⁶⁴ Les Services ouverts pour Psychopathes, *La Prophylaxie Mentale*, nº35, 1932, pp. 561-588.

mente dirigida a la prevención y profilaxis de la enfermedad mental, no obstante, también tenía entre sus misiones la localización de enfermos mentales peligrosos susceptibles de ser internados⁶⁵. De hecho, Genil-Perrin abogaba en 1939 por la colaboración del servicio social y de visitas a domicilio con la policía en dichos casos⁶⁶.

El servicio de hospitalización en régimen abierto, al que en principio podían acudir voluntariamente todos los enfermos mentales constaba de un servicio de observación y otro de tratamiento. El primero estaba destinado a los enfermos que precisasen un periodo de observación de su patología para decidir si debía ser internado o seguir un tratamiento en régimen abierto. El servicio de tratamiento estaba concebido para los enfermos que sin necesidad de ser internados no podían adecuarse a un tratamiento externo⁶⁷.

Por último estaban los laboratorios que aportarían la base científica de los diagnósticos y permitirían establecer las relaciones entre la actividad mental y sus condiciones biológicas. Los laboratorios eran de dos tipos: de exámenes y análisis destinados a clarificar y confirmar el diagnóstico clínico del médico, tanto para los enfermos del dispensario como para los hospitalizados y, laboratorios de investigación científica, que debían investigar y perfeccionar las técnicas de examen para establecer la predisposición neuro-biológica a los trastornos mentales⁶⁸.

7. EL DEBATE SOBRE LOS SERVICIOS ABIERTOS

La creación del Service de Prophylaxie Mental provocó un intenso debate en el alienismo francés, no tanto sobre la necesidad de introducir los servicios libres, cuestión sobre la que había un consenso generalizado, sino sobre el sentido que debían tener y si la ley de 1838 era el marco adecuado para su desarrollo. En los años treinta, a estos aspectos se le sumó otro de carácter corporativo que cristalizó en una intensa campaña desde l' Association Amicale des Alienistes contra la figura y concep-

⁶⁵ Sobre el dispensario y el servicio social psiquiátrico pueden verse entre otras muchas obras: TOULOUSE, E; GENIL-PERRIN (1920), L'organisation technique de la prophylaxie mentale, *Annales Médico-Psychologiques*, nº 6, 510-515; TOULOUSE, E; GENIL-PERRIN, G; TARGOWLA, R. (1922), L'organisation du Service libre de Prophylaxie mentale de l' Asile Sainte-Anne, *Annales Médico-Psychologiques*, vol I, 339-360, pp. 339-344; LACROIX-DUPOUY, M-T.(1926), *Les Services ouverts dans les Asiles. La conception de l'Hôpital psychiatrique. Le dispensaire de Prophylaxie mentale et le service social*, Paris, Jouvé & Cie, Editeurs, pp. 38-46.

⁶⁶ GENIL-PERRIN, G. (1939), La prophylaxie mentale de la Seine, *Bulletin Medical*, nº 34, pp. 647-652; sobre esta cuestión también puede verse: HAZIM, A. (1940), *Sur le Service à l'Hôpital Henri Rousselle des visites médicales a domicile. Travail de l'Hôpital Henri Rousselle. (Centre de Prophylaxie Mentale de la Seine)*, Paris, Imprimerie Foulon.

⁶⁷ LACROIX-DUPOUY (1926), pp. 87-109.

⁶⁸ Ibid, pp. 109-117 .

ciones de E. Toulouse, motivada por cuestiones corporativistas como que Toulouse gozase de un estatuto especial que no le obligase a jubilarse a los 70 años o que éste, pretendiera que le sucediese en su puesto un médico no perteneciente al cuerpo de alienistas⁶⁹.

El primer debate aconteció entre 1922-1923 en el seno de la Société Médico-Psychologique. En él se abordaron dos cuestiones: la legalidad de los servicios abiertos en el marco de la ley de 1838 y, complementario de éste, la definición de los enfermos a los que se debía destinar dichos servicios.

En cuanto a la ley de 1838, existía un amplio consenso en considerar que una interpretación flexible de ésta permitía la creación de servicios libres anexados al asilo. Los problemas surgían a la hora de establecer el control de la administración judicial y policial sobre los mismos y sobre cómo hacer frente a los costes de asistencia para los enfermos indigentes. E. Toulouse rechazaba el control administrativo de los servicios libres, alegando que si éstos caían bajo la mirada administrativa y policial, su imagen sería equiparada a la de un lugar de seguridad y se mantendría el estigma social de la peligrosidad social del enfermo mental, vaciando así, de contenido la posibilidad de que éste acudiese voluntariamente a dichos servicios⁷⁰.

Por lo que se refiere a la cuestión de los gastos de hospitalización de pobres, el problema radicaba en que la ley de 1838 permitía la existencia de servicios abiertos en las casas de salud de carácter privado, dirigidas a una clientela acomodada capaz de sufragar su manutención. Para los enfermos indigentes sólo se contemplaba el internamiento en un asilo, corriendo la administración con los gastos de estancia. El problema radicaba en que el Service de Prophylaxie Mental era público y estaba dirigido a los enfermos sin recursos, lo que planteaba la cuestión legal del sufragio de los gastos de su estancia en la nueva institución. La solución técnica a este obstáculo, aceptada por la mayoría de los alienistas, era la aplicación de la ley de 1893 sobre asistencia médica gratuita, que contemplaba que todo «francés enfermo, privado de recursos, reciba gratuitamente (...) asistencia médica a domicilio o si es imposible curarles apropiadamente a domicilio, en un establecimiento hospitalario»⁷¹.

En la práctica, el Service de Prophylaxis Mental se mantuvo siempre teóricamente dentro del marco de la ley de 1838, aunque sin estar sometido al control de la autoridad administrativa y policial y se rigió por la ley de 1893 en lo referente a los gastos de manutención de los enfermos. Esta ambigüedad estatutaria permitió que cíclicamente resurgiese el debate sobre el contenido de las reformas y sobre la necesidad de cambiar el marco legislativo en que se desarrollaban, constituyéndose en dos asuntos que subrayaban sus profundas contradicciones.

⁶⁹ El conflicto puede seguirse en las páginas de *L'Aliéniste Français* entre los años 1932-1937.

⁷⁰ TOULOUSE; GENIL-PERRIN; TARGOWLA. (1922), pp. 345-360

⁷¹ Ibidem.

La discusión concerniente al tipo de enfermos que el servicio abierto debía admitir, también contribuyó a incrementar dichas contradicciones. En 1922, la Société Médico-Psychologique mantuvo un intenso debate sobre esta cuestión al ser demandada por el Ministro de Higiene, Asistencia y Prevención Social, P. Strauss sobre la «definición de los enfermos «pequeños mentales» que serán hospitalizados eventualmente en los servicios abiertos»⁷². La mayoría de los psiquiatras rechazaban la utilización del término «pequeños mentales», alegando que fue acuñado durante la guerra y que, pese a su éxito y difusión, no tenía ningún valor científico. De ahí, que pidieran que se abandonara su uso y que no apareciera recogido en el proyecto de ley sobre creación de servicios libres. P.M. Legrain haciéndose eco de esta posición mayoritaria señalaba:

El término «pequeños mentales» científicamente no significa nada. Es una simple engañifa, una fórmula tal vez cómoda entre nosotros, que sabemos más o menos sobre qué categorías de enfermos hablamos, pero que sería peligroso dejarla acreditarse más tiempo entre el gran público donde sólo puede producir estragos (...). Nuestra ciencia no está hecha más que de lo relativo y empírico; no se puede exigirle otra cosa. Ya estamos demasiado recargados de nociones imprecisas que no hacen más que ocultar nuestra ignorancia, como son las de medio locos, medio responsables, pseudo esto, pseudo aquello⁷³.

Pero el rechazo del término «pequeños mentales», no implicaba una definición alternativa del tipo de enfermos que debían ser tratados en los servicios abiertos. Los psiquiatras reconocían las enormes dificultades que entrañaba delimitar desde un punto de vista científico los enfermos que debían ser hospitalizados en este tipo de servicios y preferían ceñirse a criterios de selección jurídico-administrativos antes que a los nosológicos, alegando que la reacción del enfermo mental era el mejor criterio para determinar o no su encierro. En este sentido, en el texto que remitieron al ministro, señalaban que el criterio a seguir era el de la peligrosidad social de los enfermos, confiando a la experiencia del médico dicha división, señalando que los servicios abiertos debían recibir a los enfermos cuyas reacciones sociales no entrañaran peligrosidad social y su estado no fuera crónico⁷⁴.

⁷² La discusión sobre los «petits mentales» puede seguirse en Société Médico-Psychologique. Séance du lundi 24 juillet 1922 y Société Médico-Psychologique. Séance du 30 octobre 1922, *Annales Médico-Psychologiques*, vol II, pp. 241-257 y 348-363, respectivamente. También en el mismo volumen: RAYNIER, J, En marge des discussions ouvertes devant la Société Médico-Psychologique sur les malades dits «petits mentaux» et la création de «Services ouverts», pp. 216-224.

⁷³ La intervención de Legrain en la Séance du 24 Juillet 1922, p. 248.

⁷⁴ *Réponse de la Société Médico-Psychologique à une lettre qui a été adressée le 11 juillet dernier à son président par M. Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales: au sujet des services ouverts, Extrait des Annales Médico-Psychologiques (N° 1. Janvier 1923)*, Paris, 1923, Masson et Cie, Éditeurs, pp. 1-4.

Esta imposibilidad de definir nosológicamente los enfermos que debían acudir a los servicios abiertos, propició que en la práctica éstos recibieran todo tipo de psicópatas. E. Toulouse así lo reconocía en 1931:

«Para facilitar la creación del nuevo servicio lo presentamos como destinado sobre todo a la asistencia de enfermos afectados por trastornos mentales ligeros, neuropáticos, neurasténicos, histéricos, etc... para los que el asilo era un modo de asistencia demasiado riguroso y que no encontraba en los hospitales los servicios apropiados a su enfermedad. Pero como era de preveer, enfermos con todo tipo de afecciones mentales, incluso las más graves, fueron traídos a los mismos y debimos ocuparnos de ellos. El servicio se convirtió así en un hospital psiquiátrico abierto a todos los casos de psicopatía. Los enfermos protestatarios y lúcidos que rehusan permanecer en el hospital (...) no son mantenidos contra su voluntad. En cuanto a los enfermos cuyas reacciones representan un peligro y necesitan medidas de vigilancia especial son admitidos en el hospital de observación; y si la medida de internamiento aparece como necesaria son internados en el asilo»⁷⁵.

El funcionamiento real del Hôpital Henri-Rousselle, muestra hasta que punto era, además de un centro de profilaxis, un verdadero servicio de selección de enfermos que bajo el estatuto de servicio libre servía para desviar, sin seguir los procedimientos legales y administrativos de la ley de 1838, al asilo a un importante grupo de enfermos mentales. Las estadísticas a este respecto parecen confirmar esta tendencia: 31% de internamientos en 1924 y 36% en los ocho primeros meses de 1925⁷⁶. No hay que olvidar que A. Antheaume había señalado con claridad en 1922 que los servicios abiertos debían estar ubicados junto a los asilos para jugar «el papel de servicio de selección, es decir de antecámara del servicio de internamiento para ciertos psicópatas»⁷⁷.

Este hecho fue motivo de críticas por parte de muchos alienistas que consideraban que el servicio de E. Toulouse, interfería los mecanismos de la ley de 1838 y despojaba a los alienados de las garantías médico-administrativas que dicha ley contemplaba. M. Desruelles, enemigo declarado de Toulouse, señalaba desde las páginas de *L'Aliéniste Français* que:

«En el Hospital Henri Rousselle, los enfermos entran fácilmente, libremente, espontáneamente, voluntariamente (o son conducidos por sus familiares) en espera sobre todo de evitar el internamiento, de evitar el asilo de alienados. Ahora bien, la mayor parte de ellos son engañados, son retenidos en contra de su voluntad y de la de su familia, y si

⁷⁵ TOULOUSE (1931), p. 5.

⁷⁶ ANTHEAUME, A. (1925), *Chronique. L'actualité psychiatrique, L'Hygiène Mentale*, 20, p. 237

⁷⁷ ANTHEAUME (1922), p. 339.

protestan demasiado son transferidos a los otros servicios del asilo clínica, lo que ellos habían querido evitar entrando en el Hospital Henri-Rousselle»⁷⁸.

La despiadada crítica de M. Desruelles muestra claramente la insalvable dualidad institucional en que se inscribía la concepción de servicio libre. Junto a la preocupación humanista y liberal de la nueva medicina mental, subsistía como parte de la misma un espíritu segregativo al que estaban expuestos los enfermos que no eran susceptibles de ser curados en los servicios libres. La nueva estructura estaba pensada por oposición al sistema cerrado y existía en tanto y cuanto se mantuviera éste. Esa fue la gran contradicción de las reformas impulsadas por Toulouse y el principal motivo de su fracaso⁷⁹.

8. EL ENTRAMADO TENTACULAR DE LA HIGIENE MENTAL. LA PSIQUIATRÍA COMO CIENCIA DE GOBIERNO

La trascendencia de las reformas y de la acción de la Ligue d'Hygiène Mental residía en el impulso de una red asistencial extra-hospitalaria que penetrase en la sociedad. Por medio del dispensario y su servicio social, la psiquiatría favorecería el acceso a los cuidados médicos de una gran parte de la población pero, al mismo tiempo ejercía un control más riguroso sobre la misma. Esta formidable extensión de la función médica y psiquiátrica comprendía en un mismo proceso el tratamiento y la vigilancia de cualquier expresión del desorden patológico que anunciase la enfermedad. En este sentido, la higiene mental se inscribe, junto a sus principios filantrópicos, en una tentativa de mantenimiento del orden que asegure la defensa social.

No obstante, E. Toulouse iba más lejos en sus planteamientos al atribuir a la psiquiatría un papel preeminente entre las ciencias por su capacidad de organizar científicamente la sociedad. En este sentido, convencido de la vocación higienista de la psiquiatría, la consideraba como la medicina social por excelencia. En 1926 en un artículo escrito junto a R. Mourgue indicaba que las psicosis podían ser el resultado de la anarquía y anomia del medio social y no sólo la causa de la desadaptación del individuo, proclamando a continuación la capacidad unificadora y hegemónica de la higiene mental: «estamos en un cruce entre dos ciencias que se ignoraban hasta este momento y que la higiene mental debe reunir (...) fusionándolas en una síntesis ar-

⁷⁸ DESRUELLES, M. (1933), A propos d'un article de M. Paul Strauss, *L'Aliéniste Français*, p.10.

⁷⁹ SIMONNOT (1999), p. 81; Genil-Perrin señalaba a este respecto: «Lejos de oponerse a los asilos de alienados, los servicios abiertos los completan, incluso les abastecen, añadiremos en voz baja, sobretudoo cuando traen consigo ese organismo tentacular que representa el dispensario, armado del servicio social y del servicio de visitas a domicilio». GENIL-PERRIN (1939), p. 651.

moniosa: nos referimos a la psiquiatría y a la sociología»⁸⁰. Esta concepción de la psiquiatría tenía algunas implicaciones de largo alcance sobre el papel que esta ciencia debía desempeñar en la organización de la sociedad.

En primer lugar, Toulouse consideraba la psiquiatría como el principal cimiento del Estado. Su misión debía ser la investigación de las reglas de acción sobre todos los campos de la actividad social con el fin de preservar el cerebro humano. En este sentido, la preservación y la adaptación social eran los objetivos fundamentales de la psiquiatría. Por tanto, su presencia era imprescindible en todos los ámbitos de la vida, al ejercer una acción esencial en la dirección del régimen de vida del individuo y de la colectividad, interviniendo en la selección profesional, en la organización de la educación, en la esfera médico-legal, en la eugenesia e incluso en la lingüística y la historia⁸¹. En segundo lugar, sin excluir la faceta social, Toulouse propugnaba el carácter biológico de la psiquiatría. La multiplicidad de laboratorios de investigación del Hospital Henri Rousselle muestran hasta qué punto su orientación era organicista. En su opinión, había que desarrollar la investigación con el objeto de ligar los «fenómenos mentales» a los «concomitantes biológicos, especialmente de aquellos que revelan la química, la serología y la histofisiología»⁸². Este intento de enlazar la psicología clínica con los fenómenos biológicos, debía acercar el examen psiquiátrico a los métodos de la patología general, dándole una objetividad de la que carecía. Pero nuestro psiquiatra consideraba que la psiquiatría no era una mera especialidad de la medicina sino que estaba en el centro de la patología y la higiene, pues era la única ciencia capaz de aunar y dar una visión de conjunto a la diversidad de la actividad psíquica. La psiquiatría a su juicio era:

«La medicina más general que tiene por finalidad el estudio de las desviaciones de todo el comportamiento mental y del comportamiento social. Esta definición permite precisar su área de acción, y especialmente sus límites del lado de la neurología y del resto de los territorios de la patología, por otra parte arbitrariamente circunscritos. Así donde quiera que haya un trastorno del comportamiento, es legítimo que la psiquiatría intervenga»⁸³.

Su concepción de la psiquiatría como ciencia de gobierno estaba estrechamente ligada a un proyecto político, la biocracia, que se basaba en el gobierno tecnocrático

⁸⁰ TOULOUSE, E; MOURGUE, R. (1926), Le caractère social de l'Hygiène et de la Prophylaxie Mentales, *La Prophylaxie Mentales*, n^o5 et 6, 150-160, p.154.

⁸¹ TOULOUSE (1929), p. 1.

⁸² E. TOULOUSE, Biopsychiatrie et Biopsychologie, *La Prophylaxie Mentale*, 1931, 30, 373-380, p. 374.

⁸³ *Ibid*, p. 377.

de los individuos socialmente más valiosos y que habrían sido seleccionados desde la escuela por medio de diversos test de psicotécnicos⁸⁴.

Estas formulaciones no se limitaron a la teoría. En su afán de control de la desviación, el movimiento de higiene mental extendió su campo de acción en los años treinta a diversos terrenos mediante la creación de varias sociedades. Así, en 1932, se creó la Société de Byotipologie que tenía como objetivos el estudio de las correlaciones entre los caracteres morfológicos, fisiológicos, psicológicos, patológicos, psiquiátricos y su aplicación a las actividades humanas⁸⁵. En 1934, esta «especialidad» tendrá su reconocimiento institucional con la creación de un Centre de Byotipologie en el Hospital H. Rousselle⁸⁶. También en 1932 se fundó la Société de Prophylaxie Criminelle⁸⁷ y en 1931 l' Association d' études sexologiques de clara orientación eugenista⁸⁸. Además, en 1929 se había fundado Le Parti Social de la Santé Publique, que propugnaba en nombre de la neutralidad y del supremo interés de la nación la aplicación de reformas susceptibles de mejorar la situación sanitaria de Francia. Constituido por diferentes individualidades y organizaciones higiénicas y sindicales, La Ligue d' Hygiène Mental estaba representada por E. Toulouse⁸⁹. En definitiva el movimiento de higiene mental francés tuvo una extensa actividad que implicaba una enorme presencia de los médicos en la sociedad, pero que curiosamente al disolverse entre diferentes expertos y terrenos de actuación se hacía menos aprehensible. La propia tecnificación de su tarea contribuye a esconder mejor su presencia totalizadora que pretende controlar la vida de los individuos, en nombre de la salud como supremo interés nacional, desde su concepción hasta su muerte. Estas pretensiones de control psiquiátrico, fueron dura y lúcidamente criticadas por algunos de sus colegas.

⁸⁴ Sobre la biocracia de E. Toulouse pueden consultarse: CIARDI, M. (1991), Edouard Toulouse et l'ideal biocratique. Un medecina social radicale; CAMPOS MARIN, R. (1998), La gestión de la desigualdad: La utopia biocrática de Edouard Toulouse, en HUERTAS, R y ORTIZ, C. (Coords), *Ciencia y Fascismo*, Aranjuez, Doce Calles, pp. 25-40.

⁸⁵ Status de la Société de Biotypologie. Article Premier, *Biotypologie. Bulletin de la Société de Byotipologie*, n°1, 1932, p. 40; en el mismo número puede verse el artículo de TOULOUSE, L' objet de la Biotypologie. Le type et les applications pratiques, pp. 55-63

⁸⁶ Projet de création d' un Centre de Biotypologie du Département de la Seine (1934), *Biotypologie. Bulletin de la Société de Byotipologie*, II, pp. 44-47. Una interesante reflexión sobre la Biotipología puede verse en SIMONNOT (1999), pp. 105-113. Por su parte, WOJCIECHOSWSKI (1998), pp. 174-177, nos ofrece datos sobre dicha sociedad, aunque sin ninguna interpretación.

⁸⁷ Notes de Criminologie, *La Hygiène Mentale*, 27, 1932, pp. 170-175. WOJCIECHOSWSKI (1998), pp. 177-186.

⁸⁸ A este respecto véase: Association d'études sexologiques (A.E.S.), *La Prophylaxie Mentale*, n° 31, 1931, pp 426-427; WOJCIECHOSWSKI (1998), pp. 164-173.

⁸⁹ Le Parti Social de la Santé Publique, *La Prophylaxie Mentale*, 1932, 34, pp. 521-523; Parti Social de la Santé Publique», *L'Alieniste Français*, 1935, p. 547. WOJCIECHOSWSKI (1998), pp. 145-155.

Así, en 1932, el Dr. Gouriou, Médico –Jefe de los Asilos del Sena ironizaba sobre los proyectos de Toulouse en los siguientes términos:

«Sueña con una Federación de Repúblicas psiquiátricas en la que el común de los ciudadanos será examinado en cadena al comienzo de sus principales acciones por un ejército de profilactistas, de grandes y pequeños orientadores, de sexólogos de todos los pelajes, de especialistas en suicidio, de catarro cerebral, de la conducción automovilística y de la estadística»⁹⁰.

Unos años más tarde, en 1938, desde las páginas de los *Annales Médico-Psychologiques*, E. Minkowski, amigo personal de Toulouse intentaba poner cierto orden en el concepto de higiene mental y en su afán por abarcar todos los terrenos de la vida humana. En este sentido, escribía:

«Llegamos al punto en el que se ve claramente que la higiene mental no puede ser considerada en sí misma. Esta comporta las mismas dificultades y los mismos peligros y puede dar lugar a las mismas deformaciones, a los mismos errores que toda actividad dirigida. Es decir que al sujeto de la higiene mental se le plantea el problema del orden de valores, así como el problema del alcance de nuestra acción, en general respecto a nuestros semejantes.

La salud —y todavía habría que saber que es la salud mental— es un valor incontestable, pero no es ni el único ni el supremo valor en la vida. (...) Cada uno de nosotros, en el fondo, siente la necesidad de conservar un pequeño rincón, una zona reservada que es nuestra y sobre la cual no vengan a invadirla prescripciones exteriores, por higiénicas y saludables que sean; la posibilidad de algunos descarríos personales, de algunas infracciones forman parte de la atmósfera que queremos respirar; existe una zona de tolerancia que pide ser respetada, y ser completamente «reclutados» nos parece, o mejor dicho debería parecernos siempre intolerable, incluso cuando se trata de nuestra salud»⁹¹.

⁹⁰ Un enquête sur les services ouverts. Réponse du Docteur Gouriou, *L'Aliéniste Français*, 1932, 562-564, p. 563.

⁹¹ MINKOWSKI, E. (1938), A propos de l'Hygiène mentale (quelques reflexions), *Annales Médico-Psychologiques*, p. 472.