

PSIQUIATRIA EN AREZZO

EN los últimos años, en la mayoría de los países europeos se han venido haciendo intentos de una reforma de la asistencia psiquiátrica que, en líneas generales, ha sido llevada a cabo por psiquiatras de tendencia marxista, es decir, por psiquiatras que conceden gran importancia a factores sociales a la hora de explicar la etiología de las enfermedades mentales. Si factores sociales contribuyen a la etiología o formación de enfermedades mentales, no se puede pensar en una asistencia psiquiátrica que se limite a separar de la sociedad a los enfermos mentales, privándoles de su libertad y sometidos a un tratamiento puramente medicamentoso.

Esto ha llevado consigo el que un número cada vez más numeroso de psiquiatras y psicólogos haya empezado a ejercer una crítica aguda sobre las estructuras sociales existentes en la sociedad capitalista en que vivimos e incluso se haya llegado a hablar de la enfermedad mental como un arma de lucha contra las estructuras existentes.

Uno de los países donde existe un movimiento pionero de reforma de la asistencia psiquiátrica es Italia. En este artículo quiero describir el modelo del hospital psiquiátrico de Arezzo (Italia) contrastándolo con algunas impresiones personales durante dos días de visita a dicho centro.

Trasfondo ideológico

Con el fracaso del experimento de reforma de la asistencia psiquiátrica en el hospital de Gorizia, cuyo director era F. Basaglia, fracaso debido fundamentalmente a cuestiones de ideología política (Gorizia está dominada por los cristiano-demócratas), uno de los psiquiatras del grupo de Basaglia, A. Pirella, tomó la dirección del hospital psiquiátrico de Arezzo, ciudad situada en la región de Toscana, dominada por los comunistas. Las condiciones político-ideológicas existentes en la región parecían prometer perspectivas de llevar a cabo el experimento fracasado de Gorizia.

El punto de partida de este experimento es la negación de la psiquiatría institucionalizada y represiva: "Nuestra acción partió de una realidad que no podíamos aceptar: la realidad de los manicomios... Nuestra campaña contra las institu-



Pacientes en la "Enfermería para crónicos": los años de hospitalización al estilo tradicional han contribuido, sin duda, a la cronicidad de la enfermedad y a la pérdida de todo entusiasmo vital.

ciones y la psiquiatría sólo tiene sentido si no queda reducida solamente a nuestro campo de acción específico. La polémica con el sistema de las instituciones va más allá del campo de la psiquiatría, hasta penetrar en las estructuras sociales que soportan el sistema... Nuestro hacer es crítica y acción política". (1, pág. 7.)

Es decir, partiendo de un fenómeno dado como es la enfermedad mental, y de un lugar concreto, el

que están en situación de inferioridad (*). La familia, escuela, fábrica, Universidad y hospital son instituciones que se fundan en una estricta división de roles, es decir, en una exacta y fija división del trabajo (señor y criado, profesor y alumno, empresario y obrero, médico y paciente, capitán y soldado). Esto significa que estas instituciones establecen una rigurosa separación entre el grupo de los que poseen poder y el grupo de los que no poseen

de un sistema democrático donde el paciente pudiera expresarse a su modo y libremente, sin coacciones de ninguna clase y donde sus sentimientos y forma de pensar tuvieran un valor real.

La segunda fase sería el análisis de la función que juega el hospital psiquiátrico dentro de la totalidad del sistema. "Todas las instituciones creadas por el sistema económico en el que vivimos trabajan para mantener ese sistema. Lo que significa, a su vez, que todas las instituciones tienen la función de administrar las contradicciones inmanentes al sistema". (1, pág. 363.)

Según algunos autores (M. Foucault, K. Dörner) que se han ocupado de la historia de la psiquiatría, ésta nació con la revolución industrial, es decir, cuando se impusieron las relaciones de producción de "no capitalista y la burguesía tomó el poder. Según T. S. Szasz, la psiquiatría institucional sería una prolongación del sistema inquisitorial. En su libro "La fabricación de la locura" describe el paralelismo entre embrujado-inquisición, por una parte, y enfermo mental-psiquiatría institucional, por otra. La función social de ambas instituciones sería

José A. García Marcos

manicomio, se intenta, por una parte, una reestructuración total de éste donde desaparezcan sus funciones represivas contra personas cuyo comportamiento no se adapta a las normas de salud mental establecidas en el sistema y, por otra, se intenta incidir en las estructuras sociales que "favorecen" la aparición de la enfermedad mental y que justifican la necesidad de la existencia de manicomios.

El denominador común de todas las estructuras sociales existentes, incluso la institución psiquiátrica, es la "violencia de los que tienen la sartén por el mango" sobre los

poder. De lo cual se puede deducir que la división de roles significa violencia y represión en relación con poder y debilidad, y esto significa, a su vez, la exclusión de los débiles por los poderosos (**). Violencia y exclusión determinan toda posible relación en nuestra sociedad". (1, pág. 124.)

La primera fase de este experimento antiinstitucional sería, pues, la negación y el rechazo de toda violencia dentro del hospital psiquiátrico. Es decir, la construcción

(*) En el original, en cursiva.

(**) En el original, en cursiva.

la de exterminar y excluir de la sociedad a los que se comportan de distinta manera a las normas establecidas, bien sean normas de carácter puramente religioso, bien sean normas de salud mental. "A la Inquisición como falsa aplicación del cristianismo corresponde hoy en día exactamente la psiquiatría institucional como falsa aplicación de la medicina". (2, pág. 25.)

que están codificadas y definidas exactamente (dentro de nuestra cultura occidental los diez mandamientos o toda la serie de normas establecidas en las leyes vigentes) y cuyo incumplimiento lleva consigo un nombre concreto (ladrón, homicida, homosexual, etc.). Hay otra serie de normas que no están codificadas y que se entienden "por sí solas". El incumplimiento de ellas

que oye voces extrañas y dice ser perseguido en una sociedad en la que nadie oye voces extrañas y nadie es perseguido es internado en un manicomio o clínica psiquiátrica, privándole también de su libertad y sometiéndole la mayoría de las veces a un tratamiento de carácter represivo.

Una vez comprendido este papel funcional para el sistema de la ins-

porque trata de humanizar las relaciones interpersonales dentro y fuera del hospital. Y, sobre todo, es política porque es una lucha en favor de las clases más oprimidas y menos privilegiadas de nuestra sociedad. En otro artículo, después de analizar varios estudios epidemiológicos sobre enfermedades mentales, llegaba a la conclusión de que "factores sociales, como clase social (dentro de este amplio concepto están incluidos: profesión, formación, lugar de la vivienda y una gama de subfactores) correlacionan con enfermedad mental en el sentido de que aquellas personas que pertenecen a las clases más bajas, con profesiones despreciadas por todos, con una formación cultural escasa, con mínimas posibilidades de acceso a ella y con la vivienda en los lugares peor estructurados y más desorganizados (...) de la ciudad son las que:

- Enferman más frecuentemente.
- Enferman más gravemente.
- Tienen menos posibilidades de acceder a los servicios de asistencia psiquiátrica.
- "En caso de que accedan, tienen menos posibilidades de curar". (5)

Esta lucha por una asistencia psiquiátrica más igualitaria y más humana debe englobarse, pues, en la lucha de las clases más oprimidas por conseguir unas condiciones de vida más dignas (prevención primaria.)

Una iniciativa tal no puede partir del sistema porque, como apunta Basaglia en el caso de Italia (y este es sin duda también el caso de España), "nuestro sistema social, que dista mucho de tener un orden económico donde haya puestos de trabajo para todos, no puede estar interesado en una rehabilitación del enfermo mental, puesto que no podría ser admitido por esta sociedad en la que el problema de los puestos de trabajo no está solucionado ni siquiera para sus miembros sanos. De esta forma, todo requisito científico de la psiquiatría corre peligro de perder su más alto significado —precisamente su mediación con la sociedad— si un movimiento estructural de base, que incluya todos los problemas sociales que están en relación con la asistencia psiquiátrica, no se une a la realización en el interior de un sistema institucional que hoy se encuentra en disolución. Por eso, este experimento que estamos llevando a cabo se ve amenazado de fracasar, aunque se consigan éxitos innegables, en caso de que en el contexto social, sobre el cual influye, no se encuentre ninguna repercusión". (6, pág. 22-23).



Análisis y discusión en grupos de problemas y crisis personales así como de la vida en la sección y en la comunidad.

Según la "labeling theory" (*) en la sociedad existen unas normas y las personas cuyo comportamiento no se adapta a esas normas establecidas (¿por quién?) son etiquetadas de "desviados" (outsiders.) La formulación más exacta de esta teoría se encuentra en H. S. Becker cuando dice: "Los grupos sociales crean la desviación estableciendo normas cuya infracción constituye la desviación (**) y aplicando esas normas a determinadas personas y etiquetándolas de desviadas (outsiders.) Desde este punto de vista, la desviación NO es una cualidad del acto que comete la persona, sino más bien una consecuencia de la aplicación por otros de normas y sanciones contra el infractor (offender)" (3, pág. 9.)

Entre los outsiders estarían los enfermos mentales en la mayoría de los cuales no se pueden probar trastornos de tipo orgánico. Las enfermedades mentales son, según T. J. Scheff (4) comportamientos desviados residuales: En nuestra sociedad existen una serie de normas

lleva consigo la etiqueta de "loco" o enfermo mental.

En este contexto hay que analizar también la dialéctica excluir-excluido. Creo que una tendencia hecha ya natural en el hombre es la de tratar de excluir a toda persona que piensa, siente, actúa, etc., de distinta manera. Este fenómeno que aparece ya en los grupos pequeños, a nivel microsocioal (los alumnos de una clase, los empleados de un departamento, los profesores de un instituto, etc.) tiene una amplitud mayor a nivel macrosocioal. En los grupos pequeños, la exclusión de una o varias personas por los motivos que sea, pero siempre porque se comportan o piensan de forma bastante distinta a la que predomina en la mayoría, es más bien de carácter psicológico: a esa(s) persona(s) no se la(s) tiene en cuenta, los miembros del grupo hablan menos con ella(s), se intenta evadir su contacto, etc. A nivel macrosocioal existe también esta exclusión de tipo psicológico y además frecuentemente otra exclusión que conlleva coacción física. Al que se opone a la ideología dominante y supone realmente un peligro para ella se le priva de su libertad. El

titución psiquiátrica, viene una tercera fase que sería la de influir en el sistema social establecido mediante la revolución en la asistencia psiquiátrica. Es decir, el hospital psiquiátrico sería el punto de partida de una revolución en las relaciones interhumanas, primero dentro del mismo hospital y después fuera de él. Creación de un sistema donde no haya opresores ni oprimidos, excluyentes ni excluidos, donde cada persona pueda encontrar su propia identidad dentro del grupo. Es lo que se llamaría el hospital sin clases, que correspondería a una sociedad sin diferencias de clases.

Y es por esto por lo que Basaglia dice que su quehacer es un quehacer crítico del sistema dominante y a la vez es una acción política. Porque toda concepción científico-psiquiátrica es una concepción política. La psiquiatría institucional clásica es política en cuanto que trata de perdurar dentro de los muros del hospital las mismas relaciones existentes dentro de otras estructuras sociales: familia, escuela, Universidad, fábrica, Ejército, etc.

Este nuevo movimiento psiquiátrico que se ha denominado "psiquiatría democrática" es política

(*) "Label" significa en inglés "etiquetar". Podríamos, pues, traducir por "teoría del etiquetamiento".

(**) En el original, en cursiva.

¿Dónde se pueden encontrar las raíces de esta nueva orientación en la asistencia psiquiátrica?

Los orígenes de la "psiquiatría democrática"

Una de las figuras pioneras en este sentido fue J. Conolly, nacido en Inglaterra en 1794 (ver: 7). En 1839 asumió la dirección del manicomio de Hanwell, donde una de sus primeras medidas fue la prohibición de cualquier medio de coacción física con el paciente: camisas de fuerza, cadenas, aislamiento, electroshocks, etc. Se dice del inventor del electroshock, como técnica de tratamiento, U. Cerletti, que al final de su vida confesó a uno de sus amigos: "Cuando vi la reacción del paciente, pensé en silencio: esto habría que prohibirlo" (2, pág. 67.)

Conolly es el precursor de lo que se ha dado en llamar "psiquiatría de puertas abiertas" (open-door-psychiatry), que postula una comunicación sin barreras entre pacientes y personal sanitario, psiquiatras, así como entre pacientes y familiares y personas del mundo exterior.

Otro de los problemas que ya Conolly advirtió en su tiempo son los efectos que puede llevar consigo un período largo de internamiento, donde al ser humano se le aísla de sus relaciones interpersonales habituales: familia, amigos, trabajo, etc. Hoy en día conocemos mejor estos resultados de una hospitalización prolongada gracias a los trabajos de, entre otros, E. Goffman. El habla de "carrera" (career) para referirse al proceso por el que atraviesa la persona que ha sido etiquetada de enfermo mental. Esta carrera tiene tres fases: fase preclínica, fase clínica y fase posclínica (en caso de que el paciente sea dado de alta alguna vez). En todas estas fases, fenómenos casuales juegan un papel de primer orden. A la hora de determinar la hospitalización estos fenómenos casuales pueden ser: status socioeconómico, cercanía de una clínica psiquiátrica, que los demás noten el comportamiento desviado, etc.

Otros fenómenos casuales juegan un papel importante a la hora de ser dado de alta: que la familia quiera o no aceptarlo, que se pueda encontrar un trabajo apropiado, etc. Por eso dice Goffman (8, págs. 210-211) que la "opinión oficial de la sociedad es que los internados en una clínica están allí en primer lugar porque padecen una enfermedad mental. Sin embargo, en la medida en que los enfermos men-

tales que están fuera de las clínicas sobrepasan numéricamente a los que hay dentro de las clínicas, se podría afirmar que los enfermos psíquicos no padecen de enfermedades mentales, sino de casualidades".

Este hecho ha sido corroborado experimentalmente por estudios epidemiológicos (*) donde se ha estudiado la prevalencia verdadera de enfermedades mentales, llegando a la conclusión de que el número de personas que padecen enfermedades psíquicas y no reciben tratamiento psiquiátrico alguno es mayor que el número de los que están internados en hospitales psiquiátricos.

Otro de los pioneros de esta alternativa de asistencia psiquiátrica es el también inglés Maxwell Jones ("The therapeutic Community", 1953.) Su concepción de comunidad terapéutica es el de una comunidad que favorezca las relaciones interpersonales, sin coacción de ninguna clase, entre todos los individuos que componen dicha comunidad: pacientes, personal sanitario, psiquiatras, asistentes sociales, etcétera. Se trata de dirigir el hospital comunitariamente y de la participación activa de todos sus miembros en el proceso terapéutico.

Uno de los primeros mitos que debe destruir la comunidad terapéutica es el mito de la autoridad y poder del médico. Las relaciones de poder dentro de la comunidad no son terapéuticas, porque generan angustia e inhiben la libertad y la búsqueda de una identidad propia.

Es necesario que nosotros, psiquiatras y psicólogos, seamos conscientes de que nuestros conocimientos actuales sobre dichas ciencias son muy débiles; para basar sobre ellos una autoridad o una imagen de "saberlo todo" que raya más con la magia que con la ciencia. Todos nuestros conocimientos debemos orientarlos a crear un medio ambiente hospitalario adecuado donde los enfermos tengan la posibilidad de encontrar su propia identidad, un medio donde sean libres de hacer y de decir a su nivel y a partir de ese nivel darles la posibilidad de aprender otras formas de hacer y de decir, o sea, de comportarse en las relaciones interhumanas. Pero si desde el principio no creamos estas posibilidades y lo que hacemos es reprimir toda espontaneidad y toda iniciativa de comunicación del paciente, nuestra labor terapéutica no tendrá éxito.

Según Clark (9, págs. 166 y ss.),

(*) Srole, L. y otros: *Mental Health in Metropolis: The Midwood Manhattan Study*. New York, 1962.

Pasamanick, B.: *Epidemiology of mental disorder*. 1959.

lo que caracteriza a una comunidad terapéutica sería lo siguiente:

- Libre comunicación a todos los niveles.
- Análisis de todo lo que ocurre en la dinámica personal y, sobre todo, interpersonal de la comunidad.
- El esfuerzo por eliminar las relaciones tradicionales de autoridad.
- Posibilidad de existencia de aprendizaje social. Este aprendizaje social se realizaría a través de la interacción de unos pacientes con otros, con el personal especializado y con personas del medio ambiente ciudadano en el que está situado el hospital.
- La existencia de una asamblea general.

Una visita al Ospedale Psichiatrico di Arezzo

A principios del mes de abril tuve que ir a Italia a entrevistarme con el profesor G. Jarvis, porque estaba interesado en unos trabajos que había hecho él sobre "condición obrera y neurosis".

Aprovechando mi estancia en Italia, me dirigí a Arezzo para visitar el hospital psiquiátrico que, hoy en día, está suponiendo un modelo alternativo de concebir y llevar a la praxis una nueva asistencia psiquiátrica.

El Ospedale Psichiatrico de Arezzo está situado en el centro de la ciudad, rodeado de un parque con árboles y zonas verdes. Muros, rejas, vallas y demás señales represivas de los hospitales psiquiátricos tradicionales no se ven allí.

Al entrar en el recinto del hospital, un paseo amplio lleva hasta el edificio central, la dirección, donde hay también salas de reuniones, servicios administrativos, etc.

Mi primer contacto fue con un paciente que estaba sentado en un banco a la puerta de este edificio y allí vendía sus cuadros. Era un día de sol primaveral. Le compré un cuadro por 5.000 liras y me dirigí a la portería donde le dije al portero que quería hablar con el doctor Serra, cuya dirección me la había dado un conocido de Munich.

Cuando esperaba al doctor Serra se acercó otro paciente, V; le ofrecí un cigarrillo (un celtas) y al decirle que era español, exclamó: ¡Oh, la Spagna! Y me cantó una canción sobre España.

Fue un momento cargado de emoción para mí. Después me dijo que me invitaba a un helado, era la una de mediodía y el sol calentaba como en pleno verano, y me enseñaba el hospital. En esto llegó el doctor Serra. Le expuse mis deseos de visitar el hospital y ver qué es lo que se hace allí. Me informé, entre otras cosas, de que a las 4,30 tendría lugar una asamblea general

a la que, por supuesto, estaba invitado. El doctor Serra tenía prisa y le dijo a V. que me enseñara el hospital. Primero salimos a un bar de las afueras (el bar del hospital estaba todavía cerrado) a tomar un helado. A continuación recorrimos las distintas dependencias del Ospedale. A la derecha de este paseo central que conduce a la dirección está el pabellón neurológico, donde están pacientes con trastornos neurológicos. En el mismo edificio hay un gran salón donde se hacen las asambleas generales, reuniones, etc. A la izquierda del paseo hay un parque, con una zona para hacer fiestas. Todos los años se celebra en el hospital la fiesta de la amistad (Festa dell'Amicizia). Dura algunos días y tiene como finalidad estrechar las relaciones entre el hospital y la ciudad de Arezzo. Todo el mundo puede participar en la fiesta.

Más a la izquierda está la iglesia, una ermita. Todos los domingos hay Misa para el que quiera asistir. Mi encuentro con el cura, un fraile de no me acuerdo qué orden, me resultó un poco gracioso. Me preguntó de dónde venía. "Soy español, pero actualmente estoy en Munich". Entonces, dijo él, sprechen Sie Deutsch? (¿habla usted alemán?). Y comenzamos a hablar alemán. Una de las primeras preguntas que me hizo fue: "¿Es usted católico?". "Claro, le dije, soy español".

Al lado de la ermita hay un comedor y debajo del comedor una recién terminada pizzería. Es un local muy acogedor y decorado con gusto. En la pared de enfrente hay un gran cuadro mural, una vista de la ciudad de Arezzo, pintado por otro de los pacientes, actualmente en el pabellón neurológico.

A los lados de la dirección están las terapias ocupacionales masculina y femenina. En la masculina hay varios servicios: carpintero, sastre, cerrajero, pintor, etc.

En el piso de abajo de la terapia ocupacional femenina está el bar. Es lugar de reunión, de camaradería, de jugar a las cartas, de tomar un café, un refresco... Se abre a partir de las dos de la tarde. La administración está en manos de los enfermos. Uno es el que pide a los comerciantes los artículos. Otro está en la caja. Toda persona que quiera tomar algo, paga primero en la caja y con el ticket que recibe va al mostrador y cualquiera de los camareros (también pacientes) le sirve. El bar comunica con una sala donde, a veces, se proyectan películas o suena una "juke-box" y algunas personas bailan en medio de la sala.

Más al fondo hay dos secciones de observación. Todas estas secciones son, por supuesto, abiertas.



Asamblea general del hospital: instrumento de decisión colectiva y democrática. Solidaridad en vez de autoridad.

Los pacientes pueden entrar o salir libremente.

Detrás de la dirección están las cocinas, despensas, etc. También hay unas duchas y vestuarios para quien quiera hacer uso de los campos de deportes, que están al final de los terrenos pertenecientes al hospital.

A los lados están las antiguas secciones de inquietos, hoy en día comunidades terapéuticas. Estas son parcialmente abiertas.

Los edificios siguientes son las dos enfermerías, de las cuales sólo queda en función la femenina. En la masculina está ahora la escuela, donde dos maestros, dependientes de la administración provincial, imparten enseñanza. Hay oportunidad de aprender a leer, escribir, hacer cuentas, etc. No hay que olvidar que muchos de los pacientes que todavía están en Arezzo han vivido años y años de hospitalización, sometidos a condiciones represivas y muchos de ellos no sabían leer ni escribir, y en esas condiciones nunca tuvieron la oportunidad de aprenderlo. Su incultura era otra causa más de su exclusión de una sociedad donde el tener una mínima formación cultural juega un papel importantísimo. En la escuela se pueden conseguir diplomas de lo que nosotros denominaríamos Enseñanza General Básica.

En la parte derecha del bar hay una zona donde hay una casa familiar (Casa Famiglia). En ella viven unas quince personas mayores, varones, que disponen de "autonomía administrativa". Allí no vive ningún personal sanitario y cada paciente tiene una llave de su habitación y otra de la puerta de la casa, lo que le permite entrar y salir a la hora que quiera y libremente. El

proceso de curación de estas personas ha llegado ya a un punto que permite que algunas de ellas puedan ya incorporarse al mundo laboral. Algunos, de hecho, tienen un puesto de trabajo en la ciudad. En Arezzo existen otras dos de estas casas familiares administradas autónomamente. Cada semana o dos hay una reunión con el médico, donde se discuten los problemas de la comunidad. La asamblea aquí no son tan necesarias como en otras secciones donde, son diarias.

A las 4,30 de la tarde empezó "l'Assemblea generale". Tiene lugar dos veces a la semana y a ella puede acudir voluntariamente todo el que quiera, incluso ciudadanos de Arezzo y visitantes del hospital. Es un signo más de la "psiquiatría de puertas abiertas". Lo que ocurre dentro del hospital no hay que ocultarlo a los demás ciudadanos. Todo está inmerso en la sociedad en que vivimos y es necesario romper el círculo excluyente-excluido.

Un presidente elegido (un paciente), ese día era una señora, dirige la asamblea y concede, por orden, la palabra a todo el que la pide. Existe un micrófono en la mesa presidencial y otro micrófono móvil que se lleva a través de la sala a la persona a quien se le ha concedido la palabra. Allí se discuten problemas de la vida en comunidad, conflictos personales e interpersonales, medidas a adoptar, etc.

Poco antes de acabar la asamblea, un antiguo paciente, con el cual había estado hablando antes, dijo que se encontraba allí un psicólogo español. La presidente, entonces, me ofreció la palabra y en un lenguaje medio español medio italiano dije que estaba allí para observar de cerca la nueva experien-

cia de asistencia psiquiátrica que se estaba llevando a cabo en el Ospedale Psichiatrico di Arezzo.

La asamblea general supone uno de los momentos principales de la comunidad terapéutica. Con ella se pretende, entre otras cosas, lo siguiente:

- Eliminar el principio de autoridad dentro del hospital.
- Sustituir el principio de solidaridad por el principio de autoridad.
- Que sea un instrumento de decisión colectiva y democrática.
- Búsqueda colectiva de nuevas posibilidades de actuación.
- Evitar la exclusión dentro de la clínica.
- Con todo ello se pretende llegar a una situación en la que las relaciones de poder sean sustituidas por normas que se establezcan colectivamente, y que sea única y exclusivamente la colectividad quien las establezca o las anule.

Al finalizar la asamblea general tiene lugar una "verifica", cuya razón de ser está en estudiar y reflexionar sobre lo ocurrido, coordinando decisiones organizativas que han emergido en la asamblea, así como para examinar la marcha de la comunidad en relación con todos los problemas, individuales y comunitarios, existentes.

Existen, por supuesto, otra serie de reuniones terapéuticas.

Todos los días a las 8,30 de la mañana hay una reunión de equipo de cada sección: director, médico, enfermeros. Aquí se plantean y se discuten problemas que aparecen en el trabajo terapéutico cotidiano.

De 9,30 a 10 se celebran asambleas de sección, en las que participan el equipo terapéutico y los pa-

cientes de la sección. A continuación tiene lugar una "verifica".

Existe también una comisión hospitalaria (Commissione Ospedaliera) permanente aprobada por el consejo provincial de Arezzo con fecha 25-VII-1974 y de la cual forman parte distintos organismos sociales, políticos, económicos y sindicales de la ciudad. De esta forma la experiencia de la reforma psiquiátrica queda inmersa de lleno en la dinámica social de la región.

Otro de los aspectos fundamentales de esta nueva experiencia es la tendencia a dar de alta lo más pronto posible a los pacientes, intentando continuar un tratamiento poshospitalario en el medio ambiente familiar y laboral en el que se tiene que desenvolver la persona en cuestión.

Para poder llevar a cabo esta asistencia domiciliaria, el hospital cuenta con una decena de coches puestos a disposición del personal que realiza dichas visitas. He aquí una tabla correspondiente al tiempo del 1-XII-1973 al 1-XII-1974:

Clasificación de las salidas:

1. Giras terapéuticas en el territorio provincial: 375.
2. Giras terapéuticas fuera de la provincia: 49.
3. Visitas domiciliarias asistidas (ámbito provincial): 1.804.
4. Idem fuera de la provincia: 51.
5. Traslado de enfermos a hospitales de otra provincia: 19.
6. Viaje a la ciudad para visitas especializadas, exámenes clínicos, radiografías, etcétera., así como para compras, cobros de pensiones y operaciones bancarias: 704. Total de giras efectuadas en el período de doce meses: 3.002, con una media mensual de 250. (10, pág. 133.)

"Estos datos nos permiten demostrar la continua relación que ha habido entre el hospital y el exterior, que ha tenido la doble función de socializar al enfermo y de sensibilizar progresivamente a la población sobre los problemas psiquiátricos". (10, pág. 133.)

Este nuevo modelo de asistencia psiquiátrica no existe solamente en Arezzo. En muchas partes de Italia se está orientando la psiquiatría en este sentido. El segundo día de mi estancia en Arezzo se celebró una reunión en la sala de asambleas generales. Psiquiatras de distintas ciudades italianas se daban cita en Arezzo para intercambiar informaciones y experiencias. La reunión era, por supuesto, abierta. Después que los cuatro psiquiatras de la mesa presidencial hicieron sus ponencias, un paciente cogió el micrófono móvil para hacer de moderador. "¿Alguien quiere decir algo?". Al ver que nadie levantaba la mano volvió a decir: "Pues el que calla consiente". Y empezó a cantar una canción. Para mí fue una experiencia inolvidable. ▶

PSIQUIATRIA EN AREZZO

En su ponencia, A. Pirella había hablado de la necesidad de luchar contra la violencia terapéutica e institucional, contra la exclusión, además de la necesidad de extender el movimiento de psiquiatría democrática y remarcar que la lucha por una mejor asistencia psiquiátrica se encuadra en una lucha política más amplia.

La única persona que criticó la postura del moderador fue una paciente: "Esta no es nuestra asamblea". Cuando una persona de la sala pidió la palabra, el moderador le pasó el micrófono. Era un psiquiatra de Siena e informó sobre la situación del hospital donde él trabajaba. Mientras tanto, el moderador se acercó a la mesa presidencial, pidió permiso a Pirella para beber un poco de su refresco y, después de obtenerlo, echó un trago.

Conclusiones

Una alternativa para la psiquiatría como la que se está llevando a cabo en Italia exige no sólo una democracia como trasfondo político, sino también un amplio movimiento de fuerzas progresistas que, conectadas con la lucha de las clases más oprimidas por conseguir condiciones de vida más dignas, la hagan realidad.

A mi modo de entender, el modelo italiano puede ser, y quizá lo está siendo ya, una meta a seguir cuando en España las condiciones políticas permitan llevar a cabo una reforma a fondo de la asistencia psiquiátrica.

Y para terminar este artículo quisiera citar las palabras de Th. S. Szasz, padre de lo que se ha dado en llamar antipsiquiatría y uno de los pioneros en criticar la concepción médica (orgánica) de las enfermedades mentales. Afirma que

la enfermedad mental es un mito: "Nuestros adversarios no son ni demonios, ni brujas, ni poderes del destino o enfermedades mentales. No tenemos ningún enemigo a quien haya que combatir, exorcizar o ahuyentar mediante una cura. Lo que nosotros tenemos son problemas vitales (problems in living) bien sean de tipo biológico, económicos, políticos o sociopsicológicos. (...) El campo al que se dedica la moderna psiquiatría es amplio y yo no aspiro a haberlo agotado. Mi argumentación se limita a la afirmación de que la enfermedad mental es un mito que tiene la misión de endulzar la amarga píldora de conflictos morales en las relaciones humanas". (11, pág. 37) ■ J. A. G. M. Fotos extraídas del libro "I tetti rossi". Arezzo, 1975.

(1) Basaglia, F. (Edt.): *Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen*. Suhrkamp, Frankfurt/M, 1971.

(2) Szasz, Th. S.: *Die Fabrikation des Wahnsinns*. Freiburg, 1974.

(3) Becker, H. S.: *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. New York, 1963.

(4) Scheff, Th. J.: *Das Etikett "Geisteskrankheit". Soziale Interaktion und psychische Störung*. Frankfurt/M, 1973.

(5) García, J. A.: *Condiciones para una asistencia psiquiátrica más igualitaria*. En Revista "Psicología", núm. 13.

(6) Basaglia, F. (Edt.): *Was ist Psychiatrie?* Suhrkamp, Frankfurt/M, 1974.

(7) Pirella, A. y Casagrande, D.: *John Conolly. Von der Philanthropie zur Sozialpsychiatrie*. En Basaglia (Edt.): *Was ist Psychiatrie?* (6).

(8) Goffman, E.: *Die moralische Karriere des Geisteskranken*. En Basaglia (Edt.): *Was ist Psychiatrie?* (6).

(9) Schittar, L.: *Die Ideologie der therapeutischen Gemeinschaft*. En Basaglia (Edt.): *Die negierte Institution...* (1).

(10) Administración provincial de Arezzo: *I tetti rossi*. Arezzo, 1975.

(11) Szasz, Th. S.: *Psychiatrie die verschleierte Macht: Essays über die psychiatrische Entmenschung des Menschen*. Freiburg, 1975. ■

CINE ESPAÑOL EN EL EXILIO

CADA nuevo libro de Román Gubern supone la apertura de un campo insólito para la investigación y el análisis. Pacientemente, Gubern viene estudiando aspectos de la cinematografía española y aún de otras (recordemos su apasionante "McCarthy contra Hollywood: la caza de brujas", Anagrama, 1970) que desvelan materias olvidadas —o desconocidas— por quienes nos dedicamos a escribir de cine, sujetos a esquemas conocidos, nuestra labor no trasciende de esa "actualidad inmediata" que nos parece tan necesaria. Entre otras cosas, de cara a ella, la labor de Román Gubern viene a precisar elementos fundamentales para la comprensión de nuestro momento; nada más lejos de su trabajo que la historia erudita y descomprometida. De sus últimos libros citemos el escrito en colabo-

sido tradicional —explica el autor del libro en su prólogo— que los análisis críticos del cine español nacido en 1939 imputen su flagrante raquitismo cultural a la severidad de la censura impuesta por los vencedores —la censura cinematográfica se organiza en fecha tan temprana como marzo de 1937— y a la protección económica selectiva del Estado, que, en razón de tal selectividad, orientó los rumbos de la producción cinematográfica española. Sin negar la decisiva importancia de ambos factores, es hora de señalar un tercer dato que, hasta hoy, ha sido sistemáticamente ignorado cuando no silenciado: la abrumadora emigración de españoles del cine español (y de futuros profesionales) en el doloroso período que se extiende entre 1936 y 1939. "Este exilio —continúa—, cuyo impresionante



"Viridiana", película de Buñuel rodada y prohibida en España.

ración con Domenec Font, "Un cine para el cadalso" (Euros, 1975), donde se denunciaban las limitaciones impuestas por la censura moral y política ejercida por el departamento correspondiente del Ministerio de Información y Turismo desde 1939 a nuestros días. Libro básico para el entendimiento del desarrollo del cine español en este amplio período.

Un último libro ahora, "Cine español en el exilio" (Lumen, 1976), refleja otro aspecto no menos importante de la penuria del cine español. En un trabajo metódico y admirable, Gubern reúne las trayectorias profesionales de todos aquellos cineastas españoles que se vieron obligados a abandonar su país durante el transcurso o al final de la guerra de 1936-1939. "Ha

volumen cuantitativo y cualitativo se verá en las páginas que siguen, resultó especialmente grave al producirse en el seno de una industria cinematográfica endeble y que precisamente en los republicanos años de la inmediata anteguerra comenzaba a apuntarse sus primeros éxitos artísticos y comerciales de relativa envergadura, anunciadores de una predecible y próxima madurez creativa".

Se truncó, pues, la posibilidad de ese cine español que comenzaba a encontrar no sólo el arranque de una posible industria que facilitara la continuidad y la solvencia de los "productos", sino una estética propia que conectara realmente con las inquietudes de un público masivo que, todavía, tenía oportunidad de escoger entre las pelícu-



Discusión en común de los problemas que aparecen en el trabajo terapéutico cotidiano.