

COMUNIDAD TERAPEUTICA

MONOGRAFIA I

SEPT

**Boletín de la Sociedad Española
de Psicoterapia y Técnicas de Grupo**

MONOGRAFIA I

**COMUNIDAD TERAPEUTICA
Y / O
TERAPIA DE LA COMUNIDAD**

INDICE	1
EDITORIAL	5
IN MEMORIAM DEL DR. MAXWELL JONES	7
«LA COMUNIDAD TERAPEUTICA, ¿SOBREVIVIRA Y CRECERA?» (1980)	8
I. ESPAÑA: TRABAJOS EN CURSO...	
CONTRIBUCIONES AL XIX SYMPOSIUM DE LA SEPTG, 1991	19
«INTENTO DE APROXIMACION A LA COMPRESION DE LOS FENOMENOS GRUPALES OCURRIDOS EN LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE SEVILLA DESDE SU INICIO HASTA LA FECHA» por el Equipo de la Comunidad Terapéutica de Sevilla	19
DIEZ AÑOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL URIBE-COSTA «INTRODUCCION»	35
«COMUNIDAD TERAPEUTICA ¿REALIDAD O FICCION?» por el Dr. José Ma. Ayerra Balduz	35
«EL HOSPITAL DE DIA COMO COMUNIDAD TERAPEUTICA PSICOANALITICA» por el Dr. José Luis López Atienza	40
«LA PSIQUIATRIA COMUNITARIA ENTENDIDA DESDE EL MODELO DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA» por el Dr. Oscar Martinez Azumendi	49
«LA COMUNIDAD TERAPEUTICA: EL PODER EN EL GRUPO/EL PODER DEL GRUPO» por Jose María Maturana	56
«¿QUIEN TIENE CURA DE QUIEN?: LOS TERAPEUTAS DE LOS PACIENTES O LOS PACIENTES DE LOS TERAPEUTAS» por Miquel Andreu, Maite Pi y Pilar Sales Dispensario de Tarragona, Instituto Pedro Mata (Reus)	62
«LA COMUNITAT TERAPEUTICA DE MALGRAT: DIEZ AÑOS DESPUES DE SU INTEGRACION A LA RED PUBLICA ASISTENCIAL» por Valentí Agustí Bassa. Psiquiatra Comunitat Terapèutica de Malgrat, Barcelona	69
«DINAMICA SOCIAL Y SINTOMAS INDIVIDUALES» por Robert Hinshelwood	72

II. DESARROLLOS CONCEPTUALES EN LA SEPTG Y OTROS COLECTIVOS...

- 1980 TRABAJOS DEL VIII SYMPOSIUM DE LA SEPTG. MALLORCA.
PONENCIAS SOBRE «ENFOQUE GRUPAL EN UN SERVICIO NACIONAL DE SALUD» Y «TECNICAS DE GRUPO Y PSICOTERAPIA EN LAS TAREAS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD»
«CRITICA DE UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA»
por Valentí Agustí, Comunidad Terapéutica de Malgrat 85
«HACIA UN ENFOQUE GRUPAL EN EL SECTOR SANITARIO»
por el Colectivo Barcelona, Conclusiones de Ponencia 91
«TRABAJO GRUPAL EN UNA PEQUEÑA COMUNIDAD»
por Paco Yanes, Centro de Higiene Mental de San Jerónimo 93
- 1985 TRABAJOS DEL XIII SYMPOSIUM DE LA SEPTG, MADRID
PONENCIA SOBRE «GRUPOS EN SALUD PUBLICA»
«TECNICAS GRUPALES EN LA COMUNIDAD. GRUPOS DE «PSICOTERAPIA ANALITICA EN ASAFES»
por Victor Ortega 110
«HACIA LA COMUNIDAD TERAPEUTICA EN MIRAFLORES»
por Margarita Laviana Cuetos (EXTRACTO) 114
- 1986 XIX JORNADAS SOBRE TEMAS DE INTERES PSIQUIATRICO ORGANIZADAS POR EL INSTITUTO PERE MATA DE REUS
«LA INTERVENCION EN LOS DIFERENTES ESPACIOS INSTITUCIONALES Y DE LA COMUNIDAD» (EXTRACTO)
por J.Garcia, B.Díaz, C.Latrás, A.Virgos, D.Roca, M.Pi y J.Figuerola. 120
- 1989 IV JORNADAS DE HOSPITALES DE DIA, MURCIA
«EL HOSPITAL DE DIA COMO COMUNIDAD TERAPEUTICA PSICOANALITICA: LOS FENOMENOS TRANSFERENCIALES»
por José Luis López Atienza y Norberto Mascaró del Consorcio Uribe-Costa, S.M. 123
«EL HOSPITAL DE DIA COMO COMUNIDAD TERAPEUTICA PSICOANALITICA: LOS FENOMENOS TRANSFERENCIALES»
por J.L.López, A.Echanove, I.Trigales, D.Codón, Ma.J.Aranburu, A.B. Jara y N.Mascaró de Uribe-Costa. 126
- 1989 VII JORNADAS NACIONALES DE HOSPITALES Y CENTROS DE DIA
«GRUPOS MULTIFAMILIAR»
por José María Ayerra e Isabel Trigales de Uribe Costa 129

III. DE LA HISTORIA ESCRITA DE LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS...

- 1925 LIFWYNN FOUNDATION
«INTRODUCCION Y COMENTARIO AL TRABAJO DE TRIGANT BURROW» 135
por el Dr. Juan Campos Avillar
«NOTA RESUMEN ACERCA DEL TRABAJO DE TRIGANT BURROW»
por el Dr. Hanz Syz 137
COMENTARIOS
- 1935 SOCIETY FOR CREATIVE PSYCHOLOGY
«LA TECNICA DE TRABAJO GRUPAL»
por Basil Beaumont 153
- 1943 NORTHFIELD EXPERIMENT
UNOS COMENTARIOS
por Hanne Campos 158
- 1957 HENDERSON HOSPITAL
UNOS COMENTARIOS
por Hanne Campos 159
- 1970 ARBOURS
«UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA, UN LUGAR DONDE SE REFLEJAN LAS RELACIONES DE FAMILIA»
por Helen McCormack 163

IN MEMORIAM DEL DR. TOM MAIN

- «EL CONCEPTO DE COMUNIDAD TERAPEUTICA: VARIACIONES Y VICISITUDES» (1983) 173

POSTDATA 196

EDITORIAL

Dos son las razones que motivan la publicación monográfica sobre el tema del XIX Symposium de la SEPTG. La primera es la convicción de que estas últimas décadas en España se han llevado a cabo experiencias extremadamente valiosas en este campo de trabajo cuyos objetivos y resultados nunca llegaron a difundirse ni a nivel general ni a nivel de las profesiones implicadas. La otra razón es que las ideas desarrolladas como marco de referencia han sufrido cambios y puntualizaciones importantes desde que se originaran a raíz de la Segunda Guerra Mundial en los países anglosajones. Creemos que solamente una publicación y una difusión tanto de las experiencias como de las conceptualizaciones nos darán la oportunidad de un momento de parada y fonda en función de un planteamiento de las posibles salidas de futuro.

Hay, sin embargo, otros motivos de peso que conceden particular importancia al XIX Symposium sobre «Fenómenos grupales en las Comunidades Terapéuticas» que se celebrará en Vitoria los días 28, 29 y 30 de abril de 1991. Creemos que el microcosmos de la comunidad terapéutica y lo que hemos llegado a pensar a partir de él puede aportar luz a otras situaciones de convivencia colectiva, social e institucional y, no en último término, también de las propias asociaciones profesionales.

En retrospectiva resulta evidente que ciertos desarrollos teóricos, como por ejemplo la teoría de sistemas, la teoría de las relaciones objetales y otros, no solamente son contemporáneos a las ideas de comunidad terapéutica sino que tuvieron sobre éstas una influencia decisiva y produjeron una articulación específica. En este sentido quisiéramos subrayar la idea que los sistemas llamados «superiores» están formulados en lenguajes que, por razones extrínsecas al contenido que transmiten, se convierten en lenguajes socialmente dominantes.

Sostenemos la convicción surgida de la práctica que esta supuesta «superioridad» o «dominancia» encuentra su «sentido común» solamente en un proceso que pasa, nuevamente, por el diálogo. Queremos decir con esto que la presente Monografía I es un documento de trabajo que pretende recoger el sistema dominante que actualmente rige las así llamadas comunidades terapéuticas para abrirlo al diálogo del XIX Symposium de la SEPTG, que a su vez abocará en una Monografía II que pretende ser punto de partida de una nueva praxis y nuevas elaboraciones teóricas.

El XIX Symposium y las correspondientes Monografías adquieren aún mayor relieve si recordamos que el año pasado, en 1990, sufrimos la pérdida de dos de los pioneros más destacados de este ámbito revolucionario de las comunidades terapéuticas: Maxwell Jones y Tom Main, ambos fundadores y autores a los que rendimos homenaje y de los que esperamos ser dignos herederos. Recogemos en esta publicación unos de los escritos últimos de cada uno de estos autores que de manera sucinta recogen la esencia de su pensamiento y de su experiencia. Un análisis de esta matriz fundante de nuestro marco de referencia pondrá en evidencia la red conceptual común a todas las experiencias que se realizan en este campo como también las ideas que las diferencian unas de otras.

En el espacio socio-profesional de la misma SEPTG, la praxis y la elaboración teórica sobre comunidades terapéuticas empieza a ocupar un lugar propio a partir de la doble Ponencia del VIII Symposium de Mallorca 1980 sobre «Enfoque Grupal en un Servicio Nacional de Salud» y «Las Técnicas de Grupo y Psicoterapia en las tareas de Salud Mental en la Comunidad» y, asimismo, la Ponencia del XIII Symposium de Madrid 1985 sobre «Grupos en Salud Pública». La Ponencia de 1980 fue la primera en ser asumida respectivamente por colectivos de la Zona Este «Colectivo de Estudio de Trabajo Grupal de Barcelona» y de la Zona Sur «Equipo del Centro de Higiene Mental del Barrio de San Jerónimo de Sevilla». Ambas Ponencias encontrarán su mención en la presente publicación. También incluiremos el relato y/o el desarrollo conceptual de experiencias habidas en España durante esta última década de las que en este momento tenemos conocimiento. Este mapa de conceptualizaciones y experiencias nos podría servir de base para cuestionarnos sobre el pasado, presente y futuro de nuestro lugar personal y profesional. Es justo añadir que a buen seguro habrá muchos esfuerzos colectivos en la línea conceptual de las comunidades terapéuticas que en esta primera publicación no han llegado a tener su lugar. Sirva ésta como impulso para que los que así lo desean encuentren su manera de articularse en este lugar de análisis y diálogo común.

Colegas, «aprendices de brujo unidos...», ¡os convoco a dar un paso más en la consecución de un fin digno de y para nosotros los seres humanos!

IN MEMORIAM DEL DR. MAXWELL JONES

El Dr. Maxwell Jones, uno de los pioneros de la «comunidad terapéutica», murió el 19 de agosto 1990 en su casa en Wolfville, Nueva Escocia, a la edad de 83 años. Como dice J. Stuart Whiteley en su obituario (1), es posible que el concepto de «comunidad terapéutica» lo haya acuñado Tom Main para describir la exploración de la dinámica de una organización como un todo con el objetivo de resolver conflictos, aunque de hecho no tiene importancia quién de los dos lo haya inventado. Main desde un punto de vista psicodinámico y Jones desde una perspectiva sociodinámica, ambos dieron contenido a lo que previamente solo fue un ideal filantrópico y humanitario de lo que se podría llamar una «comunidad para vivir y aprender». Después de la Segunda Guerra Mundial, Maxwell Jones transfirió la ideología desarrollada a partir de la comunidad terapéutica al tratamiento de víctimas de la sociedad actual que resultaron inadecuados en la industria o la misma sociedad, víctimas denominados sociópatas o psicópatas, categorías con las que se solía asociar la comunidad terapéutica. La contribución de Jones en la Comisión de Revisión del Acta de Salud Mental (Mental Health Act 1959, USA) fue instrumental en lograr la inclusión de los Trastornos Psicopáticos en la categoría de trastornos mentales. En su larga vida profesional, Jones, que había nacido en Queenstown, South Africa, se ha visto homenajeado y respetado en todos los lugares de su residencia: Escocia, Inglaterra, Estados Unidos y Canadá. Su trabajo en proyectos comunitarios, tanto educacionales como penales, asistenciales y políticos, lo desarrolló particularmente a partir de los conceptos de «sistema abierto» y de «proceso de cambio».

Como Prólogo a la presente Monografía nos pareció de interés incluir la traducción de un texto tardío que Maxwell Jones publicó en el No. 2 del Volumen 1 del International Journal of Therapeutic Communities en 1980.

(1) Whiteley, J. Stuart, *Obituario del Dr. Maxwell Jones en Group Analysis Vol. 23, No. 4, Dic. 1990. p. 432.*

«LA COMUNIDAD TERAPEUTICA, ¿SOBREVIVIRA Y CRECERA? (1980) (*)

por MAXWELL JONES

Los conceptos de la comunidad terapéutica que comenzaron en los hospitales de la inmediata post-guerra, hasta cierto punto se vieron confirmados a través del surgimiento de las teorías de la ciencia de la conducta y, en particular, de la teoría de sistemas y del desarrollo organizacional. A fines de este trabajo, los conceptos de comunidades terapéuticas y de sistemas abiertos se utilizarán de manera intercambiable.

Nos queda por ver hasta qué punto la sociedad está dispuesta a cambiar en la dirección de unos procesos más abiertos y democráticos que inevitablemente amenazan la estructura jerárquica de poder de la mayoría de nuestras organizaciones sociales. Tales cambios revolucionarían todo nuestro sistema educacional e implicarían a los individuos en roles más responsables en todos los ámbitos de la vida, inclusive la industria y el mismo gobierno. Toda la cuestión comporta una urgencia dictada por el estado desorganizado del mundo, inclusive el desastre inminente de nuestra ecología.

Para poder entender la resistencia casi universal al cambio es necesario entender algo de cómo operan los sistemas sociales. En mi último libro (Jones, 1976, p.3) utilicé la definición de sistema que se podría pensar como un todo organizado que incluye las interacciones de las partes componentes interdependientes y su relación con el ambiente (ecología social).

Tal como lo apuntaron Land y Kenneally (1977), la idea de sistemas generales es un abordaje que junta conceptos en un patrón y los relaciona de manera comprensible. En otras palabras, un abordaje de sistema general es un abordaje integrativo (para la organización social) que pretende descubrir algunas de las leyes generales más profundas de la naturaleza o algunos trazos comunes y principios generales que unen estos conceptos. Se trata de un abordaje que pretende explorar el «todo» (tanto el proceso como el producto) y relacionar las partes con el todo dentro de un ambiente al que se le debe conceder una gran dosis de interés y atención. Un abordaje de sistema general es una manera de abordar la vida (de la organización, si se quiere) que es un proceso comunicativo continuo en desarrollo.

La educación en general ha fomentado la idea de un reduccionismo científico que resulta en enfatizar una manera parcial de pensar más que pensar en el todo (**holistic thinking**). Tendemos a pensar en términos de problemas y soluciones mientras, de hecho, resolviendo un problema siempre creamos un problema nuevo ya que la parte afecta al todo. En otras palabras, descomponemos las cosas en sus partes e intentamos resolver problemas parciales aplicando nuestro conocimiento a partes; y olvidamos el sistema total en el que se inserta el problema particular en la creencia errónea de que el todo es la suma de sus partes. En vez, deberíamos reconocer y respetar la realidad sinérgica de los sistemas. Un ejemplo claro de la medicina sería pensar de que entendiendo el sistema circulatorio que sólo es una parte de todo el cuerpo aprendemos muy poco de cómo funciona un individuo. En el mismo sentido, si resolvemos o intentamos resolver el problema del transporte construyendo más carreteras y coches, inevitablemente creamos polución, agotamos la energía y desarrollamos nuevos problemas. Así que, jugando con la naturaleza, debemos empezar a pensar en términos de sistemas generales y en particular en el área llamado ecología.

Crecemos en una sociedad en la que el enseñar tiene prioridad sobre el aprender como proceso social. Para este último, suelo utilizar el término de aprendizaje social (**social learning**, literalmente el proceso social del aprender) (Jones, 1976, p.XXV), es decir un proceso de comunicación en dos sentidos motivado por alguna necesidad interna o un estrés que lleva a la expresión abierta o encubierta de sentimientos y que implica procesos cognitivos y un cambio. Tal aprendizaje puede estar relacionado con el individuo o con el sistema. Estos cambios son incorporados y modifican la personalidad y la imagen de si mismo. La tragedia es que desde muy temprano en la vida tanto en casa como en la escuela se hace muy poco esfuerzo para concienciar a los alumnos de las posibilidades del aprender como un proceso social. El maestro enseña y el alumno memoriza el material en función del examen próximo con muy poco o ningún cambio en el proceso de darse cuenta de los problemas y de su solución. No se utilizan las infinitas oportunidades para entender lo que hay detrás de las conductas en cada clase, en cada patio de juego o cada ambiente familiar; ésto aplica a todo el sistema educativo y hasta cierto punto también a la universidad. Esto es un aspecto de un sistema «cerrado». «Un sistema es cerrado si no hay importación o exportación de energías en ninguna de sus formas como por ejemplo información, calor, materiales físicos, etc. y, en consecuencia, no hay cambio de componentes, un ejemplo siendo una reacción química que se produce en un continente aislado y sellado» (Hall & Fagan,

1956). Sería de suponer que tal sistema cerrado representado por la educación u hospitales, inevitablemente llevaría a su propia ruína por falta de crecimiento creativo, sin embargo ambos sistemas se han institucionalizado de manera extraordinaria. Las prácticas del pasado se repiten de diferentes maneras sin referencia a cómo el proceso creativo de crecimiento podría operar.

El proceso creativo implica compartir información y constituye una parte integral de un sistema abierto. «Sistemas abiertos son 'abiertos' en relación a su ambiente; intercambian información, materiales, energías, etc., con los ambientes (Murrell, 1973, p.9). Si, por ejemplo, tomamos la presente crisis en psiquiatría esperaríamos que un hospital, un centro comunitario de salud mental u otro dispositivo de salud mental estuviera en contacto inmediato con la información que pueda aportar la gente que vive cerca. Tal interacción entre el mundo profesional y el mundo de afuera inevitablemente llevaría a un proceso de aprendizaje social tal como se definió antes. El dispositivo de salud mental tiene la responsabilidad de analizar los datos tanto internos como externos y empezar a reconstruir nuevos patrones a la luz de la información compartida. De manera, el proceso de 'feedback' (retroalimentación) y digestión estaría seguido por 'feedforward' (alimentación hacia delante) que significa que la información nueva del ambiente es constantemente admitida para responder a las necesidades de conectar correctamente con o integrarse al ambiente cambiante. El crecimiento es un proceso en el que las cosas se conectan unas con otras y, en consecuencia, tienden a operar a un nivel más alto de organización y complejidad. Eric Erickson (1950) sugirió que el crecimiento individual es una secuencia de crisis que llevan a una desorganización y una reintegración del funcionamiento del yo a un nivel más alto.

En el mundo de los negocios, los sistemas totales necesitan poder desarrollarse para mejorar su capacidad de relación tanto interna como con su medio ambiente si no quieren ir a la bancarrota. Desgraciadamente, este estímulo competitivo no aplica al campo de la salud mental y todos somos demasiado familiares con conceptos como el de institucionalización que sufren los manicomios, aunque ahora se tiende a corregirlo en parte. Un ejemplo de nuestra eficiencia en el mundo médico es el énfasis que se pone en la homeostasis que solo se puede aplicar a sistemas parciales, pero no puede nunca ser adecuado a sistemas totales. La profesión médica está operando como una estructura organizacional de un sistema parcial en el que responde a un 'feedback' negativo en un intento de restaurar una condición de equilibrio. Un sistema de salud estaría respondiendo también a un 'feedback' positivo si

estuviera utilizando un abordaje de sistema total. De manera que, para tratar un síntoma, por ejemplo, de ansiedad con un tranquilizante y no aprender los factores ambientales que contribuyen a la enfermedad sería concentrarse en lo negativo y no explorar lo positivo. La profesión médica tal como es ahora, representa una organización que responde a la enfermedad o a lo que está mal. Para llegar a ser un sistema total debería igualmente responder a lo que está bien y crecer desde este punto en integración con sus cambios ambientales.

Como agentes de cambio que producen estructuras democrático-egalitarias en diversos ambientes, confieso tener sentimientos muy ambivalentes respecto a los hospitales en su mayoría, pero también algunas escuelas e industrias. Por el lado positivo, el concepto de comunidad terapéutica o sistema abierto parece ganar terreno, al menos en teoría. En la práctica, dudo que podríamos decir que hay mucha evidencia de un proceso democrático que se desarrolla ya sea en el campo psiquiátrico ya sea en educación. Para ser más específico, encuentro pocos ejemplos de información compartida, de tomas de decisión grupales, de aprendizaje social y crecimiento en la dirección de sistemas abiertos. Por el lado negativo, la tendencia parece ser un movimiento hacia la derecha, con un interés renovado en las tres erres en la educación («las 3 R's», en inglés se refieren a leer, escribir y aritmética) y en una tendencia burocrática incapacitante en el campo psiquiátrico y en la educación en general. Tampoco podemos echar la culpa a la gente implicada en las diversas formas de liderazgo en los dos sistemas. Ellos son el producto de su medio ambiente y para desviarse de la ortodoxia se requiere un grado considerable de valor y de voluntad de parte de la gente que crece en burocracias tal como están establecidas actualmente. Un alumno «bueno» todavía es uno que se conforma con las expectativas de los maestros, mientras un paciente «bueno» es el que juega el rol que se espera de él o ella en relación a un diagnóstico (una etiqueta que se le pone).

Parece pertinente aquí considerar nuestro sentido del tiempo y de medir el tiempo como también el proceso. Los que estamos implicados en la construcción de sistemas «sanos» orientados al crecimiento - en otras palabras, sistemas «abiertos» - debemos recordar cuánto tiempo lleva el poner en marcha uno como operación viable. Tendemos a perder de vista los innumerables estrategias y «tiritas» que pueden emplear los que están comprometidos con sistemas «cerrados» para frenar la amenaza a las prácticas que les son familiares. Como ejemplo, iatrogenia hace referencia a síntomas inducidos médicamente, es decir efectos secundarios de muchas de las drogas prescritas, o adicción a sustancias que reducen el stress. Muchos de los ingresos a

hospitales son resultados de estos «tratamientos», pero pocas veces éstos se discuten abiertamente (Illich, 1976). Necesitamos tener paciencia si creemos en sistemas «abiertos», ya que éstos se relacionan con «crecimiento» y salud más que con enfermedad. Tomemos la cuestión del liderazgo. ¿Cuántas organizaciones tienen un líder (hombre o mujer) que delega responsabilidades y autoridad en sus colegas desde su posición de poder? Hay poca oportunidad en una organización típicamente jerárquica de discutir cuestiones con los colegas y trabajar hacia un compartir la información y la clarificación de cuestiones que inevitablemente surgen en consecuencia. Hasta en las ocasiones que esto suceda, la persona en el lugar de autoridad normalmente se reserva para sí mismo/a el poder de la toma de decisión final. El poder corrompe pero no solamente a la persona o las personas en la cumbre sino también al sistema en su totalidad. De manera, que gente en posiciones inferiores comprensiblemente intentan estar en buena relación con su jefe o sus jefes en la esperanza de así asegurar su propio ascenso. Esta osificación de roles es expeditivo para la carrera de uno pero anula la creatividad latente de todos.

La organización social que favorece el cambio hacia una estructura democrático-egalitaria requiere una larga evolución con reuniones frecuentes de los individuos implicados en los diversos niveles de la organización para abrir la comunicación de arribaabajo y vice versa. La comunicación en los dos sentidos es ciertamente uno de los pasos esenciales en el desarrollo de un sistema abierto, pero así y todo este cambio es difícil de lograr. Para empezar, reuniones frecuentes son necesarias para que la gente se acostumbre unos a los otros y para que puedan llegar a conocer sus patrones variantes de conductas y las diferencias de estilo. Después viene la cuestión de cuánto contenido y sentimiento es legítimo dentro de un sistema particular implicado. Así que, una reunión de comité de alto nivel de manera regular puede encontrarlo difícil tratar los contenidos latentes y las agendas secretas y, de hecho, puede no tener ningún facilitador dispuesto a exponer las cuestiones encubiertas o parcialmente encubiertas.

El líder formal muchas veces juega tanto el rol de líder como el de facilitador. Es este líder que establece el orden del día y, a menudo, a sus asociados (tanto hombres como mujeres) ni se les pregunta si hay otras cuestiones a añadir. En un ambiente tan controlado resulta casi inevitable que las personas salgan de la reunión con un sentimiento de frustración, sabiendo muy bien que las cuestiones claves fueron ignoradas o sólo meramente tocadas porque podrían ser perjudicial o amenazante para la dominancia del líder. En mi experiencia,

el progreso es lento a menos que algún facilitador objetivo y con experiencia que disfrute de un grado de confianza de todos pueda emerger. Una tal persona, a menudo viene desde fuera del sistema; de otra manera él o ella se percibe como prejudicado y teniendo relaciones especiales con determinados miembros de su mismo rango ('peers'). En el caso de contar con reuniones fijas de manera regular, un facilitador podrá ayudar a cualquier grupo de tarea a empezar a considerar cuestiones de comunicación, de compartir información, de escuchar y de aprender socialmente. Hasta qué punto pueden ser tratados sentimientos, rivalidades y agendas secretas depende de la calidad y los objetivos del grupo como también del nivel de madurez alcanzado. Es mi opinión que en cualquier organización de salud mental deberían poder ser reconocidos sentimientos conflictivos y, a ser posible, ser resueltos. De otra forma emerge una situación en la que el equipo no puede manejar sus dificultades propias y, sin embargo, pretende, contradictoriamente, abordar los problemas y dificultades interpersonales de los pacientes.

Podemos asumir el punto de vista, aunque muchos no estarían de acuerdo con él, que un liderazgo múltiple en un ambiente multidisciplinar es algo deseable. En otras palabras, puede pensarse que cada individuo en un grupo profesional tiene un potencial latente que no se realiza si la estructura social se basa en una jerarquía. En contraste, en un sistema abierto cada individuo alcanza, al menos en parte, alguno de sus potenciales personales latentes. Es necesario dejar crecer esta creatividad siempre y cuando está en equilibrio con las actitudes, valores y creencias de la organización como un todo y particularmente de su propio grupo de pares.

Ha sido mi experiencia que cualquier dispositivo de salud mental que desea desarrollarse en la línea de un sistema abierto puede hacerlo siempre y cuando que la sanción desde arriba sea positiva. Sin embargo, profesionales de salud mental, y eso aplica igualmente a maestros, normalmente no se encuentran expuestos a sistemas abiertos y tomas de decisión compartidas en la línea que hemos ido discutiendo. Para iniciar un abordaje de este tipo es necesario una cierta desviación por parte del líder que está dispuesto al riesgo de perder el control absoluto en favor de un área de responsabilidad más compartida que se delega a sus colegas. Esto requiere un grado de confianza que solo puede construirse a lo largo de muchos meses o hasta años. En otras palabras, me parece a mi que patrones institucionalizados de enseñanza y de estatus profesional más bien ofrecen recompensas para la conformidad que para una creatividad espontánea. Añoro el momento en el que médicos y maestros estén

expuestos a lo que ya es un gran cuerpo de conocimiento en los campos de desarrollo organizativo, de aprendizaje social y de crecimiento. Mientras no exista esta exposición a los conceptos teóricos, la práctica de un abordaje más democrático de responsabilidad y autoridad sólo puede darse en el caso de algunos individuos excepcionales.

Me doy perfecta cuenta de los cambios efectuados en el campo de la salud mental a través de la aceptación casi universal de métodos grupales de tratamiento y formación como también de la terapia de familia y una creciente conciencia de la medicina holística. Pero, hasta en lugares donde estas tendencias son muy evidentes, aún me sorprende la falta de percibir la organización social en términos de los conceptos básicos de compartir la información, de toma de decisión compartida, de consenso y del aprendizaje como proceso social. Después de un intento de más de treinta años de desarrollar los conceptos de sistema abierto, tengo mis dudas que la humanidad verdaderamente quiera cambiar en esta dirección. Sin embargo, en el fondo no estoy desanimado ya que unos cuantos sistemas abiertos se han desarrollado. Podría citar como ejemplos el Henderson Hospital, Sutton, Surrey, Inglaterra, donde todo el concepto de comunidad terapéutica fue iniciada en 1947 y Dingleton Hospital Melrose, Escocia, en ambos casos donde una vez iniciado este cambio continuó hasta el presente.

Esto nos lleva a la cuestión si realmente existe alguna justificación de preferir, como lo hago yo, el concepto de sistema abierto al del más tradicional modelo organizacional jerárquico tal como aplica en la industria, los hospitales y la educación.

El gobierno de un sub-sistema jerárquico está ligado a los fines y objetivos de la organización. La responsabilidad de definir la política (**'policy making'**) y su ejecución (**'performance'**) está en manos de los altos directivos que a su vez asignan la ejecución de tareas específicas a subordinados cuyas realizaciones controlan. El fin de este control desde arriba es el de unir la organización en un todo integrado a través de una cadena de órdenes bien definida. La implementación de una política determinada centralmente consiste en asignar responsabilidades y estándares de ejecución a sub-unidades, y en hacer ajustes frecuentes para lograr estos objetivos.

En el mundo del negocio es necesario que el motivo de ganancia sea el predominante. Pero, una ejecución eficaz podría requerir un cierto grado de

delegación de responsabilidades a niveles más bajos de la jerarquía particularmente en organizaciones grandes donde la mera complejidad del sistema total hace imposible que el gobierno central controle la ejecución de las sub-unidades. La extensión y calidad de este proceso de descentralización podría jugar una parte significativa en la eficacia total de una organización:

...esencialmente hay cuatro ingredientes de una implementación eficaz: 1) tarea y objetivos claramente especificados que reflejan exactamente la intención política; 2) un plan de gobierno que asigna las tareas y los estándares de ejecución a las sub-unidades; 3) una manera objetiva para medir la ejecución de sub-unidades; y 4) un sistema suficiente de gobierno de controles y de sanciones sociales para hacerles a los subordinados responsables de sus realizaciones (Elmore, 1987, p. 194).

El éxito o fracaso de un esfuerzo se juzga por la discrepancia entre la política declarada y la conducta de subordinados.

Lo arriba mencionado caracteriza el tipo de organización social que domina el gobierno en los campos de la industria, los hospitales y la educación. El énfasis está en el control desde arriba, responsabilidad (individual) y control de la eficacia de ejecución en todo el sistema, definición de fines y objetivos, etc.

En contraste, un sistema abierto pone énfasis en el compartir de la información en todo el sistema, la toma de decisión compartida, y una comunicación de contenidos y sentimientos en dos sentidos. Esta posición se describe en detalle en mi último libro (Jones, 1976), y en todo el presente trabajo, así que una elaboración más amplia no es necesaria.

El punto importante a subrayar es que ni absolutamente «cerrado» ni «abierto» es «mejor». Ambos sistemas tienen sus puntos fuertes y sus debilidades particulares y, en la práctica, atributos de uno u otro abordaje pueden resultar deseables. Así que, en tiempos de crisis un sistema abierto tiene que aplicar controles que implican un liderazgo en un rol temporalmente autoritario. De hecho, se considera que un líder tiene las facultades necesarias para actuar rápidamente y con eficacia cuando no hay tiempo para un proceso de toma de decisión democrática, pero que más tarde debe dar cuenta de sus decisiones en una discusión abierta. En una crisis parecida en un sistema cerrado, la figura de autoridad actúa según su propia autoridad y no necesariamente está implicado

en un exámen posterior de sus realizaciones por parte de sus pares o subordinados. De manera que la oportunidad de aprender de los errores parecería ser menor en un sistema cerrado, excepto para un grupo elitista de arriba.

En resumen, esto se reduce a una filosofía de gobierno que mejor se ejemplifica por el rol del líder. En un sistema abierto se comparte la información y la toma de decisión, se delega responsabilidad y autoridad al sistema como un todo, mientras en un sistema cerrado se asume la responsabilidad de la toma de decisión y se tiene el poder de tomar decisiones unilateralmente con impunidad. Huelga decir que aunque se puedan tomar en consideración un número considerable de respuestas ('inputs') de los diversos niveles del sistema, la autoridad final reside en el líder.

Hay tantísimas variaciones de estructura social organizacional que las generalizaciones resultan peligrosas.

Desde el punto de vista del subordinado o del consumidor, determinadas cosas dependen del rol de liderazgo. ¿Cuánta información les llega? y ¿tienen alguna parte en el feed-back? Factores como éstos determinarán hasta qué punto el líder se identifica con los fines de la organización y se siente comprometido de dar lo mejor de sí mismo o de sí misma. La confianza no crece en un vacío y si la alta administración es invisible, el nivel de confianza inevitablemente es bajo. Por otra parte, si éxitos y fracasos se discuten a todos los niveles del sistema entonces a través de compartir la información y el feed-back se logra una identidad de grupo. La calidad de moral se relaciona con esta capacidad de confianza y de empatía con el líder y con la participación del sistema como un todo en el proceso de toma de decisión. (Esta tesis se encuentra elaborada en una publicación oficial del Gobierno de Estados Unidos, Comité Especial de la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar, 1973.)

Nadie sabe cuál será el destino último de los sistemas abiertos en oposición a los sistemas cerrados, pero una cosa es cierta: el resentimiento creciente de subordinados respecto al uso abusivo de la autoridad desde arriba está llevando a un voto más fuerte de subordinados y consumidores tal como lo evidencia la creciente importancia de los grupos disidentes.

A menudo los años sesenta se describen como el apogeo de la disidencia en forma de grupos activistas contra la guerra, la discriminación sexual o racial, disturbios estudiantiles, interferencias abusivas del gobierno en la libertad

individual, etc. A menudo se dice que esta ola de indignación pública disminuía en los años setenta, pero esto solo es verdad a medias. El público en general pide de manera creciente más voto en los asuntos de estado. Un ejemplo llamativo es la tendencia en Estados Unidos del uso de la «iniciativa»; por medio de ésta los ciudadanos pueden redactar un acta de legislación, incluirla por petición en las papeletas de votación y hacer que sus compañeros votantes decidan directamente el mismo día de las elecciones si la propuesta debe convertirse en ley o no. Este procedimiento ha sido adoptado por veintitres de los estados y cien ciudades de Estados Unidos y, en décadas recientes ha sido utilizado más que cualquier otra vía para cambiar procesos de gobierno y de política. Un objetivo específico es el control de las tendencias cada vez más expansivas de burocracias gubernamentales (cuyo número en Estados Unidos triplicó en tres décadas) a incrementar su influencia, poder y opulencia a costa de los mismos ciudadanos a los que se supone ellas sirven.

De manera que el ejercicio abusivo del poder en todos los ámbitos de la vida - incluyendo escuelas, hospitales, industrias, leyes, política y los cuerpos de gobierno a todos los niveles - se ve sometido a un escrutinio cada vez mayor por parte de la ciudadanía. Resistiremos a la tentación de discutir la responsabilidad de la psiquiatría al entrar en la arena política, un reto asumido en Italia con resultados interesantes. La Ley No. 833 del 23 de diciembre de 1978 que establece un Servicio Nacional de Salud en Italia debe ser implementado en enero 1980. Psiquiatras sociales, encabezado por el Prof. Franco Basaglia, influyeron profundamente en la calidad humanística de esta nueva ley.

Sin embargo, creemos firmemente que una mayor exposición a y aplicación de principios de las ciencias de la conducta y especialmente el concepto de sistemas abiertos en oposición a sistemas cerrados son esenciales para cualquier plan a largo plazo que pretende mejorar la salud de una nación.

Hemos visto cómo en una clase los niños pueden llegar a interesarse en lo que hay detrás de la conducta, que lleva a una destreza en resolver problemas y una capacidad creciente de examinar actitudes sociales, valores y creencias. A lo largo de varias generaciones un tal proceso resultaría en que al menos algunos padres desearían colaborar con las escuelas para capacitar a los niños de pensar por sí mismos y lograr un grado de objetividad para contrarrestar el prejuicio y las presiones actuales al conformismo que sufre toda nuestra sociedad. El modelo en que se basa toda esta filosofía ha emanado del concepto de la comunidad terapéutica. Los principios de este ejemplo de un sistema abierto

aplican a una cada vez más amplia gama de organizaciones sociales y, en conjunción con las teorías de conducta humana, ofrecen una metodología para el cambio hacia un orden social más democrático en general.

(*) Originalmente publicado en el International Journal of Therapeutic Communities, Vol. 1 No. 2, Verano 1980

REFERENCIAS:

Elmore, R.F. *Organisational models of social progress implementation*. In D. Mann (Ed.) *Making change Happen?* New York: Columbia University, Teachers College Press, 1978

Erikson, E. *Children and Society*. New York: Norton, 1950.

Hall, A. & Fagan, R. *Definition of a System*. *General Systems*, 1956, 1, 18-28.

Illich, I. *Medical Nemesis*. New York: Pantheon Books, 1976.

Jones, M. *Maturation of the therapeutic community*. New York: Humans Sciences Press, 1976.

Land, G.T. & Kenneally, C. *Creativity, reality and general systems*. New York: Behavioural Publications, 1973.

Murrell, S.A. *Community psychology and social systems*. New York: Behavioural Publications, 1973.

Special Task Force to the Secretary of Health, Education and Welfare. *Work in America*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press, 1973.

I. ESPAÑA: TRABAJOS EN CURSO... CONTRIBUCIONES AL XIX SYMPOSIUM DE LA SEPTG, 1991

«INTENTO DE APROXIMACION A LA COMPRESION DE LOS FENOMENOS GRUPALES OCURRIDOS EN LA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE SEVILLA DESDE SU INICIO HASTA LA FECHA»

por el Equipo de la Comunidad Terapéutica de Sevilla

A.- LIMITES Y DIFICULTADES

La tarea que nos hemos planteado se nos hace tan llena de obstáculos que fácilmente se nos presenta o bien como imposible, o bien como una elucubración que por sus dificultades pueda convertirse en un mero entretenimiento intelectual, que nos deje bien lejos de aquello que sucede en los grupos.

La riqueza y complejidad de los fenómenos grupales, pueden ser definidos al menos por tantos puntos de vista como sujetos son implicados en ellos (en nuestro caso 40 trabajadores, 2 limpiadoras y 15 psicóticos graves con la inclusión semanal de sus familias). Frecuentemente provocan tal confusión que fácilmente cada sujeto puede dar varias versiones de lo acaecido. En nuestro caso esta confusa apariencia del material quizás sea más grave puesto que todo está recogido por los propios trabajadores implicados. Tales datos fueron obtenidos o bien por filmación de vídeo, (la pretensión de que el vídeo sea un testimonio «real» es tan engañosa como el resto, al estar sesgado por la elección del objeto que «entra» en pantalla), o por el texto de los observadores no participantes, o por la información directa de los propios trabajadores implicados en la tarea como actores. Y por último por la memoria viva del grupo que redactó este texto que sumó datos que escaparon a todas las sistemáticas de recogida de información que poseemos, lo que los convierte de principio en altamente sintomático. Se nos hace obvio que este abundante material está sesgado profundamente por nuestro inconsciente, y así tanto el dato significativamente remarcado por todos, como el significativamente olvidado y finalmente recuperado por la memoria grupal, es sólo el resultado de nuestra

censura sobre los hechos. En nuestro descargo cabe esperar, que la menor implicación de algunos trabajadores en el continuo de avatares, permita la existencia de un recuerdo más limpio y más cercano al suceso.

Por último, se nos hace evidente que configurar hipótesis de observación, estableciendo líneas o temáticas preferentes, esquematizan el material y lo sesgan; aunque a cambio permiten hacerlo más manejable, posibilitando alguna comprensión, así como la descripción de las modificaciones de conducta grupal y de las individuales.

Por otra parte, estas dificultades son generales a todo intento de investigar este estilo de fenómenos, aunque incidan menos en la medida que el equipo investigador pueda distanciarse más de la pertenencia al grupo (aunque tal distancia nunca pueda ser total).

B.- ESTRATEGIAS DE APROXIMACION AL FENOMENO

Determinamos tres líneas básicas de observaciones y análisis:

El poder,
La relación individuo-grupo y
La relación entre el deseo y el deber.

Su elección caprichosa se basa en el reconocimiento por nuestra parte de lo profundas que son sus implicaciones y lo aclaratoria que, en la mayoría de los casos, resulta su explicitación.

B.-1. EL PRIMER TEMA DE LA OBSERVACION SE REFIERE A LOS FENOMENOS RELACIONADOS CON EL PODER

Si consultamos con un diccionario encontramos: «Facultad de mandar o ejecutar una cosa; relacionándolo con conceptos como fuerza, vigor y capacidad». Aunque la definición general nos ilustre sobre el significado de la palabra, determinamos en este estudio **cinco perspectivas relacionadas con el uso del poder** en los grupos que nos permita intentar desvelar la función de poder que se produce en la Comunidad Terapéutica.

Describiremos brevemente algunos aspectos del funcionamiento en la Comunidad Terapéutica que dan apoyo a la importancia de las perspectivas elegidas.

Estas son:

1. Circulación de la información. Via de comunicación y retención. Esta perspectiva se relaciona con el poder porque tener información sobre alguien o algo, información que otros no tienen, pone al que la posee en un lugar de saber que hace que aumente su autoridad, prestigio, etc. poniendo al que no la tiene en un lugar de dependencia y «no saber». Es el caso entre nosotros, de las terapias individuales y familiares cuya información no es compartida en las reuniones de los trabajadores ni en la Asamblea, (lugar donde se discute y se toman decisiones con los pacientes sobre variadas cuestiones) permaneciendo la información en manos de las personas directamente implicadas con cada paciente.

2. Toma de decisiones.

Se trata de la cristalización mas obvia del poder, de forma que cada decisión que no se toma en el órgano social, diseñado para ello (asambleas) y de forma asamblearia, es decir, implicando a todos en la toma de decisiones aumenta el poder de quien la toma.

Es el caso de las salidas de los pacientes a casa los fines de semana, decisión que se toma en la terapia familiar en lugar de hacerlo en asamblea. Eso motiva que exista una amplia parcela de poder remansada en las terapias familiares.

3. Prestigio.

Este marca un lugar de posesión de conocimiento, capacidad, etc. que hace que la palabra del sujeto investido de este prestigio esté cargada de un valor añadido que hace que el grupo oiga su palabra y la tome en consideración. Es el caso de la última modificación de la estructura de la casa que plantea el jefe y es asumida a pesar de la oposición que despierta en el grupo porque no es hablada en Asamblea en la que se tomó la decisión.

4. La asunción de responsabilidades y su ejecución.

En cuanto al asumir una responsabilidad supone el reconocimiento de una capacidad para el que la asume, implica además el poder usar el espacio, el tiempo, y las herramientas necesarias para su ejecución. Es el caso de la moderación de la Asamblea de forma que entre nosotros existe una atención especial muy marcada sobre quien ejecuta este rol. En un primer momento cuando sólo estábamos los trabajadores, el cargo era rotatorio entre todos. Más tarde definimos las capacidades que requiere el rol limitándose su desempeño a una parte de nosotros que se reconocían capacitados para ello. El mayor o

menor número de trabajadores que asumen en cada momento esta tarea es entendido como índice de una mayor o menor depositación y rigidificación del uso y los lugares de poder.

5. Capacidad de modificar el mandato grupal.

Los grupos enuncian normas de conducta y también se regulan por normas no dichas. Los sujetos que puedan definir su conducta en contra o al margen de estas dos normativas están asumiendo una posición de poder, a su vez el resto del grupo puede aceptar esa capacidad del sujeto o tomarla como conducta punible. En este último caso puede entrarse en un «Tour de Force».

En el trabajo diario con los pacientes esto sucede de manera continuada (ver la tele, cumplir con las actividades de cocina, salir de casa fuera de hora, no asistir a la terapia a la hora prevista etc.). Tomando los trabajadores y derivándolo a conductas más adaptadas, estos intentos de diferenciación aceptando las capacidades del sujeto o tomándolas como algo indeseable es entrar en una escalada de poder. La asunción de una u otra de las posturas depende del momento dinámico en que se encuentre el grupo. Otro ejemplo de esta situación ahora centrado en los trabajadores es el caso de personas que modifican los horarios de trabajo, decididos de manera grupal ajustándolo a sus propias necesidades.

B.-2. ATENCION A LA POLARIDAD INDIVIDUO-GRUPO

Tomando desde otro ángulo todo lo anteriormente dicho, podemos definir el poder personal como la capacidad de mantener la individualidad frente a los fenómenos grupales. Esta individualidad se puede desarrollar de maneras distintas, siendo en las dos primeras el grupo quien reconoce la individualidad del sujeto en tanto en las otras dos es el sujeto quien se sitúa al margen del mandato grupal.

1) El sujeto es reconocido en su individualidad por el grupo pudiendo ser tomado como depositario de objetos buenos (líder, este liderazgo remite al punto anterior del poder) o de objetos malos (chivo expiatorio). En este segundo caso es tomado como el emergente donde las crisis se concretan siendo señalado como culpable. El individuo así marcado sufre un doble proceso, por una parte es reconocido con una identidad propia saliendo de una situación de no asignación a la que frecuentemente remiten los grandes grupos y por otra «paga» esta identificación al ser depositario de la agresión grupal. La detección de estas personas y la comprensión de los fenómenos implicados nos puede dar una perspectiva de la evolución grupal.

Podemos ejemplificar esta situación con el caso de M.P. Las tres primeras crisis grupales que suceden en nuestra evolución son protagonizadas por la misma trabajadora. Por tres veces la crisis se estructura en torno a la satisfacción voraz de la ansiedad oral y la necesidad del grupo de controlarla.

Mientras que en el primer caso el conflicto se establece entre la demanda de alimento de la sujeto y el control del grupo que la connota como excesiva. Es decir, ella quiere tomar una tercera tostada para lo cual hay que abrir una lata grande de Foiegras que se podría estropear al ser Viernes y no contar con nevera y las encargadas de cocina se lo niegan.

En la segunda crisis la misma sujeto se auto-restringe su demanda de alimento imponiéndose un régimen de adelgazamiento y abasteciéndose por cuenta propia (se traía los pomelos, el pan y el aceite de su casa y no quería pagar el desayuno grupal). Entonces la crisis se estructura por la necesidad del grupo de que aunque haya un control de la voracidad personal, haya también una grupalización de la satisfacción. Así, se le exige que pague el fondo del desayuno y se le traerán los pomelos del fondo grupal. Tras esta crisis el grupo acepta la variedad en la satisfacción de las de las necesidades y se empiezan a traer desayunos más apetitosos.

En el tercer caso el grupo se plantea controlar la voracidad en la adquisición de materiales de uso grupal. El cambio se produce en la medida en que el sujeto a alimentar es el grupo y el sujeto que trata de calmar la ansiedad es el mismo protagonista de los dos casos anteriores, M.P.

2) El sujeto se coloca al margen de la normativa grupal y el grupo acepta dicha conducta.

3) El sujeto se coloca al margen de la conducta grupal y el grupo trata de forzarlo a que acepte esa normativa.

Ambos supuestos pueden ser entendidos en la línea que trabajábamos en el apartado anterior.

B.-3. DESEO-DEBER

Podemos entender en cualquier situación grupal la tensión existente entre la satisfacción de los deseos y el cumplimiento del deber como dos fuerzas contrarias que pueden establecer entre sí un diálogo flexible y creativo o pueden

estancarse en posiciones extremas rígidas o caóticas. Consideramos la rigidez como un aspecto defensivo de naturaleza obsesiva ante las ansiedades psicóticas. Y, el caos como resultado de una omnipotencia maníaca que trata de actuar la satisfacción del deseo.

Es el caso del uso que se hace de la cocina en un momento de caos donde los pacientes entran y satisfacen sus deseos orales en cualquier momento evitando los mecanismos más socializadores de confeccionar las comidas por turnos y comer todos juntos. La respuesta de los trabajadores es cerrar la puerta de la cocina con una llave que solo ellos manejan. Entendemos esta actuación como un mecanismo de control obsesivo que solamente impide la satisfacción de la voracidad pero al no permitir que esa necesidad se exprese y pueda ser modificada no posibilita el aprendizaje sobre esa necesidad, sino que solamente la controla o impide su realización. Así aumenta el poder de los trabajadores sobre los pacientes (manejo de la llave) y hace más «cómoda» la tarea, pues la barrera física tacha la conducta sintomática, que de otra forma debería ser afrontada personalmente.

C.- HIPOTESIS DINAMICA

Partiendo de los tres puntos de análisis antes citados y desde la experiencia de este año y medio de funcionamiento podemos realizar la siguiente hipótesis dinámica.

En un principio, nuestra identidad grupal se establece en relación a unos otros (los pacientes) que aunque tardan en llegar casi un año, desde el principio están investidos de una fantasmática. Transferimos a ellos toda una serie de elementos que a su vez nos permiten identificarnos como grupo. Esta transferencia va sufriendo modificaciones debido a un trabajo grupal intenso antes de la inauguración que va permitiendo que los elementos depositados en el lugar de los locos y que hablan de nuestras propias locuras, pierdan su carácter más patógeno (se modifica la depositación de aspectos destructivos en la figura del loco) mientras que aumenta el reconocimiento de nuestras propias locuras.

En el momento de ingreso de los pacientes se produce un diálogo entre el lugar fantasmático que los trabajadores le adjudican y la contra-respuesta de ellos a esta situación. Ante esta contra-respuesta de los pacientes, los trabajadores redefinen el lugar de los pacientes y su propio lugar, permitiéndoles a los pacientes una nueva contra-respuesta a esta nueva situación. En la medida en que tal diálogo va siendo móvil, los elementos patológicos contenidos en cada

una de las respuestas van «mejorando», se van desbloqueando de la obsesión de repetición.

Con todo ello formulamos la siguiente hipótesis:

Los fenómenos grupales que se producen en la Comunidad Terapéutica son producto del juego de interrelación entre pacientes y trabajadores, juego que se inicia ya antes de la llegada de los pacientes. La movilidad de este proceso en el que la definición del lugar del paciente y del trabajador es continuamente modificada, va permitiendo la evolución de su patología y el aumento de la salud mental de los trabajadores. Los estancamientos de la patología o de las interacciones nos informan de la detención del proceso; la movilidad de los procesos grupales o de las patologías individuales nos informan de la capacidad terapéutica de la experiencia. Los cambios en las conductas y actitudes de los trabajadores apuntan en el mismo sentido.

D.- MOMENTOS EVOLUTIVOS SIGNIFICATIVOS EN LA HISTORIA DEL GRUPO

Intentaremos seguir la historia del grupo exponiendo los momentos en que se pone de manifiesto este juego de lugares y las soluciones que se han intentado poner en práctica para desbloquear la trama social en la que participamos pacientes y trabajadores. Esta historia tiene un amplio prólogo en cómo el grupo de trabajadores a ido elaborando sus propias locuras y momentos de crisis constituyéndose como un grupo con un potencial curativo.

Con el fin de aclarar la exposición, dividiremos la historia en dos grandes bloques: antes de la llegada de los pacientes y después de su llegada. A su vez, cada uno de estos bloques irá dividido en etapas atendiendo a su dinámica eligiendo la perspectiva (de las tres anteriores) que resulte más clarificadora en cada caso concreto. Titularemos cada etapa eligiendo palabras o frases que tuvieron relevancia en cada momento y han pasado a ser parte de la producción cultural de nuestro grupo.

I. FUNCIONAMIENTO PREVIO A LA APERTURA DE LA CASA COMO LUGAR DE INGRESO. (1-X-89 al 5-VIII-90)

De una forma general podemos considerar la problemática del poder en la comunidad terapéutica como jugado básicamente a cuatro niveles que se identifican en función de la contratación administrativa de cada uno de los grupos.

(A) Depositación del saber (prestigio y poder) sobre los técnicos superiores. Estos son los que pueden llevar asambleas, grupos de cierre, terapias familiares, etc. La depositación del poder sobre los técnicos superiores está determinada por un triple discurso:

1- El de la contratación administrativa que los coloca en la posición de ser valorados de 3 a 4 veces más que el escalón de los monitores y auxiliares. El prestigio y los signos de poder social que esto provoca también transitan en nuestra comunidad.

2- El ser reconocidos como expertos en el uso de técnicas terapéuticas y tener un mayor conocimiento teórico-práctico sobre la psicosis. Desde ahí son fácilmente colocados en el lugar de responder a las preguntas «¿Qué hacer?».

3- Factores individuales de estructura caracterológica que determinan una mayor o menor necesidad de prestigio, aprobación social, etc.

Esta triple determinación marca una depositación y una dinámica de remanso de poder en este quinteto básicamente aceptada y permanentemente discutida por todos.

(B) Reconocimiento de los monitores como un segundo estamento de saber y poder. Casi todos los terapeutas individuales son monitores, realizando también algunas coterapias familiares. Sus posiciones en la casa vienen determinadas por dos cuestiones.

1- Tienen un nivel de reconocimiento económico por el S.A.S. igual al de celadores y auxiliares (el más bajo de la casa).

2- La mayoría de ellos son psicólogos con algún aprendizaje en el manejo de técnicas de psicoterapia aunque no tengan o tengan poca experiencia en su aplicación práctica.

El interjuego de ambos factores y la contradicción entre su capacitación personal y su reconocimiento administrativo y social dentro de la comunidad les coloca en una posición difícil, que se ve aumentada por las rivalidades y la lucha por el prestigio y el lugar de poder-saber, dentro del mismo grupo y ante los demás grupos de la casa (auxiliares-celadores, DUE, técnicos superiores, etc.)

(C) Existencia de un lugar de desposesión de conocimiento y poder sobre los D.U.E.

La posición jerárquica respecto a los auxiliares y celadores común en la asistencia sanitaria en nuestro país no se produce en la C.T. Ello, unido a su incorporación al trabajo bastante posterior a la de los auxiliares les pone en una situación de menor manejo de habilidades en grupo que aquellas. Este conflicto cristaliza en el pedido de un lugar real de ejercitación de sus funciones (el botiquín) que es rechazado por la asamblea por ser el único espacio de uso profesional existente en la casa. Ante dicho rechazo y debido a la indefinición del rol se sitúan en una posición «volante» donde llevan un turno diferente al del resto de la casa. Quedando como función suya el dar medicación y sólo en algunos casos se integran en el rol de tutor, caracterizados como personas que se ocupan de la atención a los déficits de habilidades sociales y de autocuidado de los pacientes; trabajo que se realiza de forma individualizada, de forma que pasa por trabajos tan distintos como ocuparse del aseo personal de un paciente, de que otro abra una cuenta corriente, y aún otro más aprenda a utilizar su tiempo de ocio; función que ejercen en su mayoría auxiliares y celadores y sólo en dos casos que tienen experiencia en el tratamiento de pacientes se toma la función de terapeuta individual.

(D) El grupo básico de auxiliares y celadores, que puede asumir con comodidad una posición de no saber y no poder, que a su vez le permite una mayor eficacia y soltura en las acciones y una mayor apuesta sobre sus posibilidades de aprendizaje. Este grupo está constituido por personas que no contaban con ningún tipo de aprendizaje o experiencia en psiquiatría así como de experiencia en trabajo grupal. El comienzo del trabajo en grupo provoca en este colectivo una fascinación por el descubrimiento de los procesos grupales y su implicación emocional. Esa fascinación alimenta la voracidad y determina la fantasmática de la C.T. como un lugar paradisíaco de satisfacción de deseo (descrito por Anzieu como ilusión grupal).

Los momentos en que se producen las diferentes contrataciones y el número de personal contratado en cada instante de cada nivel estructura la evolución fantasmática del grupo, atendiendo a lo cual podemos identificar distintas etapas dentro de este primer bloque.

1. EL DESCOLOQUE (1-X-89 al 1-III-90)

Esta etapa se caracteriza por la existencia de tres técnicos superiores. Dentro de ella distinguimos varias sub-etapas.

1.1 La tosta y los pomelos (hasta febrero), caracterizada por la no contratación, primero, y el retraso del cobro, después, de los monitores de la casa. En estos primeros momentos el grupo estaba constituido por el jefe, 2 técnicos superiores, 7 auxiliares, 1 celador, y 1 T.O. Los monitores, aunque asistían a la formación y grupos aun no estaban contratados. Desarrollamos tres crisis relacionadas con la voracidad oral y que ya describimos en el punto referente a la individualidad y el grupo (B.-2.).

Esta posición voraz del grupo se halla relacionada tanto con la fascinación del grupo de auxiliares con los procesos grupales, de la que ya hablamos anteriormente, como con la asistencia del grupo de monitores al trabajo previamente a ser contratados.

1.2 Quiero comerte el hígado y hacerte llorar porque oírte llorar me consuela. (1-II-90 al 1-III-90) Este período se caracteriza por la búsqueda de prestigio y reconocimiento por parte de los monitores ya contratados y pagados, y porque una de los técnicos superiores coge baja maternal y es sustituida por su marido.

Es un período donde se gestan rivalidades muy fuertes relacionadas con la necesidad de afirmación, prestigio y reconocimiento grupal que, aunque afecta a todos los estamentos, implica más directamente a monitores y técnicos superiores. Así, se atasca el proceso de formación por la necesidad de situarse en el lugar de quién puede dar la formación y dificultad en posicionarse en el lugar de necesitar aprendizaje. Al mismo tiempo comienza una preocupación por el control de la suciedad (agresividad) se habla de las aguas residuales y los pipis del perro.

Esta etapa termina con un trabajo grupal que denominamos el «viaje al olimpo» y que sitúa a los trabajadores de la casa en tres posiciones claras y varias posiciones distintas de personas que se sitúan fuera de aquellas. Los nombres de las distintas posiciones fueron tomados humorísticamente de las tragedias griegas, éstas serían «el coro» que está constituida por auxiliares principalmente; «los héroes» básicamente constituido por monitores, que eran personas que estaban en camino hacia el olimpo, hacia llegar a ser, siendo acompañados, animados o compadecidos en su trayecto por el coro; y «los dioses» que está constituido por los técnicos superiores, un celador y dos auxiliares que se definen como aquellos que son capaces de estructurar situaciones de juego y obtener placer en el lugar de trabajo.

2. EN LA CORTE DEL REY ARTURO (Segunda etapa 1-III-90 al 1-V-90) Esta etapa se caracteriza por un período de enfrentamiento entre los dos únicos técnicos superiores que quedan en la casa y el fracaso de los recursos intermedios (personal de otros estamentos, técnicas de trabajo grupal, etc.) para aliviar esa tensión. Ante esta situación la reacción del grupo es de eludir los momentos de intercambio o encuentro emocional con el objeto de impedir la confrontación. Por otro lado, el equipo se fragmenta y se acentúa el trabajo hacia fuera; trabajo que en este momento se relaciona con el ingreso de los pacientes en régimen de hospital de día.

La eclosión del enfrentamiento entre los dos técnicos superiores se produce de una forma que denominamos «Rebelión a bordo» y que consiste en que, en un momento en que el jefe no se encuentra presente hay «Un golpe de estado» en el que el otro técnico superior califica de locuras la idea del jefe de que los «Héroes» puedan llegar a ser «Dioses». Ante esta posición de enfrentamiento el grupo encuentra en una auxiliar una líder fóbica cuyo mensaje es «Evitemos la confrontación», pretendiendo cuidar al grupo del sufrimiento que esto conlleva para todos. Esta situación culmina en un día que se plantea utilizar el espacio dedicado a la reflexión del grupo sobre sí mismo a hacer «nada»; esta situación de atascamiento y ataque a la tarea persiste durante dos meses y queda reflejada en esta nota, aparecida en el diario de la Comunidad (que es redactado rotatoriamente por los miembros del equipo) tras varios días en que no se escribe nada.

28 de Marzo de 1990.

«Tenemos Asamblea-stop. Talleres y organización de las tareas de la casa y visualizar obras, fallos y faltas-stop. Yo me reúno con Antonio Rincón para ver a Angel-stop. De 13 h a 15 h reunión del equipo de corrección-stop». TONI

Que graciosa eres

stop

Antonio.

La nominación de esta etapa como «En la Corte del Rey Arturo» surge en la crítica del Técnico Superior al Jefe del cual dice que delira como el Rey Arturo capaz de armar caballeros con su palabra. El trasfondo de esta crítica se relaciona con la posibilidad de que los trabajadores puedan hacer lo que desean o solo aquello para lo que están capacitados, y el problema sería ¿Quién determina su capacidad?.

3. EL ASESINATO DEL COCINERO,
O ESPLENDOR SOBRE LA HIERBA. (Tercera etapa 1-V-90 al 1-VIII-90)
Que se caracteriza por el crecimiento del equipo, que se duplica, y el desbloqueo de los espacios establecidos para el trabajo sobre los aspectos emocionales del grupo de trabajadores. Es en uno de estos espacios en el que se monta la historia del cocinero asesinado. En un grupo centrado en el grupo (que se hace después del parón descrito en la etapa anterior) que es llevado por el jefe y la nueva técnico superior, tras un largo silencio, uno de los trabajadores titula la situación como «Esplendor en la hierba» a partir de ahí el grupo hila una historia que versa sobre un grupo de aristócratas que están en una mansión cuyo dueño no conocen y cavilan sobre la muerte del cocinero que ha aparecido acuchillado en la cocina y que resultaba ser el amante de todas las mujeres que eran unas insatisfechas y de todos los hombres que eran impotentes. Se determinan dos grupos a partir de ahí, unos que quieren descubrir quién mató al cocinero y pararlo todo hasta que se descubriera el asesino, y otros que quieren recogerlo todo y preparar la comida.

Con ello el grupo parece estar elaborando la fantasía de la muerte de un padre omnipotente totémico y nutricional. A través de esta elaboración el grupo expresa la salida de un lugar de dependencia y angustia por la culpa de la crítica a ese lugar. Este comienzo de elaboración se remata dos semanas más tarde con el grupo de «Los Chochones» que se plantea en este caso desde los coordinadores del grupo, como una tribu de indios donde ha muerto el jefe y hay un problema de sucesión. A través del juego el grupo encuentra una solución: elaborar una poción mágica que sirve para ser jefe y poder dar una orden, y una segunda poción que sirve como antídoto. Se invita a todos los miembros del grupo a estar por un momento en el lugar de la autoridad, y poder dejarlo.

El grupo, tras establecer una posición de agresividad hacia el candidato a líder, posición que impide que nadie ocupe dicho lugar, establece la posibilidad de un liderato rotatorio y habla de lo peligroso de la adjudicación continua del rol que puede llevar a su protagonista a la locura. Esta nos parece una interacción creativa entre el deseo y el deber, se puede entender como una componenda entre cada individuo y el grupo. Por último representa una respuesta de horizontalidad en la distribución del poder, a nivel simbólico a través del juego el grupo parece que encuentra una solución a la crisis relatada anteriormente. En estos momentos se plantea la apertura de la casa como hecho inminente y las resistencias a ello. Es muy patente la diferencia entre «Viejos» (la parte del equipo que llevaba nueve meses trabajando) y «Nuevos» (casi la mitad del

equipo tiene una contratación reciente). Estos se enfrentan a aquellos desde una posición de envidia, parte de esta respuesta envidiosa se relaciona con una recuperación de la fantasía de la comunidad como un lugar paradisíaco de satisfacción de necesidades, fruto de los últimos trabajos grupales. Esta posición de envidia, unida a la resistencia al cambio como miedo a la nueva labor y duelo por la situación perdida, es actuada a través de los problemas para acordar un turno de trabajo que concilie las necesidades individuales y las profesionales y por tanto, las dificultades para afrontar la apertura de la casa como lugar de ingreso.

II. LA INAUGURACION DE LA CASA COMO LUGAR DE INGRESO Y EL INTER JUEGO CONTINUO PACIENTES-TRABAJADORES. (Desde el 6-VIII-90)

1.- VACACIONES EN TORREPALMA

El momento de la apertura es vivido como una especie de veraneo, un lugar donde disfrutar y descansar, tanto por pacientes como por trabajadores; esta sensación está en línea con la que comentábamos anteriormente de la recuperación de la fantasía de la Comunidad como lugar de satisfacción de deseos. Ello se relaciona con una negación maníaca de la enfermedad, modificándose la posición por nuestra respuesta en la que se les señala la negación que hacen del motivo de su estancia allí (se trata de psicóticos graves, resistentes a tratamiento, estancados en su patología y con problemas de segregación y/o aislamiento social). Tomando conciencia de como su patología les impide el disfrute del paraíso que vivimos nosotros. Con ello se establecen las bases del siguiente momento de ataque envidioso hacia nuestro lugar.

2.- TORREON-TORRENETE-TORRENETEAR

Este tránsito fantasmático de la negación maníaca a la envidia sucede en apenas una semana. El ataque envidioso señala la ocupación de espacios únicamente por los trabajadores. La crítica es cada vez más agresiva y referida al único espacio de uso exclusivo por los trabajadores (el Torreón). En nuestra cultura grupal había surgido la palabra «torrenete» para denominar los genitales femeninos y el neologismo «torrenetear» para la acción de retirarse al torreón en reunión. Simultáneamente los pacientes llenan de contenido fantástico sexual nuestras reuniones en el torreón, que son orgiásticas y de cuyo disfrute ellos están excluidos. Llama la atención la coincidencia de la fantasía de los pacientes y el significado del neologismo acuñado por los trabajadores, llenándose el mismo lugar de contenidos eróticos que son ajenos al uso real que

se le da. Esta erotización puede estar relacionada con que todos los pacientes ingresados eran varones, hay muchas mujeres jóvenes entre el personal, se trabaja sin uniforme, era verano y utilizabamos la piscina etc. Nuestra respuesta inmediata a esta agresión es la de sentimientos dolidos por la falta de valoración de nuestro trabajo y la falta de gratitud hacia la oferta de un lugar donde el paciente es conocido y valorado.

La posibilidad de comprender la interacción entre nuestras actitudes y la de los pacientes, que se posibilitó en un trabajo grupal conjunto pacientes-trabajadores, utilizando la técnica de la pecera permite una relajación de la tensión de los trabajadores (y un trato de reconocimiento y aceptación de la identidad de los pacientes) y en éstos permite el reconocerse en un lugar donde su agresión no provoca una contra-agresión y un movimiento de segregación, sino una respuesta que permite un sentimiento de auto-reconocimiento y afirmación que es llevado a su extremo en el siguiente momento.

3.- YO SOY EL DUEÑO DE ESTE CORTIJO Y TU ME QUIERES AUNQUE ME DIGAS QUE NO

Se trata de un momento de actitud de afirmación maníaca y de competitividad con los trabajadores. El título que le ponemos a esta etapa hace referencia a los emergentes de la situación reflejado en el contenido delirante de dos pacientes que culminan en un período de muchas agresiones entre ellos y a objetos, sean de uso personal o de uso de la casa.

Entendemos este período como dominado por una afirmación maníaca agresiva (tomamos aquí manía en el sentido Kleiniano de defensa maníaca contra los sentimientos depresivos de dependencia como un intento de control-triunfante y despreciativo de los trabajadores). Eso los imbuye de un sentimiento de omnipotencia maníaca sobre el que se estructura el discurso delirante. Así Miguel es el dueño del cortijo, heredado de un antiguo protector (fantasía de padre bueno poderoso) y tiene 700 millones que el jefe le ha robado. Así también, José Luis es amado por las bellas psicólogas, y su amor vence saltando todas las barreras (incluyendo las negativas de ellas).

Los trabajadores desarrollan un intenso sentimiento de impotencia ante la omnipotencia de los pacientes, «Si ese es su deseo, qué puedo hacer yo»; intervenir es vivido como peligroso, no gratificante, pues ahí el trabajador no aparece como un dador de cosas buenas sino como un cuidador psiquiátrico (loquero) cuya labor es restringir los deseos del loco.

El Torreón se convierte en un espacio de huida. Es un momento de crisis entre los trabajadores («Esto es una mierda horrible») que se comportan como si el deseo del paciente fuera su ley.

Desde este sentimiento agudo de impotencia sólo puede mantenerse en el centro el sentimiento de omnipotencia, no existiendo posibilidad de cambio y estancándose el proceso; de ahí que aparezca como necesario aumentar el poder de los trabajadores a cualquier precio. Es en este momento donde aparece un aumento del autoritarismo, las normativas y los límites.

4.- EL CONTRATO TERAPEUTICO Y LOS LIMITES

Se comienzan a debatir en las asambleas las agresiones y se toman medidas. Al principio estas medidas se boicotean por el mismo grupo de trabajadores (no evaluándose su eficacia ni manteniéndose su continuidad). Ello parece signo de la dificultad de los trabajadores para hacerse cargo de ese poder. Aparece el contrato terapéutico como una solución mágica, que resuelva el problema: «Dime que quieres que yo intervenga, que ese es tu deseo». Es un intento de que el deseo del loco sea aceptar el deber de cumplir con la prescripción terapéutica. Con todo ello va aumentando la autoridad de los trabajadores que raya con el autoritarismo. Estableciendo varios mecanismos de control. Como el cerrar la puerta de la cocina (movimiento del que hablabamos antes).

5.- MATRIMONIOS Y DIVORCIOS

Simultáneamente a que los trabajadores se hacen cargo de su propio poder y lo ejercitan, los pacientes comienzan a follar. Es decir, buscan la satisfacción de sus necesidades de poder, valía, etc. en el sexo y no en su competencia con los trabajadores. En este momento el número de mujeres ingresadas es igual al de hombres. Las relaciones sexuales toman todas las variantes posibles. Se tiene constancia de relaciones homosexuales entre mujeres, masturbaciones y cambios continuos de pareja.

Ante ello los trabajadores sufren una primera reacción que podríamos denominar como «Parálisis recatada» pues apenas nos atrevemos a poner de manifiesto las observaciones que se tienen de estas conductas. Quizás nos sentimos liberados de la competitividad de los pacientes y contentos de que estos deseos puedan ser satisfechos. Ello evoluciona hacia un reconocimiento de la sexualidad como lugar de conflictos y al tratamiento del tema en grupos, asambleas e intervenciones individuales puntuales. El establecimiento de rápidas relaciones de pareja es denominado por Olga como casamiento y calificado de divorcio la disolución de esta relación, hecho que puede tener

lugar en el poco tiempo que dura una actividad grupal. Una vez más, en el grupo de los trabajadores se produce un fenómeno parecido. Estructurando una nueva organización de la casa a través de la creación de tres parejas heterosexuales de técnicos superiores. La verborrea que desarrollamos los trabajadores es casi literalmente la utilizada por Olga.

Como explicación a estos fenómenos no creemos en la contaminación de un subgrupo a otro, sino más bien en la existencia de una fantasmática común, que es tomada por los trabajadores como un juego y por los pacientes como un delirio debido a su déficit de simbolización.

La última respuesta del grupo de pacientes a esta situación culmina en una crítica al lugar de la locura (realizándose una depositación de la locura grupal en Olga y Rodolfo, los dos pacientes a los que consideran más locos) y una búsqueda de otros espacios y relaciones más socializados, punto en el que nos encontramos actualmente.

DIEZ AÑOS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL URIBE COSTA por José M. Ayerra, José Luis López y Oscar Martínez

INTRODUCCION

Los siguientes tres trabajos parten de la experiencia desarrollada desde hace aproximadamente diez años, en la Unidad de Adultos del Centro de Salud Mental Uribe-Costa (Vizcaya).

El primero de ellos, desarrollado por el Dr. José Ma. Ayerra, intenta dar una visión de conjunto más ideológica de la institución, al igual que el enfatizar los enormes costes personales y profesionales que han de soportar los diversos miembros del equipo. El encarar la asistencia psiquiátrica incluyendo dimensiones, que aunque tenidas en cuenta en otros países, son todavía en la oferta asistencial pública de nuestro país una visión poco frecuente, suscita un cuestionamiento de otras estructuras asistenciales más tradicionales.

El segundo, del Dr. José Luis López Atienza, aporta una visión concreta de una parte de la institución, el Hospital de Día, cuya ideología es la de Comunidad Terapéutica Psicoanalítica. En él se exponen las diversas razones que sostienen y fundamentan este abordaje como imprescindible a la hora de encarar la patología grave, apuntando a una intervención causal más profunda que la meramente sintomática.

El tercero, del Dr. Oscar Martínez Azumendi, pretende exponer parte del trabajo diario tal y como se desarrolla en el Ambulatorio de Psiquiatría de Adultos del Centro. Este trabajo introduce la dimensión comunitaria como siempre presente en nuestros abordajes, al entender al Centro de Salud Mental como un punto nodal particular de la compleja matriz social. Para ello, tomaremos algunas de las características más sobresalientes de la Comunidad Terapéutica e intentaremos desarrollarlas en base al trabajo del propio centro de Salud Mental.

«COMUNIDAD TERAPEUTICA ¿REALIDAD O FICCION?» por Dr. José Ma. Ayerra Balduz

Es de la experiencia práctica, de los costes personales y profesionales en el desarrollo de una institución extrahospitalaria como la nuestra, Uribe-Costa Salud Mental, de lo que voy a hablar en este artículo.

Nuestra institución cuenta ya con una vida de diez años. En la actualidad la

ideología que subyace y condiciona tanto su estructura como su funcionamiento, provienen fundamentalmente del psicoanálisis, del grupo análisis, aplicado a pacientes, familias, instituciones, etc. y de comunidades terapéuticas orientadas psicoanalíticamente. Si bien hoy día la concepción grupal, la intervención en la comunidad, las intervenciones familiares sistemáticas, el trabajo en equipo, etc. son una realidad cotidiana en nuestra vida institucional, eso no ha sido siempre así, sino que es la resultante de un largo y complicado camino lleno de contrariedades y de sufrimientos, contrarrestados por el proceso personal y profesional de crecimiento compartido que a cambio hemos obtenido quienes nos implicamos en su desarrollo. Cuántas veces me he dicho y hemos comentado «cuánto aprendemos» para a continuación y de forma inmediata añadir: «sí, pero a qué coste...».

Aunque, cronológicamente diez años parezcan un intervalo de tiempo corto, han sido de tal intensidad y han estado jalonados de tantos acontecimientos, que creo que parte de mi dificultad para escribir actualmente tenga más que ver con una digestión todavía no realizada, que con cualquier otro acontecimiento y, es que he de reconocer que en nuestro contexto social e institucional la velocidad ha sido tan vertiginosa que la sensación de tiempo interno es mucho mayor que el tiempo real transcurrido.

En sus orígenes, el señuelo que nos atrajo a esta institución fue fundamentalmente el crear una institución comunitaria moderna, donde las perspectivas psicoanalíticas y grupoanalíticas tuvieran cabida, al igual que el tener en cuenta el contexto e intervenir en él.

Para la inmensa mayoría de los componentes de los equipos había un segundo elemento sobreañadido, y es el acceso por primera vez a un puesto de trabajo remunerado.

Pronto nos encontramos treinta trabajadores contratados prematuramente, sin una estructura física preparada, con una diversidad de corrientes teóricas (la heterogeneidad enriquecedora), con una multiplicidad de estatus profesionales: ATS, Asistentes Sociales, Sociólogos, Psicólogos, Psiquiatras, etc., con la consigna de hacer algo que nadie sabía bien en qué consistía: «psiquiatría comunitaria», «trabajo en equipo», «concepción moderna y diferente», «trabajo con médicos de asistencia primaria», «apoyatura a otras instituciones». No eran más que meros conceptos vacíos de significado en aquellos primeros momentos.

Sin entrar en pormenorizar aquí los múltiples factores que intervinieron haciendo posible la creación de esta institución, conocida popularmente entonces como «horrible Costa en vez de Uribe-Costa», sí creo conveniente resaltar algunos aspectos concretos de su origen y desarrollo.

Nuestra institución nace justamente en los momentos sociales de la transición, donde todo el País proclama lo nuevo tratando de alejarse rápidamente de todo lo pasado, de la dictadura, tan rápidamente como engañosamente; hacía poco tiempo que todos nos habíamos hecho demócratas por decreto, la pedagogía que se impartiría en los colegios sería una pedagogía democrática, la... En este contexto nuestro decreto era hacer algo que no sabíamos muy bien en que consistía pero que por supuesto tenía que ser diferente a todo lo hecho hasta entonces.

En aquella euforia de lo nuevo pronto aparecieron los problemas viejos, encontrando en los conflictos interpersonales su máxima expresión; de la resolución positiva de algunos de estos conflictos a lo largo del tiempo, pudimos acceder a nuevas experiencias ya enunciadas en un principio. Nos dimos cuenta que «la cabeza siempre va unos metros por delante de los pies» y es que, si bien el primer momento de todo acto creativo pasa cuando alguien es capaz de concebir las cosas de otra manera, el camino para la materialización de esas ideas es árduo y solo algunas de ellas pasan del mundo de la fantasía a la realidad materializando un cambio.

En un principio, la institución se diseñó con tres equipos asistenciales:

- Psiquiatría de Adultos:
 - . Ambulatorio de Psiquiatría General
 - . Hospital de Día
- Toxicomanías
- Un Equipo de Psiquiatría Infantil

Y una Oficina de información y coordinación de actividades comunitarias y una parte administrativa. Posteriormente quedó en un Equipo de Adultos, otro Equipo de Infantil y una parte administrativa.

En este apartado mencionaré los elementos que considero han sido los fundamentales para posibilitar nuestro desarrollo:

A.- ESTAMENTO POLÍTICO

En un principio los límites institucionales eran prácticamente inexistentes. Las ingerencias eran de todo tipo, el ir estructurando cauces de comunicación, lugares de encuentro, ha sido de vital importancia para nuestro desarrollo. El cambio cualitativo vino cuando entendimos, a sugerencia de un compañero con amplia experiencia institucional, que resumía así la situación en que nos encontrábamos: «tenéis a los políticos fuera meando dentro, hay que invertir este proceso incluyéndoles dentro de la institución para que meen fuera».

Creo que fundamentalmente el haber preservado espacios dentro de la propia estructura para los políticos municipales, al igual que el haber formalizado reuniones periódicas con los máximos responsables municipales en sus propios Ayuntamientos, junto con el hacer llegar a las personas significativas cuantos documentos considerábamos necesarios para hacer un seguimiento de los avatares institucionales. Todas estas medidas, además de posibilitar la adecuación de la estructura a nuestros objetivos, haber resuelto un sinfín de desajustes organizativos y económicos iniciales, haber ayudado a la modificación de actitudes y a la toma de conciencia de los problemas derivados de la atención a la salud mental comunitaria, sus repercusiones finales han sido un aval y un respaldo a nuestros objetivos.

B.- GENERAR UNA ESTRUCTURA ABIERTA

Remitiría en este punto a mi trabajo que con el título «Consortio Uribe-Costa. Un Servicio de Psiquiatría Comunitaria», presenté en las VI Jornadas Nacionales de Dirección de Asistencia Psiquiátrica, celebradas en Jaén, en Abril de 1987 y que pongo a disposición de cualquier persona interesada en el tema.

C.- ESTAMENTO TÉCNICO

El diseño de lugares formativos para los miembros de nuestro Equipo fueron de vital trascendencia. Igualmente que en el apartado anterior, remitiría al lector al tercer punto del mencionado trabajo titulado «Aspectos formativos».

Quizás, añadir que aunque los objetivos iniciales planteados estaban lejos de nuestras posibilidades reales, con el tiempo hemos podido mantener una oferta asistencial que incluya, no sólo los efectos cristalizados de un sufrimiento psíquico, sino objetivos psicoterapéuticos posibilitadores de un cambio estructural más en profundidad de nuestros usuarios.

En un principio, nuestra oferta asistencial incluía y jerarquizaba modelos

individuales de psicoterapia de orientación dinámica, en la actualidad sin haber renunciado a estos objetivos, los modelos individuales han sido mayoritariamente sustituidos por modelos grupales, no sólo por un tema de cantidad (la lista de espera ha sido un problema importante a lo largo del tiempo, no así actualmente), sino que por una infinidad de ventajas que las psicoterapias grupales tienen, implementadas en un servicio público (la continuidad de los tratamientos, la disminución de los riesgos iatrogenizantes de terapeutas noveles, el acortamiento de los procesos terapéuticos, el acceso a las experiencias correctoras en la realidad que el grupo ofrece, etc.).

Ni que decir tiene que en el abordaje de la patología más grave, neurosis graves, borderline o pacientes fronterizos y psicosis, es la integración de una multiplicidad de recursos, implementados en el contexto del Equipo Terapéutico que actuará a modo de familia sustitutiva, y que armonizará en sus múltiples reuniones la coherencia final de dichos recursos, que tienen en cuenta desde la dimensión individual, grupal, familiar y multifamiliar.

D.- OBJETIVOS COMUNITARIOS

Con el paso del tiempo hemos ido abandonando la idea tradicional de esperar en el despacho pasivamente la llegada de pacientes con síntomas, expresión de un sufrimiento psicofísico de larga data. Mi convencimiento y el de la mayoría de los componentes de mi equipo es que «el poder patogénico del contexto actual es mayor que el terapéutico reconstitutivo de cuantos equipos psiquiátricos podamos crear». Ello nos ha llevado a ir adquiriendo más y más experiencias en intervenciones con agencias comunitarias y otras instituciones de la comunidad, al igual que el diseñar espacios de encuentro con médicos de familia, médicos generales, pediatras, asociaciones de afectados por la droga, familiares de deficientes psíquicos, asociaciones de deficientes psíquicos, geriátricos, asilos, colegios, etc.

Poco a poco, las palabras inicialmente vacías de unos objetivos que no eran sino ideas anticipatorias, se han podido hacer realidad, estando hoy en nuestra institución tan incluidas en la matriz que han pasado a ser constitutivas de nuestras señas de identidad más íntimas.

No ha sido fácil nadar contra corriente cultural. En la actualidad un nuevo reto se ciñe sobre nosotros y es la integración en una estructura más amplia llamada OSAKIDETZA. Sus primeros efectos ya se han dejado sentir pero creo que es todavía prematuro el pronosticar cuáles serán los efectos finales. Una vez más,

la incertidumbre, fiel compañera de todo nuestro viaje institucional, hace su aparición poniendo en cuestionamiento lo más íntimo de nuestra propia existencia, pero quizás llega tarde, pues ya en este momento muchos de nosotros hemos tenido la oportunidad de acceder a una multiplicidad de experiencias nuevas, que contradicen muchas de las ideas hoy predominantemente admitidas en torno a la enfermedad mental, sus orígenes y las diversas maneras de abordaje posible.
Getxo, 26 de Marzo de 1991.

«EL HOSPITAL DE DÍA COMO COMUNIDAD TERAPEUTICA PSICOANALITICA»

por Dr. José Luis López Atienza

El Hospital de Día del Consorcio Uribe-Costa, tiene una antigüedad de nueve años, los mismos que el Centro de Salud Mental donde se encuentra incluido. Para tener una referencia más real, el Hospital de Día es un recurso terapéutico desarrollado dentro del propio C.S.M. junto a otros recursos asistenciales como son: la Unidad de Psiquiatría Ambulatoria de Adultos, la Unidad de Toxicomanías y el Club Socioterapéutico.

El Hospital de Día se creó internamente (no fue dotado específicamente como tal Unidad) como iniciativa de su Jefe de Servicio (Dr. José Ma. Ayerra) y con el apoyo del Equipo Asistencial. Dicha creación y su posterior evolución y desarrollo ha tenido que ver con distintas necesidades asistenciales, que en el transcurso del tiempo se han ido suscitando. La asunción, desde la Unidad de Ambulatorio, de la patología mental grave empezó a requerir de una estructura que permitiera un abordaje más intenso y contenedor. Pero aquí nos encontramos con el aspecto más esencial a la hora de poner en funcionamiento un nuevo recurso terapéutico y es la experiencia humana y profesional de las personas que lo van a desarrollar. Este es el pilar fundamental a la hora de configurar cualquier respuesta asistencial. El núcleo central de este Equipo pasó por una serie de experiencias y acontecimientos vitales y profesionales previos que condicionaron la creación y sobre todo la posterior evolución de este Hospital de Día.

Dichas experiencias vitales acontecieron en un medio hospitalario psiquiátrico (manicomio tradicional) con una orientación de psiquiatría biológica, abordaje comunmente utilizado. Ambos modelos asistenciales, en seguida nos hicieron

comprender que los seres humanos y sus conflictivas tanto internas como externas no podían ser comprendidos ni atendidos desde esas perspectivas terapéuticas, y no sólo desde una comprensión científica, sino más bien, porque nuestros seres humanos puestos allí en juego en dichos ambientes, no encontraban respuestas adecuadas a las necesidades más básicas.

El manicomio impregna sus respuestas asistenciales de la cronificación y melancolía (pesimismo) en la que se sustenta. Es una estructura que repite en su funcionamiento los mismos síntomas que acontecen en la patología que atiende; una identificación patógena con el objeto llamado enfermo mental. Así observamos una estructura autística culpabilizante, donde los vínculos sado-masoquistas adquieren prioridad, dejando de lado los acontecimientos fundamentales del enfermar mental, actuando sobre las manifestaciones críticas y vitales de los pacientes, de tal forma que quedan yuguladas para volverlas a silenciar y congelar, devolviendo una comprensión de fenómeno raro y extraño (locura) que tiene que ver con el paciente en sí mismo, y que habría que expulsar de él de la forma que fuera y a la mayor brevedad posible semejante a las intervenciones quirúrgicas de urgencia.

Por otro lado, la psiquiatría biológica vuelve de nuevo a darnos una explicación y una respuesta unipersonal y celular, relegando al ser humano a un aislamiento (sus sofisticados procesos bioquímicos) y una despersonalización negando una serie de realidades que condicionan la vida y la razón de ser de la especie humana como es la libertad, la potencialidad de cambio y la necesidad de los otros. Observar a la personas por dentro y no poderlas visualizar por fuera y a su entorno, nos parece una amputación contradictoria, dado que todas las dotaciones y recursos moleculares de las que estamos constituidos están al servicio de esa comunicación con nuestro entorno.

Estas experiencias vitales frustrantes nos hicieron centrarnos en el psicoanálisis, en una búsqueda de respuestas donde personalmente pudiéramos en principio entender lo que nos acontecía en nuestras emociones y sentimientos puestos de manifiesto constantemente, cada vez que nos relacionamos, y sobre todo, cada vez que nos relacionamos con los sentimientos y emociones de otro y desde ahí poder comprender las dinámicas internas y externas que originan la aparición del sufrimiento y daño humano. La experiencia dinámica nos permitió ir comprendiendo el complejo mundo interno y su estructura desde sus orígenes, así como los elementos que contribuyen a su formación y las parálisis que sufren los procesos de formación y maduración, dando como resultado la

aparición de aspectos detenidos, que junto con otros aspectos que han podido llevar un curso más adecuado, dan como resultado una personalidad con múltiples manifestaciones con las que nos hace saber su malestar por su desequilibrio interno, y su intolerancia para vivir con el sufrimiento fruto de esa descompensación.

Sin embargo, el psicoanálisis individual aún siendo un elemento esencial, el único esquema teórico que nos permite comprender con tanta profundidad y amplitud las dinámicas humanas, sobre todo internas, carece de una visión y dimensión del ser humano más amplia, así como del contexto donde las personas desarrollamos o paralizamos nuestro mundo interno; no haciéndose cargo de la realidad externa que nos toca vivir, no pudiendo tener presente a la persona como representante social y no solo como representante de sí mismo.

Asimismo, el psicoanálisis nos dota de elementos de comprensión pero nos dota de pocos recursos asistenciales, por sus limitaciones ortodoxas, para incidir sobre los aspectos donde tanta luz aporta.

Estas limitaciones del psicoanálisis individual nos llevó a buscar en las dinámicas grupales y en las dinámicas familiares (como grupo más específico) respuestas cada vez más amplias a la patología mental grave. Dado que observábamos que el paciente no era producto de sí mismo, sino que encontrábamos en sus manifestaciones, en su historia y en sus síntomas denuncias que no tenían que ver realmente con él y sí con el conjunto familiar o con los elementos principales de dicha familia, actuando el paciente como el altavoz de una emisora.

La clínica de la patología psicótica fundamentalmente nos condujo a la necesidad de construir un aparato psíquico grupal, capaz de comprender la constitución grupal de la estructura mental psicótica, dado que observábamos constantemente que la cabeza del psicótico estaba invadida por el grupo familiar en el que habitaba, habiendo sido anulada la parte auténtica de él mismo y que los síntomas que se expresaban en delirios y alucinaciones son manifestaciones de condensaciones de los conflictos familiares depositados en el paciente, debido a la predisposición (aquí entraría lo individual e idiosincrásico) que este paciente ofrece.

La necesidad de desarrollar un aparato psíquico grupal y familiar nos permitía acercarnos en la comprensión al paciente, de una forma más total, pero a la vez

sentíamos que era una contradicción en sí misma que ese desarrollo lo hiciéramos de forma individual, es decir, que los terapeutas aislada e individualmente pretendiéramos construir un recurso mental grupal sin tener en cuenta nuestras necesidades grupales. Vimos entonces que el aparato psíquico grupal no sólo tenía que desarrollarse en las cabezas de los terapeutas sino que éstos a su vez deberían de construir y vivir en grupo, (como familia sustitutiva) donde pensar y dirimir los complejos procesos de relación con el paciente y sus grupos.

Pronto empezamos a requerir no solo de un grupo donde ir desarrollando este esquema mental amplio, sino que a la vez, nos dábamos cuenta de que nuestro propio grupo de terapeutas se podría desarrollar adecuadamente, porque existía un macrogrupo llamado institución que se hacía cargo de las necesidades que este grupo iba demandando, así como de los procesos de evolución y cambio que se han ido requiriendo. De esta manera, la institución ha sido el elemento que ha permitido desde dar respuesta a la patología grave, hasta la comprensión de cómo se puede entender y abordar dicha patología. Este contexto institucional ha sido la matriz donde los distintos ECROS han podido ir cristalizando para construir un Hospital de Día que se ha desarrollado, uniendo las experiencias personales de cada uno de nosotros, nuestras propias historias y nuestras propias vivencias. De esta manera, nuestro Hospital de Día actualmente no es fruto de un modelo tomado como prótesis, sino que es fiel reflejo de nuestro pensar y sentir, de nuestras experiencias previas, y de un pasaje evolutivo por distintos modelos asistenciales que nos han servido para ir elaborando una comprensión del enfermar mental, así como ir articulando una serie de recursos terapéuticos que nos permitiera dar respuesta a las necesidades de los pacientes y de los grupos en los que conviven.

Queda así expuesto cuál es el esquema referencial y conceptual, basado en nuestras experiencias, con el que desarrollamos nuestra función terapéutica. La concepción individual, grupal y familiar de la enfermedad mental, la necesidad de un equipo grupo y la interrelación y la institución como elemento de contención y motor de una sociabilidad que impida el autismo y la cronificación, son los cauces que indefectiblemente nos conducen a la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica como estructura donde desarrollar los recursos que permitan detener los procesos patogénicos, así como posibilitar nuevos recursos, que faciliten al paciente adquirir una comprensión y una conexión consigo mismo y con el entorno en el que vive, más real, más humana, y más satisfactoria, donde los procesos creativos vayan ganando espacio a las dinámicas destructivas

que imperan en todo proceso patológico.

Lo que pretendemos conseguir es que el paciente pueda ir desarrollando un proceso terapéutico, que le permita entender su patogénesis así como conectarse con sus aspectos más genuinos, con el fin de desarrollar un yo verdadero.

El Proceso Terapéutico por lo tanto, será el hilo conductor y en torno al cual girará la C.T.P.; es decir, ofrecer al paciente un ambiente y toda una serie de experiencias emocionales correctoras, que le vayan sacando de la compulsión a la repetición a la que la patología le aboca sistemáticamente. Dichas experiencias emocionales las desarrollará con otros pacientes, con el equipo terapéutico y con la institución, de tal manera que el tiempo total que el paciente permanece en el Hospital de Día es considerado como tratamiento y que los fenómenos relacionales que va a poder vivir o la ausencia de ellos son comprendidos en tres dimensiones: la individual del paciente y su historia, la grupal en el aquí y ahora y la institucional como continente donde está incluida dicha Comunidad.

Las experiencias emocionales van a venir precedidas o paralelamente vividas con procesos regresivos, donde podremos tomar contacto con los aspectos más auténticos del paciente detenidos en su desarrollo yoico, facilitando de esa manera su expresión así como una nueva comprensión y respuesta desde la contención y tolerancia, por parte del resto de la comunidad (H.D.), donde desarrolla la experiencia.

Esta nueva comprensión y respuesta puede permitir al paciente desde un modelo de identificación normogénico, empezar a tolerarse y comprender sin tenerse que rechazar de nuevo, recurriendo a defensas que lo deshumanizan (defensas psicóticas omnipotentes). Estas experiencias van constituyendo la matriz del proceso terapéutico que irá sirviendo de base a las nuevas experiencias que ensayará.

Pero dicho P.T. será difícil que se desarrolle en el paciente, si paralelamente o en algún momento del tratamiento en el Hospital de Día la familia no inicia a su vez su propio P.T.

Si pensamos que la patología mental grave no es sólo un proceso individual sino que tiene mucha influencia el contexto familiar donde se va a desarrollar, resulta difícil de pensar que el paciente pueda realizar su proceso si la familia

no inicia a su vez el suyo propio. Para ello necesitará incluirse en el tratamiento y vivir una experiencia con el equipo terapéutico con el mismo ambiente contenedor y facilitador, y sobre todo desculpabilizador que pretendemos para los pacientes, pudiendo recurrir a nosotros en cada situación crítica o conflictiva que se presenta en la convivencia diaria. De esta forma, la familia se siente con un espacio en el tratamiento a la vez que se incluye en sesiones de terapia familiar y en el grupo multifamiliar, junto con el resto de familias y pacientes que acuden al Hospital de Día, pudiendo de esta forma entrar más fácilmente en dicho proceso terapéutico, al comprobar las experiencias de otras familias siendo motor de dicho proceso, los procesos y relaciones que otras familias han podido realizar en su contacto con el Hospital de Día. El grupo multifamiliar es de una enorme utilidad, al ser el lugar donde se condensan todos los procesos y niveles que confluyen en el Hospital de Día. Las familias, los pacientes y el Equipo Terapéutico. Será el termómetro de la experiencia.

Ahora bien, el Proceso Terapéutico del paciente y su familia no será del todo posible si a su vez el Equipo no entra o no está en su propio Proceso Terapéutico. Este aspecto es fundamental en un Hospital de Día que funcione con los criterios de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica, puesto que en torno al trabajo en equipo y a la coterapia se desarrolla gran parte del proyecto asistencial.

El Equipo, en sus reuniones, debe ir consiguiendo la integración de las partes disociadas que el paciente y su familia va a ir colocando en cada uno de los miembros del Equipo o de la institución, fragmentado la transferencia múltiple con arreglo a lo que cada miembro del Equipo va a lograr vivir con el paciente y a conseguir que este reviva con él. La integración de estas experiencias en las reuniones de equipo nos permitirá visualizar de una forma más total al paciente, con el fin de poderle devolver posteriormente una imagen completa de sí mismo. Pero realizar esta función integradora por parte del Equipo requerirá de una capacidad inicial del propio Equipo, de reconocerse como grupo, de comprender sus propias dinámicas internas, sus propios temores, sus propias angustias y limitaciones, de metabolizar las rivalidades, etc. Es decir, el Equipo debe estar en su propio Proceso Terapéutico, para poderse acercar al paciente y dejarse sentir, discriminando qué acontecimientos que vive tienen que ver con sus miembros individualmente, con la conflictiva del Equipo o con el paciente.

En este sentido, vemos que nuestro Hospital de Día para poder funcionar como Comunidad Terapéutica ha necesitado de un Equipo que pueda estar en su

propio proceso. Este proceso se puede realizar si detrás del Equipo existe una institución que se estructura asimismo dentro de los criterios comunitarios, y comparte y estimula a dicho Equipo en el costoso encuentro consigo mismo y con la patología mental severa. Hemos tenido la suerte, en nuestro caso, de contar con esa institución, que ha podido estimular las capacidades evolutivas y creadoras del Equipo. Esto ha redundado en el buen desarrollo del Hospital de Día dentro de los criterios asistenciales de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica.

Hemos expresado que el interés asistencial está puesto en conseguir que el paciente desarrolle un Proceso Terapéutico, pero que éste no se consigue si a su vez su familia y el Equipo Terapéutico no entran o desarrollan su propio Proceso, y que para que todo esto se realice tomamos los criterios de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica en torno a las posibilidades relacionales que nos ofrece, con el resto de pacientes y con el Equipo. A modo de síntesis, éste es el trípode fundamental en el que se asienta la estructura de nuestro Hospital de Día: los pacientes, sus familias y el Equipo Terapéutico.

Ahora bien, las relaciones se desarrollan en torno a una serie de recursos terapéuticos que el Equipo pondrá a disposición del Proceso a modo de objetos intermediarios como son: la psicoterapia individual, familiar, el grupo multifamiliar, el taller de terapia ocupacional, el psicodrama, la expresión corporal, grupo grande asambleario, pintura, periódico, actividad cultural, grupo de psicoterapia, los acompañamientos terapéuticos (para ampliar la cobertura asistencial en un mayor número de horas en pacientes con menos recursos yoicos), y actividades de carácter lúdico social: café de media mañana, preparación y celebración de cumpleaños y altas, etc.

Dichos recursos terapéuticos que son puestos en marcha con criterios de dinámica de grupos, no son la suma de distintos tratamientos, sino que a través del propio Proceso Terapéutico se va integrando y jerarquizando unos, pasando otros a un nivel secundario, permaneciendo siempre como proceso integrador la psicoterapia de grupo y la psicoterapia individual.

Por otro lado, estos recursos terapéuticos no están seleccionados al azar, sino que serán los objetos intermediarios que nos acerquen desde distintas áreas a los diferentes lenguajes, fundamentalmente preverbales, que los pacientes y sus familias utilizan para ponernos en conexión con su mundo inconsciente dañado.

A modo de resumen, diremos que el Hospital de Día de Uribe-Costa:

- 1) Se estructura como una Comunidad Terapéutica Psicoanalítica, no teniendo un enfoque resocializador, sino que apunta a un trabajo terapéutico utilizando los recursos de una convivencia grupal y social donde todo el tiempo de permanencia en el Centro está desarrollado como tratamiento, y donde la comprensión de los fenómenos relacionales es realizada desde la teoría psicoanalítica y grupoanalítica en una triple vertiente de contención, comprensión y elaboración.
- 2) Que lo que pretendemos es que el paciente y su familia desarrollen un Proceso Terapéutico.
- 3) Que incluimos al paciente en un ambiente grupal, de familia sustitutiva, no sólo porque ese medio terapéutico favorece un buen tratamiento, sino que es el medio más conocido y adecuado para el paciente, dado que es el grupo familiar el que invade su mundo interno. La familia sustitutiva va a permitir al paciente una amplia posibilidad de identificaciones normogénicas con distintos miembros del Equipo y sobre todo con sus personas. «Se trata según se es, más que por lo que se dice o se hace», dice Wacht.
- 4) El trabajo con la regresión es el único medio que nos posibilitará el contacto con los aspectos más auténticos del paciente detenidos en su evolución.
- 5) El trabajo con la transferencia fragmentada en los miembros del Equipo será el motor del tratamiento.
- 6) La coterapia, el trabajo en equipo y el Proceso Terapéutico de éste serán imprescindibles para la evolución de los procesos.
- 7) El trípode sobre el que descansa el Hospital de Día será: los pacientes, las familias y el Equipo Terapéutico.
- 8) Los recursos terapéuticos puestos en marcha (actividades) están en función de las capacidades y del momento evolutivo del Equipo, y se estructuran y jerarquizan en torno a los momentos por los que atraviesa el Proceso Terapéutico.
- 9) La necesidad de tener una institución que contenga las necesidades del Equipo, será condición imprescindible para la evolución de una Comunidad Terapéutica.

10) La elección del modelo de Comunidad Terapéutica tiene que ver con los ECROS de los miembros que lo desarrollen. El encuentro con el modelo de Comunidad Terapéutica Psicoanalítica (que en toda su profundidad desarrolló García Badaracco en Buenos Aires), realizado desde nuestras experiencias personales, así como asistenciales, ha alcanzado tal dimensión, que difícilmente podremos confiar en otro recurso que nos permita llegar a las cotas de desarrollo, profundidad y comunicación en las relaciones interpersonales como las conseguidas.
Getxo, 27 de Marzo de 1.991.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ayerra, J.M.; Trigales, I. - «El Grupo Multifamiliar». VII Jornadas Nacionales de Hospitales y Centros de Día. Madrid. 1989.
- 2.- Bleger, J. - «Temas de Psicología, Entrevista y Grupos». Nueva Visión.
- 3.- García Badaracco, J. - «La Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de la Estructura Multifamiliar» - Tecnipublicaciones.
- 4.- López-Atienza, J.L. - «La Función Terapéutica Grupal en el Proceso Terapéutico de los Pacientes Psicóticos». VI Jornadas Nacionales de Hospitales de Día. Barcelona. 1988.
- 5.- López-Atienza, J.L.; Mendezona, J.I. - «El Proceso Terapéutico del Equipo». VII Jornadas Nacionales de Hospitales y Centros de Día. Madrid. 1989.
- 6.- Mascaró, N.; López Atienza, J.L. - «El Equipo Terapéutico». III Jornadas Nacionales de Hospitales y Centros de Día. Granada. 1985.
- 7.- Mascaró, N.; López-Atienza, J.L. - «El Hospital de Día como Comunidad Terapéutica Psicoanalítica». IV Jornadas Nacionales de Hospitales y Centros de Día. Murcia. 1986.
- 8.- Mascaró, N.; López Atienza, J.L. - «Funciones del Equipo Terapéutico». Jornadas de Hospitales de Día del País Vasco y Navarra.
- 9.- Mascaró, N.; López-Atienza, J.L. - «La Función Terapéutica, una forma de hacer Institucional». V Jornadas Nacionales de Hospitales y Centros de Día. Bilbao. 1987.

«LA PSIQUIATRIA COMUNITARIA ENTENDIDA DESDE EL MODELO DE LA COMUNIDAD TERAPEUTICA»

Oscar Martínez Azumendi

Desde las lejanas experiencias del «tratamiento moral», hasta las más cercanas de Maxwell Jones, podemos decir que tanto las modernas Comunidades Terapéuticas como lo que ha venido a llamarse Psiquiatría Comunitaria, comparten sus raíces históricas.

De igual forma, a pesar de tener ambas objetivos claramente diferenciados, comparten entre sí un principio fundamental. El tratamiento es más efectivo si tenemos en cuenta el medio o contexto en el cual el paciente se encuentra. A partir de aquí, los dos movimientos se propusieron la transformación del hospital manicomial con actuaciones diferenciadas.

Ambas orientaciones se encaminarían hacia la consecución del ambiente más favorable para el cambio, previniéndose ante la posibilidad de desarrollar cierto tipo de interacciones antiterapéuticas que con cierta facilidad aparecen en el seno de las instituciones. Así, comparten cierta visión particular tanto de la propia organización institucional o comunitaria, como del personal y de los pacientes, además de las reglas y procedimientos que rigen la relación entre ellos.

Esta similitud de planteamientos, queda aún más patente cuando comprobamos que un gran número de profesionales no encuentran excluyente, ni muy difícil, el participar de ambos enfoques en su práctica clínica.

Compaginando ambos modelos como fundamentales, a la hora de entender y enfrentar la enfermedad mental en el trabajo diario, intentaremos explicar nuestro enfoque comunitario en base a la teoría que sustenta la Comunidad Terapéutica. Para ello, tras el encabezamiento de cada una de las características más marcadas del modelo de Comunidad Terapéutica (Daniels), comentaremos sus posibles aplicaciones en la práctica comunitaria. Algunos ejemplos prácticos, tal y como han sido desarrollados en los últimos años, por la Unidad de Adultos del Centro de Salud Mental de Uribe Costa (Vizcaya), intentarán aportar ciertas pinceladas para explicar mejor nuestra orientación.

1.) »REDUCCIÓN DEL AUTORITARISMO TERAPEUTICO Y PARTICIPACIÓN ACTIVA EN EL TRATAMIENTO».

Debemos relativizar la importancia del Centro de Salud Mental (C.S.M.) como agente de salud omnipotente. Por si solo, se verá imposibilitado para considerar siquiera la gran magnitud de la tarea a enfrentar, siendo de capital importancia

la colaboración con otros agentes sanitarios y sociales.

Las resistencias aparecerían cuando, a través de la coparticipación, su «autoridad» pase a ser en ocasiones un criterio más. Esta situación será difícil de soportar para el C.S.M. que sustente su práctica en rígidas conceptualizaciones teóricas y pretenda mantener a ultranza sus «científicas» verdades.

Un lugar intermedio es ocupado por las labores pedagógicas y de asesoría. No es infrecuente que se pidan opiniones, conferencias o clases para los diversos medios de comunicación, asociaciones o instituciones locales. Desde el prestigio de la «autoridad en la materia» somos escuchados, pero bien pronto el interés decrece y resulta difícil mantener proyectos continuados, al descubrirse nuestras propias limitaciones. Solo relativizando nuestro conocimiento y poniéndonos en cierta situación de igualdad, la colaboración puede mantenerse.

Un ejemplo de esta colaboración, es el tan debatido trabajo de coordinación con Atención Primaria. A pesar de la conveniencia y oportunidad de este tipo de intervención, son pocos los proyectos que pueden iniciarse y aún menos los que se mantienen en el tiempo. Es nuestro convencimiento, tras casi cuatro años de coordinación fluida y regular, que solo manteniendo clara en nuestra cabeza esta premisa de «reducción del autoritarismo y participación activa en el proyecto», como lo hemos conseguido.

Para ello, nos hemos alejado desde un principio de la imposición del «modelo Balint», debatiendo con ellos sus propias sugerencias. Igualmente, hemos individualizado y subsectorizado los diferentes equipos de atención primaria, de forma que la relación se establece de compañero a compañero con una implicación en todo momento personalizada. Sin desdeñar en absoluto la utilidad del grupo Balint, no parece lo más indicado ofrecerlo en un primer momento. Será el tiempo, y la confianza nacida de la colaboración, lo que permitirá su desarrollo. Esta posibilidad se verá truncada, con razón, si en un principio se intuye que pretendemos hacer algún tipo de «terapia» con ellos.

2.) «COMUNICACIÓN FRANCA Y DIRECTA».

Esta premisa cobra capital importancia en el seno del propio equipo. La circulación de la información, junto a la posibilidad de opinar libremente, garantizarán no solo la mayor eficacia del dispositivo, sino que actuarán de mecanismo autorregulador de ansiedades generadas en su seno, permitiendo la corrección de posibles disfuncionamientos.

Pero nos referiremos aquí a otro nivel de comunicación, el existente entre los equipos administrativos y asistenciales, dentro de los servicios sanitarios. Con un ánimo fundamentalmente práctico para la presente exposición, comentaremos en torno a las dificultades originadas en el desarrollo de un «Registro de

Casos», una de las herramientas más de moda y potencialmente más útil (y/o peligrosa) de la Psiquiatría Comunitaria.

Podemos definir el Registro de Casos como la condensación de la información generada en la comunidad, en relación al tema de salud mental. Esta información, así generada, es recogida por el nivel asistencial para ser almacenada y procesada por el nivel administrativo. Resulta llamativo como a pesar de reconocerse teóricamente su utilidad, es indefectiblemente vivido como una carga y peligro por el primer nivel. En la práctica, se recoge con diferentes criterios y se duda de su fiabilidad.

Todo ello, como en todos los equipos, nace de la disociación entre niveles. La comunicación se interrumpe, generando la vivencia persecutoria con posicionamientos defensivos apoyados en la supuesta escasa fiabilidad y dudas acerca de su utilidad práctica, lo que consigue cerrar el círculo.

A partir de aquí, o bien no se recoge la información (lo que invalida parcialmente la de aquellas personas o Centros que si lo hacen), o se desarrollan registros paralelos por cada uno de los equipos interesados (duplicación de esfuerzos y reflejo del autismo institucional).

Por perfectos que sean diseñados estos registros, todos ellos se verán abocados al fracaso si no se acompañan de una fluida comunicación recíproca que salga al paso de los fantasmas despertados.

3.) «EVITACIÓN DEL AISLAMIENTO Y DESHUMANIZACIÓN».

El C.S.M. ha sido visto en muchas ocasiones como un servicio especial, dentro de la asistencia sanitaria. Uno de nuestros objetivos prioritarios debería ser la integración de los aspectos físicos y mentales del enfermar, a través de la colaboración con el resto de servicios médicos y sociales.

La anterior dificultad nace, parcialmente, fruto de la propia idiosincrasia de la especialidad psiquiátrica, así como de la realidad asistencial en que se dicotomiza lo somático y psicológico.

No menos cierto es que en ocasiones somos nosotros mismos los que hemos favorecido este alejamiento. En base a la distancia, neutralidad y confidencialidad (resquisitos indispensables en ciertas psicoterapias), todo ello se extrapola directamente a la práctica cotidiana, mostrándonos reacios a interaccionar directa y francamente con otros colegas. También nos cuesta dejar de lado nuestra propia jerga y fraseología, difícilmente comprensible y alejada de otras terminologías sanitarias más al uso.

Parecen ser razones suficientes para justificar el autismo social de ciertos servicios, así como su deshumanización (disociación de aspectos físicos, psicológicos y sociales).

Una forma de romper el aislamiento del Servicio es la disposición activa a colaborar en la formación de otros profesionales. En nuestro caso, es práctica habitual la rotación por el Centro de M.I.R. de familia (de especial interés cara al futuro y su actitud frente al enfermar mental), sesiones clínicas abiertas a estudiantes, estancias en régimen de prácticas, etc. Igualmente, se alienta la participación docente de los profesionales del Centro en diversas actividades del exterior, como puede ser el Diploma en Psicoterapia de Grupo o el Curso de Salud Mental, de la fundación O.M.I.E. y Universidad de Deusto.

A pesar del gran esfuerzo requerido, los beneficios creemos lo merecen. Estos se situarían entre una continua necesidad de autocritica (humanización) ante la presencia de extraños, y la divulgación (rotura del aislamiento) de aquellas convicciones fundamentales que sustentan nuestro trabajo.

4.) «CONTACTO CON LA COMUNIDAD EXTERIOR».

Este contacto debe partir de la disposición a la rápida colaboración con otros agentes sociales, justificada por dos razones principales. La primera, porque necesitan de nuestro servicio. La segunda, de mayor importancia preventiva, porque ese contacto los coloca en una mejor posición como agentes terapéuticos.

De cualquier forma, es aconsejable una cierta precaución ante este objetivo. Los posibles contactos con el exterior son ilimitados. Servicios sanitarios y sociales, residencias y asilos, hospitales comarcales, policía y jueces, escuelas, asociaciones de subnormales o afectados por la droga... son solo ejemplos de esas posibilidades.

Parece prudente no establecer ambiciosos proyectos, pero si permanecer abiertos a la colaboración rápida que permita el acercamiento. La práctica nos señala como históricamente pocos proyectos de colaboración sobreviven. Posiblemente, solo aquellos que permiten potenciar preferencias y desarrollos personales, dentro de los objetivos globales del Centro.

Un lugar preferencial, en este tipo de contactos con la comunidad, lo reservamos a instituciones residenciales (asilos, hospitales...). Sus demandas vendrán vehiculizadas a través de la petición de interconsulta, pero pronto otras tareas de asesoramiento y colaboración podrán ser desarrolladas según sea percibida nuestra predisposición.

Como ejemplo, podemos citar la intervención originada en una demanda de clases acerca del paciente crónico y terminal. Esta petición nacía de un hospital infantil que hace escasas fechas debió transformarse para estancias de pacientes somáticos adultos crónicos. El entender posibles resistencias nacidas en el propio cambio, permitió no limitarnos al aspecto puramente pedagógico y

compartir, modestamente, con ellos las ansiedades surgidas. Este acercamiento ha garantizado la fluida colaboración actual, tras la etapa de transición.

5.) «PUERTAS ABIERTAS Y LIBERTAD DE MOVIMIENTOS».

Como cualquier institución, el C.S.M., a pesar del mayor entusiasmo en sus comienzos, corre el riesgo de la burocratización. Esta sería la defensa frente a lo ilimitado de la demanda y la frustración de las primeras ambiciones.

En este sentido, y con suficientes recursos, la lista de espera solo puede ser vista como indeseable. Hace pocos años que conseguimos eliminar del Centro una dilatada lista de espera que pesaba sobre todos nosotros. De esta forma, se agiliza la consulta de los pacientes, con evidentes resultados.

En la actualidad, se recibe a cualquier persona de la zona que venga remitido por su médico de cabecera. Esto, que sin duda beneficia en la mejor ordenación asistencial, debe mantenernos alertas ante el riesgo de rigidificación.

Solo una máxima accesibilidad del servicio en ocasiones de crisis, permitir actuar sobre ella entendiendo todos sus contenidos existenciales y comunicacionales. La crisis, concebida como momento potencial de cambio, podrá ser la ocasión privilegiada para el establecimiento de un cierto vínculo terapéutico de confianza.

En otro orden, los diferentes servicios no pueden funcionar como compartimientos estancos, ni el paciente es exclusividad de ninguno de ellos. Partiendo de aquí, estaremos en una mejor posición para entender que el paciente es más libre de lo que suponemos para tomar sus propias decisiones. Un sistema ágil y flexible permitirá la continuidad asistencial de cuidados, disminuyendo el número de personas que, por diversas razones, puedan interrumpir el tratamiento.

Esta libertad de movimientos no ha de confundirse con la total desorganización de los servicios. Basándonos en la necesidad de la sectorización asistencial geográfica, solo podemos entender el proceso terapéutico como el discurrir fluido entre los diferentes niveles asistenciales. Este proceso, necesitado de la mejor comunicación intra y extrahospitalaria y accesibilidad de recursos, garantizará la continuidad de cuidados, evitando en lo posible la mala utilización de servicios. Mal uso, que se refleja en nuestra comunidad con altas tasas (hasta 75 %) de utilización hospitalaria sin recurrir previamente al C.S.M.

6.) «POSIBILIDAD DE PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES».

Fundamentado en la escucha de la palabra del paciente. Y como toda escucha no sorda, generadora de respuestas matizadas, el C.S.M. nace con un reducido abanico asistencial, limitado por nuestras muy personales visiones teóricas.

Con el tiempo, será deseable, que a través de mecanismos adaptativos, las técnicas sean ajustadas además de desarrollarse nuevos recursos.

La apertura a la demanda concreta del medio, nos llevó al desarrollo de abordajes grupales sofisticados y específicos, necesitados de su propia conceptualización al aparecer «de novo» entre nosotros.

En general, el grupo, requisito imprescindible tanto para la comunidad terapéutica como para la psiquiatría comunitaria, democratiza de forma importante la asistencia. Entre otros beneficios, destacaremos como la verdad absoluta del terapeuta puede relativizarse, se amortigua la iatrogenia nacida de movimientos contratransferenciales y se oferta un tipo de tratamiento cualitativamente muy importante.

Ejemplos de este desarrollo, que en un primer momento denominamos «a la carta», nacieron de la escucha de las necesidades de los pacientes. Algunos, serían los grupos intensivos para psicóticos previos y posteriores al paso por el Hospital de Día, el grupo multifamiliar, grupos de jóvenes y adultos neuróticos, grupos de mujeres, grupos de jóvenes y adultos psicóticos crónicos, grupos focalizados, etc. y la última de las experiencias a ensayar que es el tratamiento familiar en grupos reducidos de dos o tres familias. Contando con un Hospital de Día de tipo comunidad terapéutica, como se expone en otra parte, nos dimos cuenta de la necesidad de otro tipo de recurso de un carácter más contenedor y socializante, lo que permitió el nacimiento del club de tiempo libre con que contamos en la actualidad. La pista quizás nos la dio aquel paciente, que hace años, nos pedía permiso para plantar su tienda de campaña en el jardín.

Esta actitud de escucha será extensiva al resto de agentes sociales, permaneciendo abiertos a la crítica externa. Crítica que alcanza su máximo exponente en las encuestas de satisfacción de usuarios, como método de retroalimentación valiosísimo. De igual forma, la investigación desprejuiciada nos enfrentará, queramos o no, a determinadas realidades a las que tendremos que responder.

En la dirección contraria, la administración favorecerá la operatividad del Centro si es capaz de transmitirle un interés sincero hacia sus sugerencias. El equipo está necesitado de cuidados que pasarán por la satisfacción económica, formación continuada, valoración del trabajo desarrollado y agilización de trabas burocráticas.

Un equipo, mínimamente sano, nunca podrá responsabilizarse por sí solo del proyecto, sin graves riesgos de frustración. Tampoco delegará totalmente en la incapacidad administrativa, por el peligro de la paralización nihilista. Entendiendo el proceso como necesariamente interactivo, debe ser explicitado de esta forma por el Centro. A la larga, solo somos capaces de dar en la medida

que recibimos. La concienciación social habrá de pasar por el conocimiento de la necesidad de mayores recursos humanos y económicos.

Un último nivel de escucha, básico y deseable, se refiere a la desarrollada internamente en el seno del propio equipo. Recordaremos únicamente la importancia de los espacios de reflexión (reuniones, sesiones clínicas, supervisiones, etc.), que habrán de ser mimados en todo momento. Pero sobre esto no nos extenderemos, al haberse comentado en otro lugar.

Para terminar, a pesar de haber asociado ambos conceptos, debemos prevenir ante el riesgo de equivocar los objetivos. No podemos confundir «la comunidad» con una «comunidad terapéutica», tal confusión conllevaría una innecesaria tendencia a psiquiatrizar la sociedad, en un posible deseo de «hacer terapia» a la comunidad.

Esta tendencia ha existido, partiendo de la idea del sistema social como patogénico y necesitado de «cura». De aquí, solo hay un paso a igualar «Comunidad = Paciente» y por la misma regla de tres, «C.S.M. = Terapeuta». Si bien el objetivo puede aparecer como lícito (deseo de mejorar socialmente), debemos ser conscientes de que el C.S.M. es una parte más del sistema. Desde aquí aqueja sus mismas dificultades, además de que tampoco se le va a permitir su protagonismo terapéutico a riesgo de caer en la imagen de «Don Perfecto», como caricatura tomada de la dinámica familiar.

La pregunta que debemos considerar es: ¿quién nos legitimizaría como terapeutas del resto social, cuando solamente somos delegados para solventar necesidades concretas generadas en su seno?. Entendiendo el C.S.M. como punto nodal en la compleja matriz social, su forma de actuar será deseablemente no desde fuera, sino desde su propio interior. Sensibilizados hacia el sufrimiento psicológico, nuestro deseo, junto a Pat de Maré, no sería socializar al individuo sino humanizar la sociedad. Quizás el camino hacia la Comunidad Terapéutica Global.

LA COMUNIDAD TERAPEUTICA: EL PODER EN EL GRUPO/EL PODER DEL GRUPO

por Jose María Maturana

1. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LAS CT.

El nombre de Comunidad Terapéutica ha de adscribirse a T. Main, pero este autor no hizo más que poner nombre a un concepto o mejor dicho a un instrumento que nacía en Inglaterra en tiempos de la Segunda Guerra Mundial y de la mano de W. Bion, y a resultados de sus experimentos sociopsicológicos especialmente al conocido como Northfield I.

Efectivamente el término de CT. fue usado por vez primera por T. Main en 1946 en el Hospital Northfield cuando pasó de considerarlo una comunidad en la que se hacía psicoterapia sobre todo de grupo a una comunidad que podía tener la característica de ser terapéutica. Veamos las propias palabras del autor en el momento del alumbramiento del concepto: «una tarde de repente me di cuenta de que toda la comunidad, todo el staff así como todos los pacientes, necesitaban ser vistos como un ente de mayor tamaño, pero enfermo, que necesitaba tratamiento». Parece casi una situación semejante al eureka de Arquímedes; sin embargo, sabemos que los descubrimientos humanos resultan de la conjunción de la creatividad de un genio individual y de un ambiente intelectual que crea el caldo de cultivo previo para que la idea genial surja. Este término de CT. no es una excepción a esta ley del proceso creativo. Efectivamente, se necesitó la creatividad individual de T. Main que supo acuñar el concepto pero sin menospreciar el mérito de quién supo poner nombre a algo que estaba en el ambiente, nos debemos parar a describir ese ambiente de la Inglaterra de la Segunda Guerra Mundial en el que el concepto de CT nació. Por un lado hay que señalar que los tiempos de guerra producen por principio un estado de escasez general que se extiende a todos los recursos de que las sociedades y los individuos disponen en tiempos de paz con mayor liberalidad. De acuerdo con esto la escasez produce en los grupos una cultura de la solidaridad y el diálogo, en el sentido de que el grupo ha de encontrar la manera mejor de administrar unos recursos por principio escasos. Este era el caso de una Gran Bretaña, último bastión en Europa que resistía al asalto alemán; probablemente el mismo hecho de la insularidad contribuía a que Inglaterra constituyese más fácilmente su identidad grupal; con humor británico alguien ha dicho que Inglaterra, toda ella, era entonces una gran CT.

Uno de los recursos más escasos y valiosos eran los humanos, especialmente los militares. Dos experimentos tienen lugar en 1942 que abren el camino a

pensar en términos de grupo en vez de en términos individuales y ambos de la mano de W. Bion. El primero de ellos es el nuevo método de selección de oficiales. Este método nace de la necesidad de crear un sistema de selección de oficiales puesto que los sistemas clásicos de las academias militares no son operativos en tiempos de guerra. Bion diseña el método de «grupos sin líder»: se da una tarea a un grupo y se ve cuál es la persona más adecuada para llevar al grupo a realizar esa tarea. Este método resultó tan sugerente que Bion fue encargado de intentar resolver el creciente número de pacientes aquejados de neurosis de guerra instalados en un ala del hospital Northfield.

Bion resolvió cambiar el punto de vista de que el problema era de neurosis individuales por una neurosis del colectivo. Visto el deterioro que la convivencia hospitalaria presentaba instó a la comunidad de enfermos a arbitrar medidas que mejoraran la calidad del funcionamiento comunitario. El experimento no duró más que seis semanas, el ambiente cambió pero en una línea que ni el estamento militar ni el médico estaban preparados para ello. Básicamente lo que allí ocurrió fue una abdicación de poder por parte de los médicos psiquiatras militares para colocar el poder y la responsabilidad en manos de los enfermos. Lo que ocurría en el ala de Northfield dejó de ser una cuestión del staff para ser una cuestión de los pacientes y éste era demasiado para ser soportado. Los estamentos militar y médico han sido educados para establecer con soldados y pacientes respectivamente un tipo de relaciones con elementos comunes. Fundamentalmente la relación objetal es de una infantilización absoluta con privación y delegación en los superiores de la facultad de pensar; los oficiales en el ejército y los médicos en el hospital son los encargados de pensar, razonar, opinar, y en definitiva dirigir la vida de las otras personas. No es, por tanto, fácil que una subversión de este sistema sea fácilmente tolerada por ninguna de ambas partes, ni por dirigentes ni por dirigidos.

Como decíamos antes, Northfield fue abortado a las seis semanas pero su semilla no se perdió; nació Northfield II junto a toda una serie de experimentos e innovaciones que recogían este ambiente de uso y aprovechamiento de los recursos de los grupos. Junto a Bion encontramos una serie de nombres de los que sólo citaré a los más famosos como J. Rickman, J. Sutherland, E. Trist, H. Bridger, E. Jacques, I. Menzies, etc.; todos éstos y muchos más se reunieron en el Institute Tavistock de Relaciones Humanas de Londres, donde intentaron poner en práctica y al servicio de la sociedad lo que habían aprendido en tiempos de guerra.

2.- DESARROLLO HISTORICO DE UNA CT: EL HOSPITAL DE DIA DE LA CRUZ ROJA DE MADRID

Más bien que al desarrollo histórico de una CT. me voy a referir a unos aspectos históricos del desarrollo del HD. de la CR. de Madrid. En concreto quiero referirme al papel que el poder del staff pudo representar en el nacimiento de esa CT. y su posterior evolución.

Corrían los comienzos de los años 70; a E. Acosta, jefe del entonces Servicio de Psicopatología del Hospital de la CR. de Madrid le es encomendada la nueva reordenación del Servicio de Psiquiatría del Hospital General de la CR. de Madrid. En aquellos momentos está iniciándose el despegue del Psicoanálisis en Madrid, después de sobrevivir a una vida de quasi catacumbas durante la dictadura. E. Acosta con gran empuje construye un Servicio de Psiquiatría con una definida ideología psicoanalítica y se rodea de una serie de jóvenes que entonces comenzábamos nuestra formación psicoanalítica. Este Servicio de Psiquiatría se ocupaba de internamientos, psiquiatría ambulatoria, psicoterapias, medicina psicopatológica y Hospital de Día.

Para toda esta ingente labor contaba con la juventud y entusiasmo de todos los que allí estábamos, más la experiencia y profesionalidad de Salvador Mascarell y Laura Solares a quienes logra convencer de que renuncien a la comodidad y éxito de su exilio suizo para comprometerse en este proyecto.

S. Mascarell había alcanzado la categoría médica más alta tolerada entonces por la legislación suiza para extranjeros, además había completado su formación psicoanalítica en la exigentísima Sociedad Psicoanalítica suiza. Su papel era aglutinar y conformar a este equipo naciente alrededor de una ideología psiquiátrico-psicoanalítica muy seriamente aprendida en una de las cunas de la Psiquiatría y el Psicoanálisis.

L. Solares había trabajado durante más de 20 años como «soignant» con P. Racamier y G. Bleandonu, destacados teóricos franceses de aquel tiempo en HD. Era evidente que estos eran avales más que suficientes para impulsar un proyecto nuevo, de gentes muy ilusionadas con un trabajo en el que éramos pioneros en España.

El esquema de funcionamiento del HD. era el clásico y hoy archiconocido en toda CT.: una serie de actividades, cada una llevada por un especialista (yo realizaba la Psicoterapia de grupo) y una reunión todas las mañanas en la que participábamos staff y pacientes con el objeto de comentar el día a día de la vida en comunidad.

Hoy, que han pasado 20 años de aquellos tiempos, podemos narrar que aunque el HD. de la CR. continúa existiendo, ninguno de los que entonces empezamos seguimos allí trabajando. Lo que de hecho ha ocurrido ha sido que aproximadamente cada cinco años se formaba un nuevo equipo habiendo sido completamente barrido el anterior, no ha sido posible crear una estructura sólida que incorporara a miembros nuevos sustituyendo a otros que abandonaban su puesto por cualesquiera razones. Lo que ha sucedido ha sido como si se sintiera la necesidad de borrar todo lo antiguo sin poder hacer una elaboración que posibilite la incorporación de lo nuevo sobre lo viejo. Pero no sólo el desarrollo del equipo no ha podido realizarse más que a través de «limpias masivas» sino que a nivel individual muchos de aquellos pioneros y de los que luego les sustituyeron han abandonado toda actividad que tenga que ver con lo «Psico».

Con esto solo estoy narrando la historia de una parte del binomio, la del equipo terapéutico, queda evidentemente la otra parte, los pacientes. Es obvio que el resultado y la evolución de ellos han sido múltiples.

La cuestión que quería comentar, por tanto, son los resultados para ambas partes de la dialéctica equipo terapéutico-pacientes en una CT. Los análisis más habituales recaen en los resultados terapéuticos de los pacientes pero creo que si hemos de ser justos hay que echar una mirada también a las consecuencias terapéuticas y/o mórbidas que el trabajo en CT., especialmente con enfermos psicóticos produce en el equipo terapéutico.

3.- USO Y RESULTADOS DEL PODER EN LA CT.

Para diagnosticar la calidad del uso del poder y los resultados que se siguen hemos de tener la capacidad de echar la mirada a ambos elementos del binomio staff/pacientes. Habitualmente se entiende que en una CT. el poder está en el staff y que son los pacientes quienes sufren/gozan ese poder. Yo, sin embargo, no creo que el poder esté en el staff ni tampoco en los pacientes, creo que el poder está en el grupo como una totalidad, en la CT. y la cuestión que entonces se presenta ya no es cuál es el resultado de la acción de un subgrupo sobre otro, cuál es el resultado de la acción del staff sobre los pacientes sino cuál es la acción, cuál es el resultado que esa CT. logra con el poder que tiene en sus manos. Quiero sacar, por tanto el problema del poder en la CT de la asimetría en que habitualmente es presentado, o sea, de qué hacen los staff con sus pacientes para plantearlo en términos de que ocurre en la dialéctica staff/pacientes. La CT. es un grupo y ese grupo tiene un poder, unos recursos humanos y materiales y de lo que se trata es de cuál es el resultado que para

ambas partes del binomio, produce la convivencia en comunidad. Todo lo que no sea este planteamiento corre el peligro de focalizar el análisis en uno de los subgrupos, casi siempre el de los enfermos dejando de lado el análisis de las vicisitudes de toda índole que este trabajo supone para el staff.

En una CT., al final, con lo que se está trabajando es con la psicosis, y psicosis quiere decir fundamentalmente destructividad, la psicosis es la enfermedad más destructiva en la que se puede ver abocado el ser humano pues en ella es aniquilado lo más genuinamente humano, esto es, lo intelectual y lo afectivo. Tanatos triunfa sobre Eros. Al final el balance es en toda CT si triunfa Eros sobre Tanatos o al revés, pero para todos y no sólo para los pacientes.

En un sentido convencional del término poder, éste está en una CT efectiva-mente en manos del staff; pero la cuestión es qué uso se va a hacer de ese poder y al servicio de qué.

Hay ocasiones en que el acercamiento del staff al mundo psicótico es tan cauto que se convierten en dos mundos que se desconocen uno al otro: los enfermos ni mejoran ni empeoran; el staff ni trabaja, ni evoluciona, ni se desarrolla. Hay otras ocasiones en que el staff se acerca de tal modo a lo psicótico que es éste quién virtualmente se traga al grupo oficialmente más sano. Este engullimiento es a veces evidente en situaciones tales como brote psicótico, suicidios, comportamientos perversos o psicopáticos con pacientes, pero es incluso más peligroso cuando el registro de lo psicótico aparece en comportamientos destructivos larvados y habitualmente racionalizados como por ejemplo estados subdepresivos, pérdida de un razonable optimismo terapéutico, pérdida de un espíritu de reto científico que debe encontrarse en el trabajo con los psicóticos, invasión de la vida personal, presencia de comportamientos crueles en las relaciones profesionales, comportamientos psicóticos en la institución CT., diseño psicótico de aspectos de la convivencia en la CT., incapacidad para el cumplimiento de las actividades de común acuerdo programadas, imposibilidad de mantenimiento de los límites, de todo tipo, que la CT., como cualquier institución tiene. Y hay finalmente una tercera posibilidad que es la que la dialéctica staff/pacientes produce un efecto beneficioso para ambas partes y por tanto para la CT. como totalidad. Este estado se caracteriza por la capacidad de enfrentar el mundo psicótico sin, por un lado, la necesidad de proyectarlo en el de enfrente (en una CT. el destinatario habitual de las proyecciones psicóticas son los pacientes en general, algunos pacientes en particular, y la misma CT en el diseño de sus estructuras y en el comportamiento de sus miembros) y por otro lado, sin sufrir el avasallamiento del mundo psicótico que puede arrasar la vida cuando abrimos las puertas al contacto emocional profundo con él.

El poder, los recursos, están en el seno de la CT.; lo que es un enigma es la potencialidad que esa CT. va a tener para administrar la psicosis.

Ante esta problemática la única solución es un análisis permanente tanto a nivel de los propios miembros del staff como a nivel de la institución. El trabajo con psicóticos y sobre todo en la estrecha convivencia que es la CT. es una prueba de fuego para la salud mental. De todos modos creo que todos somos muy sensibles a la necesidad del análisis personal para trabajar en Salud Mental y especialmente con enfermos psicóticos, pero quiero poner especial énfasis en denunciar la psicosis de las instituciones o dicho de otro modo los comportamientos psicóticos individuales que proyectados fuera del propio psiquismo aparecen como aspectos locos de la institución; aquel que ha proyectado lo psicótico en la institución no por ello deja de sufrir esa psicosis aunque no como algo propio sino como algo externo, como perteneciente a la institución.

Las instituciones son fuente de enorme sufrimiento en muchas ocasiones para quienes forman parte de ellas, pero mientras no haya una comprensión de en qué medida los miembros de la institución han contribuido anónima e inconscientemente a la creación y mantenimiento de ese status, «lo psicótico será un sputnik que volará por el cielo de la CT., en busca de un recipiendario, no siempre ni el más justo ni el más adecuado para contenerlo.

Unas preguntas:

- 1) ¿Cómo entiende Vd. el concepto PODER en una CT.?
- 2) ¿PODER para qué?
- 3) ¿Si Vd. ha vivido en una CT., qué experiencias personales tiene con el PODER?
- 4) ¿Ha aprendido algo de esa experiencia?
- 5) ¿Lo que ha aprendido, sabe utilizarlo en las experiencias actuales?
- 6) ¿Su experiencia personal en una CT tiene características comunes con las que se encuentran descritas en la literatura?
- 7) ¿Ha sentido personalmente los efectos de la psicosis de las instituciones?
- 8) ¿Ha sentido la necesidad de una supervisión institucional para liberarse de los efectos de la locura institucional?

«¿QUIEN TIENE CURA DE QUIEN?: LOS TERAPEUTAS DE LOS PACIENTES Y/O LOS PACIENTES DE LOS TERAPEUTAS»

por Miquel Andreu, Maite Pi y Pilar Sales
Dispensario de Tarragona, Instituto Pedro Mata (Reus)

Paul Simon en su canción «I am a Rock» dice:

Levanté murallas
Una fortaleza empinada y fuerte
Que nadie penetrará

No necesito amigos
La amistad trae dolor
Desdeño
La risa y el amor.
Soy una roca
Una isla soy.

Tengo mis libros
Y mi poesía me protegen.
Metido estoy en mi armadura
Escondido en mi habitación
A salvo en mi útero.
No toco a nadie
Y nadie me toca.
Soy una roca
Una isla soy.

Y una roca no siente dolor
Y una isla no llora.

Cuando a Ramón se le sugiere realizar una actividad lúdica, dice: «¿Para qué?», es la respuesta que da a las propuestas que se le hacen. A sus 26 años la familia le sigue llamando «el niño». La verdad es que nunca se le ha dado la oportunidad de elegir; aún ahora su ropa, la decoración de su habitación, sus objetos personales... todo aquello que de alguna manera podría darle unas señas de identidad es organizado por sus padres. No ha sido reconocido como sujeto de su propio deseo y permanece en el lugar del recibir, negándosele la posibilidad

del dar y devolver. Lo único que se le reconoce son necesidades, como si aún permaneciese en el útero materno.

Llegó al Hospital de Día junto con su madre, que nos dijo: «A Ramón, se le tiene que hacer todo»; el estaba rígido, no hablaba, inexpresivo..., como una roca. En el transcurso de estos cuatro años hemos podido oír a Ramón, ha expresado sus opiniones, en una ocasión nos dijo que se había enamorado, ha empezado a organizar su presente y su futuro, dice que le gustaría poder trabajar algún día y también le hemos visto llorar. Ha sustituido el «¿para qué?» por el «¿seré o no capaz?», acompañado de un tono que va de la duda a la depresión, síntoma de que empieza a reconocerse como alguien que va a tener que decidir cosas el solo y que éstas, pueden no salir bien.

Lo breve y simple de este relato, podría hacernos pensar que en nuestro trabajo los «éxitos terapéuticos» estarían en relación directa con nuestros deseos de curar, que sería como andar por un camino de rosas. Pero no es así, o si es así; el camino es de rosas y espinas. Y no es que unos seamos las rosas y otros las espinas, sino que es el trabajo en equipo que es «espinoso», sobre todo cuando pretendemos que de este trabajo surja la posibilidad de organizar unos espacios físicos y relacionales que puedan ser terapéuticos.

Antes de abordar el proceso seguido entre el equipo y el grupo de pacientes, querríamos recuperar un poco los orígenes y explicar como tuvo lugar la aparición del Hospital de Día.

Al principio los objetivos eran vagos e imprecisos, pero a medida que en el equipo del Sector hablábamos de este lugar, fue tomando forma un «para qué» era útil que apareciera un espacio como el del Hospital de Día. Se pensó en un lugar que tomara la función de «espacio potencial». Decíamos que los pacientes psicóticos no pedían nada, no expresaban ninguna demanda, y consideramos que tal vez nosotros estábamos situados en lugares donde tampoco era posible escucharlos. Debíamos pues crear y colocarnos en un lugar anterior a esta demanda; permanecer allí, a la espera, abriendo un espacio y un tiempo, y ayudando a que esta demanda pudiera nacer y a través de ella algo del deseo del enfermo pudiera aparecer.

Así pues, garantizamos y delimitamos un espacio físico dentro del edificio del Dispensario, así como la presencia permanente de una cuidadora psiquiátrica miembro del equipo del Sector. Esto permitió ir observando lo que allí sucedía.

A su vez esta cuidadora permitió ir observando empezó a tomar un papel de «escucha activa», no se trataba tanto de estar al servicio de los pacientes sino provocarles para que de alguna manera, a veces con sus juegos, otras con sus comentarios o con sus silencios, pudieran revelar algunos de sus conflictos. Y es que para poder hablar hay que tener deseos de hablar y algo propio que decir, pero también tiene que haber alguien dispuesto a «escuchar». Con el tiempo, esta cuidadora empezó a intervenir no sólo con su presencia, sino modificando y dirigiendo situaciones que allí se producían. Fue en este momento, en la práctica, cuando ella propone la necesidad de hablar de lo que allí ocurría, con el resto del equipo del Dispensario. Temía que si no lo hacía, aquel espacio se convertiría en un espacio alienante, un espacio «ocupacional» donde sólo la práctica de cada día lo condenaría a ser un lugar de relaciones rígidas y estereotipadas. Como consecuencia se plantea una reestructuración del equipo de Sector en relación al espacio del Hospital de Día. Acotamos un tiempo y un lugar para el equipo donde se pudiera re-elaborar en la teoría aquello que se va experimentando en la práctica y a partir de aquí poder invertir esta práctica. Se crea la reunión propia del Hospital de Día, que iba a cumplir tres objetivos:

- Ser un lugar donde se intercambiase la información, ordenación, distribución de las tareas a realizar.
- Ser un lugar de «catársis», entendiendo por catársis que los miembros del equipo puedan allí expresar los sentimientos positivos o negativos, las proyecciones, los rumores... que a menudo irán apareciendo entre el equipo tratante y los pacientes y entre los propios miembros del equipo.
- Ser un lugar donde fuera posible realizar un análisis de las relaciones contratransferenciales que inevitablemente aparecen en el trato con los pacientes. De no ser así íbamos a cronificarnos en nuestras actuaciones convirtiéndolas en verdaderas resistencias.

Lo que vamos a contar ahora son unas experiencias de Colonias realizadas con los pacientes y que pretenden mostrar unos cortes secuenciales de todo un proceso llevado a cabo durante cuatro años en el Hospital de Día.

En el año '87 con un Hospital de Día naciente, nos decidimos a salir por primera vez de Colonias.

En un análisis retrospectivo podemos decir que el principal motivo que nos llevó a esta experiencia fue entrar en competencia con los padres de los

pacientes: queríamos demostrarles que se podía convivir con sus hijos «día y noche» y que no eran tan «insoportables» y tan «inútiles» como ellos decían. Nosotros nos cuidamos de toda la organización y la verdad sea dicha, lo hicimos de forma extremadamente calculada, minuciosa y ordenada. Durante los días de Colonias y a la vuelta, nos pareció que había sido un éxito.

Al cabo de unos meses repetimos la experiencia y en uno de estos días surgió un problema de «orden público»: uno de los pacientes conseguía dinero de los otros a base de artimañas no muy legales, haciéndoles trampas en los juegos de cartas. Mientras el equipo nos reuníamos para decidir qué medidas tomar, algunos pacientes propusieron una asamblea y provocaron que en la misma se abordaran cuáles eran los límites que el grupo debía tener como referencia estos días. Esta situación nos hizo reflexionar; pues tal vez con este llamamiento a la necesidad de unas normas externas, lo que allí se cuestionaba era el papel que el equipo estaba jugando en relación a los pacientes; papel en el cual nosotros nos habíamos constituido en depositarios (autores y ejecutores) de las normas que allí regían. Eran sin duda unas «buenas» normas, pues a nosotros nos defendían de los miedos de incontrol y caos y a la mayoría de los pacientes les permitía seguir en la posición de sumisión y pasividad, en la que sus necesidades quedaban cubiertas. Habría además un beneficio secundario, que era obtener un plus en nuestro narcisismo de grupo, pues confirmábamos que si la organización había sido perfecta y ésta había sido dirigida por nosotros, esto quería decir que nosotros éramos cojonudos, o por lo menos, mejores que sus padres.

Este «flash» permitió que nos diéramos cuenta de otros hechos que fueron sucediendo, o que ya habían sucedido y en los cuales se repetía esta relación de dependencia que nosotros imponíamos. A la mayoría de pacientes, por su patología psicótica, ya les iba bien, pues les situaba en una relación de seguridad. Con la necesidad de disponer de un marco referencial que reglamentara las relaciones hacia su entrada la función del tercero (del que tercia entre dos).

Nos acordamos entonces de cómo actuaba la madre de uno de los pacientes y nos resonaba ahora en nosotros la situación vivida en una entrevista en la que madre e hijo estaban sentados uno al lado del otro y cuando se le preguntaba algo al paciente contestaba la madre y éste miraba a su madre como buscando «su» respuesta en la respuesta que daba la madre; él no hablaba y cuando se le pedía su opinión contestaba: «lo que ella dice».

No es verdad que cuando uno entra en un proceso de mayor libertad vaya a sentirse más seguro de sí mismo. A medida que la relación entre el equipo y los pacientes iba adquiriendo mayor libertad, menos dependencia, fue apareciendo más angustia. Por nuestra parte, porque ya no lo controlábamos todo; por parte de los pacientes, porque al tomar conciencia de este espacio de libertad (de descontrol) apareció en ellos la angustia de separación - de muerte -. No obstante, continuamos cautelosamente, con dos pasos adelante y uno atrás por este camino, recordándonos que la libertad se aprende y no se enseña.

Un día comentábamos que el proceso que habíamos seguido con los pacientes tenía similitud con las referencias que hace WINNICOTT cuando habla del crecimiento del niño en la relación con sus padres (y añadiríamos el crecimiento que también hacen los padres gracias a su hijo). WINNICOTT habla de cambios graduales que van sucediéndose y que irían desde la dependencia absoluta hasta la independencia, señalando que la independencia jamás será total, pues el individuo sano no queda aislado, sino articulado con otros, de tal forma que individuo y medio ambiente se convierten en interdependientes.

Recordábamos como en la primer salida de Colonias se estableció una dependencia absoluta y mutua entre el equipo y el grupo de pacientes. También al principio, la criatura depende por completo de la provisión física aportada por la madre y a su vez la madre queda dependiente en su que-hacer y que-pensar en el cuidado que debe prestar a su hijo. Poco a poco en una relación menos dependiente podrán aparecer por parte de la madre los «fallos» y los «olvidos» que permitirán que se vaya creando una distancia entre madre e hijo, sin tanto control, olvidándonos de preparar algunas cosas, de ir a comprar cuando la tienda estaba abierta, de revisar los horarios, de preocuparnos por la ropa, etc.; aparece esta distancia que, aunque angustiosa pues pone en peligro la supervivencia, tiene una recompensa, ya que va a permitir que por primera vez los pacientes puedan tomar conciencia de su dependencia, de su separación y con ello iniciar el camino de su identidad. La repetición de algunos acontecimientos cotidianos protagonizados por miembros del equipo: «Nos vamos a dar una vuelta, ahora volvemos», «Todos no cabemos, ir vosotros en este autobús que nosotros cogemos el siguiente», «Ahora no puedes comer, no es la hora y además aún no han llegado los otros»...; pondrán en juego situaciones de plenitud, de faltas, de pérdidas, de separación y de reencuentros que sin duda crearán una ruptura en lo transferencial con relaciones que los pacientes tenían con alguien o un medio que les satisfacía totalmente.

Así como la criatura, gracias también a su madre, va creando medios que le permitan prescindir de un cuidado ajeno real y que le permitan progresar hacia la independencia, también los pacientes fueron encontrando sus propios recursos y nos sorprende como iban solucionando cuestiones que dejaban de estar bajo nuestro control. A medida que tomaban confianza en ellos mismo y en lo que les rodeaba empezaron a improvisar, inventar nuevas formas de actuar. Unas veces era alguien en papel de líder quién daba las indicaciones, otras veces después de discutir llegaban a una decisión. Estas situaciones permitían que de forma espontánea se formaran pequeños grupos que se hacían y se deshacían para llevar a cabo actividades concretas, dando ello lugar a un juego de alianzas, separaciones y articulaciones entre el conjunto de pacientes.

A su vez fueron tomando posición y posesión del espacio, invistiéndolo y estructurándolo. Empezaban a ordenar las habitaciones y las llamaban sus habitaciones, el comedor, la cocina... y sus pertenencias más personales (ropa, juegos, música, etc.); también su cuerpo, su vestimenta, tomó un aire más íntimo. Todo ello con algunos problemas, pero sin que se produjera ningún caos. Las cosas no transcurrían tan distintamente a cómo sucedieron en las otras Colonias, con la excepción de que ahora eran ellos y no nosotros quienes lo estaban organizando.

Se podría decir que la relación entre el equipo y los pacientes se había vuelto más interdependiente. La iniciativa va sufriendo alternancias, unas veces es alguien del equipo que con sus propuestas despierta los deseos de los pacientes y otras veces es algún paciente que con sus sugerencias arriesgadas sobrepasa la inercia y los temores del equipo. De la relación omnipotente, del unos dar y otros recibir se va pasando a una relación de intercambios en la que se asienta el trato de sujeto a sujeto frente a la relación sujeto objeto.

El tercer año que salimos de Colonias, por la mañana nos levantamos y fuimos al comedor, al cabo de un rato de estar sentados, uno de los pacientes que precisamente debía encargarse de la comida preguntó si no íbamos a desayunar, hasta entonces siempre había sido algún miembro del equipo quién había tomado la responsabilidad en las cuestiones de la alimentación (tal vez para evitar los fantasmas de envenenamiento), se le contestó que todos esperábamos que el grupo que se había formado para este menester empezara a actuar y que si necesitaban que alguien les ayudara lo solicitaran. con alguna dificultad, pero sin graves problemas, aquel día desayunamos y también sucedió así con el resto de las comidas. Nosotros colaborábamos como uno más, recibiendo las indicaciones de quienes dirigían las operaciones alrededor de la comida.

Curiosamente en el comedor nos colocaron en un lugar que nos pareció representativo y que podría ser el lugar de la oposición presencia-ausencia. Por un lado estábamos en una zona preferente, al lado de la chimenea, pero a su vez era un rincón en el que quedábamos atrapados por una mesa que nos hacía de barrera. Era un lugar donde nos tenían a la vista y nosotros les veíamos, pero también garantizaban, con la mesa-barrera que no nos dejaban salir, que estaríamos quietos y que serían ellos quienes realizarían las tareas de la comida.

En una visión cronológica de los videos, nos dimos cuenta, cómo en las distintas actividades lúdicas que habíamos realizado (las colonias, las ventas de rosas por Sant Jordi, los carnavales, las calçotades...) aparecíamos en las primeras como si fuéramos los protagonistas principales y los pacientes los actores secundarios. Se nos veía en movimiento continuo, organizándolo todo, dando órdenes (por el audio sólo se nos oía a nosotros), mientras que los pacientes estaban silenciosos, en actitudes pasivas y tensas, mirándonos, y en ocasiones ante nuestra asistencia nos prestan alguna ayuda. En vídeos posteriores se ve cómo hay más intercambios, se oyen comentarios sobre cuestiones cotidianas, el ambiente es más relajado, hay risas y mayor movimiento y actividad por parte de los pacientes. Vemos también cómo algunos pacientes «veteranos», que llevan más tiempo en el Hospital de Día, juegan transferencialmente una relación fraternal (de hermanos mayores), ayudando a los recién incorporados al grupo.

Como apunte final comentaremos que el pasado año vivimos por primera vez una situación que no por ser prevista no era temida. Al no ser este grupo de pacientes un grupo cerrado y permanente en el tiempo y entendiendo que el tratamiento es un proceso que debe tener un principio, una evolución y un final, se produjeron salidas por alta de pacientes del Hospital de Día. Hubo pues que elaborar antes y después los equivalentes de muerte o duelo, tanto por parte del equipo como por parte de los pacientes. Para el paciente suponía la pérdida de un grupo referencial y la inclusión en otros grupos que le posibilitasen entrar en la red social, para nosotros era el final de un viaje, el alta de unos pacientes y tras su marcha la acogida a otros pacientes.

Creíamos que con la incorporación de los nuevos pacientes se repetiría la misma historia anterior, pero no ha sido así, aunque las etapas del proceso siguen un paralelismo con lo vivido anteriormente, nos damos cuenta de que algo estructural en el grupo ha cambiado, comprobamos como la familia, los padres no crían igual al segundo hijo que al primero y cómo de alguna manera los hijos son también terapeutas de sus padres.

Pensamos que el equipo debe seguir permanentemente trabajando en grupo, pues cuando estos pacientes llegan al Hospital de Día nos dejan allí sus problemas y su propio caos. Si esto no sabemos digerirlo en grupo, no sólo los pacientes van a encontrar el caos que otros dejaron antes, sino que cada uno de nosotros al tratar de pasar el problema a otro, que también lo suelta, termina por recibirlo como un boomerang, sin elaborar.

No queda pues otra alternativa que ir trabajando en grupo estas dificultades y que el equipo pueda tomar esta función que podríamos llamar familiar, empezando al similitud de los pájaros en ser capaces de convertir los granos mal elaborados, en granos digeribles para el pajarito.

"LA COMUNITAT TERAPEUTICA DE MALGRAT: DIEZ AÑOS DESPUES DE SU INTEGRACION A LA RED PUBLICA ASISTENCIAL"

**por Valentí Agustí Bassa. Psiquiatra
Comunitat Terapèutica de Malgrat, Barcelona**

La Comunidad Terapéutica como instrumento asistencial, no tiene unos orígenes precisamente fuera del Sistema Social. Contrariamente, aparece en un momento histórico en que la sociedad precisa de todos los esfuerzos laborables posibles para la reconstrucción de un país, concretamente Inglaterra después de la guerra.

Su sentido alternativo, su contenido revolucionario - si aún es posible la expresión - aparece cuando este sistema de resocialización prioritaria se inscribe en una sociedad que no precisa de urgente y exhaustiva mano de obra. Por el contrario complica un orden social en que el ocio debe diversificarse. Las estadísticas del paro deben desembarazarse del mayor número posible de individuos sin trabajo, aún a expensas de incrementar la población que «goza» de larga enfermedad o invalidez.

La Comunidad Terapéutica como instrumento sanitario, la podríamos entender - gusta al lenguaje médico - como una técnica de tratamiento. Desde una perspectiva más genérica: como una cierta filosofía comprensiva de la enfermedad mental. Esta forma de tratamiento se constituye sobre la base teórica de la Psicoterapia Institucional. Esto es: primacía de elementos de salud que

dimanan de las relaciones interpersonales; la vida cotidiana entendida como un inacabable grupo terapéutico y en consecuencia el rechazo de la bondad del tratamiento de la psicosis centrada en el espacio de la cama en un hospital.

En la época en que estas instituciones florecieron, llevaban inscritas un esperanzador signo de cambio y modernidad. Así que cualquier manicomio u hospital psiquiátrico que se preciase se apuntó, de una u otra manera, a esta corriente. Su reconversión podía realizarse por el sencillo sistema de dividir pabellones, pacientes y curadores en comunidades terapéuticas como se trocea un queso. Naturalmente cada porción debía rellenarse de terapias grupales, asambleas, tratamientos con familias u otras parafernalias, sin tener que tocar aquello que hace referencia a la comprensión de la locura, el sentido de la actividad delirante, el lugar del curador, o la relación del orden social ante la cronicidad. En definitiva una nueva concepción de la rentabilidad asistencial.

La historia de la Comunitat Terapèutica de Malgrat no es ajena a estos avatares. Nace desde una propuesta asistencial privada influenciada por lo que en aquellos momentos se denominaba antipsiquiatría. Más una forma de filosofía existencial que un verdadero instrumento terapéutico al uso. Los que sobrevivimos aquellos tiempos y no acabamos practicando el induismo en Ceilan o ingresando en un hospital para alcohólicos como Laing y Cooper, nos apuntamos a la Propuesta de Reforma de la Psiquiatría Pública que la recién estrenada democracia propició en los inicios de la década de los ochenta. En brazos del primer gobierno de concentración democrática en Catalunya, llegamos a las costas de la Sectorización Asistencial, tan silvestres como los paraísos de palmeras y playas desiertas de nuestros teóricos antipsiquiatras.

Pero la incorporación de una Comunidad Terapéutica al Sistema de Salud no es un hecho neutral. Se trata de un encargo social para la atención prioritaria de lo que se denomina psiquiatría pesada con el objetivo de mantener las calles más o menos limpias. Así las puertas abiertas de la Institución deben de alguna manera cerrarse, los muros hacerse más inaccesibles y admitir en la dinámica de funcionamiento la incorporación de otras instancias no terapéuticas como es el orden judicial. Los tiempos de estancia y demás particularidades de la vida del enfermo serán a partir de ahora introducidas en el ordenador.

Pero para que todo no quede reducido a cenizas, el grupo terapéutico se reorganiza para plantear cierta resistencia. Habrá que inventar nuevas estructuras de grupo o supervisión que eviten que el lenguaje médico sea el único

preponderante. Habrá que introducir - con calzador si hace falta - aspectos del psicoanálisis para que exista otro «saber». Habrá por fin que avivar y mantener cierta mala conciencia ante los excesos de medicación. Y quizás de manera inconsciente convivir con un cierto desorden que permita que surja aquello que el orden sanitario no puede tolerar.

Existe incluso resistencia al «furor curandis» social que provienen de la propia estructura física de la Comunidad Terapéutica. El espacio físico en el que se desarrolla nuestro trabajo, se parece más a una casa familiar que a un centro hospitalario, que contrariamente a la etimología de la palabra tiene que ver poco con el sentido de acogida. En estos años de experiencia hemos renunciado a aspectos del interiorismo doméstico en aras de una mayor seguridad. Pero es tradición en nuestra casa el oponer, en dialéctica permanente, la obsesión neurótica por el orden, a la psicosis que tiende a dejar nuestro habitat - y el suyo - «patas arriba».

A la propia dificultad de mantener un espacio digno sin aquellos olores característicos de los sudores manicomiales, hay que añadir la nueva legislación que, intentando asegurar la salubridad y la seguridad de los establecimientos sanitarios, exige medidas e inversiones que pueden hacer inviable este esfuerzo de inversión por una lógica de economía de escalas.

Porque la Comunidad Terapéutica plantea también límites al número de integrantes que cohabitan en peculiar familia. Este número se podría determinar entre aquel mínimo grupo que puede producir intercambios, y el máximo que impide a estos intercambios la individualidad. Este no plantea aspectos de rentabilidad económica que en el orden sanitario tiene gran importancia.

No podemos evitar el planteamiento económico; y no solamente por pragmatismo posibilista de inversiones que parecen poco útiles políticamente, sino por algo que tiene que ver con referencias simbólicas a lo real, algo que cualquier actitud terapéutica en este campo no puede olvidar.

La Comunitat Terapèutica de Malgrat se constituyó bajo los auspicios de la Administración Sanitaria del país, con la colaboración directa de los Ayuntamientos de la Comarca del Maresme. Estos, no solamente se hicieron cargo de aportar espacios físicos sobre los que ejercer la tarea, sino que en la vorágine democracia de aquellos años, los nuevos Ayuntamientos colaboraron decididamente tanto en tareas de información como directamente en aquellos

aspectos de tratamiento del paciente crónico en los que su participación se hace indispensable. Esta colaboración en el acto asistencial - que la Ley de Régimen Local no contempla - es otra de las características que pensamos son garante de nuestra tarea y de un cierto horizonte para este programa.

Pero las modas cambian, y los Ayuntamientos se renuevan cada cuatro años. No sabemos qué puede ocurrir en los próximos, con unos acuerdos poco estructurados que se mantienen por voluntades particulares. En especial si no se acompaña esta situación aislada en una comarca, de una voluntad general: Administración Autonómica y Poder Judicial por ejemplo; con la ley actual la apertura puede hacerse insostenible.

Mientras tanto, la psiquiatría en los grandes hospitales generales sigue sin resolver la patología psicótica desde una perspectiva organicista. Pocos avances aunque las estadísticas, los tiempos de estancia o el índice de rotación quieran demostrar lo contrario. La verdad es que si no fuera así lo más probable es que en estos momentos no nos encontraríamos aquí hablando de «otras» cosas.

Quizás esto sea lo más importante.

«DINAMICA SOCIAL Y SINTOMAS INDIVIDUALES» (*)

por Robert Hinshelwood

Texto para el Seminario sobre el tema «Interacciones a Nivel Inconsciente entre Equipo y Pacientes» que el autor llevará a cabo con un grupo de asistentes al XIX Symposium de la SEPTG.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo presentaré el ambiente social de una institución psiquiátrica como una **red de relaciones** (*a relationship network*) (Crocket 1979). En otra ocasión (Hinshelwood 1982) presenté ejemplos detallados de las interacciones actualmente observadas en el marco de una red relacional de una institución. Cadenas de varias interacciones propagándose una tras otra a través de la red fueron implícitamente descritas en diversas instituciones laborales. Por ejemplo, Stanton y Schwartz (1954) se dieron cuenta que aparecieron trastornos entre los pacientes de un hospital psiquiátrico cuando existía incertidumbre y

ansiedad entre los miembros de la alta dirección relacionados con asuntos económicos. Tenía que haber alguna vía que conducía la ansiedad de un grupo al otro de la institución. Stanton y Schwartz llamaron a esta vía «la estructura informal», pero no pudieron exactamente especificar cómo la ansiedad fluía a través del medio humano de la institución.

La transferencia de un estado emocional a otra persona (proyección) de hecho es una característica muy común de las interacciones personales - la misma base de la relación. Cuando saludamos, una sonrisa crea la sensación de ser alguien que produce placer al encontrarle, una buena persona. A la inversa, gente puede proyectar estados displacereros - fruncir el ceño, por ejemplo, tiene el efecto opuesto de una sonrisa. Con frecuencia proyectamos culpa en los otros, a menudo enérgicamente. Por ejemplo, cuando dos personas chocan con sus coches respectivos sucede una escena típica en la que los dos conductores saltan de sus vehículos y lanzan acusaciones uno al otro. Este **lanzar** acusaciones comunica una transferencia física de algo hacia el otro con violencia. Sabemos que culpa es algo psicológico y no una sustancia física. Sin embargo, podemos imaginarizarlo en términos físicos - y de hecho a veces los conductores acaban echando objetos físicos al otro, como por ejemplo sus puños.

Me parecía conveniente pensar en términos de una sustancia psíquica que fluye a través de una red de relaciones; cada interacción representa un quantum, para así decirlo, de una interacción emocional. Podríamos llamarlo un '**emoton**' (**). El mecanismo implicado en el pasaje de un **emoton** mejor sería descrito como la proyección de una persona que se encuentra con otra persona quien la introyecta. (1)

Flujo circular: En otro momento (Hinshelwood 1979a) describí una sesión de supervisión entre el equipo de una comunidad terapéutica y su consultor externo. En aquel ejemplo un miembro de la comunidad hizo que un miembro del equipo se desesperara bastante - un estado de desesperación había sido proyectado por el miembro de la comunidad al miembro del equipo quien lo introyectó. A su vez, el equipo interactuó con el líder del equipo de la misma manera, traspasando el trastorno a él. Finalmente, el **emoton** de sentimientos perturbadores llegaron al supervisor. En este punto el flujo podía ser revertido. El **emoton** de angustia se vió modificado por el consultor de manera que el equipo podía reflexionar sobre la experiencia afectiva y discutirla en vez de simplemente traspasarla a través de la red relacional. El tomar-y-dar emocional (proyección e introyección) es una característica de todos los sistemas huma-

nos desde el momento del nacer. Recientemente dí más ejemplos en detalle y descripciones de los varios tipos de proyección hacia los grupos y hacia la sociedad en general (Hinshelwood 1987) con el fin de desarrollar un marco de referencia para poder pensar la forma en la que hacemos nuestras intervenciones en las comunidades terapéuticas.

MODIFICANDO LA ANSIEDAD (2)

Un proceso similar - el traspaso de angustia, su modificación y devolución en forma modificada por la comprensión - puede observarse en la relación más temprana de todas.

El continente del infante: La primera relación social del niño puede describirse como sigue: «Cuando un infante acusa una ansiedad intolerable, la maneja proyectándola a la madre. La respuesta de la madre es reconocer la ansiedad y hacer lo que sea necesario para aliviar al niño de ella. La percepción del niño es que ha proyectado algo intolerable al objeto y que el objeto fue capaz de contenerlo y manejarlo. Puede, entonces, no solamente re-introyectar su ansiedad original sino una ansiedad modificada por el hecho de haber sido contenida. También introyecta un objeto capaz de contener y manejar la ansiedad. La contención de la ansiedad por parte de un objeto externo capaz de comprender es el principio de estabilidad mental»; y, en contraste, «la madre pueda que sea incapaz de aguantar la ansiedad proyectada por el niño y éste pueda introyectar una experiencia de terror aún mayor que el que había proyectado» (Segal 1981, p. 134-135). Aquí la red de relaciones es restringido a solo dos elementos: bebé-madre y madre-bebé. El proceso entero - proyección/introyección, modificación de ansiedad, y re-proyección/re-introyección - es denominado 'contención' de la ansiedad.

La contención de la ansiedad como proceso de moverla de una persona a otra y de vuelta tiene como resultado dos hechos importantes: i) la ansiedad es modificada y ii) la capacidad misma de comprender (inherente a la modificación) se devuelve con la ansiedad. A través de la experiencia repetida de ser entendido por la madre, el niño eventualmente puede lograrlo él mismo - llegará a saber que se trata de hambre lo que siente (introyección de la comprensión de la madre).

El niño adquiere esta habilidad a través de la experiencia de recibir un tipo de comprensión por alguien capaz de comprender su experiencia por él.

Contención no-verbal: Cuando la madre contiene su bebé, la ansiedad es modificada a través de una acción no-verbal - la madre le da de comer al bebé que a su vez ingiere la comida, la ansiedad modificada y la capacidad de comprender. La ansiedad es modificada a través de la comprensión de lo que pueda arreglar las cosas, que entonces se transforma en acción - más que palabras, un **lenguaje de acciones**. Es característico del esquizofrénico que las palabras no funcionan como símbolos y que su uso es muy distorsionado. En su lugar se sitúan acciones, una manera directa y concreta de interacción interpersonal a través de sensaciones corporales y satisfacciones. (3)

Modificaciones patológicas: Cuando una madre se angustia excesivamente con los gritos de su niño hambriento será incapaz de llevar a cabo su función de comprensión del bebé. Puede desesperarse, enfadarse, dejarlo solo, hasta pegarlo o mostrar otras reacciones desesperadas que toman el lugar de la comprensión y que añaden un terror aún más temible al discomfort del bebé.

La ansiedad puede ser modificada por dos vías - por ser comprendida (**contenida**); o por no ser comprendida, en cuyo caso la madre/terapeuta también se vuelve excesivamente ansiosa/o que lleva a un crescendo anti-terapéutico de ansiedad, que eventualmente lleva a la producción de síntomas.

CONTINENTES SOCIALES

El modelo del bebé con su madre es sostenido en las relaciones posteriores y a través de toda la vida. La gente se busca unos a otros de esta manera para contarse sus penas, para encontrar una escucha simpática. También la sociedad creó instituciones, por ejemplo funerales, que están a disposición de la gente para modificar su desazón (Jaques 1955). La proyección de la desazón junto con la re-introyección del estado mental de forma modificada (comprendido o, por el contrario, convertido en un terror aún mayor), es un proceso que está en la raíz de la vida social de todo adulto - «Individuos pueden poner sus conflictos internos en personas del mundo externo, siguiendo inconscientemente el curso del conflicto... y re-internalizar el curso y el desenlace del conflicto percibido como externo» (Jaques 1955, p. 497). De manera que la «realidad social» externa afecta el estado mental interno a través de las re-introyecciones de experiencias que habían sido externalizadas. (4)

La transferencia de una 'substancia psíquica' de manera que de hecho tenga un efecto en la realidad de otra persona es un acontecimiento diario en la mayoría de las interacciones sociales, pero una calidad particularmente exagerada en éstas.

sería señal de un trastorno psicológico más serio. Una persona psicótica a través de la proyección de tal intensidad de su ansiedad hace que los otros le teman, muchas veces llegando al extremo que aquella es físicamente expulsada de su familia, a una distancia que disminuye el impacto de la ansiedad proyectada en ésta. La familia se protege de un tipo de ataque psíquico tan real como si de uno físico se tratara. Debido a la concentración de trastornos psicológicos serios en una institución psiquiátrica, el ambiente social de ésta es un buen sitio para estudiar estos fenómenos. Aunque, también, los terapeutas en estas instituciones necesitan estar especialmente atentos a estos procesos sociales potencialmente destructivos. La base de la terapia social debe empezar con estos procesos proyectivos que crean la 'realidad emocional' en la que vivimos.

Para estas personas que son incapaces de contenerse a sí mismas, sus descargas (proyecciones) convierten a la institución en continentes emocionales; la **red de relaciones** se ve desbordada de emociones que se sienten como intolerables e incomprensibles.

La ilustración que sigue demuestra lo que es terapéutico o antiterapéutico en un ambiente social - alguna relación perturbadora (parece que era sexual) entre pacientes llevó a tener un impacto particular en una de las enfermeras; ella a su vez llevó su propio estado de ansiedad y defensivo a alguien que pudiera contenerlo, en este caso a un supervisor.

ENTREVISTA CON LA ENFERMERA JEFE DEL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

La enfermera jefe, enfermera 'B', me llamó por teléfono para preguntar si podría ayudarla en discutir un paciente que ella había ido viendo en consulta semanal. Me explicó que estaba preocupada con lo que ella pretendía hacer y fuera de sí en su trabajo con una esquizofrénica que no estaba mejorando.

Cuando llegó - 'B' vino con una de las enfermeras de su equipo - discutimos el paciente. Doreen era una esquizofrénica crónica quien, originalmente, había sido admitida al hospital hace muchos años. 'B' se quejó que, aunque Doreen había sido rehabilitada con éxito para poder vivir en un hogar-grupo (group home)(5), hace pocos meses se hizo readmitir al servicio de rehabilitación del hospital. A 'B' esto le pareció una manipulación. Lo que particularmente le frustró a 'B' era el hecho que Doreen podía manejar perfectamente cuestiones prácticas, podía

comportarse y hablar bastante racionalmente, pero que había un lado completamente diferente por el que Doreen se mostraba triste y alucinada, sufriendo alucinaciones relacionadas con alambres. A 'B' le exasperó esta contradicción como también el problema de devolverla a una vida en un hogar-grupo que podría manejar perfectamente.

Discutimos un poco lo que hubiera podido ir mal. Doreen afirmaba que en el hogar-grupo se «sentía expuesta». Pregunté por el número de profesionales en la casa y si quizás se sentía así porque no tenía ningún miembro del equipo a quien dirigirse con sus alucinaciones. Pero, parecía que esto no lo hacía ni en el hospital. Seguía una conversación sobre sus síntomas psicóticos que incluían oír voces y algo referente a alambres.

Pregunté de qué alambres se trataba y 'B' me habló del marido de la paciente que, a medida que avanzaba el tiempo, se distanciaba de la paciente en el hospital y, eventualmente, se divorció y se volvió a casar. A la paciente aún le amargaba esta situación, aunque el marido le pasaba una pequeña pensión y le daba regalos por Navidades y su cumpleaños.

Le hice notar a 'B' que no había contestado mi pregunta en relación a los alambres. Bajó la vista y contestó tímidamente que la paciente creía que los hombres ponían alambres de acero y muelles en su vagina. Cuando dije que esto hacía referencia a los sentimientos sexuales de Doreen, 'B' lo pudo entender y parecía aliviada de hablar de ello. Describía cómo Doreen a menudo no se sentaba bien en su silla pero sobre sus manos como para poner más cómodo su trasero. 'B' también describía con exasperación emocionada cómo en una de las sesiones de consulta con 'B' Doreen había dicho que los hombres la botaban arriba y abajo. 'B' discutía esta afirmación con Doreen y le preguntaba de manera jocosa si se podía ver a sí misma botando arriba-abajo. Cuando Doreen contestó que no y mantenía que la estaban botando arriba y abajo, 'B' se sentía aún más exasperada.

Me preguntaba qué podía hacer por 'B' y notaba que me estaba esforzando para darle algo útil. Discutir la sexualidad produjo algún alivio inmediato; y me di cuenta que había invitado a la otra enfermera a acompañarla como chaperone! Sugerí a 'B' que quizás sería un alivio para Doreen poder hablar de sus sentimientos sexuales en las sesiones de consulta con 'B' ya que parecía no haber tenido la oportunidad de

hacerlo en todas las décadas que pasó en el hospital. Le indiqué, también, las posibilidades muy limitadas del tratamiento con esquizofrénicos, sin embargo, ésto le significaba algo para 'B' que sentía haber recibido un buen consejo.

Todavía me sentía preocupado. Algo no se comprendía bien aún. Sentía que quería mostrar a 'B' mi capacidad de entender su situación. Me preguntaba porqué la situación en el hogar-grupo resultó insostenible para Doreen. Me sentía perplejo, también, frente la aparente timidez de 'B' - era una mujer más bien fuerte, casada, segura de sí misma y con un evidente atractivo sexual. En ocasiones previas parecía una persona abierta y física. Parecía natural seguir el tema. Me cuestionaba sobre el sexo en el hogar-grupo y preguntaba a 'B' si había hombres y mujeres en la casa; y, si esto fuera así, si hubiera podido afectar a Doreen. 'B' de repente se dejó caer hacia atrás en su silla con la mano sobre la boca en sorpresa y reconocimiento. Exclamó que yo tenía que conocer un cierto paciente muy conocido en el hospital como exhibicionista ('flasher') (6) quien «se masturbaba por todas partes». El también había ido al hogar-grupo al mismo tiempo que Doreen. De manera que de repente resultó claro que Doreen «se sentía expuesta» porque vivía en una casa donde un hombre regularmente se exponía. 'B' parecía muy aliviada.

Además, 'B' y su colega de repente se dieron cuenta que Doreen de nuevo es residente en el hospital en una habitación en el último piso de la casa del servicio donde ella es la única mujer! De hecho recientemente hubo algún problema por parte de ella para cambiar su habitación.

Pudimos hablar más de sexualidad. En una ocasión una estudiante de enfermera se sentía perturbada cuando encontró a Doreen estirada sobre su cama con las piernas abiertas de manera muy sugerente. Doreen a menudo describía sus sensaciones corporales de delirio como algo que intentaba resistir. Cuando se le preguntó porque no intentaba resistirlas y ocuparse en un programa práctico útil, ella contestó que les estaba luchando durante años y ahora solo quería abandonarse a las sensaciones. Estábamos de acuerdo que sonaba como una fantasía de violación.

En resumen, aunque 'B' había venido para hablar de la consulta con Doreen, fue más importante estar atento al ambiente social en que surgieron los síntomas de Doreen - en particular, la asignación de su habitación podría ser mucho más importante que cualquier cosa que podría ser dicha en las sesiones de consulta.

LAS DINÁMICAS DEL INCIDENTE

La red de relaciones consistía (i) en la casa: el exhibicionista y Doreen; (ii) en el servicio: Doreen y la enfermera 'B'; y (iii) en la supervisión: la enfermera 'B' y yo mismo. Una 'substancia' psíquica (un **emoton** de ansiedad o malestar), pasó por la relación en este orden, haciéndose menos comprensible con cada paso. Más tarde (iv) en la relación entre mi y la enfermera 'B' la ansiedad se modificó llamativamente en un momento de comprensión. Finalmente, la ansiedad modificada podía re-convertirse a una acción en (v) enfermera 'B' y Doreen.

Doreen se veía expuesta a estímulos sexuales (probablemente solamente visuales) que resultaron en sensaciones corporales y frustración. La manera esquizofrénica de funcionamiento psíquico **descargó** (proyectó) este estímulo en forma de alucinaciones; pero también a través de imponer enérgicamente la ansiedad a otros, especialmente los profesionales receptivos.

Proyección enérgica: La intrusión en Doreen de estos estímulos indeseables fueron experimentados por ella como violentos - una violación - y su descarga a los profesionales (y sin duda a otros en el servicio) probablemente fueron sentidos igualmente violentos y perturbadores. Hasta tal punto que 'B' me vino a ver en desesperación para una supervisión - y trajo también su chaperone - y una actitud de vergüenza que resultaba raro en vistas de su seguridad en sí misma y la manera de llevar su propia sexualidad. Con esta paciente, 'B' había introyectado una urgencia que le hizo sentirse en la necesidad de protección. Esta calidad misteriosamente siniestra es característica del tipo de proyección enérgica de los seriamente trastornados - se apreciaba hasta en la supervisión a un paso de distancia del paciente.

Modificando la ansiedad: En el curso de la consulta, 'B' ponía en mí una buena cantidad de ansiedad y urgencia y el sentimiento de desconcierto desamparado, pero en el proceso de ser capaces de reflexionar conjuntamente, había un momento repentino de comprensión del que 'B' logró un fuerte sentido de apoyo y el sentimiento que podía volver a su trabajo. Este momento de comprensión modificó la ansiedad y le dió a 'B' un renovado sentido de ser capaz de enfrentarse.

EL PROCESO DE CONTENER

Quisiera subrayar las dos formas alternativas del proceso social de contener. En el primer caso la tensión de Doreen, surgiendo de una necesidad corporal, se proyectó en el consultor, 'B', quien respondió con sugerencias prácticas, pero el significado de los síntomas no podía ser entendido y resultó ignorado y sin

modificó. El resultado fue una enfermera ansiosa, una angustia que no fue modificada y, en consecuencia, una paciente más ansiosa y torturada por la repetición de sus síntomas.

En el segundo caso, 'B' llevó a supervisión su ansiedad y el sentimiento siniestro de lo incognoscible de ésta. La distancia del impacto inmediato de la ansiedad en el servicio permitió un espacio a donde llevar aquella y abrirla a examen. En este caso podía darse el tiempo necesario para que la perplejidad y la frustración se reconocieran y se les diera un sentido (modificado). El resultado directo fue la reducción de la ansiedad para la enfermera y una esperanza renovada de poder ayudar a Doreen. Debido a que la enfermera ahora podía contener sus ansiedades y las de su paciente, había creado algunas opciones. Podía entender la importancia de la asignación de habitación y la mezcla de pacientes en el servicio y en las casas. Solo entonces podía empezar a encontrar vías de re-proyectar a Doreen una comprensión de forma concreta. Acordando una nueva asignación de habitación, por ejemplo, podía ser una forma de comprensión en el **lenguaje de acciones** apropiado al esquizofrénico (o al niño).

Las dos formas en que el contexto social maneja la ansiedad se compara por la cantidad de significado que se le da, o que se le quite. En el primer caso la ansiedad a contener y modificar se encontró con un continente que no la pudo modificar - como una madre incapaz de tolerar el desasosiego de su bebé. La enfermera la despojó de significado, de manera que se volvió inabordable y aterrador: además hizo que la sexualidad se presentara en una forma embarazosa poco común. En el segundo caso, la ansiedad encontró un continente que era como una madre que podía entenderla y en consecuencia modificarla, primero en palabras pero, eventualmente, para ser devuelto a la paciente a través del **lenguaje de acciones**. La paciente entonces podía empezar a comprender por sí misma los efectos enloquecedores de estímulos sexuales no satisfechos.

El lenguaje de acciones: La terapia social, estando localizada en instituciones, concierne a todas las acciones y decisiones implícitas en la organización de las instituciones como también a las terapias meramente verbales. En consecuencia, la oportunidad de lograr un contacto con esquizofrénicos aumenta enormemente con la comprensión a través del **lenguaje de acciones** a la vez que a través de las palabras, aproximándonos de esta manera más al nivel de operación de las mentes seriamente trastornadas.

La comprensión adquirida por la enfermera 'B' podía transmitirse a Doreen en la sesión de consulta. Pero, en la terapia social la comprensión implícita en los niveles **prácticos** de opciones y acciones es tan importante como la comprensión verbal.

CONCLUSIÓN

En este estudio de caso, aumentando los recursos personales de la enfermera, dándole un espacio de reflexión acerca del estado mental recibido de su paciente, los síntomas de la paciente psicótica se hicieron comprensibles. Un ambiente social terapéutico adecuado sería una **red relacional (relationship network)** que acepta ansiedades y desasosiegos y es capaz de contenerlos dándoles significado; a su vez, dándole al paciente la oportunidad de introyectar la capacidad para una mejor comprensión de sus propias experiencias intolerables. Subrayé en otra ocasión la importancia de que el sistema tuviera una estructura con un **espacio psíquico** incorporado para esta función de contener y modificar la ansiedad (Hinshelwood 1979b). En contraste, los sistemas que no están estructurados para proveer este tipo de espacio contenedor dan lugar a síntomas incomprensibles.

Un estado mental puede ser impulsado en una de dos direcciones: hacia la locura o hacia la comprensión, dependiendo de la capacidad del sistema social para tolerar, reflexionar y contener la ansiedad proyectada. La primera (hacia la locura) caracteriza al servicio psiquiátrico antiguado, incrementando los trastornos sintomáticos a través de las estructuras defensivas de los profesionales; la última (hacia la comprensión) debe ser el objetivo de la terapia social, trabajando para aumentar la contención interna propia del cliente individual a través de la comprensión concreta en acciones como también en palabras.

(*) Trabajo publicado en el Intl. Journal of Therapeutic Communities, Vol. 8(4), 1987, del cual el Dr. R.D. Hinshelwood es fundador y co-editor.

(**) Utilizo la palabra 'emoton' para significar una partícula de emoción en analogía con las partículas subatómicas como el electrón y el protón.

(1) Utilizaré el término de proyección para significar un proceso de descarga de algún estado psíquico (emoción) de manera que altera significativamente el estado mental de otra persona; a la vez que resulta en la renegación del sujeto de partes de sí mismo - a menudo con consecuencias patológicas. Para ser correcto, el término debería ser identificación proyectiva, que significa la proyección (o descarga) de una parte de sí mismo a otra persona; en oposición a la proyección de un objeto interno adentro de otros (Segal 1973). El término identificación proyectiva es, sin embargo, excesivamente incómodo y el término 'proyección' es suficiente para cubrir el fenómeno discutido en este trabajo.

(2) El término 'ansiedad' a menudo se utiliza de manera inespecífica para cubrir cualquier sentimiento o estado mental doloroso o displacentero. Esto podría simplemente ser ansiedad pero también podría ser un sentimiento de fracaso, desespero, depresión, culpa, miedo, persecución, etc.

(3) Claro está, esquizofrénicos utilizan palabras, pero sus palabras deben

entenderse más como un acto de verbalizar que un uso como símbolos.

(4) Jacques también trata las razones por las que resulta de ayuda a la gente de externalizar sus mundos internos a un mundo social - «El beneficio para el individuo en proyectar objetos e impulsos e introyectar sus carreras en el mundo externo, reside en la cooperación inconsciente con otros miembros de la institución o grupo que utilizan mecanismos de proyección similares» (Jacques 1955, p. 497).

(5) Un hogar-grupo es un hogar pequeño de 4-6 personas. Los residentes suelen haber estado en el hospital durante una década o más. Son seleccionados para la rehabilitación que consiste en enseñarles capacidades prácticas y sociales para permitirles vivir fuera del hospital. Se les reúne en grupos pequeños y se les traslada a una vida independiente en la comunidad con el apoyo de visitas regulares de una enfermera comunitaria o una asistente social cada día o dos.

(6) Un 'flasher' es un término coloquial para designar un hombre que exhibe sus genitales en público, en general a mujeres.

REFERENCIAS:

- Crockett, Richard (1979), *Social network theory: in Therapeutic Communities: Reflections and Progress*, (eds) Hinshelwood and Manning, London: Routledge and Kegan Paul.
- Hinshelwood, R.D. (1979a), *Supervision as an exchange system: in Therapeutic Communities: Reflections and Progress*, (eds) Hinshelwood and Manning, London: Routledge and Kegan Paul.
- Hinshelwood, R.D. (1979b), *The Community as analyst: in Therapeutic Communities: Reflections and Progress*, (eds) Hinshelwood and Manning (London: Routledge and Kegan Paul; reprinted as «La Comunità come analista» in *Structure Intermediale in Psichiatria*, ed. Margherita Lang, Milan: Raffaello Cortina Editore.
- Hinshelwood, R.D. (1982), *The individual in the social network; in The individual and the Group*, (eds) Pines and Raphaelson, London: Plenum.
- Hinshelwood, R.D. (1987), *What Happens in Groups*, London: Free Association Press.
- Jacques, Elliott (1955), *Social systems as defence against persecutory and depressive anxiety: in New Directions in Psycho-Analysis*, (eds) Klein, Heimann and Money-Kyrle, London: Tavistock Publications.
- Segal, Hanna (1981), *A Psycho-analytic approach to the treatment of schizophrenia*, (ed) Lader (Ashford: Headley Brothers). Reprinted in *The Work of Hanna Segal*, London: Free Association Books.
- Segal, Hanna (1973), *Introduction to the Work of Melanie Klein*, London: Hogarth.
- Stanton, A. & Schwartz (1954), *The Mental Hospital*, New York: Basic Books.

DESARROLLOS CONCEPTUALES EN LA SEPTG Y OTROS COLECTIVOS...

Con la presente Monografía I quisieramos poner a discusión el campo conceptual abierto por las comunidades terapéuticas. Pensamos que el trabajo grupal y la comunidad terapéutica constituyen un todo dinámico que se articula sucesivamente en teoría y praxis. Asimismo, sugerimos que los profesionales que trabajamos en las áreas de la salud y la educación formamos una comunidad terapéutica, o quizás mayor dicho psicopedagógica, en relación a los trastornos que sufrimos como sociedad. El trabajo en las comunidades terapéuticas nos ha mostrado la implicación del entorno en el que se producen los síntomas individuales que también y a la vez son síntomas de trastornos sociales. Consideramos que la SEPTG y otros colectivos y asociaciones profesionales en sus reuniones se constituyen en comunidades terapéuticas transicionales del sistema sanitario-educativo que nos permiten abordar los problemas que nos aquejan como individuos y como sociedad. En el presente capítulo quisieramos rescatar algunos de los marcos de referencia que se han ido elaborando a partir del trabajo en comunidad.

1980 - VIII SYMPOSIUM DE LA SEPTG

Durante aquel Symposium se presentó una doble ponencia:

I. «ENFOQUE GRUPAL EN UN SERVICIO NACIONAL DE SALUD»

por la Zona Este de la SEPTG (Colectivo de Estudio de Trabajo Grupal de Barcelona formado entre otros por Valentí Agustí, Manuel Baldiz, Josep Bierge, Luis Cabrero, Hanne Campos, Juan Campos, Leopoldo Caravedo, José Clusa, Jesús de Miguel, Enrique Grañén, José L. Martí Tusquets, Juan R. Otaola, Joan Palet, Javier Pérez Soler, Salvador Puntos y Ricardo Sheffick), cuyo coordinador de ponencia fue Josep Bierge, con la siguiente elaboración en 143 páginas:

1. Historia del Colectivo
2. Teorías de Enfoque Grupal
 - Reflexiones sobre el enfoque grupal
 - Los grupos dentro del sistema sanitario
3. Experiencias Docentes
 - Experiencia grupal en educación médica
 - Grupo de sensibilización en una Facultad de Medicina
 - Centro de formación de educadores especializados
4. Experiencias en la Comunidad
 - Movimiento popular de ecologistas
 - Centro de higiene mental en un barrio urbano
 - Crítica de una comunidad terapéutica
5. Experiencias en Hospitales Generales
 - Planificación asistencial de un hospital oncológico
 - Terapias de familia en un hospital general
 - Grupo de seguimiento en una clínica psiquiátrica universitaria
6. Experiencias en Instituciones Psiquiátricas
 - Psicoterapia de grupo en un ambulatorio
 - Procesos de cambio en un hospital psiquiátrico
 - Desarrollo grupal en una institución psiquiátrica
7. Hacia un Enfoque Grupal en el Sector Sanitario

II. «LAS TÉCNICAS DE GRUPO Y PSICOTERAPIA EN LAS TAREAS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD»

por el Centro de Higiene Mental de San Jerónimo, Sevilla,
cuyo portavoz y coordinador de ponencia fue Francisco Yanes Sosa.

De ambas ponencias escogemos tres capítulos
por su relación con el tema del XIX Symposium.

«CRÍTICA DE UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA»

por Valentí Agustí, Comunidad Terapéutica de Malgrat

Para plantear este estudio hemos pensado que debería abordarse desde tres perspectivas diferentes, que enmarcan las tres dimensiones del trabajo en la institución. Estas serían:

1.- Planteamiento de las condiciones que determinaron la iniciación y evolución posterior de la comunidad. (Valentín Agustí). (Las otras no transcritas aquí serían 2.- Objetivos y forma de trabajo actual, desde la perspectiva del grupo de formación de los animadores (Leopoldo Caravedo) y 3.- El grupo de convivencia semanal de la comunidad (Arturo Bravo).)

DEMANDA: La demanda de iniciar esta experiencia proviene del grupo social del paciente mental. Entre las características podemos señalar el agotamiento de otras posibilidades de tratamiento y la voluntad del grupo de colaborar con la experiencia de una forma directa. Queremos decir pues, que esta iniciativa no ha partido de la población ni de los grupos ciudadanos, tampoco del Ayuntamiento ni de la organización sanitaria pública. Los profesionales que han trabajado en la institución lo han hecho a partir de demandas concretas del primer grupo señalado.

OBJETIVOS: Se plantea como una alternativa a la situación manicomial. A partir de este primer objetivo, pueden plantearse otros tipos de abordaje terapéutico que nos parecen alternativos también. Al provenir la demanda desde los propios enfermos y su grupo, se acepta la necesidad de ayuda por parte de los profesionales de la salud mental. Así se acepta la necesidad de actuación

del psiquiatra, tras la aceptación tácita de la existencia de la enfermedad. La estructura primitiva era más comunitaria que institucional. La actuación del psiquiatra era más bien de manera individual y poco estructurada. Es a partir de las propias contradicciones y problemas, como se va estructurando una forma de trabajo de psicoterapia institucional. El crecimiento de esta estructura institucional, lleva consigo la pérdida de ciertos niveles de libertad individual y grupal, para ir paulatinamente aumentando los compromisos de unos con otros. Esta situación se ha dado espontáneamente frente a la angustia que la situación primitiva podía generar en todos nosotros.

ESTRUCTURA JURÍDICO-ECONÓMICA: La comunidad ha podido gozar de un nivel importante de autonomía, gracias a que en su gestión no han aparecido influencias que presionaran sobre su funcionamiento. La estructura y el estatuto de relación entre los profesionales que allí trabajamos es el de una asociación que engloba y enmarca el centro de higiene mental de Malgrat. Este centro es el que se hace cargo de mantener la experiencia. La comunidad en sí no es ni un pequeño hospital ni una pensión. A falta de un estatuto de comunidad terapéutica aparece como una casa donde vive una serie de gente, en un régimen de convivencia comunitario. A causa de la gestión citada, la institución no ha precisado inversión inicial ni subvención que pudiera hipotecar la experiencia y hacerla más rentable económicamente. Tampoco a nivel político ha sido beneficiada, ni tampoco dentro de las corrientes de psiquiatría que ostenta el poder.

INFLUENCIA DEL GRUPO SOCIAL EN EL QUE SE INSERTA: El grupo social de la población ha vivido la experiencia de la manera tradicional que era de esperar. Por una parte, ciertos sectores han visto como les aparecía otro nuevo foco problemático sin sacar beneficio alguno. Por otra parte, ciertos núcleos marginales de la población han sentido que sus fantasías sobre las posibilidades de esta experiencia no respondían a la realidad.

Por fin, y a través fundamentalmente del trabajo de higiene mental en la población, se ha podido ir creando una influencia benéfica que en estos momentos de graves dificultades por las que atravesamos, nos es imprescindible. El Ayuntamiento en una reunión con el grupo, aceptó intervenir de una manera directa en las gestiones encaminadas a asegurar el funcionamiento de la comunidad y su posible financiación por los estamentos de la salud pública.

SIGNIFICADO IDEOLÓGICO DE LA EXPERIENCIA: Existe una crítica de la comunidad terapéutica general desde las posiciones de lo que podría denominarse la izquierda psiquiátrica, cuyo principal exponente sería el grupo

de Bassaglia. Para ellos, este tipo de experiencia no hace más que prolongar el poder del médico sobre el enfermo mental, con fórmulas más sofisticadas y por lo tanto más difíciles de desenmascarar. El cierre de los manicomios, por tanto, debería ir paralelamente al cierre de sus alternativas. Nosotros pensamos que el grado de violencia y de represión que se ejerce en nuestra institución no se puede comparar con la que existe en el manicomio. Existe, pero es comparable con la existente en la familia, el sindicato, o el partido político, que estos señores no parecen dispuestos a dinamitar junto con los manicomios. Por fin, hay que señalar que a partir de la estructura microsocial y autónoma de la experiencia, podría crearse una red de este tipo de alternativas que tendrían un carácter autónomo todas ellas y podría colaborar a la creación de este modelo social. Tradicionalmente, la izquierda parlamentaria ha sentido terror por este tipo de posibilidades sociales de evolución en todos los órdenes. La comunidad terapéutica ha tomado sin ningún tipo de concesión ni consulta o pacto previo, un espacio de libertad en la calle y lucha por conservarlo, prefiriéndolo a la familia en muchos casos. Mientras en las esferas políticas y en los congresos de psiquiatría se sigue discutiendo y pactando esta libertad.

Las sesiones de grupo surgieron como una necesidad de la comunidad ante varias dificultades. Antes de iniciarse, en la casa se había vivido sin ningún tipo de normas o continentes y no existía prácticamente ningún espacio establecido para reunirse y dialogar, lo que había provocado serias dificultades en la convivencia de la comunidad. Ante esta situación se decidió crear un espacio, las sesiones de grupo, que permitiese a pacientes y cuidadores hablar de las dificultades que habían surgido y que continuaban surgiendo como resultado de su problemática individual y de la convivencia en presencia de otras personas ajenas a la experiencia.

Dichas sesiones se iniciaron entonces con el objetivo de permitir este diálogo, como un lugar de escucha y reflexión, que permitiera a la comunidad pensar sobre sus problemas y reafirmara a los cuidadores en su rol de soporte hacia los pacientes. Se decidió a hacer una sesión semanal de una hora y media de duración en la que se incluía a pacientes y cuidadores y que era realizada en el mismo lugar de la casa, aclarando en la primera sesión cuál sería la tarea del grupo y el porqué de las sesiones. Trabajamos una pareja terapéutica, un hombre y una mujer.

A continuación expondremos algunas de las dificultades más importantes que se han presentado para cumplir esta tarea, las cuales, en su mayoría, muy probablemente sean similares a las de cualquier otro grupo terapéutico.

DIFICULTADES: Las primeras que se observaron fueron: a) la dificultad del grupo para comprender la tarea, y b) la asistencia de cuidadores y pacientes que juegan distintos roles en la comunidad. En cuanto a la primera, se intentaba utilizar las sesiones para charlar, continuar la charla de sobremesa, proponiendo algunas veces al grupo que se hiciera en la mesa del comedor (las sesiones eran por las tardes). Era el momento en que se encontraban todos y se preguntaban unos a otros sobre los acontecimientos de la comunidad, las novedades, se transmitían mensajes, se organizaban excursiones o salidas al pueblo, etc.

En la medida en que se fue comprendiendo la tarea, comenzaron a surgir otro tipo de dificultades como querer cambiar el sitio de reunión, la hora, el invitar a algún amigo a asistir, etc. También se fueron observando silencios más largos, que eran vividos por el grupo muy angustiosamente y de los cuales decían: «es que ya está hablado todo, no hay nada más que decir».

La segunda gran dificultad era el hecho de que asistieran tanto cuidadores como pacientes a las sesiones, ya que el manejo de la problemática que cada uno llevaba al grupo en un principio, creaba más confusión en los pacientes, ya que no parecían existir diferencias en cuanto al rol dentro de la comunidad de unos y otros, y tampoco en el grupo.

Creo importante hacer una aclaración en este punto. Nosotros creemos que en la medida en que exista un rol diferente en la comunidad, de cuidador y de paciente, y que el primero asuma su función de dar soporte, acompañar, escuchar y tolerar a otro, que por determinadas circunstancias tiene el rol de paciente, entiende por esto a aquella persona que acude a nosotros solicitando ayuda psicológica, en esta medida, repito, será posible que se den las condiciones para que alguien, al menos, pueda expresar su locura y reflexionar sobre ella.

Existe en algunos movimientos psiquiátricos la tendencia a luchar contra las diferencias entre paciente y terapeuta, en su mayoría injustificadas y que deberán ser abolidas, pero creo que independientemente de la lucha ideológica, política o de poder, será necesario que exista para aquellos que sufren psíquicamente, una diferencia, es decir, un alguien que pueda escucharlo desde un lugar en que la escucha no esté condicionada, en la medida de lo posible, por la problemática personal del que escucha.

Un segundo momento en el desarrollo del grupo tanto en el tiempo como por las características del mismo, fue el inicio de un movimiento de un número

importante de cuidadores y de pacientes, que pedían la desaparición de toda diferencia existente en la comunidad. Como factor catalizador de esta situación, actuaba un paciente, cuyo terapeuta no pertenecía al grupo de la comunidad, y que recibía psicoterapia fuera de la casa, la cual era para ella un hotel, no participando en ninguna de las sesiones, en las que se hablaba bastante de ella, por su discurso reivindicativo, su liderazgo, etc. Esto nos planteaba una dificultad importante, ya que por una parte las peticiones de cambio y algunas críticas eran congruentes en la realidad de la comunidad y por lo tanto necesarias, pero por otra, la ausencia de un miembro tan importante en las sesiones limitaba mucho la tarea por no compartir este miembro ausente las discusiones, la reflexión y las decisiones tomadas por el grupo. Esta situación fue vivida por el grupo posteriormente como un sabotaje, llegando la paciente a nivel de lo real, a cantar o a gritar, o simplemente a escuchar y hacer comentarios desde una habitación cercana sobre lo que en el grupo pasaba.

Al cabo de varios meses de vivir esta situación bastante tensa, se llegó a utilizar las sesiones para hacer un plan y expulsar dicha paciente de la casa, después de haber resultado inútiles las peticiones de que el grupo terapéutico la expulsara. La partida de esta paciente, que se dio poco tiempo después de que se había llegado a este punto, fue bastante violenta, ya que ella por su parte, después de haberlo dicho muchas veces, cumplió con sus amenazas de agresión hacia la casa y sus miembros, la cual de alguna manera fue devuelta, terminando la paciente en el hospital psiquiátrico de donde nos había sido remitida, por no poder tolerar la comunidad la situación de violencia física y verbal que se dio en esos momentos.

Esta situación es un ejemplo, probablemente el más grave, de una tendencia muy clara que se observó en la comunidad y que consistía en depositar en un miembro determinado todas las culpas y toda la patología. Posteriormente se hacía notar una segregación hacia él, llegando a pedirse su expulsión, alegando que beneficiaría a la comunidad.

Como resultado de esta tendencia se produjeron salidas de varios pacientes y al menos de dos cuidadores, en los cuales la patología había sido depositada por los cuidadores restantes.

Encontramos un especial obstáculo en trabajar con el grupo cuando una situación así era planteada pues incluso de parte misma de los cuidadores surgía en ocasiones la petición de expulsión de un miembro «que cortaba la comunicación», o que su violencia era intolerable para la comunidad. Ante este

movimiento grupal, el miembro afectado terminaba por ausentarse de algunas sesiones, salir de la casa algunos días o abandonarla definitivamente alegando malos tratos o mejoría.

Un tercer momento de la evolución del grupo, probablemente debido a la evolución misma de sus integrantes, y a la mejor aceptación y desempeño del rol de los cuidadores, sería el actual, en el que se observa un compromiso más serio en relación a la tarea, una participación más activa de los pacientes que plantean no sólo dificultades de convivencia sino conflictos personales, de una manera espontánea, lo que no se observaba en un principio.

Aunque el desarrollo realizado por los cuidadores ha sido muy importante, tal vez debido a la existencia de un grupo de formación para ellos, se ha visto que con alguna frecuencia la mejoría de los pacientes no es tolerada por ellos, habiendo un cambio de actitud hacia el paciente que empieza a dar muestras de autonomía, independencia y que participa en la vida comunitaria más activamente. Existe hacia estos pacientes una crítica más aguda, una mayor exigencia y un intento de marginación.

Una última dificultad, probablemente la más compleja para pensar, era que la confusión existente en la comunidad, en su intento de lucha por romper con toda norma y con toda diferencia, trascendía los muros de la casa, reflejándose en el trabajo del equipo terapéutico, en que constantemente aparecían dificultades de comunicación, de tomar acuerdos y de un funcionamiento coherente.

Esta situación ha podido ser superada cuando se ha producido sólo a través de un continuo diálogo de los miembros del equipo, pero pensamos que continuará reproduciéndose como una presencia de la locura en todos los rincones de la estructura comunitaria.

Por último, describiré algunas características de la gente que participaba en las sesiones. Desde el comienzo hasta la actualidad, las sesiones se realizaron con la participación de una pareja terapéutica. El número de pacientes varía constantemente y ha oscilado desde dos hasta siete; y, el de cuidadores de tres a cuatro, o sea, asistiendo todos los que trabajan en la casa. Las características personales de los pacientes era su edad, que oscilaba generalmente entre los veinte y treinta años, el haber sido paciente de varios manicomios, el deseo de su familia de deshacerse de ellos, el haber sufrido varios episodios psicóticos y, por último, como condición esencial, el deseo de vivir en la comunidad y aceptar las consecuencias que ésto les pudiera ocasionar.

«HACIA UN ENFOQUE GRUPAL EN EL SECTOR SANITARIO»

por el Colectivo Barcelona, Conclusiones de la Ponencia

Una de las últimas reuniones del colectivo tenía como fin el elaborar las propuestas que habían de constituir este último capítulo de la ponencia. Lo que sigue es el resumen de dicha reunión, la cual se efectuó en condiciones algo diferentes a las anteriores, dado que se decidió un encuadre temporal de una hora y media y se registró en cassette el diálogo. Debido a la extensión del registro transcrito, y aunque no refleja el aspecto dinámico del proceso de aquella sesión de grupo, presentamos aquí un extracto lo más fidedigno posible de los conceptos vertidos.

Visto en retrospectiva el trabajo del colectivo, podemos afirmar que existió tanto al principio como al final una gran dificultad para acercarse a una definición de un enfoque grupal. La respuesta a esta dificultad fue el dirigirse a las experiencias prácticas, tanto la de nuestro propio grupo como las que se daban o aún se dan dentro del sistema sanitario, en la esperanza de conceptualizar a partir de éstas la filosofía subyacente a un enfoque grupal, como también los objetivos a lograr con tal enfoque. No llegamos a una definición común de lo que sería un enfoque grupal ni sus objetivos dentro de un sistema sanitario, pero hemos hecho camino en esta dirección. Nuestra posición actual al respecto quizás se podría conceptualizar a partir del resumen de la última discusión del colectivo.

1.- AL principio de nuestra experiencia surgió un intento de purismo, **una necesidad de decidir tres niveles de diferencias epistemológicas entre lo que es y no es un enfoque grupal**. No perseguimos esta línea de pensamiento y el primer documento base de discusión sobre aspectos teórico-filosóficos de la cuestión queda sin discutir.

De cualquier modo podemos afirmar que un enfoque grupal requiere un cambio paradigmático que **presupone un cambio estructural a nivel organizativo, unos espacios de reflexión** en el seno de las instituciones que permita mantener el enfoque grupal sin revertir a otros modelos de funcionamiento, y **la posibilidad de formación continuada** en el trabajo grupal. El trabajo grupal y el enfoque grupal en el sector sanitario **es una aspiración** y se necesitan ciertas condiciones previas para que se pueda poner en práctica dicho enfoque.

2.- Por otro lado, escoger un enfoque grupal no significa que cualquier otro tipo de enfoque respecto a la salud, la psicología o la psiquiatría, se aproxima menos a la realidad, o es menos cierto, más bien es porque **el enfoque grupal en el momento actual nos ofrece un mejor instrumento de análisis para lograr un cambio razonable y razonado.**

3.- Como podíamos ver tanto en nuestro propio grupo como en las experiencias grupales aportadas y discutidas **existen considerables resistencias al trabajo grupal a nivel individual, institucional y de sistema sanitario global.** Nos encontramos con las conocidas defensas de apareamiento y de ataque y fuga a nivel individual.

Dentro del sistema sanitario hay una **tendencia a relegar el trabajo de grupo a la función de una mera técnica terapéutica** aplicada a un grupo muy concreto y así controlable tanto a nivel individual como social. Hay una tendencia que parece alimentar esta dinámica y es la de «individuomorfizar» los grupos, haciendo de los grupos individuos con unos límites o fronteras que impiden que se articulen con otros grupos (por ejemplo, un grupo terapéutico con un grupo político). En este sentido valdría la pena hacer el debido análisis de nuestro colectivo a los niveles instrumental, institucional y macro y micro político, para, ni quedarse únicamente en el papel de colectivo, ni en el de grupo de presión, sino un instrumento de comunicación-difusión de información, un instrumento de cambio.

Otra resistencia automática -relacionada con las precondiciones necesarias a un enfoque grupal- es por parte de las instituciones **el no prever espacios de reflexión crítica** como parte del que hacer sanitario; o si se prevén los espacios no utilizarlos para la reflexión sino para la solución de problemas urgentes según los modelos conocidos, evitando posibilidades de cambio.

También valdría la pena hacer un análisis más profundo de los obstáculos específicos en nuestro país para el trabajo grupal.

4.- **Un concepto muy relacionado con el enfoque grupal es el del cambio.** ¿Cómo podemos cambiar nuestras instituciones para que nos permitan cambiar nuestro enfoque sanitario? Sólo en un grupo podemos investigar cómo delegar funciones sin institucionalizar las y cómo evitar que el grupo se tecnifique. Es decir, cómo lograr una organización que permita la adaptación a exigencias sucesivas diferentes. Para que sea posible un cambio razonable y razonado hace

falta un análisis continuo del círculo de feed-back filosofía-objetivos-recursos-organización. Según una de nuestras hipótesis avanzadas en este trabajo, la capacidad de cambio razonable, racional y planificado es salud. El sistema sanitario sólo cambiará si integra este cambio, y sobre todo el diseño del cambio y la evaluación del cambio planificado. Tres tareas particularmente difíciles en el caso español.

El enfoque grupal logrado ¿podría hacerse extensible a la SEPTG, y al sistema sanitario?

5.- A partir del análisis del funcionamiento del mismo colectivo, de los enfoques dentro del sistema sanitario y de este documento final de la ponencia surgen unas **ideas centrales que parecen guiar todo enfoque grupal:**

- 1) El aspecto no directivo de la experiencia.
- 2) El énfasis en lo relacional, y
- 3) La convicción en la existencia de una estructura latente en cualquier fenómeno grupal.

No cabe duda que es el enfoque grupal que conlleva un nuevo enfoque de salud, una nueva concepción de lo que es salud o enfermedad. La salud o la enfermedad es algo relacional, algo que concierne a una familia, a un grupo, a una institución o a la sociedad. La enfermedad tiene que ver con algo que se podría llamar una asfixia de recursos de relación. La salud es una nueva forma de comunicación. A formas más maduras de relación y de comunicación sólo podemos aspirar en grupo. Para llegar a conceptualizar un enfoque grupal y poner en práctica lo que implica, necesitamos contar con profesionales, personal y profesionalmente cada vez más preparados.

«TRABAJO GRUPAL EN UNA PEQUEÑA COMUNIDAD»

por Paco Yanes, Centro de Higiene Mental de San Jerónimo

Preámbulo.

Una pregunta late en muchos de los que estamos aquí reunidos y podríamos decir que bullía en Santander, cuando se eligieron los temas de las ponencias para este congreso de Mallorca. Se refiere al conocimiento de posibilidades de nuevas alternativas, para los trabajadores de la Salud Mental, que poseemos

una formación y experiencia grupal y una insatisfacción profesional desde un enfoque ideológico de signo progresista. No sólo pensamos en las posibilidades existentes desde la consideración del afuera sino desde las limitaciones de nuestros propios adentros. Pertrechados con el tipo de formación universitaria que todos conocemos, barnizados por unos conocimientos paralelos, ideológicos y profesionales, elegidos autodidácticamente cuando éramos estudiantes y con una posterior profundización personal teórico-práctica en lo grupal, tenemos que enfrentarnos en primer lugar con el problema de resolver la supervivencia desde el ejercicio profesional.

El panorama real de posibilidades laborales, que en el campo de la salud mental existía y existe en nuestro país, añadía además otra grave dificultad para aquellos, que desde lo ideológico, entendíamos la atención a la salud mental, de otra forma muy distinta a las existentes. Sin embargo, antes que nada se trataba de encontrar un puesto de trabajo, como forma de poder vivir y asentarse. Posteriormente, la verificación de que el tipo de trabajo encontrado no satisfacía, la forma de entender la salud mental, nos planteó abiertamente, que una cosa era nuestro quehacer diario profesional y otra muy distinta, lo que entendíamos del mismo, desde nuestra ideología. Culposos e impotentes cuando no también acomodados de las diferentes formas aprendidas -entre ellas por el poder que emana del ejercicio de la psicoterapia- nos cuestionamos en esta ponencia, si por el camino de la psicohigiene pueden atisbarse salidas a estas situaciones. Es cierto que no existe la psicohigiene como ejercicio profesional oficial, con las contradicciones que conlleva el no poder subsistir como psicohigienista. Igualmente los centros de higiene mental pueden convertirse en nuevas formas, más sutiles de control social.

Con estas limitaciones y otras que reflejamos en la ponencia nos enfrentamos. Con todo, creemos que se trata de una vía abierta para resolver la integración de técnicas psicoterapéuticas y grupales, con un enfoque de cambio radical en la forma de entender y hacer el trabajo en salud mental, sustentado desde una ideología sociopolítica de tipo progresista. Y si este es nuestro reto en la praxis, desde la elaboración conceptual surgen importantes interrogantes, que estamos aún muy lejos de haber resuelto en nuestra ponencia. Hasta ahora el concepto de grupo era el centro de nuestra atención, en su acepción más usual, terapéutica o dinámica. En este Congreso incorporamos el concepto de Comunidad, como el marco de atención y el objeto final de nuestra actividad. A nosotros aún se nos ha puesto más cuesta arriba, cuando además del campo asistencial, en el que hasta ahora siempre nos hemos manejado, nos introduci-

mos en el campo preventivo. Ser médico, psicólogo o asistente social son actividades que consueñan y están bien definidas e identificadas desde lo terapéutico, pero no desde lo preventivo. Distamos aún mucho de saber como se puede trabajar, con nuestra formación grupal y asistencial, en el campo de lo comunitario y lo preventivo.

Todas estas dificultades han hecho que nuestra ponencia nos recuerde los ensayos de tanteo, a modo de palos de ciego, que una persona confusa realiza cuando intenta orientarse y discriminar en la realidad.

Antecedentes próximos.

El 15 de diciembre de 1978, la Asociación de Vecinos de San Jerónimo, difunde por su barrio una hoja informativa que dice textualmente: Presentación del Centro de Higiene Mental de San Jerónimo. Viernes 15 a las siete treinta de la tarde en el local de la Asociación de Vecinos. Vecino, acude, te interesa.

Nuestro equipo, compuesto por tres psicólogos, dos asistentes sociales y un psiquiatra, tras dos meses de presencia en el barrio, había decidido presentar una alternativa con un enfoque psicohigiénico en el terreno de la salud mental, desde la posibilidad concretada en un centro de higiene mental en la barriada.

La idea fué bien acogida y entendida por los escasos, pero representativos vecinos, que asistieron a la presentación pública de este proyecto. La gestión se materializó con nuestra presencia en un día por semana en el barrio, atendiendo las primeras demandas y realizando una tarea de conocimiento y contacto con el medio, objeto futuro de nuestra atención.

En Abril de 1979 el Ayuntamiento de Sevilla, a través de la Asociación de Vecinos de San Jerónimo, nos cede un local, del que sólo era utilizable un amplio salón, pero con el que comenzamos a tener una ubicación propia y exclusiva, ya que antes compartíamos un local de la asociación. En Agosto del mismo año, y ante la carencia de vivienda, una familia del barrio que vivía en casa de sus padres, asalta y ocupa nuestro local. Esta práctica es habitual en San Jerónimo, dado el gravísimo problema de escasez de vivienda y la existencia de pisos desocupados por sus dueños, con fines especulativos.

Desde esta fecha y hasta hoy -y va para un año- nuestro equipo no posee un espacio propio y tiene que alternar la cesión de una habitación en los locales de la asociación de vecinos con el uso de espacios en colegios, centros sociales y

casas privadas. Estábamos tanteando una alternativa de higiene mental en el barrio, muchos de cuyos vecinos, se hacían en casas de 50 m², que algunos comparten con la familia de un hijo, incluidos los nietos. A partir de esta situación, nuestro enfoque y búsqueda estaban mediatizados por la necesidad que teníamos de compensar o paliar esta situación de **nomadismo impuesto**. Cualquier actividad que surgiera, debería incluir el permitirnos un arraigo físico espacial.

En estos momentos es cuando surge una demanda de conferencias por un sector marginal del barrio, muy bien delimitado geográficamente, que nos induce a pensar en una alternativa distinta a la de la conferencia, acorde con nuestro proyecto de higiene mental y dado lo sugerente que parecía desde el enfoque de un trabajo grupal en una pequeña comunidad.

Desubicados, un tanto abrumados por los graves problemas del barrio, que nos sobrepasaban aún más dado nuestros escasos efectivos en tiempo y recursos, este trabajo, entre otras cosas, se nos presentó como un refugio, al mismo tiempo que una reducción en el ámbito de la tarea. Pronto comprobaríamos que aquella pequeña comunidad de dos centenares de vecinos, funcionaba con los mecanismos de control y de apoyo de una familia con unas características depresivas imaginables en un grupo abandonado socialmente, condenado a no poder crecer espacialmente por el cerco de sus fronteras y hostigados por un alto nivel de contaminación. Paulatinamente y desde casi comienzo de este año, el trabajo grupal en esta pequeña comunidad se convertiría en el único quehacer de dos miembros del equipo, dentro de todo el programa de higiene mental esbozado en la presentación aludida. Esta dedicación exclusiva, a veces no compartida incluso con los restantes miembros del equipo, nos hace pensar cómo proyectamos en este trabajo, todos los sentimientos provenientes de nuestra relación con la tarea de higiene mental, en las condiciones en que estábamos desarrollándolas. Si ya San Jerónimo es un barrio melancólico, por su aislamiento en comunicaciones y el hecho de que el único cementerio de Sevilla, constituya uno de sus límites, el sector que ahora abordábamos lo es aún más. En él se han depositado los sentimientos de culpa e impotencia de un grupo de trabajadores de salud mental, en el que algunos tiene como dedicación profesional diaria un trabajo de custodia manicomial, alternado con la praxis terapéuticas de varios de ellos en los sectores más acomodados de la ciudad, pero que simultánea y paradójicamente, desde lo ideológico, están a la búsqueda de nuevas alternativas en unas condiciones tan precarias como este trabajo en San Jerónimo. A pesar de todo lo dicho, la tarea que teníamos delante,

poseía todos los acicates de una investigación social y de un reto cara al valor y uso de los recursos grupales y terapéuticos en una comunidad vecinal tan reducida.

El marco comunitario.

La ausencia de un sociólogo en nuestro equipo fué echada de menos fundamentalmente a la hora de estudiar científicamente la pequeña comunidad a la que nos aproximábamos. Desde nuestra observación podemos precisar los siguientes rasgos descriptivos:

- Lo más llamativo es el hecho de ser un sector perfectamente circunscrito geográficamente, dado que lo componen cuatro calles de casas rodeados por un auténtico cinturón fabril, que sumado a la vía del ferrocarril Madrid-Cádiz, lo cercan físicamente. Esta situación conlleva la absoluta imposibilidad de crecimiento y el hecho de no ser un sitio de paso, puesto que además está embolsado lejos de cualquier vía de comunicación. Para acceder a esta zona hay que ir expresamente a ella, superando la dificultad de su alejamiento de las arterias de tránsito y atravesando un paso a nivel del ferrocarril poco seguro. La descripción parece un tanto tétrica, pero no por ellos menos real.

- Otro importante dato es que las fábricas que circundan a nuestra comunidad, la contaminan en un grado muy superior al resto de la ciudad. Tanto por el humo y los gases, como por los ruidos permanentes que se originan en el proceso productivo de una fábrica de aceite y otra de abonos, estos vecinos viven con unos niveles sanitarios y de seguridad alarmantes.

- En cuanto a la infraestructura urbanística, lo más que se puede decir es que no existe. Se trataba de una zona clandestina, donde no estaba oficialmente autorizado vivir, pero donde cada vecino se construyó su propia vivienda, pudiendo posteriormente introducirse el alcantarillado, la luz, el agua, estos últimos recientemente. Las primeras casas de la zona se construyeron, concluida la guerra, por emigrantes provenientes de las zonas rurales colindantes y de otras provincias.

- Sus servicios se reducen a un bar, un supermercado y un centro social. Proliferan los pequeños talleres y almacenes. El resto son las casas y las calles sin asfaltar.

- Dentro de este sector existe a su vez una parte perfectamente delimitada, en

cuanto que está contituida por unas quince viviendas («las casas nuevas»), distribuidas en las dos aceras de una pequeña calle, que está separada del resto por una cancela de hierro. Son los trabajadores que la Renfe tiene en San Jerónimo, cuyas viviendas fueron construidas por la empresa. Entre ellos y el resto existen marcadas diferencias de modo que mientras aquellos acuden al bar, más próximo a su calle, los demás frecuentan el bar del centro social, a cuyas reuniones no asisten «los de las cancelas». Se trata de un ghetto dentro de otro y cuyos orígenes se remontan a un conflicto del líder de la zona de la Renfe, que además era jefe de estación, con el grupo directivo del club social.

- El censo actual de toda la zona lo constituyen 248 habitantes, de los cuales 182 son mayores de 18 años, según las últimas estadísticas. Estas cifras dan idea del alto índice de personas mayores, incluso de parejas de jubilados, y en definitiva del grado de envejecimiento de la comunidad.

- Las defensas de esta comunidad, a la que antes hemos calificado como depresiva, y que ahora podemos comprender las razones de tal diagnóstico, se asemejan a los mecanismos de negación, cuando no de conversación en lo contrario. Efectivamente nos llamó la atención el alto grado de celebraciones festivas que tenían a lo largo del año: cruces de mayo, carnaval, frecuentes comidas en el campo, fiesta anual de la humedad, en agosto, celebraciones de comilonas en el club social, ... etc.

- En cuanto a la organización social de la comunidad, tiene un grupo directivo en el club social, muy sensibilizado políticamente y bastante activo en el movimiento ciudadano, de tal modo que ha conseguido constituir al sector en filial de la Asociación de Vecinos de San Jerónimo, a través de la adscripción del noventa por ciento de sus convecinos a la misma.

Quizás por todos estos aspectos esta comunidad a veces nos parecía más una comunidad rural que urbana por su aislamiento, separación física de los demás núcleos y su grado de interrelación interna. No la consideramos representativa de un barrio como San Jerónimo por sus características de un grupo cerrado, pequeño, casi familiar. Sin embargo, los conocimientos que el desarrollo de nuestro trabajo nos ha proporcionado, de alguna manera pueden servir para otras experiencias similares. No es sino el abordaje de un grupo, dentro de una comunidad reducida, hecho por dos trabajadores de la salud mental con sensibilidad grupal, pero con una escasa praxis y formación teórica en el terreno de lo comunitario.

El proceso de la experiencia grupal.

Cuando presentamos el centro de higiene mental en San Jerónimo, las dos asistentes sociales del equipo se desplazaron a la pequeña comunidad que estamos abordando, para repetir ante este sector la presentación hecha en el barrio. A esta charla, desarrollada en el local del club social, asistieron unas 50 personas. Era un hecho frecuente el que la junta directiva del club organizara conferencias de diverso tipo para sus convecinos. Fue así como se nos planteó, en Octubre de 1979, por el presidente de la filial de la asociación de vecinos el que fuésemos a hablar a su club social. Al desplazarnos y conocer sobre el terreno la zona, coincidimos los dos miembros del equipo que fuimos, en cambiar la demanda, haciendo o imponiendo una oferta de reuniones de grupo. Comenzó así un trabajo que dura hasta la fecha de hoy, desarrollado a lo largo de 23 sesiones semanales durante siete meses, con las interrupciones en las épocas de Navidad, Semana Santa y Feria.

Las sesiones suelen ser de una hora de duración, pues aunque la hora dé comienzo a las ocho de la tarde y acabábamos hacia las nueve y media, la falta de puntualidad endémica hacía que iniciásemos la reunión alrededor de las ocho y media.

En la primera sesión y, ante nuestra actitud receptiva y de deseo de conocimiento del sector, un grupo de unos diez vecinos, convocados por el presidente del club, nos presentan los graves problemas que padecen: aislamiento y marginación, pésimas condiciones de vida, división intestina hasta el punto que excluían en todo su análisis al sector de la Renfe e impotencia en solucionarlos, si bien en algunos aspectos habían conseguido algunos logros, merced a su espíritu de lucha ciudadana. Como respuesta defensiva ante el medio, se sentían unidos como en una familia, en este caso como una familia acorralada, bajo el liderazgo de un viejo militante político, padre del presidente del club, que vela atentamente por que sigan en pie los mecanismos defensivos que les permiten supervivir, más allá de la depresión ambiental. Frente a nuestra presencia, la importancia de los vecinos parecía estribar en la gravedad e insolubilidad de su caso, casi en mostrarse como un caso desahuciado, ante el que fracasaría cualquier intento de cambio que pudiésemos pensar.

En las dos reuniones siguientes, el equipo que continúa su búsqueda de afincamiento, no parece atender suficientemente los sentimientos de incurabilidad y escepticismo latente del día pasado o se lanza ingenuamente, armado con sus recursos terapéuticos y grupales, hacia un intento de solución

de los problemas de la comunidad. En estas dos sesiones, se trabaja con técnicas gestálticas y dramáticas el conflicto de la cancela que divide la zona, y que se amplía como símbolo de divisiones internas y se afronta el aburrimiento, como el emergente de una comunidad, que entre otras cosas, carece de lugares de ocio y esparcimiento.

Sobre la demanda explícita de charla, desde unas actitudes pasivo-discentes imponíamos nuestro modelo de trabajo, buscando el constituirnos como grupo abierto de encuentro intervecinal donde fuera posible discutir problemas comunes. La respuesta de la gente, en cuanto a asistencia, colaboración y participación en nuestras propuestas de abordaje, nos parecieron por aquel entonces positivas y signo de que se podía intentar el proyecto. Las sesiones cuarta y quinta fueron sesiones de crisis y de replanteamiento sobre los objetivos de las reuniones para unos y otros (grupo y coordinadores), con vistas a lo que cada parte esperaba obtener de la experiencia. Las razones de la aparición de estas resistencias, pudieron estar motivadas por el trasiego de monitores - se mantuvo fijo el psiquiatra del grupo y alternaron como observadoras las dos asistentes sociales en la segunda y tercera sesión, y en la cuarta volvía el psiquiatra de la primera - y lo que ello pudo implicar en que se sintieran como un objeto de investigación experimental, de la que no le habíamos devuelto ningún dato de los recogidos por los observadores. También pudo influir la falta de explicitación de nuestra oferta, armonizada a su situación y expectativas, pudiendo igualmente pesar la no intelección en profundidad de nuestro proyecto de tarea y el uso de técnicas de resultados desconocidos. Fue una fase de recelo y desconfianza por parte del grupo, y de contrariedad por nosotros, por lo que nos defraudaba el que no se asumieran nuestros planteamientos. La suspensión de las sesiones durante dos semanas con motivo de la fiesta de Navidad acentuó el distanciamiento del grupo.

A la sesión sexta sólo se presentó el único miembro que estaba verdaderamente motivado por la tarea grupal que se convirtió en el convocador de las próximas reuniones. Su posición privilegiada, por ser el dueño de la única tienda de comestible y su buen contacto con los jóvenes y mujeres, sus clientes asiduos, pesaron definitivamente en la continuidad del trabajo. A partir de esta responsabilidad, de un miembro tan destacado del sector, se vuelven a reagrupar los vecinos, que ya durante nueve sesiones consecutivas asistirán regularmente al grupo, con un esquema de discusión en temas de interés común elegidos espontáneamente. No era el esquema de charla al que estábamos habituados, puesto que se discutían abiertamente, aunque contando con intervenciones y

señalamiento de los coordinadores, pero se abordaban materias que a ellos les interesaban. Los temas fueron: Las drogas y sus razones psicológicas (sesión 7a.), el alcohol y sus efectos en la familia del alcohólico (sesión 8a.), las drogas y el alcohol como hábito según las edades (sesión 9a.), la sexualidad y la dificultad de hablar de ella (sesión 10a.), los contenidos afectivos de la sexualidad (sesión 11a.), la autonomía dentro de la pareja, sobre todo de cara a la mujer (sesión 12a.), la confrontación hombre-mujer (sesión 13a.), el poder dentro de la pareja (sesión 14a.), normas educativas sociales en relación con la mujer (sesión 15a.).

El enfoque de los temas apuntaban también hacia sus latencias, incidía en aplicaciones personales y en el mundo afectivo. Sin pensarlo, el modelo de grupo terapéutico, acomodado a los imperativos de una realidad social, iba de algún modo imponiéndose. Las sugerencias de que se representase un encuadre con personas fijas, puntualidad en el horario, ausencia de interrupciones, manifestaciones de las dificultades de trabajar con asistentes esporádicos o con la presencia de niños pequeños, se imponían siguiendo nuestro esquema de trabajo habitual, pero que no sabemos si era el mejor para aquel grupo. En estas sesiones se abandonó el rol de anotador a fin de obviar recelos de observación investigadora y se trabajó con técnicas de role-playing y dramatizaciones paralelas con inversión de roles, doblajes y soliloquios. Igualmente seguimos haciendo uso de técnicas gestálticas.

Fue la época en la que el número de asistentes se mantuvo más alto y estable, con una media de veinte. El intento discurría por colectivizar la discusión, aumentar la comunicación con los vecinos, luchando contra los prejuicios, el sentido del ridículo y la diferencia de edad y abandonando la pasividad que mantenían en las charlas que estaban acostumbrados. Cada sesión era como un pequeño acontecimiento local, repetido ritualmente los martes, para asistir al cual, la gente se arreglaba, el bar dejaba de serlo durante ese tiempo y parecía existir ya, un núcleo de gente estable.

En la sesión 16, sorprendentemente, al menos eso nos pareció entonces, por iniciativa del grupo más asiduo, cambiamos de local y nos reunimos en una casa privada próxima al club y propiedad de un conocido vecino de edad. Lo que entonces nos pareció un secuestro o un intento de privatización de este grupo, hoy nos parece la consecuencia de nuestros propios deseos de trabajar en otras condiciones, más parecidas a nuestros grupos habituales. Lo que estaba implícito en nosotros, fue captado y recogido, justamente en el grupo más

«adicto». Quizás habíamos alimentado con nuestras sugerencias y nuestros señalamientos hacia las latencias grupales, los deseos de trabajar sus necesidades personales. Este grupo hubiese deseado hacer terapia. Efectivamente, y ya anteriormente, ellos nos habían recordado con su actitud hacia el grupo global, temas como los de la transferencia, las resistencias, la docilidad regresiva, la internación e incluso prolongación de las sesiones más allá de su realización en el tiempo. Sin embargo, la concreción, en la elección de un local privado, de estos deseos y demandas latentes, nos resultó chocante en aquel medio comunitario. En aquella sesión se pudo hacer una crítica hacia esta seducción mutua y en la sesión siguiente se volvería al club.

El clima cambiaría a lo largo de las demás sesiones en concreto hasta la 23. De una parte el acting de lo comunitario (abandono del club social, aunque yendo al domicilio de uno de los líderes socioafectivos del barrio, la coincidencia con las dos semanas de suspensión por Semana Santa y Feria y el cambio de horario solar) hizo que hubiese de nuevo una inflexión negativa de la asistencia. Sin embargo nuestro ahinco y decisión personal, la buena transferencia del grupo nuclear, nos posibilitó seguir adelante. En estas sesiones el grupo se volvería hacia el adentro, planteándose sus relaciones con nosotros y los vínculos internos, devolviéndonos otros aspectos de su historia comunitaria ya no tan depresivos retrayendo otros anteriormente mencionados. El grupo se plantea ahora su relación con el grupo grande, con el afuera, y con las normas de la comunidad en la que está inserto. Esto supone una importante asunción del contexto y de su influencia en la misma realización del grupo, llegando a tomar consciencia por ejemplo de la imagen que del mismo tiene el resto de los vecinos. Es una etapa de revisión y de evaluación de los logros. Se analizan las ausencias y se aportan las imágenes que nuestra actuación personal les inspiraron en las que destacamos la del médico progre, no fiable del todo, y la del misionero «extranjero» a la comunidad.

En estas sesiones surgió el primer intento de separación grupal en razón de las edades, aludiéndose por parte de un componente, la posibilidad de constituir un grupo de jóvenes y otro de adultos, aunque no prosperó dentro del clima comunitario. A través de estas siete sesiones la asistencia decrecería hasta 12 miembros, la mayoría perteneciente al grupo que hemos llamado adicto. Esta constatación sumada al análisis de la última inflexión del grupo, nos lleva a mantener un criterio de estructura abierta, de grupo «cara a cara», donde se aborden las resistencias comunes, con vistas a sanear las condiciones de trabajo grupal. En un clima de miedo, distancia o agresividad no se pueden abordar, con

garantía de eficiencia, temas grupales, y al menos este saneamiento, nos parecía ineludible. Además había que salvar la desconfianza que podía existir de que se podían hacer alusiones personales. En estas sesiones las técnicas fueron coloquiales, dejando de hacer uso de otras, que pudiesen dar pie a la aparición de celos, por su desconocimiento.

La comunidad se nos apareció durante este tiempo, como una familia cerrada, controladora de todo lo que en ella ocurre, resistente al cambio, aunque proporcionando a sus miembros la seguridad del reconocimiento.

En la sesión 23 se plantea, traído desde la espontaneidad de uno de los miembros, un tema que el grupo podía convertir en asunto de interés comunitario: la educación de los niños. Se trata de un asunto donde pueden coincidir implicaciones de la pareja, de la familia, de los adultos y que, además, puede ser colectivizado, con un enfoque abierto hacia otros vecinos, de modo que pueda propiciarse una relación más viva entre el adentro grupal y el afuera comunitario. El tema educación lo sacó un miembro por el problema que tiene con su hijo.

En esta sesión 23, última de las revisadas, puede ser, de desarrollarse en la línea apuntada, una nueva clave de un abordaje más adecuado al trabajo grupal en marco comunitario. Por haberse desarrollado el pasado 27 de Mayo, no podemos sino abrir un resquicio, aunque lamentamos dejaros un poco con la miel en los labios, sin saber aún del todo, si es miel u otra cosa lo que tenemos en la boca.

El grupo: Participantes, líderes y subgrupos.

Del grupo de participantes, como primera aproximación, podemos decir que se decanta de la propia estructura de la comunidad, en su institución de filial de la Asociación de Vecinos y con la práctica exclusión, del grupo de Renfe, situado allende la cancela. Es una comunidad de obreros cualificados, peones, numerosos jubilados y parados, algunos estudiantes y donde la mayoría de las mujeres trabajan en sus casas.

Al grupo vienen asistiendo los líderes locales: el presidente del Club Social, su padre, viejo militante comunista, el maestro barbero y el dueño del supermercado. También participan mujeres de peso en la comunidad, que a veces acuden con sus maridos, pero preferentemente solas. Igualmente suelen venir personas de edad de reconocido prestigio, algunos jubilados, el tonto del lugar, adolescentes de ambos sexos -más asiduamente chicas-, varias parejas jóvenes que traen

con ellos a algún crio pequeño, pocos jóvenes solteros, mujeres solas de forma aislada y personas no residentes en la zona, pero que en el día de la reunión coincidían allí por visitar a algún familiar. En total, de unos cincuenta asistentes contabilizados a lo largo de las 23 sesiones, y que constituyen el 20 % de la población total, unos 25 son reconocibles por su asiduidad en mayor o menor grado, otros tantos son esporádicos, siéndonos desconocidas las causas de su alejamiento.

Entre los 25 miembros identificables, distinguimos unos doce, que hemos llamado como el grupo proclive a lo terapéutico o «adicto», y que era el núcleo asiduo. Se componía de tres mujeres casadas, posiblemente con un alto grado de insatisfacción a nivel de pareja, tres adolescentes que buscaban una intermediación en sus relaciones con el mundo de los adultos, dos jóvenes solteros indecisos a la hora de la elección o institucionalización de la pareja y tres personas de edad, mujeres dos de ellas, con inquietudes a pesar de sus años. El otro grupo desearía un trabajo de discusión, informativo más que participativo, y en todo caso de posible incidencia en la acción. Se trataba de personas preferentemente mayores: líderes con autoridad vecinal, raigambre político o de tipo popular, que parecen defender su autoridad frente a los técnicos, con el posible temor de quedar en un segundo plano ante sus convecinos. Defendían probablemente la estabilidad interna de la comunidad temiendo que salieran a flote sus contradicciones y los conflictos internos de las familias y de la pareja. Lo integraban también los maridos de las mujeres más implicadas, quizás temerosos por la pérdida del prestigio de su rol familiar y algunos jóvenes que por su falta de cultura o sentido del ridículo, creían no saber salir con éxito cuando tenían que participar activamente. También incluimos en este subgrupo algunos jubilados, que solían estar en el bar cuando empezaban las reuniones, a las que se quedaban sin grandes pretensiones.

Entre uno y otro subgrupo pudo haber conflictos en algún momento, con nosotros de telón de fondo, en cuanto que el primero desearía clausurar el bar y el salón, a efectos de venta durante la hora de la sesión exigiendo participación, puntualidad y compromiso personal a los presentes. El segundo, más relajado en este aspecto, desearía conservar el carácter de centro público y abierto del club durante todo momento, no estando celoso del cumplimiento de las normas, quedándose incluso en algunos momentos, de pie durante las reuniones, llegando tarde en ocasiones o siendo remisos para el comienzo de las sesiones.

Otra división aparecida a lo largo del proceso, se planteó desde la edad, con inclusión de la propuesta, no exitosa, de hacer dos grupos: uno de jóvenes y otro de adultos. Las dificultades de comunicación entre personas que se conocen, de diferente edad y sexo, se hacían patentes en las reuniones.

En cuanto al liderazgo, tanto por su asistencia prácticamente absoluta, interés y enganche personal, es patente en el dueño del supermercado, un joven soltero, que en su trabajo tenía el lugar de máximo intercambio informativo de la zona y con mayores posibilidades de convocatoria.

Se trataba de un grupo heterogéneo en edad, sexo y cultura, de personas que se conocen muy de cerca y diariamente, sin una limitación de número y sin una motivación personal, sino social, al menos en un principio, para incorporarse a esta experiencia.

Los coordinadores.

Durante el primer año el equipo, trabajó acentuadamente en parejas de monitores, siguiendo el esquema de coterapeutas de distinto sexo. Así abordamos entrevistas y terapias individuales, de parejas y de familias. Con la aparición de estas dos experiencias simultáneas que aquí traemos, las dos asistentes sociales, junto con uno de los psicólogos se decantan hacia este trabajo grupal que estamos analizando.

Antes de trabajar en el centro de higiene mental de San Jerónimo, los dos monitores habíamos coincidido fundamentalmente en tres planos: De una parte en la militancia activa y posterior proceso crítico, en un mismo partido político; por otra parte habíamos recibido idéntica formación en tres ciclos sobre psicodrama, aunque en distintos grupos, desarrollando posteriormente actividades grupales como monitores en la práctica privada. Finalmente habíamos coincidido, durante todo un curso, en un mismo grupo de evolución personal, con técnicas bioenergéticas. Todos estos nexos comunes, sumados a una misma edad física y de ejercicio profesional, junto a similares actitudes de lucha y búsqueda en el terreno de los T.S.M., constituían una firme garantía de coordinación adecuada.

Sin embargo habíamos eludido el tema de poder entre ambos, en parte como consecuencia de lo sucedido a nivel de equipo. La elusión era tan manifiesta que evitábamos el sentarnos separados, quizás por el temor o la fantasía de que así podíamos entrar más fácilmente en rivalidad, aspecto que como hemos dicho había sido evitado en las discusiones internas de equipo.

Entre las profesiones de psiquiatra y psicólogo existe una abierta confrontación profesional y a nivel de los equipos terapéuticos, en tanto que el médico no quiere ceder poder ni prestigio, receloso ante esta nueva figura paralela y el psicólogo envidia el rol definido y el reconocimiento profesional y social del psiquiatra, desde una posición notoriamente más débil, hasta el límite de no contar con una identificación jurídica por falta de un estatuto profesional. En las instituciones sanitarias, los psicólogos no pueden aspirar sino a estar

reconocidos como posibles componentes de las plantillas laborales. Este reconocimiento no existe en la actual Ordenanza Laboral para Establecimientos Sanitarios, vigente desde Noviembre de 1978.

No existe jerarquización para los psicólogos y en concreto el de este equipo que acaba de perder un juicio contencioso-administrativo, contra la Diputación Provincial de Sevilla, por una reclamación de reclasificación profesional como Jefe de Servicio, que ha sido desestimada exclusivamente por no ser médico, que no por ausencia de otras razones.

Con todos estos preámbulos, abordamos la coordinación del grupo. En cuanto a la distribución interna de roles, el psiquiatra hacía contribuciones más teóricas, incisivas y provocadoras, mientras que el psicólogo las hacía de tipo reflexivo, reparador y justificativo, acordes con sus propias estructuras personales. En las dramatizaciones alternábamos en los papeles de director de escena y de observador. El médico ponía más acento en lo grupal en sí, con tendencia a lo terapéutico (posee una formación psicoanalítica) y el psicólogo más pendiente de lo sociológico y lo colectivizable (su actividad hospitalaria ha sido más a nivel de comunidad terapéutica).

El model del psiquiatra era más exigente desde las condiciones de trabajo grupal y el del psicólogo más abierto a un clima de asamblea vecinal. Este difícil equilibrio interno, se mantenía, merced a una dialéctica permanente, a través de intercambios críticos antes y después de cada sesión y en discusiones vivas a lo largo de todo el proceso. Todo este esclarecimiento era recogido por el psicólogo, que lo incorporaba al control escrito posterior a cada sesión, ya que como se ha dicho a partir de la sesión sexta, abandonó su práctica de anotar en las sesiones.

En tres ocasiones faltaron uno de los monitores, estando el psicólogo sólo frente al grupo en las tres por imposibilidad de asistir el psiquiatra, mientras que éste compartió dos de ellas con cada una de las asistentes sociales.

En cuanto a la relación con el grupo hay que anotar que la primera imagen con que nos identificaron fue la de «médicos», compañeros que vienen voluntariamente a una tarea socio-asistencial. Durante todo el proceso éramos conscientes de que sobre nuestras espaldas recaía la continuidad de la experiencia, que para mayor responsabilidad era la primera que se hacía en Andalucía. Toda esta situación se recargaba aún más, por la ausencia de estímulos económicos, respaldo institucional o apoyo vecinal general. Como contrapartida obteníamos un liderazgo impuesto, investigábamos una comunidad marginal, explorábamos nuevas vías de trabajo grupal, buscando el reconocimiento de una comunidad que nos lo proporcionaba manifiestamente sólo en sus sectores menos reconocidos: mujeres, adolescentes y jubilados.

La experiencia nos fué dura en sus comienzos por la agresividad que provocó nuestra inexperiencia de encuadre grupal en la comunidad, por la dificultad de intelección, de lenguaje verbal y técnicas que a veces encontrábamos en el grupo y por la desvalorización que sentíamos en las inflexiones negativas de asistencia tenidas a lo largo del proceso.

Conclusiones provisionales.

1.- Un equipo de higiene mental debe velar en primer lugar por el saneamiento de sus propias condiciones de trabajo. En este sentido encontramos, desde nuestra experiencia, que es básico el buscar y consolidar recursos de financiación para la tarea, por razones que nos parecen de todo punto obvias. Aparte de ello, y para poder contar con una inteligible, adecuada y estable identificación social, relativamente independiente, al alcance del ciudadano medio, es necesario poseer un espacio exclusivo y un mínimo de institucionalización, aún a pesar de los riesgos que ello conlleva, pero que habría que asumir.

2.- De cara al medio, el equipo debe partir de un conocimiento de lo más amplio y posible del mismo, de su historia, de su dinámica y de sus conflictos. Es la misma necesidad de conocer un correcto diagnóstico individual o de situación, previo a cualquier abordaje. En relación con el medio, señalamos como privilegiados los nexos del equipo de higiene mental con todas sus instituciones, intentando superar los estereotipos creados o un enfoque parcial, producto de la dinámica y la lucha de poder existente dentro de la comunidad.

Aceptar y plegarse sin más, a los grupos predominantes en relación de fuerzas del medio, desde el punto de vista de los contactos necesarios con todos los sectores, sería como que el equipo de higiene mental admite, prejuiciosamente como sanos, la dinámica y las relaciones internas entre los grupos del barrio. Un capítulo de interés peculiar lo constituye la relación del equipo con los líderes locales, bien sean de tipo popular, de lucha ciudadana o institucionales. La tentación de protagonismo de los T.S.M., más acentuadamente marcada en los psicoterapeutas, debe contar con los posibles problemas de rivalidad, miedo o infravaloración desencadenables. En cuanto a la comunidad y al ambiente ciudadano general, consideramos necesario abrir un debate crítico sobre estos temas.

3.- Los esquemas conceptuales y los métodos de trabajo con los que nos aproximamos a una comunidad, de origen terapéutico y grupal pueden ser trasvasados acríticamente a este enfoque comunitario. Este problema del trasvase, quizás en parte inevitable necesita una revisión y supervisión permanente a lo largo de todo el proceso.

4.- El trabajo grupal comunitario plantea nuevos interrogantes, hasta ahora no suficientemente debatidos. Así el tema de las tensiones intragrupales, provenientes de la competencia, la rivalidad, las relaciones afectivas,... que deben ser asumidas para realizar un trabajo grupal saneado, pero que cuentan con la dificultad de ser abordadas, en un grupo «cara a cara». Aún plantea más ambivalencia la incidencia de lo patológico a nivel individual en esta clase de grupos. Finalmente, aparecen las relaciones entre el grupo de trabajo, con todo el grupo comunitario. Es significativo como a estos grupos se han vinculado, en principio, los individuos que no poseen un alto nivel de reconocimiento y papel en la vida social del medio: mujeres, adolescentes y jubilados o personas de edad. Sin embargo estos grupos, no constituyen una alternativa compensatoria a la organización político-ciudadana del medio. Otro dato destacable es que en el grupo se evidencian los esquemas de vida privada, criterios educativos y relaciones habituales en la comunidad. Y este punto sí nos parece crucial, ya que en él hemos encontrado frecuentes contradicciones. Así ¿cuáles son los modelos de vida interna, familiar, de pareja, sexuales o de educación de los hijos en estos sectores populares?. Aquí puede y debe abrirse un amplio debate introspectivo, crítico y de nuevas alternativas, ya que frecuentemente los sectores proletarios reproducen los esquemas de vida burgueses, sin los flecos compensatorios de una situación económica superior. Este ha sido el terreno que primeramente nos hemos encontrado a nivel temático y, desde luego, y hasta ahora, sólo hemos realizado una aproximación al mismo.

5.- Por último el equipo de higiene mental debe esclarecer desde una supervisión exterior y/o una permanente actitud de confrontación interna, sus relaciones intragrupales. Temas como el de poder en el grupo, el sexo, el nivel de conocimiento, lo ideológico y los aspectos individuales a nivel motivacional y de personalidad, necesitan ineludiblemente ser planteados y trabajados, hasta los niveles necesarios para un desarrollo saneado de la tarea, manteniendo el difícil equilibrio del binomio emoción-trabajo.

Señalamos lo necesario que nos parece el incorporar a estos equipos de psiquiatria, otros profesionales (sociólogos y pedagogos en especial) que por no pertenecer al sector de lo asistencial y haber trabajado sobre la realidad desde otra óptica, aportan un material imprescindible para que la alternativa que hoy estamos presentando, lo sea realmente.

1985 XIII SYMPOSIUM DE LA SEPTG

Con este Symposium, la SEPTG de nuevo se acerca al área público, a las instituciones y la comunidad.

La Ponencia

«GRUPOS EN SALUD PUBLICA»

cuyo Coordinador fue Javier Díaz,
presentó la siguiente elaboración en 193 páginas:

1. Las técnicas grupales como facilitadores del funcionamiento del Equipo de Salud.
 - 1.1. Experiencia Grupal y Formación (Joan Palet i Martí, Pere Notó Brulles, Montserrat Martínez del Pozo)
 - 1.2. El grupo de formación en psicodrama en la Institución Psiquiátrica orientado al trabajo en la Unidad de Agudos (Pablo Alvarez Valcarcel)
2. Abordaje grupal en la comunidad.
 - 2.1. Trabajo con grupos y salud pública (Pablo M. Falcón)
 - 2.2. Técnicas grupales en la comunidad. Grupos de psicoterapia analítica en ASAFES. (Victor Ortega)
 - 2.3. Las técnicas de dinámica de grupo en el campo de la orientación educativa familiar. Resumen de una experiencia. (Enrique Guerra, Jesús A. Saez Crespo)
 - 2.4. Comparación de dos grupos de seguimiento. (Juan Luís Piñero Ramírez)
3. Abordaje grupal en las instituciones.
 - 3.1. Técnicas grupales en la Institución. Experiencias grupales en una Unidad de Agudos dentro de una institución manicomial. (Rosario Gil-Ortega, Manuel Gutiérrez Infantes, Antonio Tomero Vilar, Juan Ignacio Sagastagoitia, Pedro Rodríguez Meiriño)
 - 3.2. Psicoterapia de grupo en las crisis esquizofrénicas. (Manuel González de Chavez)
4. La comunidad terapéutica.
 - 4.1. La idea de la comunidad terapéutica. Una alternativa de manicomio. (Alberto Espina)
 - 4.2. Hacia la comunidad terapéutica en Miraflores. (Margarita Laviana Cuetos)
 - 4.3. Las asambleas de pacientes en un Hospital Psiquiátrico. (Luís M. García Cabiedes)
 - 4.4. Experiencia con pacientes crónicos rehabilitables a corto plazo. (Felipe Vallejo Jiménez)

Decidimos incluir algunos textos de la Ponencia porque nos hablan, como otras contribuciones al presente número, de nosotros, los profesionales que mantenemos la esperanza de otro tipo de convivencia:

«TECNICAS GRUPALES EN LA COMUNIDAD. GRUPOS DE PSICOTERAPIA ANALITICA EN ASAFES»

por Victor Ortega

Psicoterapia Analítica de grupo en los trastornos orgánicos.
Evolución de grupos de psicoterapia en diez años de trabajo.

Esta es la tercera vez (3) que me dispongo a presentar una parte de mi trabajo, la primera fué a los dos años (1) de comenzar esta experiencia, la segunda a los cinco (2) y esta casi dos años después de la despedida, en Marzo de 1989.

Suceden bastantes cosas a lo largo de diez años en la vida de cualquier persona. Como miembros de grupos podemos observar no sólo las cosas que pasan en la vida de otros, sino también, en qué forma el pertenecer a un grupo y la evolución de este supone algo en la vida de la persona como miembro de ese grupo, de la misma forma que su actitud personal determina en gran medida, las cosas que le suceden en todos los grupos en que participe.

Aunque el tema central de mi exposición es la Psicoterapia Analítica de grupo en los trastornos orgánicos, mencionaré también el conjunto de grupos, y a los grupos del conjunto, que permitieron el desarrollo de los grupos de Psicoterapia Analítica con pacientes afectados de trastornos orgánicos y otros. Me refiero a ASAFES (Asociación Alavesa de Familiares y Enfermos Psíquicos) como Institución, al grupo de familiares, al grupo de enfermos, y al grupo del Equipo asistencial; que además de los grupos de Psicoterapia Analítica permitieron el desarrollo de grupos de Expresión Corporal, grupo de encuentro de fines de semana, y grupo del Taller ocupacional entre otros.

En estos diez años los grupos de psicoterapia analítica fueron evolucionando en la medida de la evolución del conductor de los mismos, así como de otros miembros del equipo y las circunstancias: de un grupo inicial de encuentro y sensibilización analítica, en el que participaba otro coterapeuta, y se reunía dos veces por semana, atendiendo a pacientes identificados, y otro grupo de sensibilización para familiares que se reunía dos veces al mes con un sólo conductor, el mismo que el del anterior grupo, se pasó a un grupo para pacientes con una frecuencia de dos sesiones semanales y otro grupo de sensibilización para pacientes de una sesión semanal. El grupo de sensibilización de familiares continuó con un conductor distinto, a la vez que el coterapeuta del primero comenzó a llevar un grupo de expresión corporal.

En cuanto a la evolución de la Institución, unas breves líneas de lo que yo he

podido observar. ASAFES comenzó a funcionar en un momento en el que la asistencia psiquiátrica pública prácticamente no ofrecía otra alternativa que la asistencia manicomial. Hoy día el panorama es distinto, existen otros centros asistenciales diversos en la red pública. De una primera fase de apoyo a los trabajadores psiquiátricos para conseguir reformas asistenciales y de denuncia y reivindicación por la falta de alternativas, así como de concienciación al resto del grupo social, ha pasado después de otras a una fase de seguimiento del funcionamiento de los servicios públicos, con el trabajo de sus diversas comisiones; sin que por ello deje de seguir ofreciendo unos servicios de atención directa: Asistencia Social, Grupo de Apoyo, Club Ocupacional etc...

Los familiares como grupo y en general tratan de conseguir que los pacientes, miembros de sus familias, estén tranquilos, sean atendidos para esto y, en la medida de lo posible, que sean productivos, que no sean una carga. A través de los grupos de sensibilización y apoyo, han ido evolucionando a tomar mejor contacto con la realidad de su situación y la de sus familiares enfermos; la labor continúa.

El equipo asistencial. En una institución de este tipo me parece difícil que la actitud inicial de los integrantes del mismo, sea diferente a la que nos animaba. Voluntarismo, ganas de aprender con la experiencia, falta de experiencia y de conocimiento de nuestros propios límites y necesidad. A lo largo de los años, el equipo fue evolucionando, afortunadamente, cambiando algunos miembros que lo dejaron, viniendo otros, y los que nos quedamos, teniendo más claro, con la experiencia, nuestras necesidades en cuanto que personas y como profesionales.

Toda esta introducción, aunque abreviada, para hablar del trabajo en grupos con pacientes que presentan «trastornos orgánicos». Ya sé que son formas de hablar, para entendernos, en análisis he aprendido que hay que cuidar la forma de hablar para expresarse, y cuidar lo que se oye para entender bien. Trastornos orgánicos significa que hay lesión orgánica, que el órgano no solo no funciona bien, trastorno funcional, o psicológico, trastorno orgánico imaginario, sino que hay una lesión que impide funcionar, a veces la lesión es total, falta de órgano, amputación. Que relación tan intensa existe entre esto y la castración, el miedo a la castración, a la impotencia y la «tranquilidad» post castración o durante la impotencia.

¿Hay algún trastorno no orgánico en cuanto a la salud de las personas se refiere? Otro término que se suele usar: Endógeno, originado dentro, por contraposición a Exógeno, originado fuera. Y otros trastornos funcionales, dependientes del sistema nervioso vegetativo o autónomo.

A veces las personas hemos recibido tratos, y hemos aprendido a ponernos en tratos, tratamos, de forma que ni los animales (la mayoría), ni las plantas (la mayoría) podrían soportar. Realmente las personas tampoco lo soportamos - bien. Reaccionamos con trastornos imaginarios, funcionales y orgánicos, habitualmente.

No voy a extenderme en cuestiones de Neuro-psico-fisiología experimental, porque el tema es Grupo de Terapia Analítica. Ligar un grupo de pacientes con trastornos orgánicos me parece muy difícil, ligar un grupo de pacientes con **lesiones** orgánicas aún más, y mucho más difícil todavía me parece ligarlo bien, que se constituya la Matriz Grupal, con este tipo de personas tan negadoras entre las que existen algunas además muy negativas. Negación de realidades, a veces de (casi) toda la realidad, desplazamientos, disociaciones, transferencias masivas...

Cuando en nuestra cultura una persona llega a padecer un trastorno orgánico, endógeno o exógenamente generado, es muy difícil oírle hablar de sus sentimientos, de sus emociones, de sus afectos, de sus relaciones interpersonales, este último en especial, salvo en las relaciones con los médicos que les atendieron, o les siguen atendiendo y el personal para-médico. Todo suele girar entorno al tratamiento que le dan o que le van a dar y si le sacan «algo» de lo que tienen. Es muy difícil oírle, porque le cuesta mucho no reprimir el sentir esas cosas y aún más el no reprimir expresarlas. ¿Por qué le cuesta?. Tal vez una respuesta sea que resulta difícil oírle porque a los «terapeutas» no nos resulta agradable lo que podamos escuchar, sino más bien penoso. El susto que él puede tener por sentirlo y expresarlo es el que podemos llegar a temer nosotros, sentir por escucharlo.

Transferencia y contratransferencia, resistencias y defensas...

Los pacientes funcionales luchan, los lesionales se han rendido o resignado. Pero esto no es totalmente cierto. El primer potencial de grupo terapéutico reconocido, si la información que tengo es correcta, fué espontáneo y formado en la sala de espera de un fisiólogo.

Evolución de los pacientes.

Al principio de la experiencia, las reuniones de grupo eran más una tertulia, no existía lo que técnicamente llamamos una Cultura de Grupo ni mucho menos una Matriz Grupal. El grado de compromiso era muy variable, los miembros del grupo expresaban fundamentalmente quejas sobre los tratamientos («tratos») que habían recibido, sobre sus familiares y la sociedad, el mínimo cuestionamiento de su actitud conllevaba habitualmente el que rompiesen el

compromiso y la relación con el grupo. Esto fue cambiando si bien el número de comprometidos con el grupo de psicoterapia era menor.

Estaba tan abierto, que casi tenía la sensación de que lo hacía mos en la calle, siendo el espacio físico en realidad de los más internos y menos transitables de los locales de ASAFES; entraba y salía la gente incluso a veces (muchas) en una misma sesión. Por eso decidí empezar un grupo de sensibilización para los menos implicados y continuar el de análisis para los más comprometidos con el grupo. Al cabo del tiempo los que persistieron en el de sensibilización, creo que trabajaban analíticamente con similar interés que los del otro grupo, eso sí, sólo una vez por semana.

Tal fué el interés de esta gente sensibilizada ya, que en la despedida (con tres meses de antelación fué anunciada por mí la finalización del grupo) además de otros aspectos que ya se iban tratando como temas del grupo habituales - trabajo, sexo, libertad, placer, familia, tratamientos, celos, etc..., uno de los que se trabajó más intensamente fué buscar un nuevo conductor, incluso entre los mismos miembros del grupo; y si ese grupo tenía que seguir o terminar.

Una cosa más que me gustaría transmitir bien en esta comunicación: el esfuerzo tan grande que conlleva este tipo de grupo, el conducirlo y el participar en él. Es la sensación, creo comparable, al esfuerzo para buscar oro, no en una mina sino en la corriente de un río. Y las satisfactorias recompensas al encontrarlo: Un paciente «mental» le contestó a un paciente «hipertenso esencial»: No es suficiente que vayas a todos los sitios dónde te prometan curación, tienes que mirar si vas con Ansiedad...

El grupo de análisis también finalizó. Meses antes empezó a participar en él un observador que con el tiempo pasó a un rol más activo como coterapeuta a la vez que comunicamos al grupo que yo estaría unos meses más y luego dejaría ese trabajo.

En estos diez años he hecho algunos cambios en mi vida personal y profesional, este trabajo aquí presentado en esta comunicación ha supuesto bastante para poderlos hacer.

(1) Gaceta Médica de Bilbao. (Alternativa Psiquiátrica en Vitoria). Vol. 79 No. 4. 1982.

(2) XIII Symposium SEPTG. 1985. Grupos en Salud Pública. (Mi trabajo con grupos en ASAFES).

(3) Primera Reunión Científica APAG. Barcelona, Febrero 1991.

«HACIA LA COMUNIDAD TERAPEUTICA EN MIRAFLORES»

por Margarita Laviana Cuetos (Extractos)

A modo de introducción

Hablar ahora de Comunidad Terapéutica en el Manicomio de Miraflores, es reencontrarse con ilusiones de estudiante mantenidas en algún rincón del corazón y que por no se sabe qué motivos, renacen de nuevo en este lugar de desalientos donde no crecen flores, a pesar de lo hermoso de su nombre.

Es más un deseo nuestro, que un deseo de ellos. Y no es fácil decir quienes somos nosotros y quienes son ellos, pues continuamente cambiamos de lugar y las caras se desfiguran entre miles de organigramas nuevos (aparentes) que oscurecen el quehacer profesional, siempre difícil y no siempre satisfactorio.

El porqué uno se plantea ir hacia algún lugar con otros - aunque ese lugar sea invisible, sea más bien una idea y una relación - es difícil de contestar.

El porqué en este momento - con la barriga en la OTAN y el culo en el Mercado Común - seguimos pensando que es bueno construir algo de futuro diferente, es una pregunta que para seguir siendo creativos debe quedar sin respuesta, para posibilitar miles de ellas.

Y ello debido a que no sabemos - nadie sabe pese a lo que tantos dicen y decimos - qué hacer con estos manicomios heredados; llenos de personas creadas a la imagen y semejanza no de un Dios bueno, sino de un edificio - unas leyes - una sociedad, unos profesionales, una ciencia que a lo largo de los tiempos han ido dando 'respuestas' al prehistórico dilema buenos/malos.

Y derivamos en sanos/locos, curables, incurables, agudos, crónicos... Y es necesario modernizar la respuesta profesional a la altura de los tiempos... Y precisamos reinventar para nuestra tierra instrumentos ya patentados por múltiples países. Y lo hacemos sin saber qué círculo creamos con ello ni si rompemos alguno. Seguimos porque somos parte de una humanidad imperfecta e indefensa y es bueno ahora reflexionar haciendo lo que nuestras mentes y nuestros corazones anhelaron en otros tiempos y persiste la ilusión del quehacer cotidiano diferente.

Por estas ráfagas de cosas, hablamos en estas páginas del deseo de ir hacia la Comunidad Terapéutica de Miraflores.

Introducción general.

El marco teórico general de la Comunidad Terapéutica, a modo de recuerdo, delimita una serie de consideraciones de gran interés que nos van a servir de introducción a nuestro trabajo concreto en Miraflores.

Sullivan habla de «Comunidad Terapéutica» señalando como tal la posible acción benéfica de una institución sobre el paciente. Rowland, nos señala cómo se estructura el mundo del paciente en torno a lo que él llama «estructura informal», constituida por un código de lenguaje, diferentes situaciones jerárquicas intramurales y reserva de toda una amplia gama de tradiciones y mitos hospitalarios. El mundo del paciente circula libremente entre ellos, siendo desconocido e inaccesible a los profesionales. La ética imperante en los manicomios, presiona al paciente y le induce a adoptar posturas intermedias — ni muy regresivas ni muy sanas —, estructurándose un rol de paciente que le obliga a actuar según normas y valores que responden a la necesidad de defenderse de la institución.

La existencia de dos grandes grupos separados (pero al mismo tiempo obligados a una gran proximidad), configura una serie de relaciones comunicadas y pseudocomunicadas.

Los psiquiatras no reconocen (no conocen) el mundo de los pacientes, estudiando sus conductas en términos histórico/individuales; los pacientes carecen de canales formales de comunicación y desarrollan una estructura social que al mismo tiempo que los aísla los defiende; la Institución crea un tipo dado de cultura, que modifica la conducta y hasta la identidad del paciente.

El análisis que hace Goffman de las Instituciones totales, nos ofrece una fotografía clara y precisa de lo que conocemos en nuestro trabajo en manicomios (aún a pesar del pasar de los años y de las diferentes zonas geográficas y culturales).

Este paciente desinfectado de toda identificación, despojado hasta de los cinturones y cordones de zapatos, con una pérdida paulatina de su tiempo, de su espacio, de su imagen (en los manicomios no hay espejos), deriva en ejercer un auténtico y exclusivo **rolón** paciente (en el sentido señalado por Rojas Bermudez), que se «relaciona» con otro **rolón** -el psiquiatra-, sin encontrar ningún punto de contacto. Esa persona llamada paciente es sometida a multitud de violaciones e intrusiones que surgen del propio poder legado por la sociedad

y la ciencia a los asilos-manicomios-médicos-personal: el control «policial terapéutico» con el objetivo de convertirse en el mejor mecanismo defensivo de una sociedad dispuesta a negar su propia alienación. Para que esta negación sea más «operativa» es preciso deshumanizar lo más posible al loco: no puedo ver en él a una persona, no puedo identificarme con él, debo justificar al máximo su internamiento (forma de caminar, sistemas de comunicación primitivos, imagen física repulsiva al buen gusto...)

Y esto es en gran parte todavía Miraflores. Un sub-mundo dónde coexisten el pasado y el presente, a veces integrados en un intento de futuro diferente, intentos abortados demasiado a menudo por no se sabe qué razones científicas-lógicas-políticas-humanitarias.

Y en este marco nos proponemos un programa masivo de transformación hospitalaria que posibilite un nivel de relación y comunicación más normalizadas (tomando como «normal» el parámetro «normal» de la sociedad), que nos permitan romper el cordón umbilical que nutre a uno y a otro grupo (pacientes y trabajadores) de las materias de deshecho de la sangre maternal: la sociedad sana.

Marco general del hospital psiquiátrico de Miraflores.

En este sin sentido, y para seguir planteándonos las dificultades (¿como defensa a asumir una tarea realmente arriesgada y conflictiva para la que no sabemos si estamos preparados), es interesante saber que Miraflores es una Institución enorme con un total de 153.263 metros cuadrados (54.561 construidos y 98.675 metros cuadrados de jardines), con una disposición de pabellones enormes, cada uno con una capacidad en torno a los 100 pacientes y un variable número de personal auxiliar distribuidos por turnos de rotación desesperantes, con diferentes niveles de formación, motivación y actitudes, con un personal técnico que a todas luces es escaso y un proyecto de trabajo ambicioso, apasionante, y tremendamente dificultado por factores inter, intra y extrahospitalarios...

Descripción dinámica (la vida de los pacientes ahora).

La filosofía general que inspira nuestro trabajo va encaminada en una primera fase a mejorar y a dignificar las condiciones de vida del paciente de larga estancia.

Está de más insistir en que éste es un proceso duro y lento; las más de las veces condicionado por la lentitud en la capacidad de respuesta administrativa que

convierte en una larga tramitación burocrática, una decisión técnica cualquiera que suponga una modificación de lo estructuralmente establecido.

Así, nos planteamos la continua prueba de realidad como mejor elemento de análisis del equipo y la tarea encomendada. Nuestro deseo sería que todo lo expuesto a continuación, por ser tan lógico y evidente, fuera realizable de inmediato. La lógica, el análisis institucional y el conocimiento del proceso de cambio grupal nos enfrenta, sin embargo, al hecho esquizofrénico de situarnos en una lucha tercermundista de reivindicación de toallas, jabón, ropa interior... Y sobre todo al hecho tremenda mente angustioso para el equipo de la U.L.E., de saber que este lógico proceso nos llevará mucho tiempo y la mayor parte de nuestro esfuerzo profesional y humano.

Descripción de tareas.

Higiene y baño...

Alimentación...

Ropa...

Trabajo hospitalario...

Reflexiones sobre esta situación...

A Modo de (si es posible) conclusiones.

Si conseguimos superar este momento caótico y frustrante entendemos que podemos estructurar un trabajo centrado y orientado en nuestro objetivo: la reinserción del paciente en la comunidad. Para ello está claro nuestro deseo de trabajar paulatina y paralelamente el paciente, la Institución, el personal y la comunidad.

La situación que vivimos nos obliga a fluctuar de continuo entre el aliento y el desaliento. Ya hemos señalado el elevado número de pacientes que alberga el Hospital Psiquiátrico de Miraflores. Sin embargo, lo más difícil a la hora de abordar el trabajo, no es el número, sino la enorme diversidad de situaciones sociales, de procedencia, etc., que se da en cada pabellón y que en multitud de ocasiones desorientan al profesional acerca del abordaje a seguir...

Unido al escaso número de personal técnico y auxiliar, a la escasa preparación de éstos en nuevas tareas que conlleva una modificación sustancial de actitud hacia el paciente y hacia sí mismo, y lo difícil del trabajo en equipo en una Institución tan enorme como esta, es natural deducir que cuando decimos que tenemos miedo ante este trabajo, no estamos hablando de algo teórico o

imposible. El miedo está aquí. Y a veces, nos paraliza y nos hace perder los límites, la claridad y el deseo de avanzar.

Cuando una va reflexionando por los pasillos del manicomio sobre los efectos del vacío en personas que están tumbadas en posturas increíbles en el césped o en el suelo y comienza a despertar en tu mente algún resquicio de posible respuesta, te saluda Vidal y te pide un cigarro y cinco duros para café. Y se los das. Y entonces comprendes que sigues dando vueltas a la noria del posible, que hace imposible el cambio, y te vuelven a surgir cuestiones que aún no has entendido.

Y te dices que es necesario interiorizar más la lucha contra la institucionalización para poder asumir este riesgo a cronificarte cuando crees descronificar al paciente. Pero al día siguiente le vuelves a dar los cinco duros.

La continua pregunta frustrada del personal se une a veces en un pequeño colectivo que no sabe responder, que se atonta en sí mismo y no sabe si seguir o no, preguntándose por esas crueldades masoquistas que te hacen venir de 8 a 15 horas al manicomio. E irte y volver. Este es ahora nuestro momento en Miraflores.

El deseo por construir se oscurece cuando percibes de forma tan clara que no es sólo construir el edificio, sino el espacio, el ladrillo, el cemento, y hasta el aire.

Nuestros elementos son pobres todavía. Es más. No sabemos si podremos o no contar con ellos, ni cuándo lo sabremos. Por eso es difícil.

Creemos que no estamos preparados para «Saltar la Tapia» porque la tapia se desdibuja y se reafirma de continuo.

Hasta pensamos que estamos construyendo un nuevo muro tras el que resguardar los nuevos avances científicos y las nuevas respuestas político-sociales. ¿Residencias de ancianos? ¿Geropsiquiatría? ¿Albergues y talleres protegidos?... ¿No son nuevas respuestas marginales de una sociedad desintegrada que no ha sabido nunca poner en comunicación a los contrarios que la constituyen?. Es evidente que el modelo manicomial no es bueno. No es ni modelo, en esta situación social. ¿Lo es el modelo que actualmente todos llamamos Reforma Psiquiátrica aún cuando revisa caracteres tan dispares - dispares en forma y contenido bajo el mismo nombre? ¿Qué cuestiona hoy en Miraflores la constitución de las bases de una Comunidad Terapéutica? ¿Toca en algo, roza siquiera, la estructura social que mantiene y potencia la locura?

Es posible que nos planteemos estos proyectos de trabajo como refugios pseudo-existenciales en los que acunar los desprecios propios y ajenos; y es posible que pretendiendo romper un modelo estemos definitivamente construyéndolo.

Todo es posible aunque nada lo sea en realidad. Salvo el deseo de hacer.

Aún así, y quizá por eso, creemos que podemos avanzar en las líneas que definen la Comunidad Terapéutica, si nos dejan avanzar las circunstancias. Y ello a pesar de que las Asambleas de Pacientes se ven continuamente bloqueadas, manipuladas o paralizadas; los grupos terapéuticos se deshacen a las pocas sesiones de su inicio por el poco apoyo con que se cuenta y hay que volver continuamente a empezar; las familias boicotean los avances del paciente; se favorece por parte de muchos trabajadores del Centro la desconfianza hacia los técnicos y se refuerzan figuras tradicionales que miran pasivamente el cambio con los dientes apretados; pese a la presión social ante una muerte por accidente, una fuga, una agresión que exige de inmediato la respuesta al juez, el informe a los políticos, la entrevista con la familia, el dar cuenta a las diferentes Jefaturas de Área... todo ello en una especie de subrealista carrera loca en solitario del psiquiatra que tiene de nuevo que luchar por buscar su espacio, el psicólogo, incapaz de abordar profesionalmente tanta demanda expresada, la asistente social, en fuga institucional para buscar un recurso que no conoce y no tiene en sus manos, de momento, encontrar, la enfermería nueva estrella del nuevo modelo asistencial. Bienvenida sea. Pero seguimos porque es preciso encontrar una luz hacia la que quieren mirar muchos ojos, en una búsqueda de Pequeños Príncipes sin reinos futuros, invadidos de ciencia ficción que hacen parecer pequeña, irrisoria, casi tragicómica, nuestra diaria reivindicación por el trabajo. Por el respeto.

Muchos cayeron en el intento de cambiar las cosas. Y muchos seguirán cayendo (a veces hacia arriba), en el futuro.

A los primeros los recordamos muchos. A los próximos, ya veremos. Es un círculo.

Porque hablar ahora de Comunidad Terapéutica en el Manicomio de Miraflores, es reencontrarse con ilusiones de estudiante metidas en algún rincón del corazón, y que no se sabe por qué motivos, renacen de nuevo en este lugar de desalientos dónde no nacen flores a pesar de lo hermoso de su nombre».

1986 XIX JORNADAS SOBRE TEMAS DE INTERES PSIQUIATRICO ORGANIZADAS POR EL INSTITUTO PERE MATA DE REUS

«LA INTERVENCION EN LOS DIFERENTES ESPACIOS INSTITUCIONAL Y DE LA COMUNIDAD» (EXTRACTO)

por J. García Ibáñez, B. Díaz Mújica, C. Latrás Buesa, A. Virgos
Oller, D. Roca Estruga, M. Pi Ordoñez, J. Figuerola Martí

(Debido a la limitación del espacio no es posible incluir este trabajo de 37 páginas en toda su extensión pero sí el esquema desarrollado que le sirve de base y que hace referencia a los lugares de análisis, de escucha y de respuesta y articulación de la escucha.)

Citamos algunos párrafos del trabajo...

Con la aparición de la psicoterapia institucional comienza la actitud de escucha... Todo lo que puede mejorar la red de comunicaciones y permitir a cada uno salir de las categorías y la uniformización para desarrollarse como sujeto, tiene valor terapéutico. Se plantea el tratamiento del enfermo por la Institución y a la vez de la Institución misma como asilo que siempre renace.

Es preciso establecer un terreno preparatorio para la psicoterapia institucional que es el establecimiento de una enorme maquinaria para ensayar o constituir espacios de decir (OURY) o ruidos de palabra (TOSQUELLES), imprescindible en el tratamiento de los esquizofrénicos con un transfert multi-referencial, un transfert reventado, disociado... la constelación de la que habla TOSQUELLES; la posibilidad de emergencia de alguna cosa se verá facilitada por la existencia del máximo de lugares de decir y escucha, tanto en la intervención hospitalaria como en la intervención en la comunidad

....

Pero en una institución grande como la nuestra es difícil a veces mantener dicha actitud (la de escucha) y no caer en posturas asilares. Un enfermo incluido en

una estructura de Club, puede hallarse en un pabellón de crónicos casi terminales, y al regresar a él entrar en una estructura asilar, donde los demás deciden por él. Hay que evitar a toda costa que se dé esta paradoja, y para ello es preciso un análisis constante de la Institución y del personal que trabajamos en ella, así como una formación permanente.

...

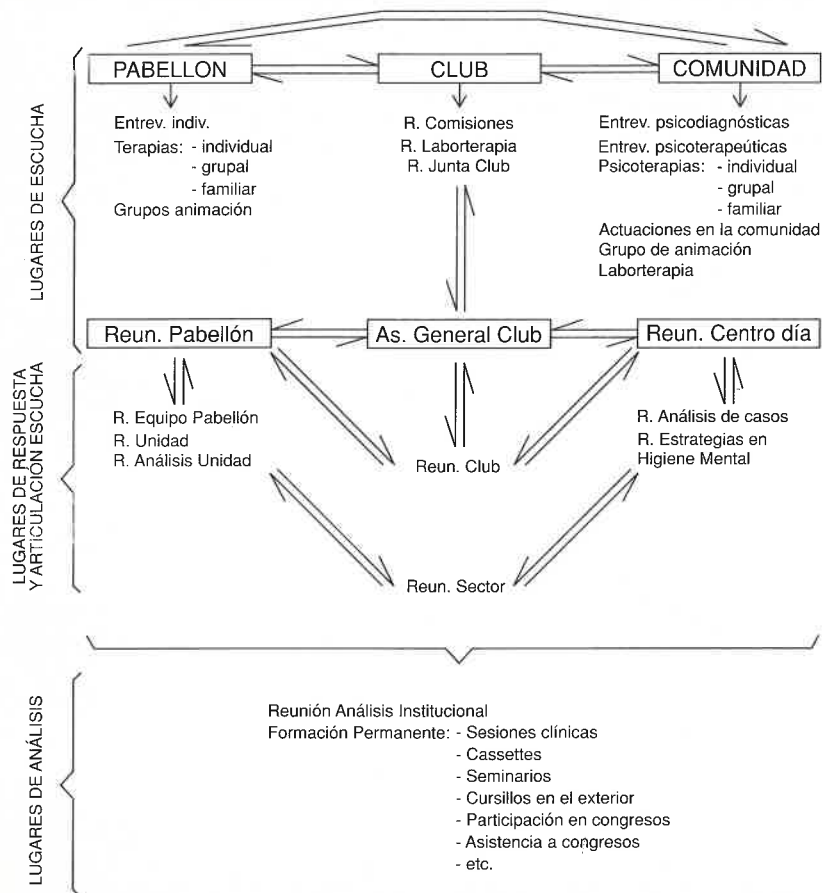
Escuchar no es oír. En la escucha se distingue entre lo dicho y el decir: El acto de la escucha ya presupone una intervención, condicionada o matizada por la actitud y el tipo de acogida que se hace a lo dicho como vehículo de una demanda.

...

Una disposición apresurada por llegar al diagnóstico, puede llevar a escuchas distorsionadas, favorecidas porque un mismo enfermo puede elaborar diferentes discursos si el espacio cambia y la persona con la que habla cambia también.

Recientemente un enfermo en uno de los sectores se entrevistó sucesivamente con la A.S., la psicóloga y el médico. La primera de ellas quedó convencida de haber atendido a un histérico, del mismo modo que la psicóloga quedó convencida de haber escuchado a un delirante crónico y el médico de haberse encontrado con un depresivo. La escucha se halla matizada y condicionada, cuando no proyectada e intelectualizada, si se toma una determinada posición diagnóstica en función de una serie o parte de los detalles recogidos. Ya no se escucha la totalidad del discurso, sino solamente la parte que a uno le cuadra. Incluso parece que el propio paciente adecuara su relato en la línea esperada.

Es preciso tener presentes los aspectos cosificadores de una postura estrictamente diagnóstica. Que, por cierto, pierde su ubicación estrictamente clínica cuando nos situamos en el encuentro con el enfermo en su medio, donde aspectos familiares, sociales, económicos, de trabajo, etc., juegan un papel primordial y condicionan el proyecto terapéutico a establecer, que tampoco debe ser cerrado, del mismo modo que ha de acompasar su ritmo al que impone el propio enfermo. También es preciso articular las distintas escuchas: al enfermo, a la familia, a los otros miembros del equipo. Articulación que sólo es posible en un espacio en el que todos los miembros del equipo terapéutico transmitan lo recogido y sus propias actitudes y entren en el análisis de todo ello.



1989 IV JORNADAS DE HOSPITALES DE DÍA, MURCIA

«EL HOSPITAL DE DÍA COMO COMUNIDAD TERAPEUTICA PSICOANALITICA»

por José Luis López Atienza y Norberto Mascaró Masri
Consorcio Uribe-Costa, Salud Mental

El término **Comunidad Terapéutica**, fué utilizado por primera vez por Thomas Main (Inglaterra, 1946), para describir un modelo de funcionamiento institucional que incluía la participación de todos sus miembros (personal y pacientes) en un proyecto común, en el que se compartía la responsabilidad de la toma de decisiones.

A su vez, en distintos lugares, surge la necesidad de una opción terapéutica alternativa a la psiquiatría tradicional, que se veía como la responsable del hospitalismo (yatrogenia), y de la situación de anomia y regresión en que se encontraban los pacientes.

Es así, que muchos autores comparten ideas y van significando la importancia de la acción terapéutica del «medio ambiente». De estas concepciones, va surgiendo un nuevo modelo: la Comunidad Terapéutica.

Maxwell Jones, en Inglaterra, desarrolla y difunde este modelo. Para este autor, el tiempo total de estancia del paciente en la institución es concebido como tratamiento; manifiesta la importancia de los múltiples roles sociales que la institución provee a los pacientes; enfatiza la necesidad de comunicación libre entre los miembros de la Comunidad; destaca las disposiciones latentes a la curación, y conceptualiza los efectos terapéuticos, como un «vivir aprendiendo» en un marco que incluye una cultura terapéutica.

García Badaracco, en Buenos Aires, profundiza y enriquece dichos conceptos y los integra en un modelo de comprensión psicoanalítico, en donde la idea central la constituye el **Proceso Terapéutico**. También realiza interesantes aportes sobre la naturaleza de la relación simbiótica patológica, sobre la condición de carencia de recursos genuinos, por parte del Yo, sobre las identificaciones patológicas y su elaboración terapéutica, etc.

Nuestro trabajo se desarrolla a partir de estas concepciones de García Badaracco, en un Hospital de Día que aborda pacientes seriamente perturbados.

Entendemos el proceso terapéutico, como los cambios que se producen en el paciente y que apuntan a un redesarrollo y crecimiento de la personalidad. A través de él, el paciente, alcanza una mayor integración de sus aspectos escindidos; una estructuración del Yo, que le permite enfrentar situaciones conflictivas (internas y externas), sin la necesidad de recurrir a «la locura» como defensa, y una capacidad emocional suficiente para afrontar relaciones satisfactorias y un proceso vital creativo. Dicho proceso, se produce a través de una dinámica consistente en dos tipos de movimientos: uno de **regresión** (desestructuración), y otro de **progresión** (reestructuración). Ambos movimientos implican fundamentalmente al Yo.

El movimiento regresivo supone, para el paciente: 1) el recurrir a etapas anteriores de su desarrollo como defensa; 2) el conectarse con vivencias tempranas cargadas de sufrimiento e impulsos destructivos; 3) un manejo omnipotente de las relaciones objetales; 4) una falta de discriminación de la realidad interna y externa, y 5) volver a encontrarse con necesidades básicas no resueltas. Estas últimas son de naturaleza estructurante y se resolvieron inadecuadamente en el proceso identificatorio. Como consecuencia de ello, el aparato psíquico, adquiere una organización estructural deficitaria, que constituye la verdadera enfermedad. Dicho de otra manera, la enfermedad psicótica es la manifestación de aspectos no desarrollados del aparato psíquico, que pasaron desapercibidos o falsamente organizados, en el crecimiento de la personalidad y que se hacen a la luz en situaciones de crisis.

Volviendo al proceso terapéutico, contener los fenómenos regresivos, con la finalidad de transformar la regresión-enfermedad, en una regresión operativa, en la cual el paciente, desprovisto de sus mecanismos más psicóticos, recupere sus aspectos auténticos (Winnicott-Self verdadero). A partir de aquí, podrá reestructurar su aparato psíquico a través de nuevas identificaciones.

El Hospital de Día como Comunidad Terapéutica Psicoanalítica, se constituye en el contexto más adecuado, para promover el proceso terapéutico en una gama de pacientes en que no son posibles otros tratamientos.

Considerando, que la familia es la matriz vincular donde se ha desarrollado la enfermedad, debemos proporcionar al paciente una familia sustitutiva, en donde pueda realizar las experiencias correctoras que le permitan alcanzar un

nivel estructural satisfactorio. En este sentido, el Hospital de Día funcionará como familia sustitutiva durante el proceso terapéutico y se estructurará como campo psicológico multifamiliar.

Por otra parte, la inclusión de la familia será indispensable para comprender y resolver la génesis de la enfermedad y así poder desarrollar, lo que sería un proceso terapéutico familiar.

La Comunidad Terapéutica, proporcionará una serie de **Recursos terapéuticos**, que serán instrumentados en función de la realización de un proceso de redesarrollo y crecimiento, de la personalidad. Durante el mismo se irán integrando las diversas experiencias vividas en cada actividad. Estos recursos no son la suma o agregado de diferentes tratamientos, sino que se jerarquizan para proporcionar una serie de experiencias que se destacarán y diferenciarán según las vicisitudes que atravesase el paciente.

En nuestro Hospital de Día contamos con los siguientes recursos terapéuticos: psicoterapia individual, grupal, familiar y multi familiar; utilización de psicofármacos; taller de terapia ocupacional; espacio psicodramático; trabajo corporal y tareas recreativas y culturales. Dichos recursos terapéuticos son llevados a cabo por un equipo, que deberá ser consciente del clima emocional capaz de crear. Para el paciente es fundamental descubrir, si la repetición en la transferencia perpetuará su enfermedad, o si el equipo terapéutico le ofrecerá una respuesta diferente que le permita realizar su proceso terapéutico. En este sentido es importante destacar las reuniones de reflexión sobre los pacientes (reuniones de equipo) y sobre el equipo mismo. Las depositaciones, de aspectos fragmentados del paciente y sus familiares, (transferencia múltiple y fragmentada) sobre el equipo, reafirman la necesidad de una tarea elaborativa profunda, que le permita al equipo metabolizar dichas depositaciones.

Para terminar, diremos que todo este esforzado trabajo apunta a proporcionar una mayor integración y por ende discriminación al aparato psíquico del paciente, con el objeto de afrontar una nueva etapa de su proceso terapéutico, en donde la terapia individual, grupal o familiar sean su único tratamiento. De esta manera nuestra función terapéutica institucional queda concluida.

Para las mismas IV Jornadas de Hospitales de Día equipos de Uribe-Costa presentaron dos comunicaciones complementarias a la que antecede y de las que incluiremos la segunda:

«EL HOSPITAL DE DÍA COMO COMUNIDAD TERAPEUTICA PSICOANALITICA: LOS FENOMENOS REGRESIVOS»

y

«EL HOSPITAL DE DÍA COMO COMUNIDAD TERAPEUTICA PSICOANALITICA: LOS FENOMENOS TRANSFERENCIALES»

por J.L. López, A. Echanove, I. Trigales, D. Codón,
Ma.J. Aranburu, A.B. Jara, N. Mascaró

Desde la perspectiva del tratamiento de pacientes seriamente perturbados en el Hospital de Día, que funciona como Comunidad Terapéutica Psicoanalítica, según el modelo desarrollado por García Badaracco, consideramos que el contexto que nos proporciona dicha estructura es el más adecuado para abordar y elaborar los fenómenos transferenciales narcisísticos y/o simbióticos.

Rastreando el concepto de transferencia en Freud, observamos que va tomando distintos significados a lo largo de su obra; pero se mantiene como idea central la noción de que «la transferencia» consiste en la repetición de un conjunto de fenómenos y procesos psicológicos del paciente referidos al analista, y derivados de otras relaciones anteriores establecidas en la infancia.

Desde nuestra perspectiva pensamos que la «transferencia» se produce en toda relación humana de forma automática, cuando dos o más personas se ponen en contacto. La terapia psicoanalítica ha utilizado este fenómeno universal como instrumento terapéutico, en el marco de la relación bipersonal.

En relación a este tema distinguiremos entre «la Transferencia» y «los fenómenos transferenciales». La primera la utilizamos referida a la neurosis de transferencia que se produce en el tratamiento de pacientes cuyos conflictos están relacionados con la triangulación edípica (histerias, fobias y neurosis obsesivas). Los fenómenos transferenciales describen las relaciones que se dan desde los pacientes gravemente perturbados cuya conflictiva es edípica. Siguiendo lo anterior la «transferencia» implica una adecuada estructuración del yo, capaz de discriminar y de mantener relaciones de objeto totales. Por contraposición los «fenómenos transferenciales» corresponden a un yo mal o poco estructurado, en donde los niveles de discriminación, mundo interno, mundo externo no existen, y en donde la relación del objeto es parcial, omnipotente, dominante y sádica (impulsos destructivos).

Estas características han hecho que históricamente, desde Freud se pensara que estos pacientes eran inanalizables, en un principio porque se creía que eran incapaces de establecer una relación objetal total. Autores que van desde Klein, Sullivan, F.F. Reichman, Federn, Winnicott, Rosenfeld, y Searles, han ido haciendo posible un cambio en esta concepción, respecto a la analizabilidad de pacientes graves.

Pero por otra parte se ha ido viendo cómo aunque teóricamente es posible el tratamiento de estos casos, se presentan dificultades técnicas importantes en cuanto al abordaje, en el tratamiento individual fundamentalmente por los niveles regresivos que se producen y por las intensas reacciones emocionales primitivas, producto del sufrimiento infantil y de necesidades básicas no resueltas.

De allí, lo que postulamos en el comienzo del trabajo; que el Hospital de Día que funciona como Comunidad Terapéutica Psicoanalítica sería el contexto que va a permitir el abordaje técnico de los fenómenos transferenciales como su profundización teórica, dada la estructura multifamiliar que proporciona. Los fenómenos transferenciales encuentran en esta estructura un espacio adecuado para su expresión y para su comprensión.

En los pacientes graves observamos distintas situaciones transferenciales:

- a) fase en la cual no se siente relación alguna con el paciente. Esta fase correspondería a los períodos iniciales del tratamiento, lo que SEARLES y GARCIA BADARACCO llaman fase sin contacto. Este momento coincidiría con una actitud autística o con la llamada retracción narcisística, producto de frustraciones de relaciones objetales actuales y sobre todo tempranas. En esta fase los aspectos transferidos son primitivos y persecutorios, los cuales son vividos contras transferencialmente como rechazo, agresión y denigración. El mecanismo predominante en esta etapa es la identificación proyectiva cuya finalidad sería controlar a través del otro sus propios aspectos destructivos.
- b) situación transferencial donde sí se siente que hay un contacto con el paciente, pero a la vez se experimenta una desconfianza y ambivalencia por parte de éste. Se diría que el paciente revive en la relación transferencial situaciones semejantes a las que experimentó en su desarrollo yoico, en un momento donde la simbiosis madre-hijo llegó a ser tan ambivalente que no le fue posible la continuidad en esa relación, que le hubiera permitido una buena identificación y una posterior individualización.

Lo manifiesto en la relación transferencial sería todo lo negativo de la simbiosis

patológica: aspectos sádicos y masoquistas, mientras que las necesidades de una simbiosis sana estructurante quedan enmascaradas.

Contratransferencialmente, miembros del equipo se van a conectar con estos aspectos transferenciales ambivalentes. Los mecanismos defensivos principales en esta relación son los de identificación proyectiva, idealización primitiva, omnipotencia y la escisión.

c) Fase en la que la transferencia estaría al servicio de lograr por parte del paciente, que el terapeuta se transforme en la persona capaz de tolerar los intentos de separación e individualización del paciente. Coincide en su evolución con la dificultad que ha tenido con sus progenitores, que no fueron lo bastante fuertes como para aceptar la resolución de la simbiosis. El paciente revive en la transferencia que la resolución de la relación simbiótica significa la muerte del terapeuta progenitor, pero la aceptación de la relación simbiótica implica la muerte de su individuación.

El paciente pondrá a prueba al equipo en la capacidad de éste para tolerar sus intentos de separación-individuación a través de identificaciones estructurales. En estas situaciones el equipo se va a ver sometido a exigencias como objetos reales para el paciente, poniendo a prueba los aspectos narcicísticos de los miembros del equipo.

d) La última de estas fases transferenciales se daría en los pacientes que necesitan del otro que funcione como un yo auxiliar, que le ayude a pensar, pero por otra parte rechaza todo tipo de ayuda puesto que se reactivaría una situación donde el progenitor pensaba por él pero ambivalentemente. Así contratransferencialmente los miembros del equipo pueden sentirse anulados sádicamente o castrados en sus intentos de ayuda.

Para terminar este apartado cabe señalar que estas fases no son excluyentes sino que en muchos casos se dan simultáneamente.

Desde un punto de vista descriptivo podríamos agrupar las manifestaciones de los fenómenos transferenciales en tres niveles:

- a) Con el personal terapéutico.
- b) Con los pacientes.
- c) Con el Hospital de Día como institución.

Esta descripción no es más que la disección de un fenómeno total del individuo que busca sus soportes en múltiples relaciones. En relación a estas manifestaciones de los fenómenos transferenciales, observamos en realidad dos niveles: uno tiene que ver con los objetos familiares internalizados, que se transfieren a las personas (terapeutas y pacientes) y el otro corresponde a la transferencia de aspectos primitivos relacionados con la función materna (seguridad, protección, constancia de la relación objeto, etc.). Dichos aspectos se transfieren generalmente en el encuadre del Hospital de Día como institución.

Todas estas manifestaciones transferenciales complejas, requieren por parte del equipo una recolección en función de los sentimientos contratransferenciales que cada uno experimenta. A partir de aquí se pasará a una elaboración adecuada para devolver al paciente paulatinamente y de forma integrada, lo que nos transfirió de forma fragmentada.

Para terminar y a manera de síntesis, podemos decir que el objetivo central de nuestra tarea, que es promover el proceso terapéutico, consistirá en **comprender** las actitudes del paciente en función de sus fenómenos transferenciales; **contener** las ansiedades y emociones que dichas relaciones transferenciales encierran y **elaborar** dichos fenómenos con el fin de integrarlos en una personalidad más sana.

1989 VII JORNADAS NACIONALES DE HOSPITALES Y CENTROS DE DÍA

«GRUPO MULTIFAMILIAR»

por Jose Ma. Ayerra Balduz e Isabel Trigales Neira

Introducción.

El objetivo de este trabajo consiste en dar cuenta de algunas de las reflexiones a las que hemos llegado después de estos cinco años de experiencia con un Grupo Multifamiliar, que es uno de los recursos que utilizamos en el contexto del Hospital de Día del Consorcio Uribe-Costa, y por tanto, un grupo constituido por familias de psicóticos.

Nuestra concepción de la patología grave es más optimista que la planteada por la psiquiatría tradicional, puesto que trabajamos con pacientes desahuciados en general por el resto de la psiquiatría. Nosotros, a diferencia de ésta, consideramos que es posible el promover un proceso terapéutico verdadero en este tipo de pacientes, siempre que se implementen de forma coordinada y complementaria una diversidad de recursos, que desarrollados por un equipo con un compromiso por parte de sus miembros que va más allá del puramente profesional y una formación acorde a la complejidad y sofisticación que la puesta en marcha y el sostenimiento a lo largo del tiempo de este tipo de procesos requieren.

El equipo terapéutico del Hospital de Día sabe que el hacerse cargo de un paciente, implicará tarde o temprano el tomar en cuenta las necesidades de otros miembros de la familia implicados en la situación, el cómo, cuándo y quiénes, etc., son preguntas a las que tendrán que ir dando respuesta en función de las situaciones concretas.

En este sentido, la psicoterapia de la familia individual o la atención específica a otro miembro concreto de la familia, queda complementado con el Grupo Multifamiliar, el cual sale al paso de algunas necesidades específicas de este tipo de familias, como a continuación tendremos la oportunidad de exponer.

La primera pregunta que nos surge al iniciar el trabajo es: ¿por qué habiendo tantas publicaciones sobre psicosis, familias y grupos, apenas encontramos algunas sobre Grupo Familiar?. Nuestra hipótesis es que, a la dificultad de trabajar con familias de pacientes graves, por las angustias que se desencadenan y las resistencias que aparecen en el tratamiento, ha de sumarse la dificultad que entraña el trabajar con grupos grandes, por las ansiedades y defensas que aparecen, tanto en los pacientes como en los propios terapeutas.

Algunas referencias al encuadre.

El lugar donde se realiza el Grupo es en los locales del Hospital de Día, donde se dispone un número de asientos iguales de forma circular. El número de asistentes varía entre veinte-treinta, compuesto por padres y pacientes, y de forma más excepcional los hermanos de los mismos.

Esto no ha sido siempre así, pues en los tres primeros años fue un grupo de padres, dado que los pacientes no se incluían en el Grupo, con lo que el discurso era siempre circular entorno a los ausentes.

Se tardaron meses en tomar la decisión de su inclusión. En el propio equipo terapéutico había criterios encontrados, unos concibiendo que se podría poner en peligro el apoyo con que los padres sentían este espacio, otros creyendo que la exclusión de los pacientes implicaba la disociación familiar y el empobrecimiento de su discurso, en la medida en que los depositarios de todos los conflictos quedaban excluidos, por lo que la queja sin salida, la resignación, las sugerencias a los terapeutas para que los cambien, etc., permanecían presentes.

Como ocurre siempre en este tipo de situaciones, el equipo terapéutico estaba reflejando las ansiedades profundas que se movilizan al reunir en el mismo lugar a pacientes y familiares, en esta ocasión con una multiplicidad tan grande de testigos de todo tipo, se hablaba de riesgos de descontroles emocionales, de algunas previas experiencias realizadas en otros lugares con resultados catastróficos, algunos padres hablaban de no venir si estaban los hijos y la imposibilidad para comunicar nada en esta situación.

Finalmente se optó por incluir a los hijos y lo cierto es que no se paralizó la comunicación, ni hubo tales catástrofes, se enriquecieron los contenidos y por primera vez se apuntaron problemáticas diferentes, depresiones de las madres, crisis en los matrimonios, etc.

Ni que decir tiene que siguen existiendo dificultades para que algunas familias concretas puedan compartir este espacio con los hijos, pero esta situación es un dato más a la hora de ir entendiendo el particular funcionamiento de cada familia y el momento evolutivo del proceso terapéutico en que se encuentran.

En definitiva, se pudo consolidar el paso que supuso pasar del grupo de padres al Grupo Multifamiliar.

La frecuencia de las sesiones era quincenal y su duración de una hora y media. En los últimos tiempos venimos hablando de poder hacerlo semanal, cosa que esperamos realizar próximamente.

El equipo terapéutico está compuesto por dos psiquiatras y un psicólogo, los tres con experiencia y formación analítica individual y grupal. Trabajamos en coterapia y contamos con una experiencia de años de trabajo compartido entre nosotros. Además de conducir el Grupo, llevamos los tratamientos individuales y familiares de una parte de los pacientes del Hospital de Día.

A través de la experiencia recogida durante estos años.

Creemos que,

- en familias por lo general aisladas, cerradas en sí mismas, y en las que la enfermedad del paciente agudiza el sentimiento de autoexclusión y de ser diferentes,
- en familias muy enfermas, en las que los sentimientos más inquietantes han sido reprimidos, negados y proyectados y
- en las que la comunicación está paralizada y bloqueada por tales mecanismos, el Grupo Multifamiliar es un recurso terapéutico de gran utilidad; una técnica en la que los efectos de socialización, de sentimiento de pertenencia, de universalización del conflicto, y de aceptación por los otros, serían los efectos terapéuticos más inmediatos.

Pero además, porque el Grupo es grande y amenazador y la **identidad individual y familiar se ve en peligro**,

- en el «tú de quién eres padre»,
- «estamos todos hoy».
- «tú de quién eres hijo» y
- en el intento de dirigirse exclusivamente a los terapeutas conocidos y siempre para todos la figura más idealizada,

se expresaría la **necesidad de entrar en contacto, de agarrarse y de ser sostenido** frente a las fantasías más primitivas de desintegración.

La frustración de estas necesidades y el sentimiento de amenaza del yo, pone en marcha en el Grupo Multifamiliar las defensas psicóticas, que por otra parte podemos reconocer en el paciente individual y en las familias:

- la escisión de impulsos destructivos (en el Grupo la transferencia negativa escindida),
- la escisión de objeto,
- la idealización primitiva y
- la **proyección masiva** de los sentimientos intolerables de desesperanza, frustración, hostilidad, resentimiento y culpa en el **paciente enfermo**.

El Grupo Multifamiliar habla de los hijos en sesiones dominadas por la repetición.

- El yo se siente amenazado en el Grupo Grande, y también por la naturaleza de las relaciones narcisísticas de objeto que se establecen entre los miembros del grupo.

La falta de diferenciación entre el yo y el objeto, y la pérdida de límites del staff en la patología simbiótica, contribuirá en los momentos más regresivos a la aparición de **ansiedades confusionales**.

- Una parte del Grupo se mantiene en silencio, reservado y a la expectativa, tras lo cual subyace el fantasma de devoración: hablar equivaldría a morder y ser mordido. El desinterés, la presencia sólo física y el silencio serían las defensas frente a ello.
- La otra parte manifiesta una dependencia extrema en relación con los terapeutas idealizados, en una petición insaciable de guía, consejos, aclaraciones y enseñanzas en relación con el hijo enfermo. Tras estas peticiones subyace la fantasmática oral del Grupo.
- El reconocimiento en el Grupo Grande Multifamiliar de ansiedades más arcaicas permite a los terapeutas
 - tolerar la situación regresiva en la que se sienten inmersos,
 - ser continentes de la misma y
 - poder dar cuenta al Grupo del estado desencadenado por la situación en el «aquí y ahora» de los participantes.

Las familias hablan de los hijos, cómo ha sido necesario depositar en ellos objetos internos amenazadores, ansiedades intolerables y sentimientos peligrosos... y es necesario **respetar la defensa** para poder ir señalándola de manera desplazada, bien en el hijo, bien en el propio terapeuta, que a veces se incluye como persona real que comparte las situaciones de dificultad y de incertidumbre del Grupo.

- En el Grupo Multifamiliar no sólo importan las comunicaciones verbales:
- Un cambio de lugar, para contener físicamente a un paciente desorganizado, un contacto tranquilizador, un gesto, una presencia mayor en los momentos en

que el Grupo se siente más amenazado, son otros modos de intervención que también dan cuenta del aquí y ahora grupal.

- Aunque las defensas en las familias y en los pacientes son rígidas, a través del fenómeno de «reacción en espejo y resonancia grupal», se desarrolla un cierto insight familiar, un interés hacia los otros, una mayor capacidad de tolerar la angustia y la represión, y una comprensión de que las recaídas no son necesariamente un fracaso terapéutico.

- Como en el grupo de psicóticos, la actividad de los terapeutas es mayor y los silencios están contraindicados.

En esta mayor actividad podemos incluir el «aspecto pedagógico» del Grupo: ayudar a comprender a las distintas familias lo que está ocurriendo

- en la dinámica relacional,
- en el tipo de comunicaciones que se establecen, muchas veces al servicio del control y sometimiento del otro,
- o como se satisfacen necesidades complementarias,
- o cómo se relacionan con los demás como si fueran una parte de sí mismos.

- También se analiza el sentimiento catastrófico con que es vivido cualquier intento de individualización o crecimiento en los pacientes, por **la amenaza que supone la ruptura del vínculo simbiótico.**

- Y se les trata de ayudar a tolerar los especiales momentos de riesgo que supone el desprendimiento de las defensas psicóticas: a tolerar en definitiva los movimientos progresivos y regresivos del paciente, que, en la dinámica familiar, resultan igualmente amenazantes.

III. DE LA HISTORIA ESCRITA DE LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS...

1925 THE LIFWYNN FOUNDATION

INTRODUCCION Y COMENTARIO AL TRABAJO DE TRIGANT BURROW

por Juan Campos Avillar

A umbrales de la década que nos lleva a fines de siglo y de milenio, felizmente eso espero, empecé este año académico embarcándome en el túnel del tiempo. Desperté al poco en Bailey Farms, cerca de Ossining, aguas arriba del Río Hudson donde se encuentran, en su ribertera Este, Sing Sing la famosa prisión del Estado de Nueva York y, en la opuesta, la no menos famosa Academia Militar West Point. Allí fue donde, durante cuatro días, me encerré en régimen residencial para sumergirme con una veintena de otros grupólogos/as de distintas disciplinas para una experiencia de «social self inquiry» que la Lifwynn Foundation había organizado acerca de los aspectos adictivos de la sociedad actual.

Bailey Farms, una granja antiguamente dedicada a la cría de caballos y ahora lugar idílico para conferencias, se encuentra en una frondosa zona de bosques sembrada de lagos, que a principios de otoño, con el cambio de estación y colorido de sus árboles, resulta fascinante. La «conferencia» tenía doble agenda: por un lado, se trataba de una investigación grupal, grupoanalítica, en el sentido de Trigant Burrow, dirigida a explorar organicamente y definir filogénicamente los aspectos adictivos de la sociedad moderna; por otro, de proceder, con ayuda del grupo convocado por la Lifwynn Foundation, a un diagnóstico psicosocial de la Fundación y decidir en consecuencia respecto a su futuro.

Desde la muerte de los dos fundadores originales Trigant Burrow y Clarence Shields a principios de los cincuenta y con la dolorosa e inesperada pérdida de William G. Galt en 1954, Hans Syz, su actual presidente y Alfreda Galt, la Secretaria, dedicaron la mayor parte de sus energías a asegurar la perpetuación y difusión de los resultados hasta entonces conseguidos. Hoy la labor de clasificar, conservar, archivar, publicar y difundir dichos conocimientos está prácticamente acabada y copia de todo a sido depositada en la Sterling

Memorial Library de la sección Manuscripts and Archives de la Yale University, New Haven, Conneticut, como Manuscript Group, num 1370. A partir de Mayo de 1990, la Fundación cuenta con la carta circular periódica «Lifwynn Correspondence», la cual se facilita a los interesados con tan solo escribir a The Lifwynn Foundation 30, Turkey Hill Road South/Wetsport, Conneticut 06880, USA.

El encuentro en Bailey Farms ha constituido una especie de «revival» de los años mozos de las investigaciones grupo-analíticas de laboratorio. Esta vez, sin embargo, rompiendo con la tradición, se fijó el tema concreto mencionado. La adicción, uno de los síntomas más flagrantes de «neurosis social» en las comunidades culturales modernas, sin embargo va a ser examinada en su sentido más amplio, es decir no limitándola exclusivamente, como es costumbre, al consumo de sustancias adictivas (droga, alcohol, dinero, posesiones, comida), sino haciéndola extensiva tanto a relaciones adictivas (sexo, trabajo, terapia) como a procesos adictivos (poder, control, estatus, dependencia). Este enfoque fundamentalmente grupal es bien parecido al por mí adoptado en las investigaciones que acerca de la institucionalización del psicoanálisis y el desarrollo de las organizaciones profesionales de analistas he venido desarrollando y fomentando durante toda la pasada década, y en cierta manera parecido al utilizado por Pat de Maré o por nosotros mismos en Barcelona en investigaciones en «Grupo Grande».

Aprovechando la ocasión, visité a Alfreda Galt en la sede de la fundación y saludé a Hans Syz y a su esposa Emily Burrow, hija de Trigant Burrow, que viven cerca de lo que fue la «casa madre» del laboratorio. Alfreda fue generosa con su tiempo y llegamos a tener una sesión de grupoanalysis centrada en sus orígenes en la misma mesa de laboratorio - la del comedor- donde antaño se originaron las investigaciones. Hans, quien a pesar de sus 96 años goza de excelente salud, no me pudo ayudar mucho con recuerdos, me dió una copia del último artículo de 1961 en el que resume el trabajo de Trigant Burrow que me permito traducir aquí en su totalidad pues, aún siendo de difícil lectura, lo considero uno de los más claros y concisos. Con él se comprende porque el grupoanálisis no se puede aprender tan solo de los libros.

«NOTA RESUMEN ACERCA DEL TRABAJO DE TRIGANT BURROW»

por el Dr. Hans Syz, Asociado de Investigación, The Lifwynn Foundation, Westport, Connecticut, publicado en el «International Journal of Social Psychiatry» Vol. VII, nº 4, 1961

Los conceptos y procedimientos introducidos por Trigant Burrow significan un esfuerzo pionero en el campo de la psiquiatría social. Desde el principio el tomó la poco ortodoxa posición de que «el trastorno del individuo no es nada más que síntoma de un trastorno social», (10) y de que «resulta inútil intentar remediar la enfermedad mental que se da dentro de la mente individual en tanto que la psiquiatría siga ciega a la existencia de enfermedad mental dentro de la mente social. (11) Algunos de los puntos de vista de Burrow son aceptados o compartidos por otros estudiosos del comportamiento y hasta cierto punto también por profanos culturalmente despiertos. Otros aspectos de su trabajo, por más que inadecuadamente entendidos en su tiempo, ofrecen aún perspectivas que parecen particularmente aplicables a los problemas de la comunidad que hoy en día ésta confronta.

Kurt Goldstein escribió a Burrow en 1948: «Ud. es uno de estos pocos científicos que le hacen sentir a uno que para él vida y trabajo son cosas íntimamente relacionadas» (25). Este comentario es clave para entender muchos de los esfuerzos de Burrow. Tempranamente ya había sugerido que «el psicopatólogo debe tomar conciencia de su función más amplia como sociólogo clínico y asumir la obligación de desafiar la neurosis tanto en sus atrincheramientos sociales como individuales. Actuando a partir de este punto de vista distinto, Burrow incluía en esta observación su propia conducta tal como venía puesta en juego en situaciones familiares, sociales y profesionales. Con esta aplicación de la teoría a la vida, Burrow estaba cuestionando la auto-identidad habitual y los elaborados mecanismos de defensa que obstaculizan a menudo capacidades básicas para la libertad y la creatividad. Su esperanza era que otros estudiosos del comportamiento, interesados en una más profunda penetración y reevaluación de formas de comportamiento habitualmente aceptadas, hicieran lo mismo.

Contemplando teoría y práctica como aspectos de una experiencia y desarrollo totales, cabe distinguir estos distintos períodos en la vida y actividades de Burrow:

- 1) 1875-1909: juventud, estudios primero de medicina y luego de psicología (2);
- 2) 1909-20: formación con C. G. Jung en Zurich, miembro fundador de la

Asociación Internacional de Psicoanálisis y de la American Psychoanalytic Association, extensa práctica psicoanalítica con una gran actividad en sociedades psicoanalíticas y psicológicas; empieza a poner énfasis tanto en los aspectos sociales como fisiológicos del comportamiento (16 trabajos).(3);

3) 1920-32: Desarrollo del grupo- o filo-análisis, centrando su investigación en formas aceptadas de tendencias destructivas o patológicas (**la neurosis social**), organizando la Lifwynn Foundation para la Investigación de Laboratorio en Psiquiatría Analítica y Social (1927) (23 trabajos, y 2 libros) (4);

4) 1932-50: Intensifica el trabajo grupal con un mayor énfasis en los aspectos propioceptivos del comportamiento humano en salud y enfermedad, diferenciando y contrastando patrones de atención, y registrando los cambios fisiológicos que los acompañan (26 trabajos y 6 libros).

Por lo que respeta a los antecedentes psicoanalíticos de Burrow, a pesar de haberse analizado y haber estudiado con Jung en Zurich (1909-10), no se puso del lado de éste cuando la ruptura de Jung con Freud en 1913. Más bien consideraba las posiciones de Freud, Jung y Adler (6) como complementarios y no como mutuamente exclusivas. De esta manera Burrow anticipaba la tendencia a la búsqueda de principios convergentes entre varias teorías - tendencia que hoy en día se ha hecho más prominente. Desde el principio hasta el final, mantuvo en más alta consideración el trabajo de Freud, escribiéndole a este en 1925 que él había tratado de extender y aplicar «los principios inicialmente avanzados por Ud. tanto a las represiones sociales como a las del individuo». (25)

Incluso en sus trabajos psicoanalíticos más tempranos Burrow recalca ya los factores sociales. Llamaba la atención no sólo a las influencias ambientales nocivas en las relaciones familiares tempranas del paciente sino también la estrecha interrelación de la neurosis individual con los procesos nocivos implicados en interacciones asociales generalmente aceptadas, esto es, en las habituales normas de comportamiento. «La sociedad también tiene su elaborado sistema de mecanismos de defensa, y sus equivocaciones y metonimias, sus improvisaciones e ilusiones infantiles». (4) En los años antes de que entrara en los estudios grupoanalíticos, Burrow se refería una y otra vez a lo que él llamaba «La horrible distorsión de valores humanos implícita en el subterfugio represivo y falsedad de nuestros así llamados códigos y convenciones morales»; la «normalidad» era desde su punto de vista «nada más que una expresión de la neurosis de la raza». (7)

Conjuntamente a su énfasis en la «neurosis social» (12 y 37), pronto Burrow propuso conceptos que para él resultaban básicos para la comprensión del

organismo humano como elemento inherente en el setting social y fílico (en el sentido de raza) y, para interpretar la patología del comportamiento. Esto es, llamó la atención acerca de la fase «**preconsciente**» (*) del comportamiento, y respecto a la «**identificación primaria**» del recién nacido con la madre (3). Ferenczi (22) asimismo había considerado la influencia de las experiencias prenatales y de la infancia temprana respecto a períodos posteriores de la vida, señalando el fenómeno de «**omnipotencia alucinatoria mágica**» en lo que él consideraba un estadio de desarrollo completamente centrado en sí mismo. Pero para Burrow, la fase preconsciente o subjetiva primaria - que precede a los estadios de objetivación, cognición, deseo y posesividad sexual- era de una quietud tranquila o de ser uno con la madre. En sus **problemas de psicología dinámica** (28) John T. MacCurdy decía (1.922): «Resulta difícil sobreestimar la importancia de estos trabajos ya que sus (Ferenczy y Burrow) especulaciones son probablemente las únicas aportaciones verdaderamente originales de los seguidores estrictos de Freud» (**). El concepto de preconsciente de Burrow se relaciona, aunque no es idéntico, con las ideas de Jung respecto a la fase presexual de la infancia. Para Burrow, el reconocimiento del preconsciente y de la fase preconativa en la existencia prenatal y postnatal en continuidad psicofisiológica con la madre no implican «disensión alguna con Freud y el inconsciente tal como por éste concebido», de hecho, es «no solo no incompatible con Freud, sino un correlato requerido de sus enseñanzas». (6).

La evaluación de esta fase temprana de desarrollo, con su «identificación primaria» resulta esencial para la interpretación que Burrow hace de las reacciones neuróticas. Mientras aún se ocupaba del psicoanálisis, sugirió que la neurosis es una cierta acentuación y fijación del modo subjetivo original de continuidad que no ha sido llevado a una expresión social más madura. Así, la homosexualidad no era interpretada por él como resultado de la represión del amor por la madre al nivel de la objetivación de la situación Edípica sino más bien como una consecuencia directa o extensión a la vida adulta del sentimiento de identificación pre-objetal con la madre. Esto es, la fijación materna, el narcisismo, y la homosexualidad latente, eran contempladas por él como aspectos distintos de un solo principio básico (5).

Otra segunda, si bien interconectada, fase de interpretación fue el concepto de que la armonía fisiológica básica y de continuidad-de-sentimiento del organismo con el organismo-madre y con el mundo se ha visto interferido por el proceso de objetivación y cognición, llevando a un estado de funcionamiento divisivo y adquisitivo, al oposicionismo, deseo obsesivo y autodefensas neuróticas a escala individual y social. Burrow consideraba el «horror al

incesto» como expresión de una protesta inherente a la usurpación por parte procesos objetivizantes cognitivos del proceso subjetivo espontáneo del «preconsciente» de la fase prelibidinal - como una reacción frente al insulto a un principio psicobiológico básico de unidad. «El incesto no es prohibido, se prohíbe a sí mismo». (7)

Durante su período psicoanalítico coleccionó gran cantidad de evidencia procedente de la vida de cada día, de los sueños y de las condiciones patológicas, del fenómeno de creatividad, de la experiencia estética y religiosa para mostrar la significancia del impulso poderosamente unificante e integrativo comúnmente expresado de manera incompleta, distorsionada o simbólicamente substitutiva.

En estas primeras formulaciones encontramos asimismo aquel énfasis en la fisiología que caracterizaría el trabajo de Burrow a todo lo largo de su obra. «... Cuando hablamos de sucesos psicológicos, por necesidad, se postula como principio un substrato fisiológico.» (2). El principio de identificación preconsciente del niño con la madre enfatiza, por supuesto, estas bases fisiológicas. A partir de estas concepciones, Burrow avanzó consistentemente hacia una interpretación neurofisiológica posterior y el procedimiento práctico en el que la toma de conciencia propioceptiva de actividades motrices significativas juega un papel importante.

Dichas interpretaciones contienen un cambio de perspectiva de largo alcance o de muchas consecuencias. Tal como hemos mencionado, Burrow consideraba los trastornos neuróticos no primariamente como sucesos individuales sino más bien como síntomas de un trastorno general social o fílico, (en el sentido de «de la especie»). El conflicto no lo situaba primariamente en la prohibición social de tendencias instintivas y/o agresivas, o en un antagonismo entre impulsos primitivos y fuerzas supuestamente maduras y socialmente coordinadas. El conflicto esencial o interferencia lo veía como consecuencia de la imposición interna por parte de una función objetivizante simbolizadora sobre un modo de existencia unitaria temprana. Esta interferencia básica, como Burrow fue recalando más y más, constituye una complicación patogénica que, agravada por un condicionamiento social, es fuente tanto de los antagonismo, distanciamientos, y preocupación de la vida diaria como causa de la represión y desarrollos neuróticos. Esto es, la reacción normal promedio, en las que el investigador y/o terapeuta es una parte integrante, se convierte en sí misma en un serio problema al ser incluido como material a investigar. Pero, junto con este cuestionamiento radical de «la neurosis social», había también

en Burrow un reconocimiento constante de un núcleo coordinador en la naturaleza humana, de una matriz integradora para el crecimiento individual y cohesión fílica. Este énfasis positivo de nuevo representa desmarcarse notablemente con respecto al concepto de Freud de fuerzas instintivas antisociales -una posición pesimista compartida por muchos otros estudiosos del comportamiento cuyo énfasis está en estas tendencias instintivas autolimitadoras, o en características defensivas posteriores neuróticamente adquiridas, como elementos básicos en la organización humana.

El reconocimiento del «preconsciente» también implica una modificación en el concepto de «transferencia». (14) Se diferencia entre (1) un sentimiento orgánicamente anclado de continuidad inherente en la relación madre-hijo y que constituye la base orgánica de la cohesión interindividual en cualquier estadio de desarrollo, y (2) la imago-dependiente, complicación egocéntrica que caracteriza las relaciones de transferencia por completo. Esta diferenciación parece importante para la comprensión tanto de la patología del comportamiento como del proceso terapéutico o reconstructivo.

La visión del individuo, tanto en sus fases destructivas como constructivas de comportamiento, fué siempre considerada por Burrow como una parte interactiva de una estructura sociobiológica más amplia, como una entidad cuyo crecimiento y libertad nacen de su integración dentro del filoorganismo, es decir, del organismo como especie. Esta concepción está totalmente de acuerdo con el punto de vista de que el organismo siempre intenta utilizar sus recursos constructivos (Goldstein, (26)), y que la enfermedad, que implica recuperación, siempre incluye una reafirmación de potencialidades inherentes y de una coordinación sana (Riese, (32)).

Los conceptos de Burrow, tal como los hemos expuesto, incluyen elementos de un marco de referencia extendido que desarrolló en escritos posteriores una vez que había alcanzado un insight más profundo y amplio gracias a la experiencia ganada en sus estudios grupo-analíticos. Estos se iniciaron en 1918 cuando él aceptó la propuesta de su asistente y alumno Clarence Shields, de intercambiar los papeles de analista y estudiante (13). El análisis mutuo en que se embarcaron, luego se ampliaría para incluir además a otros participantes, tanto normales como neuróticos. El **grupo análisis** (16, 34) que de este modo surgió se llevó a cabo tanto en encuentros de laboratorio formales como en actividades diarias relacionadas. Su propósito no era el recordar antiguos problemas no resueltos, como en el psicoanálisis clásico, sino el descubrir y reconocer los afectos y

motivos que existen en las interacciones grupales en el momento en que se les explora. Este enfoque era fenomenológico al mismo tiempo que revaluativo, agudizado por el insight en dinámicas de comportamiento logrado en contactos psicoanalíticamente orientados con pacientes neuróticos. Implicaba ocuparse práctica y directamente de una situación social en la que las propias experiencia y acciones de los psiquiatras, de los observadores, se encontraban profundamente implicadas. Esto es, el análisis incluía el examen de la propia percepción, actitudes y conceptos de los observadores, como parte del tejido de reacción social que estaba siendo examinado. Se hizo un intento por abandonar las limitaciones impuestas por puntos de vista y sentimientos relacionados con roles establecidos y status sociales, y por ponerse en contacto más estrecho con las discrepancias de comportamiento, con dependencias, pretensiones moralísticas, auto-justificaciones y defensas, tal como corrientemente vienen representadas en los intercambios sociales habituales, en las formaciones de compromiso neuróticas y las tendencias destructivas abiertas. El propósito era determinar el contenido latente de estas manifestaciones tal como podían ser observadas en la estructura del self del individuo, en las interacciones de los participantes, y en el estado de ánimo dominante y motivación del grupo como un todo. Después de una muy prolongada y consistente observación, estos fenómenos interrelacionados, se mostraban mayormente como variaciones de un tema común, como aspectos interactivos, como una constelación total donde el énfasis defensivo colocado en el self simbólicamente aislado juega un papel dominante (Burrows, **imágenes sociales**, (8) y el **Yo-persona** (15). El esfuerzo grupal de investigación venía centrado tanto en clarificar este problema socio-individual (35) de autístico vínculo-imaginario (43) y su relación con las dinámicas de un intercambio despilfarrador e inproductivo, así como el comportamiento clínicamente neurótico y abiertamente antisocial.

El desarrollo de este análisis social vino favorecido por la fundación en 1927 de la Lifwynn Foundation para la Investigación de laboratorio en psiquiatría analítica y social. Esta fundación, cuya estructura económica está basada en una pequeña dotación inicial y en las contribuciones de sus miembros participantes, fue establecida por Burrow y unos pocos de sus cotrabajadores a fin de promover y dar una base comunitaria a los estudios grupo- o filoanalíticos. Una característica que caracteriza el modo de funcionamiento de la fundación fue que sus propias actividades administrativas y organizativas, en las cuales los miembros participaban, se convertían de nuevo en material de estudio para el cual la organización se había constituido promover. En otras palabras: una función importante de la organización fue hacer progresar estos estudios a base

de aplicarlos a los mismos procesos de su propio comportamiento. Este fue un modesto empezar en la investigación, por procedimientos específicos de las distorsiones de la organización comunitaria. La cuestión que se nos plantea es si procedimientos similares pueden ser igualmente aplicados a aquellos bloqueos y antagonismos de comunicación que impiden el funcionamiento efectivo de las estructuras organizativas en todas partes.

La prosecución de estas investigaciones con la consistente frustración de la auto-identidad habitual y de sus sistemas de valores socialmente aprobados condujo a un desarrollo no previsto. Gradualmente, se puso en evidencia que el análisis de comportamiento tiene limitaciones definidas en ocuparse de estas tendencias autísticas socialmente moldeadas. Bajo la presión del autocuestionamiento la exploración cambió a otro aspecto de la función total del organismo, concretamente, a percatarse de la existencia de unas tensiones relacionadas con activaciones neuromusculares específicas (17, 20, 38). Se puso de manifiesto que una tensión local en la parte anterior de la cabeza, (el **segmento efecto-simbólico** de Burrow) parecía ir directamente relacionada con la afecto-imagen autorreferencial. Con experimentación continuada, esta tensión óculo-facial llegó a ser progresivamente sentida como contraste con un patrón de tensiones perceptibles a través del organismo como un todo. Esta reconstelación propioceptiva se vió que coincidía con una disipación de las imágenes auto-reflectivas y cargadas de afecto de los otros y de los demás, y concomitantemente, con el reforzamiento de una actitud de sentimiento más inclusiva, con una mayor observación objetiva e insight, y con una dedicación más directa a las tareas inmediatas. (****) Aún cuando este cambio de atención desde el comportamiento imaginario hacia la «feeling sensation» (sensación sentida) de patrones endo-organísmicos al principio era solo pasajero, gradualmente fue más posible mantener el modo integrativo de sentir y de actuar durante periodos más prolongados y de mantenerlo a los largo de las actividades diarias.

Estas observaciones llevaron a Burrow a distinguir entre dos actitudes o modos de atención básicos, entre **ditensión**, la actitud usual autoreflexiva, y **cotensión**, en la cual se establece un contacto con el mundo más directo y organicamente orientado. El registro instrumental de estos estados indicaba un cambios de ritmo respiratorio, de amplitud de los movimientos rápidos oculares (RMO) y de los patrones electroencefalográficos que acompañaban los cambios desde ditensión a cotensión, soportando de esta manera la conclusión de que estábamos ocupándonos de una reorientación orgánica profundamente establecida (19, appendix).

La dramática discriminación entre estos dos modos mayores de atención, es contraria a todas las clasificaciones académicas convencionales, e implica una interpretación unificadora de los trastornos de comportamiento. Al contemplar la neurosis social siempre como fondo de la capacidad inherente del organismo para coordinación y solidaridad de la especie, Burrow acuñó los términos de **filobiología**, **filopatología**, **filoanálisis** (18, 23, 39). Estos conceptos toman en cuenta definitivamente el carácter omnipresente de los dinatismos biosociales defectivos que, implícitos en el punto de vista de Burrow, no pueden ser relegados a ningún tipo específico de personalidad o cultura. Las ciencias biológicas y del comportamiento progresivamente nos proporcionan evidencia de esta base filoorganísmica (24, 36, 41). Burrow propuso que este modo integrado de atención (cotensión), que él actualizó y definió, debiera seguir siendo investigado teniendo en cuenta su potencial significancia como criterio de salud de comportamiento. Esta perspectiva distinta desarrollada como medida práctica parecía substanciar el denominador común al que Burrow, en sus estudios grupoanalíticos, había atribuido dinámicas importantes de trastornos de comportamiento.

Al discutir la génesis de la neurosis social, de tendencias patogénicas universales, Burrow seguía en sus formulaciones posteriores interpretaciones propuestas en sus trabajos más tempranos. Continuó recalando las implicaciones nocivas consecuencia del uso, o mejor dicho del mal uso, de la imagen-simbólica y del lenguaje hechos por el hombre, de estas mismísimas capacidades que constituyen la base de su capacidad creativa. El recurso en este dilema humano no está en un retorno al primordial estadio de unidad, sino en una aplicación y posterior desarrollo de medidas gracias a las cuales se pudieran reinstaurar una integración filica básica a un nivel maduro y culturalmente avanzado.

Muchos proyectos actuales en psicología social y antropología cultural (27,31) se preocupan de distintas fases de interrelación entre trastorno de comportamiento y las características específicas de la situación socio-cultural. Todas tienden a destacar la multiplicidad de factores implicados. Pero pudiera resultar provocativo y quizás productivo de muchos insights, caso de que se hiciera un intento de examinar hasta qué punto la variedad de datos de comportamiento, individuales y sociales, de esta manera cubiertos, pueden ser relacionados con los principios unificadores o configuraciones esbozados por Burrow. Es evidente que los primeros estudios en grupo análisis han ejercido una notable influencia en el desarrollo posterior de las psicoterapias de grupo, a

pesar de que esta influencia a menudo no haya sido reconocida. De hecho, su investigación de las desviaciones neuróticas del individuo como parte de una desviación dentro de la estructura interrelacional de grupos, era el único precedente en los Estados Unidos a una psicoterapia grupal dinámica. Sin embargo, existen características que diferencian el grupo- o filo-análisis Burrow de las psicoterapias de grupo en la medida que aquellos eran (1) esencialmente un procedimiento de investigación, 2) incluían en su enfoque el defecto de comportamiento en vida comunitaria a la par que el del propio observador y 3) utilizaban medidas propioceptivas específicas para conseguir modificaciones de comportamiento constructivas a nivel socio-individual.

Me gustaría mencionar que estos estudio de comportamiento, especialmente en sus fases posteriores, no dejaban de ejercer una influencia reintegrativa sobre los individuos participantes, cosa que se ponía en evidencia por una disminuida subyugación a las imágenes parentales y la concurrente liberación de capacidades constructivas y creativas inherentes. En mi propio trabajo terapéutico con pacientes neuróticos, he encontrado el enfoque de los estudios de comportamiento inclusivo de Burrow de lo más valioso (36, 41, 42). Así y todo, el propósito esencial de los estudios filobiológicos continua estando en el desarrollo de medidas y conceptos que puedan liberar funciones sanas en toda la comunidad a base de eliminar implicaciones inmaduras y destructivas en su expresión individual y social.

Fuera oportuno añadir algunos comentarios en lo que hace a la respuesta a los conceptos y procedimientos introducidos por Burrow por parte de varias escuelas y sistemas de pensamiento establecidas. El «analizar, reformular y poner al día nuestras formulaciones» (21), que es un prerrequisito al propósito científico real, resulta especialmente difícil cuando estas formulaciones van ligadas a o son parte de nuestra auto-estructura socialmente validada. Por más que ha habido una revisión completa de conceptos durante los últimos cincuenta años en otros campos de la ciencia, notablemente en física, en el campo del comportamiento humano nos confrontamos con una situación especialmente intrigada. Yo sé aprendí de mi experiencia como participante en grupo análisis cuán intensamente el self socialmente moldeado se agarra a su propia sistematización, a sus prejuicios y defensas emocionales. A escala social, estas resistencias son en verdad formidables - en el que escribe, en el que lee y en la comunidad en general. Quizás la complejidad del estilo de Burrow fue asimismo expresión de esta misma existencia - por lo menos él mismo consideró era el caso. (25) De cualquier manera, hubo falta de respuesta en los

colegas de Burrow a las cuestiones específicas a las que el llamó la atención a menudo cuando presentaba sus observaciones y conceptos en encuentros psiquiátricos y psicoanalíticos. Freud mismo, a tenor con su grandeza de espíritu, reconoció en una carta a Burrow (25) que su irritación con algunas de las afirmaciones de éste le habían llevado a interpretarle equivocadamente. Algunas de las formulaciones de Burrow reaparecieron en los escritos de otros posteriormente, pero los problemas específicos hacia los que aquél dirigía sus esfuerzos de investigación fueron ignorados mayormente. Algunos estudiosos han comentado acerca lo que fue llamado «**conspiraciones de silencio**» - una casi duda neurótica a reconocer la propia implicación de uno en el predicamento comportamental del hombre y un fallo en reconocer la urgente necesidad de aproximarnos al mismo con métodos científicos sólidos.

Es verdad, que nos confrontamos con un aparentemente insoluble dilema. Mientras que el investigador individual sienta que apenas es capaz de hacer mella en el vasto problema del trastorno humano, quizás pueda por lo menos darse cuenta que forma parte de un proceso sociobiológico al cual puede contribuir positivamente. La concepción genérica de los trastornos de comportamiento no necesariamente implica que se trate de un conjunto de formulaciones dinámicas inalterables. Más bien, hemos alcanzado un estadio de desarrollo en el hombre, como individuo y como grupo, en el que es posible que el hombre tome una parte activa y constructiva en dirigir su propia evolución.

NOTAS

(*) Por supuesto que el «preconsciente» de Burrow tiene que ser diferenciado del concepto de «preconsciente» tal y como usa habitualmente en psicoanálisis hoy en día para referirse a aquellas fases de la función psicológica que no son conscientes pero no reprimidas, y por tanto, en gran parte, capaces de devenir conscientes.

(**) Más recientemente, Clarence P. Overdorf (30) decía que uno de los cuatro más notables y originales contribuciones de los americanos antes de los años 30 en el campo del psicoanálisis fue el «énfasis puesto Trigan Burrow en la fase subjetiva primaria» del niño que precedía cronológicamente a la situación edípica.

(**).c) Este material inédito coleccionado por Burrow respecto al preconsciente fue después editado por el difunto W. E. Galt y ha sido publicado por la Lifwynn Foundation bajo el título de «**Preconscious foundations of Human Experience**» con un prólogo de Nathan W. Ackerman (Basic Books, New York-London, 1964).

(****) Las distintas teorías de conciencia motriz, por ejemplo, la Teoría Actitudinal de Emociones, de Nina Bull (ref. 1), tal como nos ayudan a comprender los factores implícitos en estos procesos psicofisiológicos. (Nota del traductor, idem de idem con los trabajos de Ajuriaguerra)

REFERENCIAS

1. Bull, Nina: «*The Attitude Theory of Emotion*» New York: Nerv. & Mental Dis. Monographs, 1951.
2. Burrow, Trigan: «The meaning of the psychic factor.» *J. Abnormal Psychol.* 1913, 8, 3.11.
3. Burrow, Trigan «*Psychoanalysis and life*» Unpublished, read before the American Academy of Medicine, October, 14th. 1913
4. Burrow, Trigan: «The psychoanalyst and the community.» *J.A.M.A.*, 1914, 62 1876-1878.
5. Burrow, Trigan: «The genesis and meaning of 'homosexuality' and its relation to the problem of introverted mental states.» *Psychoanal. Review*, 1917, 4, 272-284.
6. Burrow, Trigan: «Notes with reference to Freud, Jung and Adler.» *J. abnorm. Psychol.* 1917, 12. 161-167
7. Burrow, Trigan: «The origin of the incest-awe.» *Psychoanal. Review* 1918, 5. 243-245
8. Burrow, Trigan: «Social images versus reality-» *J. of abnormal Psychol. and Social Psychol.* 1924, 19 230-235.
9. Burrow, Trigan: «Psychiatry as an objective science», *Brit. J. med. Psychol.* 1925, 5 298-309
10. Burrow, Trigan: «Insanity a social problem.», *Amer. J. of Sociol.*, 1926, 32, 80-87
11. Burrow, Trigan: «Our mass neurosis.» *Psychol. Bull.*, 1926. 23. 305-312.
12. Burrow, Trigan: «*The Social Basis of Consciousness*» A Study in Organic Psychology» New York, Harcourt, Brace. Kegan Paul, Trench, Trubner, 1927.
13. Burrow, Trigan. «The problem of transference», *Brit. J. med. Psychol.* 1927, 7, 193-202.

14. Burrow, Trigan; «The autonomy of the 'I' from the standpoint of group-analysis» *Psyche* (London), 35-50.
16. Burrow, Trigan: «The basis of group-analysis. or the or the analysis of the reations of normal and neurotic individuals». *Brit. J. med. Psychol.* 1927, 198-206.
17. Burrow, Trigan: «Physiologicall behavior-reactions in the individual and the community -a study in phyloanalysis,» *Psyche* (London). 1930, 11. 67-81.
18. Burrow, Trigan: «**The Biology of Human Conflict**» -An Anatomy of Behaviour individual and social», New York, MacMillan, 1937
19. Burrow. Trigan: «**The Neurosis of Man - An introduction to a Science of Human Behaviour**», London: Routledge & Kegan Paul. New York: Harcourt, Brace, 1949. Full text is included in «**Science and Man's Behaviour - the contribution of Philobiology**» ed. by William E. Galt. New York: Philosophical Library, 1953
20. Burrow, Trigan: «»Prescription for peace-the biological basis of man's ideological conflicts.» in «**Explorations in Altruistic Love and Behaviour**» edit by Pitirim B. Sorokin Boston: Beacon Press, 1950.
21. Cantril, Hadley: «**The Why of Man's experience**» New York: Macmillan 1950
22. Ferenczi, Sandor: «Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes.» » *Int. Ztschrk. aertz. Psychoanal.*, 1913, 124-138. Translated into English by Edmond Jones under the title «Stages in the development of the sense of reality» and published in Ferenczi book», **Contributions to Psycho Analysis** Boston: Badger, 1916.
23. Galt, William E.: «Phyloanalysis-a brief study in Trigan Burrow's group or phyletic method of behavior analysis.» in *J. of abnormal and soc. Psychol.*, 1933, 27, 4 11-449.
24. Galt, William E.: «The principle of co-operation in behavior.» *Quart. Rev. Biol.*, 15, 401-410.»»
25. Galt, William E., et al. (eds.): **A Search for Man's Sanity - the Selected Letters of trigan Burrow, with Biographical Notes**, New York : Oxford University Pres, 1958.
26. Goldstein, Kurt: **The Organismus - a Holistic approach to Biology**, N.Y. American Book Company, 1939.»
27. Leighton, Alexander H., Clausen, John A., and Wilson, Robert N.: **Explorations in «Social Psychiatry**. New York : Basic Books, 1957,

28. MacCurdy, John T. **Problems in Dynamic Psychology**, New York : Macmillan, 1922.
29. May, Rollo, Angel, Ernest, and Ellenberger, Henri F. (eds.): «**A New Dimansion in Psychiatry and Psychology**» New York, Basic Books. 1958-»
30. Oberndorf, Clarence P.: **A History of psicoanálisis in America**, New York, Stratton, 1953.
31. Oppler, Marvin K.: **Culture and Mantal Health**, New York, MacmllLan, 1959.
32. Riese, Walther: **The Conception of Disease** New York: Philosophical Lib., 1953.
33. Straus, Erwin W.: «The sigh -an introduntion to a theory of expression», *Tidjsschrift. v. Phyl*, 1952, 14.
34. Syz, Hans: «Remarks on group analysis.» *Amer. J. Psychiat.*, 1928, 8, 14"
35. Syz, Hans: «Socio-individual principles in psychopathology.» *Brit. J. med. Psychol.* 1930, 10, 329-343.
36. Siyz, Hans: «The concept of the Organism as its applications to clinical situations» *Human Bology*, 1936, 8. 489-507.
37. Syz, Hans: «The social neurosis» *Aner. J. Sociology*, 1937, 42, 895-897.
38. Syz, Hans: «Burrow's differentiation of tensional patterns in relation to behaviour disorders.» » *J. Pyshycol.*, 1940, 9, 153-163.
39. Syz, Hans: «Phylopathology», in **ncyclopedia of Psychology**, ed. by Philip L. Harriman. New York : Philosophical Library, 1946, 519-523.»
40. Syz, Hans: «New perspectives in behavior study- a phylobiological reorientation», *J. Psychol.* 1951, 31, 21-27.
41. Syz, Hans: «An experiment in inclusive psychotherapy», in **Experimental Psychopathology**» edit. by Paul H. Hoch and Joseph Zubin. New York : Grune & Stratton,» 1957, 129-169.»
42. Syz, Hans: «Trigan Burrow's thesis in relation to psychotherapy,» in **Progress in Psychotherapy** ed. by Jules H. Masserman and J. L. Moreno. New York, Grune & Stratton, 1957. 147-159",»
43. Syz, Hans: «Problems of perspective from the background of Trigan Burrow's group-analytic researches.» *Int. J. Group Psychotheray*, 1961, 1 1, 143-165.»
44. Galt William E. «Preconscious Foundtions of Human Experience» with a prolog by Nathan W. Ackermann, Basic Books, Ins. New York-Londonm 1961

COMENTARIOS

Las «conspiraciones de silencio» de que habla el Dr. Syz en el trabajo que precede, donde mejor se ponen en evidencia es con el propio trabajo de Trigant Burrow. A pesar del esfuerzo hecho por la Lifwynn Foundation por conservar y difundir sus escritos, los obstáculos en hacerse con ellos parecen insalvables. En mi caso particular, me llevó más de treinta años desde que empecé a interesarme, y eso que S. H. Foulkes, que fue mi maestro, es de los pocos psicoanalistas que reconoce el mérito de Burrow hasta el punto de confesar haberse inspirado en el trabajo de éste para desarrollar las psicoterapias grupoanalíticas en los años 40 y haber adoptado para éstas el nombre por aquel acuñado.

Burrow es un autor muy citado pero muy poco leído y menos conocido y entendido. Para dar un ejemplo, Peter Gay, psicoanalista entrenado y profesor de historia en la Yale University, en su famoso libro de Paidós «Freud, una vida de nuestro tiempo», todo lo que tiene que decir de Burrow y basándose en una cita de tercera mano es que éste era «una curiosa amalgama de médico y chiflado, y partidario inconstante del psicoanálisis (Freud lo consideraba un 'charlatán atontado')». Curiosamente, la cita es de una carta de Freud a Sandor Rado del 30 de septiembre de 1935 que va seguida por otra de Freud a Trigant Burrow del 31 de julio de 1924 que figuran en su bibliografía y que me dieron la pista para enterarme de que los Papeles de Trigant Burrow se encuentran en la Biblioteca de la Yale University donde el mencionado profesor trabaja. Al hacerme con copias de ambas cartas, me doy cuenta que están citadas fuera de contexto y con intención, al parecer, no demasiado buena. Trigant Burrow, debería saberlo un historiador de la altura de Gay que al mismo tiempo es psicoanalista miembro de la Internacional, fue el primer americano nativo en seguir una formación psicoanalítica, incluido análisis didáctico con Jung cinco veces por semana durante un año, tan pronto como 1909-1910. A pesar de ello, como aclara Syz, siempre fue fiel a Freud y tenía previsto analizarse con y fue aceptado por éste en 1914, cosa que no se realizó debido a la Primera Guerra Mundial. Pero es más, fue el único americano miembro fundador de la International Psychoanalytic Association presente en el Congreso de Nuremberg en 1910. Al año siguiente fundaría con Jones y otros la American Psychoanalytic Association y la American Psychopathological Association, y fue Presidente de la primera en 1924-25. Tampoco Jones en su biografía de Freud es en absoluto generoso con Trigant Burrow.

La razón por la que quise traer aquí el tema de Trigant Burrow y la labor de la Lifwynn Foundation for Laboratory Research in Analytical and Social Psychiatry

no es tan sólo para deshacer entuertos y de esta manera pagar una deuda de gratitud y dar debido reconocimiento a quien tiene sobrado mérito sino porque, a mi entender, Burrow fue precursor no solo de las psicoterapias de grupo sino también de las comunidades terapéuticas. El tema del actual Symposium, «**Fenómenos Grupales en las Comunidades Terapéuticas**», se presta particularmente para ésto. Me ofrecí, pues, a Javier Díaz, caso de que interesara para el desarrollo del Symposium, a preparar una pequeña charla sobre el grupoanálisis de Trigant Burrow y la Lifwynn Foundation e informar respecto la investigación acerca de las «sociedades y culturas adictivas» mencionado más arriba y anticipar algo de los resultados de los que se dará cuenta en 1992 en Montreal en el Congreso de la IAGP.

A mi entender, el problema que confrontan las comunidades terapéuticas con respecto a la comunidad en general donde se integran es el mismo con el que Trigant Burrow y la Lifwynn Foundation se tenían que enfrentar respecto a la así llamada «comunidad analítica» desde el momento que en 1925 en el Congreso de Bad Homburg deciden hacer público las conclusiones a las que les habían llevado los primeros siete años de investigación con el método grupal de análisis. Para entender este fenómeno, el propio Freud nos puede servir de ayuda. En efecto, es en «El Malestar en la Cultura» donde Freud encuentra justificadas dos cosas: a) «el diagnóstico de que muchas culturas -o épocas culturales y quizás aún la Humanidad entera - se habrían vuelto <(neuróticas)> bajo la presión de ambiciones culturales» - como era el caso en Alemania en el momento que ésto escribe; y b) que «... la investigación analítica de estas neurosis bien podría conducir a planes terapéuticos de gran interés práctico». Sin embargo, advierte que en ese intento «... de transferir el psicoanálisis a la comunidad... habría que proceder con gran prudencia, ... ya que tanto para los hombres como para los conceptos es peligroso ser arrancados de donde se originaron y desarrollaron». A quienes lo intenten - y él espera que alguien algún día se atreva a embarcarse con semejante patología de las comunidades culturales - les alerta respecto a las dos dificultades particulares con que van a tropezar: 1) «En la neurosis individual disponemos como primer punto de referencia del contraste con que el enfermo se destaca de su medio, que consideramos «normal». Este telón de fondo no existe en una masa uniformemente afectada, de modo que deberemos buscarlo por otro lado»; y 2) «En cuanto a la aplicación terapéutica de nuestros conocimientos ¿de que servirá el análisis más penetrante de las neurosis sociales si nadie posee la autoridad necesaria para imponer a las masas la terapia correspondiente?»

Me he permitido citar en extenso este párrafo de Freud ya que esta opinión incide directamente en la mayoría de los seguidores fieles a su escuela de pensamiento, cosa que a mi entender ha constituido el principal obstáculo que

encontramos los psicoanalistas para implicarnos responsablemente en una psiquiatría de la comunidad. Trigant Burrow fue el primer psicoanalista en reconocer la condición de neurosis social que los humanos en tanto especie padecemos y no sólo a temporadas sino todo el tiempo y, asimismo, en someter a análisis el principio de autoridad. Estos dos puntos son precisamente los que caracterizan a las comunidades terapéuticas: el concepto de norma con el que se dividen sanos y enfermos y la desjerarquización y democratización de las relaciones de asistencia. El tercero, la política de puertas abiertas, es consecuencia de los dos primeros.

El drama de las comunidades terapéuticas, al igual que descubrimos sucedía con cualquier actividad que lleve un enfoque grupal - como señaló el Colectivo de Trabajo Grupal en el Symposium de Mallorca 1980 -, está en la intolerancia que hacia ellas muestran la comunidad o las instituciones en cuyo seno aparecen o intentan implantarse. En principio, una comunidad cultural enferma - y todas lo son y todos las llevamos dentro en tanto que afectados por una neurosis social propia del hombre como especie - si tolera la existencia de comunidades terapéuticas o de un enfoque de terapia comunitaria es porque son considerados meramente como un dispositivo terapéutico para curar «enfermos», para readaptarlos al comportamiento promedio esperado de quienes se consideran sanos. En el momento en que lo que se cuestiona no es la locura del loco sino la cordura de los cuerdos, la comunidad terapéutica y quienes la habitan devienen agentes subversivos para el orden establecido y por tanto un trastorno social a ser eliminado política o legalmente. Las famosas «puertas abiertas» dejan de contener la locura y entonces sus depositarios pasan a ser los profesionales y cuidadores de la comunidad terapéutica. A menudo son éstos mismos quienes se encargan de dar la razón a las fuerzas represoras brindándoles los incidentes que sirvan de excusa para que se elimine esta clase de experimentos. Da la impresión que el destino de las comunidades terapéuticas fuera el de los primeros cristianos, ser pasto de las fieras, o como los del Templo del Pueblo de la Iglesia Milenarista de Jim Jones en la Guyana en 1978.

En el caso de la Lifwynn Foundation, este fenómeno no se dió con plenitud, aunque hay muchas maneras de «matar cristianos». Recuérdese los misiles simbólicos que Peter Gay con ellos emplea. El precio que tuvieron que pagar fue el ostracismo al que les condenaron sus colegas y la poca atención prestada a sus descubrimientos. Si sobrevivieron fue gracias a que con su tratamiento grupoanalítico si no se curaron por lo menos fueron capaces de controlar su Yo-persona. Superaron la necesidad que todos en principio tenemos de estar en posesión de la verdad, de tener siempre la razón y de andar en lo cierto que es, como dice Burrow, la neurosis social en el hombre como especie se manifiesta.

1935 SOCIETY FOR CREATIVE PSYCHOLOGY

LA TECNICA DE TRABAJO GRUPAL POR BASIL BEAUMONT

**Folleto publicado en 1935 por la Sociedad para la Psicología Creativa
traducido por Juan Campos**

Tal como viene señalado en el reglamento para miembros, un grupo consistirá de tres o más personas que juntos cooperan bajo la supervisión de un líder de grupo, el cual será designado por el Presidente, y el grupo tendrá el propósito de resolver los problemas individuales mediante la técnica de trabajo grupal. Los miembros del grupo se comprometen a observar una estricta confidencialidad en lo que respecta a lo que sucede en el grupo. Información personal que pueda ser revelada en el curso del análisis de grupo nunca debe ser mencionada, y los problemas del grupo nunca deben ser discutidos fuera del grupo.

El objetivo principal del grupo no está sólo en resolver los problemas individuales sino la enseñanza y prácticas de integración, lo cual exige la cooperación de cada miembro del grupo. Por integración entendemos la fusión de distintas personalidades de un entorno, a la vez que retienen su unicidad individual. Para obtener una libertad psicológica es esencial que la capacidad de integrar sea adquirida a través de la práctica, ya que la libertad psicológica equivale al funcionamiento del individuo como una personalidad válida en sociedad. Podemos darnos cuenta de la importancia de este principio si tenemos en cuenta que el grado de éxito o fracaso de un Gobierno depende del nivel de comprensión y cooperación de sus miembros individuales. Esto es igualmente válido en lo que hace a la relación de un marido y su esposa, para el éxito o fracaso de un matrimonio ya que éste descansa muy probablemente sobre el grado de cooperación y comprensión que se alcance.

En esta era de mecanización y de escisión es cada día más difícil, a pesar de los modernos medios de comunicación, que la gente pueda alcanzar un mínimo de integración, debido a la diversidad de ideas y profesiones y a la separación de los sexos en la infancia. La técnica de trabajo grupal se ha introducido como un método mediante el cual la tendencia rápidamente creciente hacia una mayor separación puede ser combatida y superada. Ya que la integración debe ser practicada no sólo dentro del grupo sino que, una vez adquirida, debe ayudar a los miembros del grupo en su cooperación con otros que no han sido capaces de beneficiarse de dicho método.

La técnica utilizada en grupos para conseguir esto consiste en poner de

manifiesto y estudiar las reacciones de los miembros individuales de unos hacia otros y de sintetizar las distintas actitudes en un todo constructivo; este todo constructivo será de mayor beneficio individual a cada uno de los miembros que no sus actitudes separativas. El primer punto a conseguir en un grupo es el del principio de aceptación. Aprender a aceptar a cada uno de los miembros puede que ponga de manifiesto a menudo antagonismos bien ocultos, las fuentes de los cuales deben ser cuidadosamente rastreadas y consideradas con distanciamiento. Ello implica un estudio profundo de los estilos de vida de los miembros, lo cual a su vez revelará muchos problemas individuales. El estilo de vida es el molde o patrón en el cual el individuo acuña su vida, basado en sus reacciones a su ambiente. Al ocuparnos de problemas individuales es necesario que se tengan en cuenta y se estudien tres principios de primera importancia en el análisis individual:

1) **EL OBJETIVO DE VIDA.** Resulta esencial que cada uno tenga un objetivo o propósito hacia el cual orienta su vida. No sólo debe ser un objetivo a larga distancia y quizás de tipo visionario, sino que debe de tener unos objetivos inmediatos y prácticos, que pueden consistir en uno de los muchos pasos hacia conseguir este objetivo final.

2) **COOPERACION CON OTRAS PERSONAS.** Es imposible para una persona el llevar una vida completamente separada sin entrar en contacto con los demás. Una separación completa a través de la neurosis lleva al aislamiento y al suicidiomental.

3) **EL ESTUDIO DE LA PULSION SEXUAL O LIBIDO.** El sexo y toda la pulsión vital o líbido en el hombre es uno de los grandes problemas a los cuales todo el mundo tiene que hacer frente y por tanto es importante que se alcance una síntesis de experiencia para ser puesta a disposición del grupo.

Muchas personas no conocen el significado de algunos de los términos técnicos utilizados en conexión con el trabajo psicológico, y en el uso práctico de cada día son a menudo utilizadas de manera muy laxa. Consideramos útil describir el significado entre nosotros de algunas de las frases de uso más corrientes.

PSICOLOGIA. Consiste en el estudio de la mente y su comportamiento. La parte consciente de la mente es aquella que es activa, en vigilia, la mente superficial; la parte subconsciente es la que que toca el borde de la consciencia y con la que recordamos. Lo inconsciente acumula memorias del pasado, individuales y raciales, que desde hace mucho tiempo han sido olvidadas incluso por la mente subconsciente. En particular contiene trazos de memoria de experiencias dañinas o dolorosas que uno desea olvidar; pero estas son realidades vivas que no pueden ser reprimidas. Es más, la conducta normal es un síntoma del conflicto inconsciente entre estas ideas enterradas. A este conflicto se le denomina un complejo. En tanto en cuanto que estos complejos no son localizados y liberados, el individuo mentalmente enfermo no encuentra paz ni salud.

COMPENSACION. Es la medida en que la personalidad al darse cuenta del defecto de alguna de sus partes trata de encontrar un equilibrio de este defecto a base de reforzar o exagerar alguna otra parte.

RESISTENCIA. Es el mecanismo que se pone en juego contra cualquier experiencia que entra en contacto con la represión y que mortifica al ego.

INSTINTOS. Constituyen el material bruto de la vida, tales como las emociones básicas de miedo, sexo, rabia, y las actitudes hacia las masas. Consiste también un instinto de autoconsciencia mediante el cual razonamos, sentimos y actuamos.

REPRESION. Constituye el ocultamiento forzoso, a través de factores externos, de aquellos instintos que son el material bruto de la personalidad.

INHIBICION. Es parecida a la represión, pero es consecuencia de la mente consciente, generalmente resultado de algún miedo.

INTROVERSION. Constituye la vuelta hacia el interior de la fuerza vital o líbido.

EXTROVERSION. La vuelta de esta misma fuerza hacia fuera. Ambos mecanismos llevan a un escapismo de la vida.

LA LIBIDO. Es el impulso vital sexual, la energía creativa de la personalidad.

UNA FIJACION. Es un estado mental que ocurre cuando un individuo rehúsa dar aquellos pasos adelante en la vida que exige un desarrollo normal.

MASOQUISMO. Es amar la auto tortura.

SADISMO. Se deriva de conseguir placer en causar daño a otro. Ambos aspectos son formas distorsionadas del deseo de poder.

UNA NEUROSIS. En terminología médica significa un trastorno nervioso funcional. Psicológicamente implica enfermedad del alma o de la mente. Un neurótico es alguien que está mentalmente, psíquicamente, y a menudo enfermo físicamente como resultado de emociones reprimidas.

En un grupo bien conducido cada miembro contribuirá en compartir plenamente la experiencia, y la función del líder del grupo debe consistir en ayudar en la coordinación y sintetización de dichas experiencias. Si un grupo es realmente exitoso, el líder del grupo no tendrá porqué sobresalir como una fuerza dominante; con todo, es posible que tome un tiempo considerable antes de que el grupo llegue a adquirir este ritmo tan libre. Al principio el líder del grupo debe procurar animar a los miembros a que aclaren sus problemas, actuar como intermediario entre aquellos que muestren violentos antagonismos entre sí, y evitar que el grupo caiga por una parte en la histeria y el desequilibrio o, por otra, en la superficialidad o falta de autenticidad.

Existen distintos peligros que uno encuentra cuando se dedica a conducir un grupo. Hay el peligro de la intelectualización. Resulta fácil para los miembros evitar profundizar demasiado en sus problemas y reacciones a base de embarcarse en la discusión intelectual de algún problema, como el valor del dinero. La admiración es otro peligro, al cabo de un tiempo, el grupo una vez que haya adquirido un cierto nivel de integración se encontrará con que los miembros se sienten inclinados a estar de acuerdo demasiado fácilmente el uno con el otro, por tanto perder aquello que les hace individualmente únicos. A menudo también sucede que un miembro del grupo, por la propia naturaleza de la neurosis, busca dominar y acaparar toda la atención del grupo sobre sí mismo mucho más tiempo que el necesario; o, al revés, un miembro resulta tan reservado que se retrae hasta tal punto que resulta incapaz de hacerse cargo de su parte completa de responsabilidad que la cooperación en el grupo exige. Es posible que los miembros del grupo den muestras de aburrimiento mientras el líder se ocupa en ayudar a que alguno de ellos desenmascare un complejo profundo, esto igualmente demuestra que no están tomando plena responsabilidad e iniciativa en ayudar a la solución del problema.

El trabajo grupal no va dirigido a entretenerse o a ser intelectualmente estimulante; es un método serio y humano para conseguir libertad psicológica y adaptación para gente que no pueden permitirse un analista, o gente que habiendo tenido tratamiento analítico quieren ahora poner en práctica alguna de la ayuda que ellos recibieron. El trabajo grupal puede ser valioso para demostrar a algún miembro si éste tiene necesidad de tratamiento analítico específico o no, de ayuda cuando dicho tratamiento no puede ser económicamente afrontado, o como continuación del trabajo psicológico después de aquel tratamiento ha cesado. Tiene que quedar claro que todo el mundo se puede beneficiar de una comprensión psicológica y de liberarse a sí mismos, y que la psicología no es tan sólo para casos extremos de enfermedad mental, sino es una medida práctica de la cual puede beneficiarse el individuo en la vida cotidiana.

Así parece que el trabajo grupal tiene un valor individual y así mismo social, por más que aquí hemos considerado la técnica de trabajo grupal aplicada a problemas individuales que se basan principalmente en la separación, pero habrá también grupos que se convoquen para trabajo especializado. Puede existir un grupo de artistas en el que los problemas de expresión individual y de cultura social puedan estudiarse, y en el que los artistas individuales se les pueda ayudar a alcanzar a su público mediante métodos cooperativos.

Habrán también grupos de padres, donde el bienestar de los hijos, el control de natalidad, y toda clase de problemas relacionados con el cuidado y educación de los niños puedan discutirse. De hecho es posible utilizar la técnica grupal como base de estudio de todas las ramas de la actividad humana ya sean de tipo social o político cultural o individual.

Es de esperar que los miembros del grupo, después de haber sido ayudados en la solución de sus problemas individuales, y que han alcanzado un cierto nivel de integración, se dediquen a estudiar psicología con el fin de volverse ellos mismos líderes de grupo. Para este propósito, las clases de líderes de grupo han sido organizadas por la sociedad, en las que líderes de grupos son invitados a participar una vez que lo hayan solicitado del Presidente. Para el estudio detallado de los distintos aspectos de la enseñanza psicológica se dan clases, diseñadas para cubrir los distintos aspectos de la vida que es probable aparezcan en los grupos, de manera que la experiencia individual pueda ser reforzada por un cierto monto de conocimientos adquiridos. Se recomienda a los líderes de grupo emprendan un análisis psicoterapéutico, de manera que ellos mismos puedan adquirir un mayor grado de libertad psicológica y tener un mayor conocimiento de la técnica psicológica.

El fin de la Sociedad para Psicología Creativa es constituir una red de grupo a lo largo del mundo, mediante los cuales los arriba mencionados principios puedan ser llevados a cabo; de esta manera se espera que los líderes de grupo, después de un cierto monto de experiencia, puedan, a su vez, iniciar grupos bajo la tutela de dicha corporación en cualquier distrito donde ellos se encuentren, de manera que gradualmente los objetivos de la Sociedad puedan impregnar el mundo.

Publicado por The Favil Press Limited, 1935

1943 NORTHFIELD EXPERIMENT

UN COMENTARIO por Hanne Campos

El doble Experimento Northfield es un punto de referencia obliga do tanto en el desarrollo de las psicoterapias de grupo y el grupoanálisis como en el de las comunidades terapéuticas y la psiquiatría social, y que corresponde a distintas fases de la Segunda Guerra Mundial y al desarrollo de los recursos psiquiátricos disponibles. Este Experimento permite una lectura específica, dependiendo de cuál de aquellas líneas teórico-prácticas y dispositivos de tratamiento se considere como así de dad que la comunidad social con ello persigue. A este respecto vale tener en cuenta que todo el movimiento grupal de la psiquiatría militar en Inglaterra se plantea como una guerra total a las neurosis y un armamento psicológico de la población para hacer frente a los problemas de moral de lucha que se presentan tanto entre los combatientes como en la retaguardia.

En cuánto al ámbito de las comunidades terapéuticas, creemos que la contribución de Tom Main en este mismo volumen dará al lector de esta Monografía una idea apropiada sobre el papel jugado en la evolución de las ideas y su praxis.

Por lo que hace a los aspectos de «tratamiento psicológico de la comunidad» mencionados, quisieramos informar de una investigación en curso que ya hace tiempo llevada a cabo por Grup d' Anàlisi Barceona y de la que esperamos poder dar cuenta a los colegas en un futuro no demasiado lejano. Tanto el Experimento Northfield 1943-1945 como la propuesta de «psicoanálisis para el pueblo» que surge en Budapest en 1919, son respuestas de los profesionales de psiquiatría y en alguna medida también de la psicología y otras profesiones asistenciales y educativas al problema de la neurosis de guerra. Aunque la repuestas en 1919 fue más individualizada y en 1945 parece que fuera más colectiva, en 1991 seguimos convencidos de que es el individuo el que está desadaptado a la sociedad y no encontramos las maneras de interrogar la locura y el carácter destructor de ciertas instituciones o conductas sociales - como por ejemplo la misma guerra, la burocracia o a veces la misma familia. Las personas que nosotros reunimos en una comunidad nos traen las mil escisiones de nuestra vida social y nosotros seguimos insistiendo que son ellos los únicos desadaptados. ¿Verdaderamente no podemos hacer una lectura de los problemas que nos traen que nos ayudaría a todos, no solamente a ellos en el mejor de los casos, a vivir más constructivamente en sociedad?

1957 UNOS COMENTARIOS SOBRE EL HENDERSON HOSPITAL

por Hanne Campos

En una monografía sobre comunidades terapéuticas no podría faltar una referencia a unos de los lugares que más han contribuido a nivel mundial al desarrollo de una psiquiatría social y al tratamiento de trastornos psicopáticos, la Comunidad Terapéutica del Henderson Hospital, aunque sólo sean unos comentarios. Re ferimos a los lectores, particularmente a los miembros de la SEPTG que le conocen personalmente por haber venido a nuestros Symposia, al artículo de J. Stuart Whiteley en el No. 1, Epoca IV del Boletín de de la SEPTG que versa, entre otro, sobre el Henderson Hospital del que Stuart fue Director Médico y Psiquiatra Consultor durante casi dos décadas. Aquí presentaremos un resumen-comentario del importante artículo y seguramente único de su género, también de Stuart Whiteley, sobre aquella comunidad terapéutica publicado en el Vol. 1 No. 1 del International Journal of Therapeutic Communities, Primavera 1980 y cuya lectura recomendamos encarecidamente. Nos permitimos citar libremente.

El Hospital Henderson se nombró así en honor del Prof. D.K. Henderson, mentor de Maxwell Jones en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Edinburgh, cuando se constituyo en unidad autónoma en 1959. Del 1947 al 1959 fue un ala del hospital más grande de Belmont - un Centro de Neurosis - y dependía de éste geográfica y administrativamente. Cierta conflicto y fricciones entre el hospital más ortodoxo y la unidad innovadora de Maxwell Jones llevó a una separación ideológica y de hecho en 1959. En 1974 Belmont se trasladó a un lugar a cierta distancia, pero las relaciones de trabajo difíciles siguieron entre lo que se podría pensar como la relación entre la hija rebelde y su hermana mayor critica del otro lado de la calle, que ahora era una unidad psiquiátrica de agudos. En 1977 el Henderson finalmente se fue del lugar del antiguo hospital y se estableció en un edificio nuevo que progresivamente acumulaba más y más facilidades para sus residentes y profesionales.

A Stuart le parece irónico que justamente cuando se le pide el artículo que comentamos par el primer número de la revista de la Asociación de Comunidades Terapéutica, Henderson, una vez más vive la amenaza del cierre. Esta amenaza intermitente forma parte de su historia.

Según el autor, los treinta años de la historia de Henderson se pueden dividir

en tres décadas que a su vez parecen organizarse de la siguiente manera: 1947-1957 Las Ideas; 1957-1967 La Teoría y 1967 en adelante La Práctica.

Las Ideas: 1947-1957

Parece que ideas no faltaban. Las raíces del pasado se hunden en lo que Jones llamaba las tres comunidades transicionales: La Unidad del Síndrome del Esfuerzo en el Hospital Militar de Mill Hill (1941), La Unidad para Prisioneros de Guerra con Trastornos Emocionales que volvían del Lejano Oriente (1945) y La Unidad de Rehabilitación Industrial del Ministerio de Trabajo (1947). Pocas ideas se importaban de otros lugares. Main había desarrollado su ideología de la «institución terapéutica» en Northfield y hubo poca fertilización cruzada con Mill Hill o con los experimentos tempranos de terapia de grupo de Foulkes. Tampoco se conocían las ideas de Moreno aunque se utilizaba ciertas técnicas de dramatización.

A principios de los años '50 el trabajo de Jones logró reconocimiento fuera del Reino Unido y se le nombró Consultor en Salud Mental de la OMS para preparar un informe sobre Rehabilitación. En la OMS, en cuanto a Belmont y a Maxwell Jones se preguntaba «cuánto se debía al método y cuánto al hombre».

En 1954 la Unidad de Rehabilitación Industrial cambió de nombre para llamarse Unidad de Rehabilitación Social cuando se tomaba conciencia que la incapacidad de mantener un trabajo se debía más a una falta de capacidades sociales e interpersonales que a la habilidad industrial o educacional... Más y más pacientes llegaron de los Tribunales con la etiqueta de inadaptados sociales (**social inadequate**) e incrementaban los que tenían una historia de criminalidad. De manera que a mediados de los años '50 la Unidad desarrollaba dos áreas de especialización, 1) un centro de la ideología de comunidad terapéutica y 2) una unidad de tratamiento para psicópatas.

La Teoría: 1957-1967

Jones se veía presionado a probar la substancia y el valor de su método, pero en el Reino Unido ningún científico social estaba interesado en explorar el ambiente de un hospital psiquiátrico.

En aquel momento Jones conoció un joven antropólogo social, Robert Rapoport, en un cocktail en Boston. Este acababa de volver de hacer un estudio de los Indios Navajo y buscaba un proyecto nuevo. Jones logró una subvención importante de la Nuffield Foundation y la venida de Rapoport a la Unidad de

Rehabilitación Social de Belmont en 1954 dominaría la próxima década de la historia de Henderson. El proyecto original tenía que ser una evaluación del tratamiento de psicópatas que es lo que exigían los críticos de Jones. Pero, la controversia sobre el uso diagnóstico del término «psicópata» hizo que el proyecto final fue una exploración en profundidad del funcionamiento de una comunidad terapéutica. Aunque Jones y Rapoport escribieron un trabajo conjunto en 1955, podemos suponer que después el clínico y el investigador partieron caminos. Rapoport produjo un río de trabajos científicos que apuntalaban la comunidad terapéutica como modalidad de tratamiento pero, también, al apuntar sus debilidades de alguna manera la socavaban. Los estudios se publicaron en un libro bajo el título «La Comunidad como Médico» en 1960 y se recibió críticamente en Henderson. Jones había aceptado un nombramiento en Estados Unidos y la continuidad de Unidad estaba una vez más en peligro por sus métodos poco ortodoxos de funcionamiento. Uno de los descubrimientos de Rapoport fue que, al contrario a lo que afirmaba Jones, el método de comunidad terapéutica no era aplicable universalmente y era necesaria una selección. Rapoport también apuntaba el conflicto entre los objetivos psicoterapéuticos del equipo médico y los objetivos de rehabilitación de los instructores laicos de los talleres.

Jones, por su parte, logró que se incluyeran los trastornos psicopáticos como categoría diagnóstica en el Acta de Salud Mental (1959) pero nunca se construyeron las unidades especiales de tratamiento que el recomendó.

Cuando Henderson se autonomizó, se hizo necesario proveer enfermeras para la unidad, hecho que resultó en una pérdida de sitios de trabajo de los terapeutas sociales. En consecuencia los lugares de formación para terapeutas sociales en Henderson fueron ocupados por alumnos visitantes escandinavos cuyo país en aquel momento intentaba romper la rutina de la relación clásica enfermera-paciente. Una vez más, resultaba que era Belmont el lugar pionero en emplear non-profesionales en campo de la salud mental y de los servicios sociales.

En general a mediados de los años '60 toda la idea de comunidad terapéutica estaba desapareciendo en el Reino Unido y la continuidad de la Unidad se cuestionaba de parte de la administración regional.

La Práctica: 1967 - Presente

En 1966 Stuart Whiteley fue nombrado Director Médico de Henderson Hospital y se nombró también una nueva Director de Enfermería (**Matron**) del

Cassel Hospital, de donde procedían las dos anteriores. La Administración Regional de Hospitales tenía serias dudas pero dió una nueva oportunidad a la Unidad bajo la nueva Dirección que aportaba una considerable experiencia tanto en terapia de grupo como en el tratamiento de delincuentes. La Unidad estaba considerada como un centro para éste último y el aspecto de comunidad terapéutica era secundario. De manera la proporción de pacientes con una historia penal en 1965 fue un 66% en comparación a un 37% en 1955.

La práctica se decantó en estudios de la delincuencia con gran interés para la selección de pacientes que aseguraban una respuesta positiva a la oferta de tratamiento. En 1979 debido a la selección la proporción de pacientes convictos había descendido a un 43%. El cambio fue lento y disgustó muchísimo a los oficiales encargados de los delincuentes en libertad condicional ya que siempre creían que en Henderson habría sitio para sus clientes más perturbado e inadaptados.

En 1967 el libro «La Comunidad como Médico» se re-editó, esta vez con una recepción mejor. El equipo profesional en aquel momento estaba menos preocupado por el pasado y, en consecuencia más abierto al cambio. Henderson se movió del lado de rehabilitación del espectro hacía el lado de tratamiento, más consciente de los objetivos desde una perspectiva psicodinámica y sociodinámica.

En el libro «Tratando con Delincuentes» se puso énfasis en el concepto de la comunidad total como un grupo terapéutico continuo con subdivisiones que servían a diferentes funciones, pero con el grupo grande como pieza clave de la comunidad terapéutica. Se investigaban los roles tomados por pacientes y equipo, temas que se vertieron en las diversas publicaciones.

El cuestionamiento más importante sobre el funcionamiento de la comunidad terapéutica ocurrió en 1971 cuando se le pidió al Henderson a examinar el estado del arte en aquel entonces. Hubo doce participantes que todos ellos habían investigado y escrito sobre y/o tenido experiencia en comunidad terapéutica. La reunión, descrita como Round Table, tuvo tal éxito que hizo resurgir el interés en el tema, se multiplicaron las reuniones a todos los interesados y en 1972 se fundó la Asociación de las Comunidades Terapéuticas. De manera que Henderson, con aquella reunión de la Mesa Redonda, inspiró una nueva ola de desarrollo en los años '70. Contacto personales entre profesionales de diferentes disciplinas y lugares en la Administración, además, impulsaron la cooperación a través de las fronteras entre hospitales, escuelas y residencias.

Las investigaciones de Henderson durante esta última década incluyen grupos de individuos que ni son criminales ni sufren claramente de trastornos mentales sino presentan problemas que necesitan una atención tanto de los servicios penales como de los médicos. En 1976 en Henderson empezó un curso anual en Trabajo Grupal con una amplia base grupoanalítica y de comunidad terapéutica para equipos hospitalarios, vigilantes de libertad provisional, trabajadores sociales residenciales. Las lecturas básicas para este curso se encuentran recogidas en el libro «Abordajes de Grupo en Psiquiatría». En resumen, Henderson se desarrolló a partir de un modelo socioterapéutico de la comunidad terapéutica y encontró un lugar en el tratamiento de pacientes con trastornos de personalidad. Asimismo, en esta última década la influencia de Henderson tiene una base multidisciplinar no solamente en la asistencia sino también en el ámbito de la formación profesional.

1970 ARBOURS

«UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA, UN LUGAR DONDE SE REFLEJAN LAS RELACIONES DE FAMILIA»

por Helen Mc Cormack (*)

Las reflexiones que siguen se han visto influidas por haber vivido en una Comunidad Terapéutica de Arbours, Londres, durante mi formación.

En primer lugar, permitidme describir brevemente como están organizadas las comunidades de Arbours: Hay tres comunidades situadas en barrios residenciales en la zona norte de Londres. Desde el exterior tienen la misma apariencia que cualquier otra casa de la calle y no tienen ningún signo que las distinga de sus vecinos. Una casa comunitaria acomoda entre 6 y 10 residentes que son responsables de su cuidado y no hay personal asalariado. Dos coordinadores de Arbours asisten dos veces por semana a dos reuniones de noche en la comunidad. Hay terapeutas en formación, asistentes sociales, enfermeras, etc. que hacen estancias en las comunidades. La compra, la cocina y la limpieza se organizan por turnos entre los residentes. Cada residente asiste a una terapia individual con terapeutas formadas en Arbours, dos o tres veces por semana. Los terapeutas en formación están también en terapia individual y reciben supervisión semanal de un coordinador de la comunidad. El proceso de ser aceptado por la comunidad es el mismo para residentes y terapeutas en formación (u otros visitantes): Esto es, hay una entrevista inicial con el

coordinador y luego la persona acuerda una visita a la comunidad, que más tarde votará la aceptación o no de aquella. Por supuesto, la solicitud para ingresar en una comunidad como residente es una decisión totalmente libre.

Mi propia filosofía vital y mi previa experiencia de trabajo en un hospital psiquiátrico me habían dirigido a la búsqueda de alternativas a la hospitalización para personas emocionalmente afligidas. La búsqueda de la alternativa ideal o de la comunidad ideal podrían ser comparadas con la búsqueda de la familia ideal, los resultados nunca satisfacen las expectativas: Sin embargo, la búsqueda es de absoluta importancia, pues ciertamente hay familias y comunidades que favorecen el desarrollo personal más que otras. Cada uno de los residentes de la comunidad había sido criado en una familia - un entorno familiar - que de una u otra manera había sido incapaz de proporcionar la paz y la seguridad mínimas que le permiten a un individuo no ser abrumado por el mundo, o sumergido por sus propios sentimientos: Los residentes arribaron a la comunidad de Arbours esperando que un entorno terapéutico les ayudara a hacer los cambios necesarios para sentirse más a sus anchas consigo mismos y con el mundo. Este artículo examina las posibilidades y dificultades para que una comunidad terapéutica sea la familia «suficientemente buena» que ayude a sus miembros a liberarse de los límites de sus propios mapas de familia internalizados.

La comunidad de Arbours nos aceptó como familia - a mi marido, a mi hija de dos años y medio y a mí - era la primera experiencia de este tipo de situación para esta comunidad.

Se nos dio una habitación grande en el piso bajo situada entre la cocina y el salón con acceso al jardín a través de una puertaventana. Por aquellas fechas la comunidad estaba formada por tres mujeres y tres hombres. En aquel estadio de sus vidas no eran capaces de sobrevivir emocionalmente, viviendo solos o con otros sin el soporte de la comunidad; era su hogar. También fue nuestro hogar durante mis seis meses de residente en formación.

La noche de nuestra llegada, después de la cena comunitaria, mi hija K. se acostó y yo asistí a mi primera reunión de la comunidad. Nora estaba sentada en la alfombra y empezó a hablar de cuando ella era niña pequeña y su madre había «desaparecido» (al hospital) sin explicación y compartió con nosotros algunos de sus dolorosos recuerdos de infancia. El coordinador hizo notar que Nora no había compartido hasta entonces aquellas vivencias con el grupo; Nora llevaba casi cinco años en la comunidad. Parece que la llegada de una niña

pequeña a la comunidad le permitió a Nora revivir a la niña pequeña de su propia historia.

Para un miembro de la casa, Barbara, la familia recién llegada pareció revolver recuerdos o temores demasiado dolorosos. Al día siguiente de nuestra llegada Barbara se tomó una sobredosis de Panadol y fue encontrada inconsciente en su habitación por su amiga Sheila. Mi marido la llevó al hospital para que le hicieran un lavado de estómago y Sheila, quien la acompañó, se encargó de la burocracia para ingresarla: Sheila se mostró una amiga muy leal durante la hospitalización. Después de algunos días de recuperación en el hospital Bárbara volvió a la comunidad; me llamó la atención que ni su madre ni ningún otro miembro de la familia hubiesen venido a visitarla. A partir de ese día Bárbara hizo uso de la nueva familia para recuperar su sentido del lugar en la comunidad. Por las mañanas solía sentarme a menudo con el ventanal abierto mientras K. jugaba contenta gateando de la habitación al jardín, y Bárbara solía unirse mientras yo cosía y disfrutaba de la paz y el murmullo del juego.

Después de un choque traumático una niña necesita de un entorno de apoyo, un lugar para ser más que uno que formule demandas. Conmigo Bárbara no mostró el menor deseo de revolver las brasas de su intento de suicidio: buscaba una presencia materna con una hija capaz de jugar, un lugar donde se sienta bienvenida y donde no se le hacían demandas. Hicimos varias excursiones por la tarde al parque de Hampstead y un día rescatamos un bolso robado que había sido abandonado entre los arbustos: Bárbara se ocupó de arreglar el asunto con la Policía para devolverlo a su dueño. Bárbara recuperó pronto su anterior estilo de vida en la comunidad y dejó de buscar la relación madre-hija. Unos meses después consiguió un piso propio y dejó la comunidad.

La sobredosis de Bárbara podría contemplarse como un reflejo de la rabia y desesperación que había sentido de niña. La llegada de una familia con una niña pequeña a la comunidad revivió aquellos sentimientos indecibles que ahora convirtió en actos (acted-out). En nuestras visitas preliminares, previas a ser aceptados por la comunidad, Bárbara no había expresado objeciones o dudas. Idealmente, una comunidad terapéutica ayuda a la gente a expresar lo indecible para que no sea necesario expresarlo en acciones.

Algunas de las vivencias más intensas y traumáticas pueden tener lugar cuando uno es niño, antes de la adquisición del lenguaje. Durante la infancia, una experiencia de profundo rechazo de los padres puede ser tan amenazadora y dar

lugar a tanta confusión que el niño no pueda admitir su realidad así, reprimiéndola, también reprime su rabia. Una comunidad terapéutica ofrece la posibilidad de distinguir entre el pasado y el presente y enseña que el presente no es un mero reflejo del pasado y especialmente de la pasada impotencia del niño. El adulto tiene opciones que el niño dependiente nunca tuvo: Esta vez, Bárbara, en un estado de fragilidad a su vuelta del hospital, buscó una matriz de cuidados y aceptación hasta sentirse más fuerte e independiente.

Un intento de suicidio afecta a todos los miembros de la comunidad y las reacciones dependen del estado emocional de cada individuo más que de la relación que tenga con la persona implicada. El día que Bárbara volvió del hospital le tocaba su turno de cocinar y sugerí que los demás la relevásemos de esa obligación; David se enfureció, «cómo se atreve esa puta a manipular la casa». Era cierto que la acción de Bárbara era una expresión de hostilidad que ella debería haber negociado de otra forma; también es verdad que la acción le consiguió algo de atención especial, y las vivencias de David parecen haberle inculcado que el cuidado y el afecto siempre iban escasos y que si otro consigue un poco siempre es a expensas de David. La comunidad puede ayudar a las personas a aprender a buscar cariño y comprensión sin tener que recurrir a comportamientos auto-destructivos para lograr satisfacer sus necesidades afectivas.

La madre de Sheila la visitó una tarde y se quedó a tomar el té con algunos de nosotros: Sheila permaneció callada mientras su madre hablaba incesantemente. Observar esta escena hubiese sido contemplar cómo una mujer rebosante de ansiedad enervaba a otras tres personas mientras su hija, con forzado control, liaba sus propios cigarrillos como si estuviese familiarizada con tal estado de las cosas. El modo-de-ser de Sheila en la casa reflejaba este papel aprendido. Encontraba difícil declarar sus propias necesidades y solía asistir a las reuniones liando sus cigarrillos y limitando sus preocupaciones a los Derechos de la Mujer en general y a criticar a Arbours en particular. Otros podrían hablar de sus mundos privados, pero Sheila se escondía tras una cortina de humo y daba la impresión de ser la persona más «integrada» de los presentes. Durante la hospitalización de Bárbara, Sheila había mostrado mucha devoción y preocupación por ella. Pocos meses más tarde Sheila misma tuvo que ser internada en el mismo hospital tras haber patinado con su bicicleta por la empinada cuesta y chocando prácticamente contra las verjas del hospital, destrozando la bicicleta y su dentadura. Sus heridas faciales sanaron finalmente, pero sufrió bastante a cambio del cuidado y la atención que el accidente le

procuró. Había sido un ataque furioso y dramático contra sus padres lo que les hizo realizar que Sheila necesitaba ayuda y lo que condujo a su eventual llegada a Arbours.

Sus padres poseían un negocio familiar que, según Sheila, absorbía toda su atención y energías, excepto cuando, ocasionalmente, querían impresionar a alguna visita y llamaban a Sheila para que ejecutase una danza folclórica.

Parecía que Sheila había aprendido a observar pasivamente el mundo a su alrededor y sólo entraba activamente en el escenario de la vida para los momentos dramáticos. Antes de nuestra llegada a la comunidad Sheila me había hablado de sus temores a hacerle daño a mi hija: De hecho le mostró cariño y respeto a K.

Muchos años después de habernos ido de la comunidad, K. todavía recordaba «al hombre que me había enseñado a jugar a tres en raya», Nigel. Nigel era el adulto más joven de la comunidad y mostró gran interés en las actividades de K. y derivó un gran placer de la velocidad con que la niña aprendió a jugar al tres en raya con él, e incluso del hecho de que fuera capaz de ganarle. Recuerdo a K. jugando y dibujando en la mesa de la cocina y a Nigel sorbiendo té y diciendo con gran sinceridad «Ojalá me hubiesen tratado como a K. cuando era niño». Su propia historia era triste y atribulada. Nigel habló de un padre que había abusado sexualmente de él, de su madre divorciada de su padre cuando Nigel entraba en la adolescencia y luego trató a Nigel como «el hombre de la casa», para destituirle unos años más tarde cuando volvió a casarse con el padre de Nigel. Un día, pasados pocos meses de su llegada a la comunidad, Nigel se marchó abruptamente cuando experimentó a su terapeuta como a su traidora madre y la huida pareció la solución más segura.

En mi primera visita a la comunidad me encontré a Tom en el vestíbulo - me escudriñaba desde un rostro silencioso de forzada sonrisa y ojos que parecían decir «ahora me toca a mi hacer sentir incómodo a alguien», y tenía éxito. Tom era de una delgadez extrema y sus ojos sostenían una mirada desafiante como si el interlocutor fuera de alguna forma responsable de su ira. En la casa vivía sobre todo en su habitación con escapadas a la cocina y el salón. La cocina es el corazón de la comunidad donde la gente tendía a estar junta durante el día cuando no estaba en sus habitaciones. Tom mostraba anhelos, envidia, rabia y miedo en su manera de estar en la cocina; su enérgica entrada solía anunciar con claridad su presencia - quería ser notado e invitado al seno

de la «familia». Simultáneamente sus bruscos movimientos y su airado agarrón de la tetera eléctrica cancelarían la posibilidad de serlo. Nunca se abusó tanto del apacible arte de hacer té como en las manos de Tom... A menudo me limitaba a observar totalmente impotente sobre cómo podríamos invitarle a que se nos uniese cuando su miedo y su ira no le permitían participar. ¡A veces, mientras cuidaba de la tetera, se volvía abruptamente y apuntándome con el cuchillo del pan me preguntaba si quería té! En lugar de usar el aseo de arriba (que de hecho era el más próximo a su cuarto) Tom utilizaba el retrete contiguo a la cocina donde su presencia se hacía intrusiva mediante fuertes golpes contra la pared, - como si dijese: -»Estoy en la mierda y bien sabe Dios que el resto de vosotros también lo estais y nada de esta hogareña charla de cocina que yo no puedo disfrutar».

Fué Tom quién me ayudó a reflexionar sobre cómo la casa representa a la Madre - y no me refiero a las entrañas de la madre, sino al sentido total de la madre y de la representación del individuo con ella. Dentro de la comunidad yo era la única persona que era de hecho una madre y, para Tom, esta realidad se fusionó intensamente con la Casa-como-Madre: Fuera de la casa Tom podía separarme mejor de la globalmente invasora relación negativa materna y relacionarse conmigo como un individuo. Las veces que lo llevé en mi coche introdujo temas de conversación como la música y la historia irlandesas que eran claramente expresión de que me reconocía a mí y a mi pasado como separados del suyo, pero que podían ser compartidos como compartíamos el paseo en coche. El coche era un continente móvil que permitía un compartir seguro que ninguno de los dos podía rechazar al otro y huír, al menos hasta el final del viaje; y también era seguro porque el viaje llegaría a su término en un punto acordado previamente. Esto era diferente de la Casa como continente donde Tom se había fundido con la madre todopoderosa, siempre presente, como es vivenciada la madre perseguidora internalizada. Al contrario que la casa, el coche ofrecía un estar juntos que permitía también el espacio privado: Yo estaba ocupada con el tráfico de Londres pero a la vez, podía darle una atención a Tom que no era tan amenazadora como podía serlo un encuentro frente a frente sentados a la mesa de la cocina. Cuando paramos en los semáforos de Chetwynd Rd. Tom podía reír su chiste privado -probablemente sobre Chet=Shit (mierda) y wind (viento)- pero no estábamos atrapados allí y los semáforos siempre cambian, siempre podíamos continuar. Dentro de la casa yo volvía a ser la madre odiosa y odiada para Tom. Durante mis seis meses de estancia en la casa la única amenaza de violencia física que padecí fue de Tom: Volví a casa a última hora una noche y fui al salón con K. para descansar antes de acostarla. Cuando miré

a Tom él alzó su plato para arrojármelo y sólo desvió su objetivo en el último instante, rompiendo en cambio la ventana. Más tarde supe que Tom había tenido una discusión con alguien antes de mi llegada, pero, aparentemente, su odio violento lo reservó para mí, la Madre.

Algunas de las condiciones para ingresar en la comunidad eran:

- a) Asistir a las reuniones de la casa dos veces por semana.
- b) Cumplir la parte propia de las obligaciones de cocina y limpieza caseras.
- c) Psicoterapia individual.

No sé nada de la psicoterapia individual de Tom, pero sí sé que Tom no cumplía las otras condiciones con ninguna clase de regularidad (si las cumplía alguna vez): sin embargo, no recuerdo que nadie se quejase sobre esta situación. Esto refleja una clase de comportamiento familiar, donde se ve a un miembro como más allá del bien y el mal, demasiado raro o difícil para tener expectativas de que se adapte a las reglas y normas que gobiernan a los otros miembros. De esta manera el individuo gana una cierta libertad, pero paga el precio de ser visto como incapaz de adaptarse y no ser considerado un miembro completo de la familia con iguales derechos a los otros. La ganancia de los miembros de la familia es el consuelo de que ellos están cuerdos y no necesitan cuestionar las reglas: El «Fuera de la ley» es, en cierto modo, el recordatorio del precio a pagar si no lo hacen. El «Fuera de la ley» es en apariencia más libre pero, sin relaciones íntimas e incapaz de compartir con otros. Esto es un dilema para la comunidad terapéutica; algunos miembros se sienten aterrorizados de compartir sus vivencias y se sienten atrapados y amenazados en las reuniones de grupo; sin embargo, el individuo necesita compartir sus experiencias con la comunidad para romper con la repetición de pautas pertenecientes a su pasado.

En cierto modo, el comportamiento de Tom comunicaba a los otros miembros que ellos no eran tan malos (locos), mientras él se retiraba detrás de puertas cerradas que también protegían a cada uno de la violencia y la ira del «raro».

Bill sí asistía a las reuniones de la comunidad con regularidad. Raras veces decía algo muy personal en ellas - las más veces, si no estaba en silencio, animaba a los demás. Todavía un hombre joven, Bill había hecho una carrera de comunidades terapéuticas - desde las regiones lejanas del Canadá adonde había emigrado, hasta los oasis del Oriente en su retorno a casa -había visitado su buena porción de ellas. Al principio las comunidades terapéuticas prometían

la respuesta ideal a sus problemas, pero, antes o después, la realidad de sus sentimientos se interponía en su camino.

Bill había crecido pegado a una madre preocupada por la pecaminosidad de la vida, que rezaba el rosario en voz alta en los autobuses de una ciudad inglesa donde el catolicismo era visto con suspicacia, mientras Bill soportaba la vergüenza en silencio. Una vez, durante una cena, cuando Bill me pidió que le pasara la sal, tuve la impresión de ser una vieja de pelo gris, seca: Quizá ésa fué su percepción de una madre que le había dicho, literalmente, que ella, su madre, no era su madre real - que su madre era la Virgen María. Para un niño pequeño la Virgen Bendita y Santa debe aparecer como algo muy remoto de su joven mundo. La Santa Virgen, con una madre así qué niño pequeño podría admitir su rabia, sus sentimientos impuros, no hay lugar para la imperfección humana. Bill le preguntó un día de sopetón a mi marido si lo encontraba (a Bill) repulsivo. Bill trataba de ser el hijo adecuado de la Inmaculada Concepción y, de cuando en cuando, embellecía la casa vistiéndose exóticas túnicas orientales y sirviéndonos comidas celestiales. Bill podía apreciar y recibir alimento de la belleza pero no podía reconciliarla con sus sentimientos más inaceptables. Sentía que la comunidad no toleraría sus quejas y su ira, y por eso, cuando se sentía mal, se escondía en su habitación con una provisión de botellas de cerveza, a salvo de los (imaginarios) ojos críticos de la comunidad. Quería que la comunidad reflejase sólo lo bueno y lo bello y no podía tolerar verla reflejar sus escindidos y caóticos sentimientos.

Nora y Dave eran dos de los residentes fundadores de la comunidad; habían visto muchas llegadas y despedidas durante los cinco años; como Dave comentó ingeniosamente una vez «He ayudado a formar un montón de terapeutas de Arbours». Me pareció que no les era fácil pensar en separarse de la comunidad, del Arbours paternal y de su posición más poderosa en relación con sus «hermanos» residentes. ¿Cuándo es el momento adecuado para irse, separarse, hacerse más independiente? - es una cuestión que surge periódicamente en todas las comunidades. ¿Debería Arbours establecer un límite de tiempo claro y definido? Como en la terapia individual la cuestión de la duración de la estancia en la comunidad no había sido determinado por Arbours y creo que en general esto era visto como correcto. Después de todo, los niños crecen sin preocuparse por tener que dejar a sus familias en fecha fija y llega un tiempo en el que su propio deseo de independencia los emancipa de su familia. Hay con todo excepciones y algunas personas tienen dificultades especiales con las separaciones. Algunas provocan una disputa para poder irse

llenos de ira y así negar cualquier sentimiento de pérdida o dolor por lo que dejan detrás, porque lo han denegado completamente. Puede ser duro dejar la seguridad de la comunidad por un mundo menos protector, pero las dificultades tienen a menudo más que ver con los fantasmas del pasado que con las realidades del presente. El miedo a marcharse puede ocultar un miedo genuino a un retorno de la crisis que llevó en primer lugar a su entrada en Arbours. Los temas relevantes para cada individuo deben ser trabajados en las reuniones de la comunidad y en terapia individual para encontrar una salida y comprender y evitar una actuación (acting-out) repetitiva de pseudo-soluciones.

Los esquemas anteriores de la gente con la que viví en la comunidad dan una idea de la diversidad de personalidades y entornos familiares que se funden para hacer cambios en su modo de vivir: Facilitar esto, o en otras palabras, ser terapéutico es un desafío continuo para los organizadores de la comunidad. La terapia individual es una oferta de espacio privado y el establecimiento de una relación especial que puede crecer a través y más allá de la estancia del residente en la comunidad y así ser de especial importancia cuando llegue el momento de la salida de ésta.

Entré en la comunidad esperando que los residentes podrían ofrecerse unos a otros mucha ayuda y comprensión pero me encontré revisando este aspecto del sufrimiento compartido: La gente estaba allí por tener muchas necesidades afectivas y en general proyectaban al grupo expectativas y actitudes establecidas en sus grupos primarios, es decir, sus familias. Recuerdo que, en una ocasión, en una cena comunal, tuve una imagen del grupo como una familia de gatos arañándose mutuamente y luchando por conseguir cada uno el platillo de crema del coordinador...! Como cualquier otra familia, la comunidad también tiene sus días! Por otra parte lo que los miembros se ofrecían unos a otros era de la máxima importancia y con frecuencia inexistente fuera de la comunidad: Había una tolerancia para las pautas de comportamiento de cada uno y un reconocimiento tácito de que la gente intentaba ir más allá de los convencionalismos a la búsqueda de la verdad de sus auténticos sentimientos. Esto, en particular, era una faceta muy refrescante y relajante de la vida a pesar de las tensiones grupales. La gente estaba intentando conscientemente no manipularse unos a otros. La falta de estructuras rígidas externas permitía a las personas el tiempo y el espacio para empezar a establecer sus propias y genuinas estructuras internas. Nadie criticaba o controlaba las pautas de dormir, la vigilia o la alimentación de los otros... Esto está en el polo opuesto de una madre que una vez se dirigió a mí en mi práctica privada para decirme

que su hija estaba loca y una de las pruebas era que bebía cuatro tazas de café cada mañana.

La gran pregunta para mucha gente es ¿«Si se curaron las personas de la comunidad»? Esto implica que sufrían una enfermedad, con lo que no estoy de acuerdo y pienso que Szasz plantea la cuestión mejor, - «al reajustar nuestros objetivos de comprender la enfermedad mental a comprender a seres humanos» (1) uno puede evaluar mejor la comunidad terapéutica. No puedo terminar este capítulo diciendo «y todos vivieron felices para siempre jamás»: Pero como resultado de su experiencia comunitaria algunas personas fueron capaces de vivir menos atormentadas y con más plenitud. Para muchos fue un paso importante para eludir carreras y etiquetas psiquiátricas.

(*) Helen McCormack cursó estud trabajó con niños psicóticos, autistas y minusválidos y con adultos con problemas emocionales severos en hospitales psiquiátricos, cárceles y comunidades terapéuticas en Inglaterra y Francia. Actualmente - abril 1991 - es directora del Grupo Lareira que, entre otros, impulsa un proyecto de comuniades terapéuticas en Pontevedra y Santiago de Compostela.

(1) Thomas Szasz. «The Myth of Mental Illness» Granada. St. Albans. 1972 (Harper and Row. 1961)

IN MEMORIAM DEL DR. TOM MAIN

«EL CONCEPTO DE COMUNIDAD TERAPEUTICA: VARIACIONES Y VICISITUDES» (1983)(*)

por el Dr. TOM MAIN

Cuando Vds. me hicieron el honor de invitarme a dar la Primera Conferencia en Memoria de S. H. Foulkes, no me lo pensé ni un momento en aceptar. Conocía a Michael Foulkes por más de treinta años y decidí que me estaban permitidas ciertas reminiscencias evocadas en su memoria; no tanto acerca de él sino acerca de los primeros años que trabajamos juntos, comimos juntos y hablamos mucho antes de tomar caminos separados en la amistad.

Ofrecí el título impulsivamente y no me adheriré estrictamente a él. Las vicisitudes acontecieron tanto antes como después del nacimiento del concepto: las variaciones más tarde. También debo aclarar que, aunque esta conferencia se ofrece en memoria de Michael Foulkes, no trata solamente de él.

Algún momento en 1940 cuando Britaña luchaba por su mera supervivencia, un soldado de infantería fóbico fue enviado por su Oficial Médico a un psiquiatra, a su vez a petición del Comandante de la Compañía. El informe del psiquiatra rezó como sigue: «Este soldado debe ser excusado de utilizar un rifle, debe tener permiso para utilizar pantuflas de felpa y se le deben dar trabajos en el radio de dos millas de distancia de su casa en Bradford.»

Esta manera de poner al paciente primero y por encima de todo ('le malade, toujours le malade') está en la tradición médica que todos esperamos encontrar cuando estamos enfermos, y es en esta tradición que los grandes estudios de los órganos humanos, los sistemas corporales y su patología se hicieron. Este modelo médico ha aportado grandes beneficios a la humanidad y sería absurdo no valorarlo y seguirlo siempre. Pero, también debemos respetar sus limitaciones. Mi ejemplo muestra cuán inapropiado puede ser a veces, hasta el punto del ridículo, y dañino para el bienestar de los compañeros del paciente y su propia dignidad. La idea de un soldado que contribuye a un esfuerzo desesperado de guerra caminando por los suburbios de Bradford, calzando pantuflas y sin rifle, no se puede imaginar fácilmente sin risa. Nuestro psiquiatra fue ridículo pero solo porque estaba medio-educado, enseñado para pensar solamente en un solo orden de sistema - el individuo - y en consecuencia incapaz de respetar otros

niveles de los sistemas humanos. Hasta un conocimiento somero de la teoría general de sistemas le hubiera ayudado.

Cada individuo puede ser concebido como un sistema de subsistemas que interactúan - tales como el sistema circulatorio o el muscular o el respiratorio; y en el caso de enfermedades físicas es cuestión de diagnóstico para saber cuál de los subsistemas padece un trastorno y necesita tratamiento. El individuo, sin embargo, es algo más que la suma de sus partes. Esto es así porque los sistemas humanos y sus subsistemas se encuentran en interacción activa unos con los otros y reaccionan de manera dinámica para formar sistemas más grandes de manera muy compleja, sean éstos un sistema cardíaco, el sistema humano entero, un sistema familiar o un sistema de un hospital. En cada caso no logramos comprender el sistema total estudiando en serie las partes aisladas.

Cada sistema humano, no importa cuán complejo sea, puede considerarse aisladamente o como elemento que interactúa en un sistema de orden superior que a su vez puede estudiarse como un todo, pero que de nuevo será un elemento de un sistema de un orden aún mayor. En la jerarquía de sistemas cada nivel de subsistemas, sistemas y sistemas de orden mayor tiene su propia legitimidad, sus propias leyes y dinámica y patología y sus propias exigencias para con nosotros en cuanto a los conceptos singulares diseñados específicamente para aquel nivel particular. Una vez escogido un sistema para su estudio - digamos un individuo, o un grupo de trabajo - debemos tener claro que no será bien comprendido ni útil si lo tratamos con técnicas o **insights** derivados del trabajo con sistemas de un orden jerárquico diferente. Un experto del sistema renal no es ipso facto preparado para tratar la infelicidad de toda una persona, ni un psicoanalista es automáticamente preparado para comprender la naturaleza de una persona en particular. Cada experto es competente solo dentro de su propio nivel de sistema.

Resulta claro que a veces un trastorno en un sistema afecta de manera secundaria uno o más sistemas dinámicamente relacionados con aquél ya sean éstos de un orden más bajo, similar o superior. En el diagnóstico, pues, debemos distinguir aquellos trastornos que proceden de dentro del sistema de los que son simplemente reactivos a la tensión creada por otros sistemas relacionados, y ser capaces de localizar nuestro diagnóstico correctamente en el **nivel** apropiado del sistema y en el sistema clave de aquel nivel. Puesto en términos más humanos, el individuo puede padecer un trastorno debido a cuestiones situadas en él, o su trastorno puede ser esencialmente reactivo al trastorno de otra

persona - digamos el de su mujer. Su propio trastorno, tanto si es interno o si es reactivo, puede crear tensiones solo para él o puede afectar otros miembros de su familia. El a su vez puede crear tensiones para un sistema de orden superior, digamos sus jefes, o sufrir tensiones de éste, etc. Nuestro soldado neurótico sufría un trastorno en sí mismo como sistema y esto le llevó a tener que soportar más tensiones en sus relaciones con el sistema de nivel superior. Nuestro psiquiatra propuso cambiar solamente este último, estando éste de acuerdo o no con los intereses de su paciente. De allí las zapatillas y ningún rifle. Sin embargo, estuvo absolutamente ciego a las tensiones intolerables que creó la enfermedad del soldado en el sistema de orden superior, expresado por la derivación hecha por el Comandante de la Compañía. El psiquiatra, de hecho, esperaba del sistema de orden superior que aceptara aún más tensiones y que cambiara sus objetivos de vida-y-muerte para acomodarlos a su paciente. Como puede imaginarse, la invitación a que el Ejército cambie sus objetivos fue rehusada y el soldado fue despedido, sin duda a satisfacción de todos.

En la jerarquía científica de los sistemas humanos, ninguno tiene un mérito particular sobre otro. Cada uno tiene su derecho propio al reconocimiento. Pero, para poder hacer observaciones adecuadas y libres de confusión referente a las ansiedades humanas, debemos ser conscientes de los diferentes órdenes de sistemas como también de los instrumentos de observación, conceptos y herramientas de intervención que resultan específicos y apropiados los unos a los otros; de esta manera podemos evitar prejuicios estériles y generalizaciones grandiosas respecto a la importancia singular de un sistema particular preferido para todo tipo de trastorno. Podríamos así llegar a diferenciar y valorar y dejar de predicar sobre los méritos superiores o inferiores, por ejemplo, del tratamiento individual o tratamiento de pareja o de familia o de grupo o social en diversas circunstancias. De hecho podemos abrigar la esperanza de respetar cada nivel de diagnóstico y tratamiento por lo que puede y no puede hacer, y de decidir cuándo un nivel de tratamiento podría ser más apropiado que otro en una situación dada. Pero, si podemos hacer el diagnóstico solamente en **un** nivel entonces solo tenemos **un** tiro en la recámara y **una** prescripción automática no importa para qué problema humano.

Mi anécdota de ejército era de 1940 y se refería al uso implacable del modelo médico con el que todos los médicos entraron al Ejército. Pero, aprendimos. Ya en 1945 quedaban pocos psiquiatras del Ejército que pensaban solo en términos de sistemas personales, aún entre los que solamente trabajaban en hospitales. Muchos psiquiatras pensaban ahora, aunque de manera algo confusa, en

términos de sistemas de orden inferior y superior - si bien es verdad que no utilizaran estas palabras. Los psiquiatras que trabajaban con unidades en el frente estaban conscientes de ciertos batallones donde los trastornos individuales eran frecuentes y de otros en los que ocurrieran raras veces. Algunos psiquiatras, de los que yo fue uno, intentaban encontrar el porqué de esta diferencia y empezaban a pensar en términos de unas totalidades sociales mayores, a reconocer sus diversas identidades y a estudiar la manera en que el sistema de mando mejoraba en los diversos batallones, cómo mantenía o dañaba la moral de éstos como un todo y la salud mental de los individuos que los constituían. Tuvimos fácil acceso a datos tales como baja por enfermedad, ausencia sin permiso, borracheras, indisciplina menor, delincuencia militar grave, enfermedades venéreas, crisis nerviosas y enfermedades psicosomáticas varias. No era difícil darse cuenta que estos datos aumentaron y disminuyeron al unísono y que colectivamente sirvieron de índices fiables de la moral de la unidad. Además era posible conseguir la opinión de personas informadas a diversos niveles sobre qué unidades estaban en mal estado. En el frente encontramos unidades bien dirigidas con la moral alta y que tenían un número significativo de hombres con crisis personales que rehusaron a darse de baja por enfermedad y que siguieron luchando eficazmente; y otras unidades que en conjunto resultaron en un todo infeliz e ineficaz con problemas reactivos generalizados, quejas, delincuencias y trastornos psicosomáticos hasta entre los hombres con una historia de salud personal estable. Estos hechos por sí solo pusieron en evidencia las limitaciones del modelo médico de la enfermedad individual y el tratamiento personal, así que casi todos los psiquiatras del frente sumaron a sus preocupaciones por el individuo una preocupación por los varios sistemas del Ejército. Esto era un mundo nuevo. Los hechos estaban allí, las demandas urgentes y nosotros los médicos mal preparados para ayudar con estos problemas. La ciencia social estaba en su infancia - ¿es que la psiquiatría tendría que volverse más social y menos médica? Eramos ignorantes pero teníamos buena voluntad. El concepto de sistema social aún se había de inventar y nos teníamos que contentar con ideas vagas como un todo social, moral de grupo, clima social, identidad corporativa, aunque nos vimos generosamente ayudados por conceptos ofrecidos por los psicólogos sociales como Eric Trist y más tarde por los antropólogos sociales como Adam Curle.

Trabajé mayoritariamente con las fantasías comunes de la infancia y pronto fue posible hacer preguntas; una de éstas viene al caso en esta ocasión. ¿Qué es lo que hacía esta diferencia en los varios batallones en promover o dejar de promover la salud de los individuos? No tenía nada que ver con la estructura

social ni con la amplitud o altura de la jerarquía administrativa. Estas eran ineludiblemente idénticas en todas las unidades. Tampoco tenía nada que ver con roles; éstos, y el poder y las responsabilidades que conllevaron estaban definidos por el Ejército con precisión y sin borrosidades, y eran los mismos en todos los batallones. Ni tampoco tenía que ver con relaciones entre roles; éstas también estaban bien definidas. Entonces, no era ni el tipo de jerarquía social, ni la rigidez de roles, ni las relaciones entre roles que podían explicar porqué un batallón particular resultara terapéutico o anti-terapéutico. Parecía ser algo a la vez más vago y más importante que todos estos; era la cultura, la **manera humana popular** en la que los sistemas operaban, la calidad de **relaciones humanas** dentro de la estructura social. Estos variaban ampliamente y claramente constituían esta diferencia para los seres humanos en las diversas unidades. Volveré a esta cuestión de la cultura más tarde.

Nuestros conceptos más bien vagos como moral de grupo y dinámica de grupo relacionadas con sistemas de orden superior y este cambio de sistema, todo era nuevo y lejos de fácil para nosotros los médicos. Hoy es difícil recordar que en aquél entonces esto implicaba un laborioso cambio conceptual mayor en psiquiatría que hasta entonces había ignorado los grupos excepto como la suma de estados personales. No todos los psiquiatras fueron capaces de hacer estos cambios conceptuales, pero los que pudieron se vieron recompensados con un punto de vista nuevo y apasionante - la posibilidad de una psiquiatría social preocupada por el estudio y tratamiento de entidades sociales y sus efectos en los individuos como sus subsistemas. Este punto de vista no exigió abandonar el interés en la vida interior de los individuos; al contrario, a los que ya estaban comprometidos con un interés psicoanalítico en la vida interior del hombre les llevó, además, a tener un interés mayor nuevo. Pero esto no llegó de manera repentina. Crecía lentamente a partir de las demandas urgentes de la situación y los hechos del nuevo campo que teníamos delante. En el Ejército al individuo se le cuidaba, se le entrenaba y se le valoraba altamente, pero solamente en cuanto contribuyente a los fines del **grupo**, y por la supervivencia de su grupo como un todo a él se le exigía arriesgarse, quizás hasta perder su vida. Los psiquiatras también estaban bajo presiones económicas para reconocer grupos. Soldados había muchos, psiquiatras pocos. Además, la existencia de grupos era ineludible e insistente; secciones, pelotones, baterías, escuadrones, compañías, etc. Cada hombre pertenecía a un grupo y obtenía parte de su identidad de él. Cada vez que un psiquiatra visitaba a un individuo sabía - a menos que fuera como el psiquiatra de la anécdota de 1940 - que estaba viendo al miembro de un grupo con aptitudes y objetivos singulares. No era sorprendente, entonces,

que bajo la presión de tales hechos diversos los psiquiatras empezaran a observar, a pensar y a experimentar con grupos y agarrarse a cualquier conocimiento sobre grupos por muy escaso que fuera. En el campo clínico un poco conocido psicoanalista extranjero, Michael Foulkes, ahora reconocido como un pionero del grupo pequeño terapéutico de la pre-guerra, fue destinado a un hospital - Northfield - donde se le dió el grado de mayor y todas las facilidades para aplicar y desarrollar sus estudios acerca de la vida inconsciente de los grupos y para enseñar. Joshua Bierer tuvo un empleo similar durante un tiempo en Northfield. También había otros en trabajos diversos no-clínicos con grupos. John Rickman, un psicoanalista de renombre, había empezado a interesarse en el funcionamiento inconsciente de grupos décadas antes en las reuniones sin líder de la Sociedad de Amigos, y hasta durante la revolución de 1918 estudiando los efectos de sistemas de disciplina grupal en un pueblo ruso. Estando familiarizado con el trabajo psicoanalítico en terapia grupal de Trigant Burrow en los años veinte, acumuló una vasta experiencia en el estudio y la resolución de tensiones inconscientes en las actividades de grupo pequeño sin líder y los grupos de discusión instrumentados para la selección de oficiales por su distinguido alumno psicoanalítico Wilfred Bion. Rickman enseñó e inspiró a otros generosamente, especialmente aquella pequeña banda de trabajadores que después de la guerra fundaron el Tavistock Institute of Human Relations y se hicieron psicoanalistas aplicados. Henry Dicks estudió los fundamentos psicológicos de la Wehrmacht y la cultura Nazi; John Kelnar más tarde hizo un trabajo similar aunque menor sobre los Japoneses. A.T.M. Wilson se dedicó a la investigación operacional de los problemas del frente y después de manera brillante instrumentó y supervisó una red de unidades en todo al país como comunidades transicionales, utilizando, con imaginación, grupos pequeños para la re-culturación de treinta mil soldados socialmente desplazados - los prisioneros de guerra que habían vuelto. Rápidamente se hizo evidente a todos los implicados que para ser eficaces en cuestiones de guerra de urgencia desesperada, necesitábamos una comprensión más profunda de las motivaciones inconscientes, fantasías y necesidades-de-objeto (**object-need**) en grupos como también en individuos, y nos inspiramos fuertemente en el pensamiento psicoanalítico, hasta que lo ampliamos. Teníamos que ser prácticos, y como comentó J. D. Sutherland más tarde, no hay nada tan práctico como una buena teoría. El y algunos otros tomaron parte en este cambio hacia una psiquiatría social simplemente porque el trabajo tenía que hacerse, aunque solo quisiera nombrar unos pocos más. Sutherland mismo trabajaba cuidadosamente e intensamente al lado de Ferguson Roger con grupos pequeños en la selección de oficiales; y H.E. Bridger, un matemático y educador con experiencia en el

mando de frente, se mostró energético en calidad de observador militar de grupos en selección de oficiales. Bridger fue destinado a Northfield en 1945 después de Foulkes, y más o menos al mismo tiempo que yo. En 1945, fuera del Ejército, la psiquiatría Británica seguía, como lo hace hoy, propiamente en pos del modelo médico y en su mayoría no tocado por el interés en sistemas humanos de orden superior o la vida inconsciente del hombre. Pero, hubo algunos espíritus afines. T. P. Rees de Warlingham Park buscaba un abordaje social para evitar lo anti-terapéutico y maximizar los efectos terapéuticos de la vida en un hospital mental. El Mayor Elliott Jacques, un psiquiatra del Ejército Canadiense, estaba impaciente de juntar su pensamiento y su futuro con el nuestro. Maxwell Jones, un civil inundado de pacientes neuróticos en el Mill Hill Emergency Hospital, estaba experimentando con representaciones psicodramáticas de problemas individuales de pacientes escogidos a este fin, seguido por una discusión en grupo grande de aquellas. En el centro de este movimiento estaba Ronald Hargreaves, un impulsor brillante e imaginativo y un administrador militar de esta psiquiatría de alto nivel.

De paso sea dicho que a la mayoría de estos dieciseis que mencioné, Henry Dicks los llamó «Los Miembros del Colegio Invisible» (Members of the Invisible College). Cuatro murieron, cinco llegaron a ser directores de Institutos preocupados por grupos, siete llegaron a ser catedráticos en psiquiatría o ciencias sociales afines, y ocho eran ya o llegaron a ser psicoanalistas.

Pero, vayamos a Northfield donde el concepto de comunidad terapéutica nació. Era un gran hospital psiquiátrico militar en Birmingham, dirigido, cuando llegué yo, por un coronel regular del cuerpo médico del Ejército que no era psiquiatra. El personal administrativo, de oficinas, las asistentas, cocineros, guardias, personal educativo, fisioterapeutas, pagadores, comisarios, todos eran soldados de diversos rangos, mientras la supervisora y sus enfermeras tenían rango de oficial como enfermeras del Ejército. Me enviaron allí a principios de 1945 cuando nuestros ejércitos estaban en las puertas de Alemania y, finalmente, estaba claro que la guerra terminaría con nuestra victoria. Mi experiencia correspondiente en el Ejército había incluido estudios de moral y disciplina grupal durante la batalla, particularmente de la infantería en el Desierto Oeste, y tenía experiencia en la organización del sistema de asistencia para crisis psiquiátricas en los ejércitos Británicos y Canadienses en las batallas de Europa del Oeste. Mis instrucciones fueron ayudar en el desarrollo de estudios de grupo en Northfield y me había de encargar de una de las dos divisiones del hospital. La estructura de mi división estaba clara. Como

Teniente Coronel era responsable al Oficial Comandante, un Coronel pleno, no solamente en cuanto al tratamiento en general de los pacientes sino también en cuanto promoción y dirección de la moral, la disciplina y el trabajo de todos - pacientes y personal - en mi división. Tenía varios psiquiatras más antiguos - Mayores - a su vez responsables a mi y de la misma manera de sus oficiales médicos y de enfermería y hombres y pacientes que también tenían Capitanes y Tenientes responsables a ellos. Cada Mayor se cuidaba de uno o dos servicios y las enfermeras eran jerarquía militar y responsable a él. Sus pacientes del servicio eran responsables, a través de sus oficiales médicos, a él. Siempre se hicieron saludos correctos, aunque no siempre hubieran sido el orgullo de un Sargento-Mayor, especialmente cuando ofrecido o devuelto por soldados poco comunes como el Mayor Foulkes. Dentro de esta jerarquía clara, como en toda unidad militar, los oficiales y soldados eran también gente y, sin lugar a duda, se tenían simpatía o antipatía de diversa manera. La jerarquía era un continente ordenado e indestructible con un principal objetivo médico y lo que pasaba adentro era vida humana, parte de ella psicótica, mucha gravemente neurótica, y que podría ser estimulada, disfrutada, tolerada, disciplinada o también tratada de diversa manera. Cuando llegué allí me encontré con los convencionalismos usuales de hospitales, es decir considerar a todo el personal totalmente sano y si rebelde a ser ignorado, reprobado o disciplinado; y a todos los pacientes totalmente enfermos y si rebeldes a ser tolerados como gente no de verdad y tratados con caridad, drogas o psicoterapia - es decir la escisión (**splitting**) social y la proyección de salud y de enfermedad formaban parte del orden social. El tratamiento grupal abundaba, basado e inspirado en las enseñanzas de Foulkes.

Había mucha indisciplina entre los pacientes. Su psiquiatra lo toleraba y lo excusaba a razón de su enfermedad, pero mi oficial comandante no-psiquiatra y su personal militar no-psiquiátrico estaban lejos de estar contentos con la tolerancia del psiquiatra y pretendían que soldados que se emborrachaban o salieran de noche o se mostraban violentos o rebeldes o tenían unidades desordenadas fueran enviados al despacho. Casi cada mañana pasaba momentos difíciles con mi oficial en jefe en relación a tales casos. También lo pasé mal con mis oficiales subordinados que se resistían mucho a mi idea de que deberían estudiar la indisciplina también como un problema psico-social. Deseaban más bien tolerarla y estudiarla solamente a nivel de orden inferior del sistema, el de la patología individual que se podía tratar individualmente y en grupos pequeños. Pero, yo como médico antiguo debería proteger a los pacientes de las mentes insensibles de los militares para que mis psiquiatras podían hacer su importante trabajo terapéutico. Después de unas semanas de

dificultades empezaba a sentirme mal juzgado por todos y empecé a estar de mal humor.

Entonces me enteré que un trastorno en el sistema de nivel superior había precedido a mi llegada. Se había tratado con disciplina y se había silenciado como algo vergonzoso pero no se había estudiado como un problema intersistémico; sin embargo, cuando me enteré de él comprendí la necesidad de mi oficial en jefe de que yo asegurara más disciplina y también el desprecio de mi psiquiatra por los meros administradores. Lo relato ahora porque ya no es una cuestión dolorosa y escandalosa sino es un acontecimiento interesante del cual se puede aprender una lección - importante para el concepto de comunidad terapéutica.

El primer Experimento Northfield ya había sido conducido por Bion y reportado en el *Lancet*. Enfrentado con una unidad llena de soldados neuróticos, quienes en términos del Ejército eran dejados, indisciplinados, perezosos y sucios y que de esta manera caían fuera del modelo médico de enfermedad, Bion percibió su conducta no como resultado de una enfermedad personal masificada pero como una colisión de un grupo con las exigencias del personal del hospital donde el personal se supone estar bien y auto-controlado y los pacientes se supone estén enfermos y perturbados. Durante uno de los pases de visita diarios, Bion dijo a sus soldados pacientes que estaba cansado de ellos y desde entonces en adelante se negaba a ser responsable de su cuidado, tratamiento y disciplina de conductas delincuentes que eran de ellos y no de él, creadas por ellos y no por él. No les iba a castigar pero no les visitaría más ni tampoco su unidad. Estaría disponible para una discusión en su despacho cada mañana pero solamente para aquellos soldados que se presentaban limpios y vestidos correctamente. Durante las semanas que siguieron pusieron duramente a prueba su decisión. La unidad hospitalaria se volvió sucísima, las camas no se hicieron en días, ausencias sin permiso y borracheras incrementaron y todo el personal del hospital estaba alarmado y furioso. Era un caos, pero Bion no había recibido su DSO (Orden de Servicio) durante la Primera Guerra Mundial por nada y se mantuvo firme. A medida que pasaron los días un cada vez mayor número de soldados correctamente vestidos empezaban a visitar su despacho y algunos pacientes-NCO (oficiales no comisionados) pronto le rogaron a intervenir en este caos. Se negó a asumir la indignación y los ideales militares de éstos pero los discutía con ellos como propiedad suya de manera que les libraba para asumir su propio conflicto interno entre irresponsabilidad y eficacia. Poco a poco se volvieron responsables de si mismos y de sus

camaradas de la unidad, creando sus propios grupos de discusión, listas de tandas y sistemas disciplinarios. Limpieza y orden, que ya no fue impuesto desde arriba, se creaba dentro del grupo de la unidad. El super-yo militar, que ya no se proyectó a la autoridad superior, había vuelto al sistema de nivel inferior y la unidad de Bion se volvió la más eficaz del hospital. Esto fue un experimento atrevido e imaginativo no en cuanto tolerancia de la enfermedad sino en cuanto delegación de salud y de responsabilidad en los pacientes. Pero, ahora viene el secreto, la parte que no se escribió pero que yo considero tan importante como la parte que se sí escribió. El secreto no publicado es que a Bion le echaron de Northfield. Ni el oficial en jefe ni su equipo fueron capaces de tolerar las primeras semanas de caos y ambos se sentían rencorosos con Bion y condenaron su negativa de asumir la total responsabilidad de los trastornos de otros. Las consiguientes peleas en el despacho del oficial en jefe llegaron al conocimiento de las autoridades superiores y, después que Bion se había ido, el comandante en jefe del hospital, entonces un psiquiatra, también fue despedido, a la mayor indignación de aquél. Una vez que me había enterado de estas peleas, estaba tentado de tomar partes en el asunto pero me dí cuenta que mi trabajo era precisamente de estudiar estas tensiones de los sistemas de nivel superior y que a nivel del sistema hospitalario superior este primer experimento fue un fallo técnico aunque haya sido un éxito brillante a nivel de las unidades inferiores. Bion fue terapéutico para su unidad de hospital pero anti-terapéutico para su personal militar, exitoso en su unidad, un sistema de orden inferior, pero altamente perturbador para el hospital, un sistema de orden superior. Para decirlo de otro modo, fracasó en trabajar, conseguir y mantener la aprobación social para sus actuaciones. De manera que siendo anti-social en un sentido más amplio llegó a ser autor de su propio debacle social.

Tanto en el extranjero como en este país a menudo un médico entusiasta, a veces de fama, me pide que utilice mi autoridad para ayudar a mantener su 'buena' comunidad terapéutica en una unidad hospitalaria o en todo un hospital, y de poner mi peso en apoyo de él y de su personal progresivo en la lucha con los otros reaccionarios 'malos' en el todo más grande, ya sea dentro del hospital o fuera, que no toleran las tensiones y desean que el trabajo se pare o se modifique. Lo que pasaba es que el médico estaba fracasando en conseguir y mantener la sanción para lo que estaba haciendo. Normalmente, él y su equipo simplemente se sienten inocentes, en su derecho e injustamente tratados. A veces los pacientes se juntan a ellos proyectando todo el mal afuera de la comunidad y en la idealización de ésta hacen proselitismo de sus beneficios. En este caso no hay posibilidad para asumir y examinar la destructividad u otros

asuntos negativos dentro de la comunidad - ya que éstos se proyectaron fuera, perdidos como propiedad grupal y para su exámen y tratamiento. Este fracaso de lograr permiso a la larga no solamente destruye la posibilidad de una conciencia a ojos bien abiertos y de un tratamiento de problemas de grupo, sino resulta auto-destructivo de la existencia misma del sistema de orden inferior; porque es anti-terapéutico para el sistema de orden superior. Es necesario subrayar, y resulta peligroso ignorarlo, que cada sistema de orden superior esta relacionado jerárquicamente con el sistema de orden inferior y aquél debe ser estudiado y ayudado por sí mismo si ha de entender y apoyar el trabajo del sistema de orden inferior. David Clark, autor de 'Administrative Therapy' y de la frase 'Therapeutic community approach', desarrolló este punto en su primer ensayo referente a los deberes educativos del administrador psiquiátrico senior que se ve apretado tanto por los que tiene encima como por los que tiene debajo de él.

Sabía entonces en Northfield que mi oficial en jefe tenía presente que al psiquiatra que le antecedió se le había echado. Empecé a entender sus ansiedades respecto a los proyectos terapéuticos en el hospital donde los soldados discutían sus asuntos en grupo de manera indisciplinada a nivel de iguales con sus oficiales cuestionando cómo se hacían las cosas y donde sus psiquiatras les permitían faltas de disciplina. Empecé a pensar también que ésta era la razón por la que el oficial no controlaba la desaprobación absoluta de la manera de proceder de los psiquiatras - de no acabar con la indisciplinada de sus soldados pacientes - por parte de su personal militar. Como me dí cuenta más tarde, en esto me equivoqué.

En aquel tiempo Northfield no era una comunidad terapéutica, solamente una comunidad en la que se hacía terapia, generalmente en grupo. Sin embargo, todavía estaba interesado exclusivamente en promover este tratamiento novedoso de pacientes en grupo e ingenuamente esperaba que si lograba educar a mi oficial en jefe éste llegaría a persuadir a su personal de ser más tolerante de una terapia de falta de disciplina de pacientes. Ahora podía hablar más libremente con él de los problemas técnicos que estábamos tratando, también comunicándole más mis incertidumbres. A raíz de mi invitación se sentaba valientemente en ciertos grupos pero se mantuvo escéptico y a veces todavía se enfadaba conmigo por algún incidente en mi división o por la falta de mis oficiales de adecuadamente disciplinar a sus hombres.

Sin embargo, en ambas divisiones del hospital estaban pasando muchas cosas

grupales ('groupy things'). Con entusiasmo se hizo un uso experimental general del psicodrama; porque era nuevo y se había de probar. La sociometría se utilizaba para medir y organizar los grupos de tareas laborales. Michael Foulkes, el terapeuta y maestro extraordinario de mi división, continuó tratando a los pacientes de su unidad en grupos pequeños. Sabía mucho más que ninguno de nosotros de tratamiento y nos apoyamos mucho en él y nos enseñó en grupos pequeños del personal. Su extraordinaria capacidad de lograr que otros se cuestionaran conjuntamente con él, su calma, su paciencia y su capacidad de tolerar la incertidumbre y la confusión y de meditar sobre el proceso en los grupos pequeños, arrastraba a los psiquiatras de Northfield para aprender de él. Martin James, Susannah Davidson, Mildred Creak, Stewart Prince, James Anthony, Pat de Maré, Armstrong Harris, F.R.C. Casson, Millicent Dewar y muchos otros ahora reconocidos y bien conocidos trabajadores se sentaban a sus pies como hice yo siempre cuando era posible. El era inagotable. Cuestiones sencillas pero importantes se resolvieron allí. ¿No se trataba de varios tratamientos individuales hechos en grupo? ¿Se trataba de un tratamiento hecho por un grupo? ¿O era más bien un tratamiento del grupo como un todo? ¿Qué quería decir con identidad de grupo? ¿O con tema de grupo? Fue difícil entender cómo podía pensar en dos sistemas a la vez, el grupo pequeño como un todo sensitivo y sus subsistemas humanos interactivos, que podía estudiar la matriz dinámica grupal y a la vez escuchar el contenido inconsciente, o seguir el desarrollo del grupo y también el de los individuos en él. Debido a Foulkes, el tratamiento grupal se utilizaba para la mayoría de los pacientes en todas las unidades. En esta conferencia en su memoria me gustaría subrayar que antes, durante y después de Northfield el abrió camino de un orden totalmente nuevo de los sistemas humano en el campo de la terapia - el grupo pequeño. Había otros que abrieron camino - por ejemplo Slavson - pero fue Foulkes más que nadie en Europa (Bion no tuvo nunca pretensiones respecto a la terapia grupal) quien lo desarrolló como un estudio clínico propiamente dicho. Foulkes más tarde tenía intereses benignos en otros sistemas, de orden inferior (por ejemplo el estudio de familias) y de orden superior (por ejemplo grupos de servicios hospitalarios), pero no buscaba convertirse en experto de éstos. El **sabía** de grupos pequeños y le maravillaban y no podía entender porque nadie podía dejar pasar algo tan bueno. En Northfield aceptaba solo lentamente la idea que toda una comunidad podría volverse terapéutica y al principio no le entusiasmó. De hecho me tomó el pelo y llamó a mis primeros esfuerzos en esta línea «un caos altamente organizado», pero pronto después de que la idea fuera anunciada se le ocurrió que la discusión en grupo pequeño podría ser el instrumento básico para fomentarla.

El trabajo de Harold Bridger le dio una nueva oportunidad. Recién salido de

estudios 'frios' sobre cómo grupos sin líder abordan sus problemas laborales y crean sus propios líderes, el Mayor Bridger con un pequeño equipo fue destinado a Northfield para ayudar a desarrollar actividades de grupo. La palabra espontaneidad estaba de moda tal como Moreno lo utilizaba en sus informes sobre grupos de juego de niños, parte de un clima de final-deguerra que ofreció a Bridger la libertad de facilitar el surgimiento de grupos de acción de pacientes que se formaron espontáneamente. Tengo que recordarme a mi mismo ahora que en aquel tiempo de dependencia del liderazgo tales iniciativas fueron algo muy atrevido. Bridger, sin embargo, fue muy hábil y tenía confianza en las capacidades encubiertas y no usadas de la gente. Por ejemplo, estaba sentado solo y esperaba durante días en una habitación grande que tenía un anuncio nuevo en la puerta que decía 'El Club', y cuando los soldados entraron para preguntar de qué club se trataba él les preguntaba qué club esperaban que fuera y acto seguido les ofreció trabajar con ellos para ponerlo en práctica. I pronto, como había muchas esperanzas, había muchas actividades. Había habido terapia ocupacional organizado por el personal, pero ahora con Bridger, proyectos organizados por pacientes florecieron. Se formaban grupos de hobby, un grupo de prensa, uno de ajedrez, uno de drama, otro de imprenta, de mecanografía, etc; un grupo de pintura aconsejado por el Sargento Bradbury, ahora profesor en la Tate Gallery. Bridger investigó también las aspiraciones y frustraciones laborales y facilitó grupos de trabajo espontáneos para proyectos específicos. Empezaba haber trabajo de verdad para el hospital y la vecindad. Grupos de carpintería, de construcción, de trabajo en metal, barnizado, decorado, cocina y el primer grupo terapéutica industrial (en los Talleres de la Austin Motor en Longbridge) empezaron ahora y arrastraron a los miembros; mientras tanto se organizaron a través de la oficina de trabajo local trabajos-aprueba en la vida civil para trabajos deseados pero para los que no se tenía experiencia.

No todo salió bien; abundaban los problemas ya que los grupos contenían seres humanos. Estos problemas se manifestaron a diversos niveles de sistema. Algunos individuos incapaces evidentemente estaban preocupados por problemas intrapersonales, tal como duelos personales sobre la pérdida múltiple de camaradas, y otros problemas intrasistémicos de este tipo que no eran **prioritariamente** trastornos en las relaciones con sus objetos actuales. Podían ser respetados y apoyados por los grupos pero examinando sus relaciones actuales en el grupo les ayudaba muy poco y se les ofrecía tratamiento individual paralelamente a lo largo del programa total. En algunos grupos de trabajo y grupos terapéuticos ocurrieron peleas, discusiones, enfados y aban-

donos, entonces Foulkes aceptaba con agrado que yo hiciera de ad hoc árbitro y consultor siempre cuando surgieran crisis o incapacidades en los grupos de trabajo tanto pequeños como grandes. A veces se vió obligado a hacer una terapia grupal mayor para ayudar a los grupos llevar individuos muy perturbados, pero a veces solo era el sistema grupo que estaba perturbado. Siempre me acordaré de su satisfacción en haber resuelto una mañana una huelga relámpago del grupo del escenario (pintores y tramoyistas) que amenazaban dar al traste con una noche de vaudeville. Con Bridger se había desplazado de los grupos terapéuticos a los grupos de acción.

Pero ahora empezamos a utilizar grupos para un tercer objetivo - para exminar otro tipo de crisis e incapacidades, fueran clínicas o administrativas, tanto si implicaban personal o pacientes o ambos. Una vez descubierto el problema se llamaba a un grupo ad hoc de todos los concernidos y afectados, para encontrar lo que había ido mal. Casi siempre encontramos que tensiones interpersonales en el grupo estaban escondidos detrás de los así llamados incidentes materiales (a menudo proyectado en un superior de la jerarquía militar). De manera que poco a poco reemplazamos una disciplina jerárquica ciega de enojos incomprensidos por una disciplina de sentido común informada.

Northfield fue, en 1946, un hospital de un nuevo tipo, en que tanto pacientes como personal terapéutico intentaban explorar de una manera nunca probada antes las tensiones inconscientes que lastiman la vida de los individuos y de los grupos en los que éstos viven. Parecía - como Foulkes bromeaba - altamente caótico, pero ambas divisiones del hospital de hecho estaban ocupadas, eficaces y relativamente libres de tensiones internas no resueltas. También fue novedoso y emocionante. Sin embargo, en el hospital más grande había tensión. Algo no marchaba bien.

En la comunidad más amplia muchos del personal militar no-terapéutico, administrativo, doméstico, de mantenimiento y en grado menor el secretarial tenían la moral baja. Algunos resintieron abiertamente que los pacientes se tomaran el derecho de actuar y decidir en cuestiones de trabajo o equipamiento y era cierto que los pacientes organizaban discusiones y actividades de grupo que regularmente se sobreponían, contradecían o interferían con los deseos, deberes y expectativas del personal militar. Se ignoraba al personal y, después de todo, era éste y no los pacientes que estaban allí para dirigir las cosas. El tratamiento era el tratamiento: bien; los pacientes habían de ser tratados con cariño porque estaban enfermos pero deberían hacer lo que se les decía; cuando

las cosas andaban mal el personal debería intervenir para arreglar el asunto y mostrar el camino; no se debería dejar a los pacientes resolver los problemas; esto había ido demasiado lejos; eran los psiquiatras. Mi oficial en jefe me lo dejó claro que su tolerancia había llegado a su límite y yo empezaba a pensar en el destino de Bion. Sin embargo, había decidido no compartirlo no importa cuán noble sería de mi parte y me preguntaba cómo preservar la sanción tambaleante para nuestro trabajo. Intentaba no sentirme ni demasiado culpable ni demasiado en mi derecho o injustamente tratado - sin demasiado éxito - y librarme para poder pensar en la difícil situación de mi oficial en jefe. ¿Porqué no podía controlar su personal y apoyar nuestro trabajo? ¿Porqué este hombre de otra manera agradable e inteligente se había vuelto simplemente estúpido, enfadado y amenazante? ¿Porqué él se sentía amenazado por los acontecimientos? Con cierta dificultad dejé de ser tan egocéntrico y empezaba a ver que el tenía sus propios problemas. Era responsable a sus superiores e, inevitablemente, también era el recipiente de todas las quejas y descontentos de sus militares, del personal administrativo y artesano que yo y otros, menos los militares y las autoridades médicas, habían ignorado y dejado de lado por reaccionarios. Sin embargo, sus militares subordinados le alimentaban con los descontentos ya que el era el jefe de la jerarquía administrativa y doméstica del hospital separada y distinta de la jerarquía terapéutica que yo representaba. Entonces me di cuenta que las peleas casi diarias que el y yo teníamos se relacionaban con tensiones no resueltas, no entre el y yo como individuos sino entre los sistemas de orden inferior del personal administrativo y terapéutico alimentado hacia arriba y hacia nosotros. Estas tensiones entre los subsistemas administrativo y médico entre todos los subsistemas estaba considerado un incordio, cuestiones no aptas para un estudio abierto o cuestionamiento científico sino objeto de discusiones ruidosas y luchas de poder silenciosas. De manera que el y yo estábamos inconscientemente requeridos por nuestro propio personal de ser sus campeones y de conducir la lucha de su parte; y habíamos estado inconscientes de esto. De manera que ahora había un conjunto nuevo de problemas. ¿Cómo asegurar que las tensiones podían ser contenidas, quizás resueltas, donde empezaron - entre la gente de los sistemas inferiores del hospital? ¿Cómo poner en contacto el personal militar del orden inferior con las necesidades del personal terapéutico y los pacientes del orden inferior? Y vice versa. ¿Cuál eran las fantasías inconscientes que cada sistema creó respecto al otro? ¿Cuánta ciega proyección mútua de lo malo y percepciones distorcionadas estaban ocurriendo?

Una tarde de repente me di cuenta que **toda** la comunidad, todo el personal

como también todos los pacientes, necesitaba ser revisado como un sistema mayor con problemas que necesitaban tratamiento. ¿Podría toda la gente implicada ser movida a considerar las dificultades unos de otros y beneficiarse de las oportunidades de examinar el uso consciente e inconsciente que cada cual estaba haciendo del otro? Evidentemente, necesitaríamos una cultura de cuestionamiento **total** si regularmente tuvieramos que examinar, comprender y quizás resolver las tensiones y el uso defensivo de roles que son inevitables en cualquier sistema total. Hoy el concepto es traído y llevado y el término que acuñé yo para esto - la Comunidad Terapéutica (the Therapeutic Community) - ahora es tan ampliamente usado que la acuñación está algo alterado; pero entonces era nuevo y al menos para mí significó un **insight** repentino, un cambio conceptual mayor, una nueva manera de percibir los acontecimientos en un hospital. También requería instrumentos apropiados para observar. A este nivel del sistema - la comunidad entera - aún se tenían que inventar las técnicas de investigación y de intervención; aún hoy discutir las parece absolutamente apropiado. Entonces en Northfield las relaciones entre miembros del personal y relaciones personal-pacientes empezaron a ser vistas como cuestiones legítimas de estudio regular y, de hecho, esencial, mientras hasta la fecha solo las de paciente-personal, paciente-médico y inter-pacientes lo habían sido. Este intento de crear un clima de respeto para **todos** y el exámen de **todas** las dificultades estaría lejos del modelo médico en el que la enfermedad abilmente se trata en gente anónima bajo la manta de compasión médica y servido por una administración clínicamente distanciada y separada.

Me hubiera gustado poder relatar grandes cosas en Northfield como resultado de este nuevo concepto, ya que el momento y el clima estaban propicios. Foulkes y sus muchos alumnos en formación a menudo tenían las enfermeras compartir sus grupos - aunque solamente como seres sanos - y Bridger siempre tenía determinado personal non-terapéutico en sus grupos-tarea de discusión. Pero yo fue destinado a otro trabajo pocos meses después de llegar a la noción de Comunidad Terapéutica y solo podía recoger sus frutos primerizos, aunque más tarde en la vida civil tuve otras oportunidades; y en 1946 publiqué la idea de manera tentativa a petición de Karl Menninger quien fue un visitante fascinado de Northfield. En los pocos meses que aún me quedé, el personal militar comenzaba a participar en el exámen de sistemas de tensión. Poco a poco pero más y más participaron en grupos de crisis y en discusiones de unidad, y también en grupos de tarea y grupos de hobby con los pacientes. Llegó a ser algo corriente ver asistentes, sargentos, supervisoras, secretarias, cocineros mili tares y personal de noche, sí, a veces hasta mi oficial en jefe y su

ayudante en un grupo junto con los pacientes y los psiquiatras. Muchos traían cuestiones personales o planes o quejas relacionados con su trabajo, discutiendo cómo estaban afectados por otros, y se les escuchaba. Llevé dos grupos continuos de formación de personal, uno para enfermeras y uno para asistentes y personal de cocina y artesanos. El Oficial de Rehabilitación de la Oficina de Empleo (porque la guerra había terminado y pronto comenzaría la desmovilización) también participó en un grupo de intereses especiales. A las quejas, ideas y problemas del personal militar se les daba el mismo estatus que a los de otros y a aquellos se les percibió más y más como gente que trabajaba en roles legítimos e ineludibles que, inevitablemente, contribuían lo suyo a las restricciones y las libertades de todo el sistema. Ahora peleaban y discutían con los pacientes y otros y llegaron a darse cuenta de su utilidad propia y total. Se les reconocía a **gente** con un estilo y un potencial y necesidades de trabajo individuales donde solían existir **estereotipos** de enfermos sensibles y de personal insensible.

El sistema como un todo de orden superior comenzaba a examinar sus tensiones y llegaba a ser más capaz de entender y, en consecuencia, aprobar las actividades de los varios subsistemas. Mi oficial en jefe empezaba a aceptar sus méritos propios de los psiquiatras que visitaban Northfield, pero exageraría si dijera que estaba del todo cómodo. Desde luego, siempre había problemas a examinar. Cuando dejé Northfield no todo personal militar era capaz de tolerar la discusión de tensiones en las que estaban implicados; pero, lo que es más importante, existían resistencias parecidas en algunos de los psiquiatras en considerar las quejas del personal no solamente como algo inevitable sino legítimo aunque éstas tuvieran efectos mayores en los roles inconscientes acordados a los pacientes. Sería bonito pensar que si hubieramos trabajado más tiempo en esta escisión tradicional entre personal terapéutico y non-terapéutico, ésta hubiera podido ser reducida, pero tal creencia también sería necio y, sí, grandioso. Cada comunidad requiere y consigue de manera sutil ciertas personas para que actúen de continente de sus deseos conservadores por un lado y, de sus deseos progresivos por el otro y tiende a pedir, crear y mantener varios sectores escindidos de sí misma hacia los que puede proyectar de manera variable lo malo, el trastorno, la disciplina financiera, la enfermedad, la incapacidad, la salud y la insensibilidad a la vez de fomentar éstos de manera sutil para crear problemas. De esta forma los conflictos personales internos son externalizados socialmente. De hecho, la resolución de este tipo de escisiones sociales, particularmente cuando los pacientes pueden utilizarse para contener la puerilidad y el desamparo o el personal para contener todo el cerebro y las

ideas, resulta inevitablemente una tarea sin fin en cualquier comunidad de hospital que pretende ser terapéutica. Pero, Northfield llegó bastante lejos con esta tarea y ahora les dejaré con una anécdota sobre cómo una pequeña escisión fue resuelta. Recuerdo con gratitud que en un grupo que se reunió para discutir una crisis referente la comida, un cocinero-cabo del personal explicaba pacientemente a un soldado privado iracundo que yo no tenía opción, como oficial senior, en inspeccionar el equipo y los cubiertos personales de mis pacientes, ni tampoco en criticar su enfermera favorita por el descuido de sus obligaciones militares asegurándose que los cubiertos fueran repuestos. Después de escuchar al cabo, el soldado se volvió hacia mi con simpatía y preguntaba si a mi me gustaba inspeccionar equipos. Cuando le decía que «no, pero lo tengo que hacer», el seguía «y lo tienes que hacer bien o tendrás problemas, ¿no es así? Y si lo haces bien te odiamos, ¿verdad? ¡Que trabajo más podrido tienes!»

Ciertas lecciones obvias de esto, el segundo Experimento Northfield, estan claras. Pacientes psiquiátricos estan enfermos como personas, pero no enfermos del todo. Sus capacidades y partes sanas no necesitan ser ignoradas en la vida diaria en el hospital como en el modelo médico que solo se concentra en las partes enfermas. Delincuencias, el no reflexionar, las crisis clínicas, la dependencia e irresponsabilidad de los pacientes son formas de participar en el sistema del hospital. La participación de pacientes informados en la organización y el funcionamiento del hospital es posible. La disciplina ejercida desde el personal en su mayor parte muestra una falta de pensamiento pero será utilizado siempre que las ansiedades del personal son intolerables. Ansiedades del personal en psiquiatría y defensas en contra de ellas tienden a ser rígidas. Ansiedades del personal son legítimas y necesitan ser exploradas y tratadas regularmente. Pacientes y personal tienden a requerir y acabar atrapados en escisiones confabuladas (*collusive splitting*) y defensas proyectivas contra el dolor; salud y enfermedad, bueno y malo, fuerza y debilidad, actividad y desamparo, líder y liderados. Cabezas de organizaciones son propensos a ser inconscientemente requeridos de considerar como propios y actuar según las tensiones de su personal. Grupos y subgrupos y comunidades enteras tienden a proyectar la propiedad de las hostilidades hacia afuera y de esta manera perder la esperanza de un insight. Utilizando la discusión en grupo se puede facilitar una cultura de cuestionamiento para mejor reconocer la manera de ser humana de todos y cada uno y entre todos mejor comprender y solucionar las crisis clínicas y los trastornos sociales. Todo una comunidad hospitalaria puede ser anti-terapéutico para la gente en ella aunque el modelo médico se sigue

correctamente y las enfermedades estan bien tratadas. Alterando las relaciones buscadas por el personal y los pacientes, un hospital puede llegar a ser menos anti-terapéutico y more terapéutico para toda la gente en el y todavía puede haber lugar para una práctica apropiada del modelo médico. Tanto para esta lección.

Desde Northfield se han hecho muchos más experimentos con comunidades terapéuticas. Se ha acumulado una literatura considerable y en la preparación de esta conferencia apreciaba mucho la evaluación hecha por Richard Thompson que espero sea publicado pronto. El apunta, como han hecho otros, que el término comunidad terapéutica se utiliza de manera tan amplia y diversa que casi deja de tener significado; y es utilizado para muchas situaciones de las cuales cita algunas pocas: Un pueblo Yoruba de Africa del Oeste, un colegio, una iglesia, una prisión, centros para drogadictos, programas de cuidados en la comunidad, hospitales generales, unidades de admisión, cuidado hospitalario geriátrico, el **mundo** y, por alusión, campos correctivos. Así que el término ahora está de moda y no soy capaz de aclarar la confusión.

Treinta años después de Northfield el término 'comunidad terapéutica' debe la mayor parte de su significado a Maxwell Jones cuyo trabajo innovador, especialmente con psicópatas en la Unidad de Rehabilitación Social del Belmont Hospital, y escritos voluminosos sobre sus propios preceptos y prácticas influyeron mucho en otros. Su capacidad personal como director de ésta y otras unidades, junto con sus publicaciones, le ganaron un estatus merecido y si yo tengo algunas reservas importantes respecto a algunas cuestiones que le son queridas, debo dar cuenta de mi admiración por sus esfuerzos de pionero. El trabajo en Estados Unidos de Goffman y después Caudill, ambos científicos sociales, también tenía una poderosa influencia para que médicos llegaran a asumir como propio el considerar los sistemas humanos superiores como un todo que tiene propiedades y leyes propias; Stanton y Schwartz demostraron en detalle que relaciones del personal pueden tener un efecto masivo en los síndromes de los pacientes y que aquellos no pueden ser reconocidos por un personal non-psicológico que aspira a seguir el modelo médico. En este país, R. N. Rapoport, otro científico social, ilustró cómo el estudio de sistemas sociales puede iluminar muchos fenómenos que de otro modo se pensaría fueran debidos a las enfermedades de los pacientes. Sin embargo, el trabajo de científicos sociales que investigaron hospitales como sistemas sociales no siempre fue fundamental; alguno no fue más que indignante o impaciente y reformista relacionado con fenómenos de conducta superficial, en el fondo no una investigación verdaderamente compasiva de necesidades y

conflictos inconscientes más profundos. Uno de los efectos nocivos es que aquí y allá podemos encontrar psiquiatras intentando de justificar conflictos interpersonales como debido a defectos de la estructura social, en vez de enfrentarse con la tarea laboriosa de examinar el origen multipersonal de los conflictos que a menudo se esconden detrás de éste echarle la culpa a la estructura social. Criticar la estructura a menudo parece ser meramente una evitación seductora del problema, una defensa proyectiva **contra** el estudiar los conflictos interpersonales más dolorosos en profundidad. El desdibujar los roles del personal que aconseja Maxwell Jones a mí me parece otro ingenio para evitar estudiar los conflictos que permiten la ilusión de inocencia del personal y el renegar de las responsabilidades cuando la cuestión se pone fea. ¿No se trataría de un ejemplo de la defensa de apaciguamiento contra la ansiedad persecutoria, el miedo de ser atacado por ser activo y claro? La ansiedad persecutoria es inevitable en la vida de grupo, particularmente en ejecutivos como ha mostrado Elliott Jacques; de hecho ésta u otras ansiedades son inevitables en toda relación humana, pero con el apaciguamiento no pueden ser resueltos, solo actuados. Mejor que los miedos del personal en seguir un rol que es esencial pero impopular sean traídos a la luz, discutidos abiertamente y estudiados en profundidad por todos como seres humanos iguales. Claro está, roles de fantasías inconscientes son siempre buscados y ofrecidos tanto hacia arriba como hacia abajo en las jerarquías de todo sistema humano y, desde luego, hacen difícil el poder reconocer las personas de verdad en roles de verdad e impiden relaciones reales. Lo que necesitan es análisis y no apaciguamiento a través de la abdicación de roles. En hospitales generales las defensas contra la ansiedad del personal, de apaciguamiento o evitación y disminución del rol pueda que no importa mucho (aunque el trabajo de Isobel Menzies sugiere que sí importa), pero in hospitales psiquiátricos donde las cuestiones emocionales son la esencia del trabajo, donde las tensiones pueden ser desbordantes y donde el personal actuando sus ansiedades es un acontecimiento diario, el escrutinio regular y la resolución de los sistemas imperantes de fantasía proyectiva en los grupos parece esencial para promover la salud tanto de pacientes como del personal. Cambiando las estructuras sociales y roles bajo banderas de permisividad o democracia para apaciguar las proyecciones se corre el riesgo de que peligre el estudio de los problemas que surgen en el intento de establecer relaciones verdaderamente adultas entre gente en roles esencialmente funcionales.

Estoy muy de acuerdo con Maxwell Jones sobre la necesidad de evitar al autoritarismo pero, una vez más, éste no esta, como comunmente se sugiere,

relacionado con la estructura social. El autoritarismo es una manera específica de relacionarse la gente, una actitud hacia ella, una cuestión personal caracterológica o cultural pero no social. No se produce por una determinada estructura jerárquica, pero puede operar en cualquiera. (Autoridad es de un orden diferente de hechos, una cuestión de capacidad especial o conocimiento tal como es reconocido por otros. Puede llevar al orgullo o al miedo de ser enviado, y a disculpa, pero no es, como el autoritarismo, en primer lugar una actitud hacia otros.) La responsabilidad hacia abajo para tareas (que puede implicar el cuidado de subordinados) y hacia arriba a **gente** es, sin embargo, una cuestión organizacional, y en mi opinión tareas deben ser cuidadosamente y claramente diseñadas en diversos roles articulados en los niveles jerárquicos necesarios como convenga al fin general requerido por una organización de manera que la estructura social resultante haga sentido y sea clara para todos. Si las responsabilidades en un sistema tan claro serán o no serán ejecutadas de una manera autoritaria o más humana no será el resultado de la claridad de la estructura sino dependerá del carácter de la gente y de la **cultura**, la manera popular de organization. Claridad de estructura y de roles de hecho aumenta la eficacia y minimiza conflictos entre roles y en relación a la responsabilidad y permite examinar maniobras remotas. Al igual de Raskin soy incapaz de considerar el desdibujar los roles (role blurring) como terapéutico para una comunidad.

Mis propias conclusiones, desde los estudios tempranos de diferentes batallones hasta experiencias posteriores con diferentes hospitales, es que no es la estructura sino la **cultura** que es decisiva para las relaciones humanas que se ofrecen. Una estructura claramente conocida y roles apropiados con responsabilidades insoslayables son necesarios para operar eficazmente en cualquier tarea; sea ésta reprimir prisioneros o rehabilitarlos, cuidar a niños enfermos o a sanos, distribuir paquetes de comida o bombas, salvar vidas o dirigir un campo de exterminio. Eficacia requiere roles claros e inquebrantables para todos. Eficacia es pertinente pero insuficiente para una comunidad terapéutica. Más allá de la eficacia y la estructura social, la cultura - la **manera** cómo la gente se relaciona unos con otros en la estructura - es decisivo para si la gente en la estructura tratan sus respectivos roles con distancia o calor, con enemistad o amigablemente, con respeto o desprecio, con interés o friamente. No la estructura sino la **cultura** decidirá, por ejemplo, hasta qué punto, cuando los varios órdenes de personal y pacientes se reúnen en rol pero en consulta conjunta, se respetarán verdaderamente y estarán interesados en sus respectivos trabajos y escucharán todas las ideas como **personas** iguales; y hasta que

punto verdaderamente discutirán dudas y resistencias y reclutirán y evocarán sus respectivos talentos y se invitarán a participar en las diversas tareas y hasta qué punto no lo harán. La cultura influirá mucho hasta qué punto la delegación de poder y responsabilidades es adecuada y hasta dónde la gente se fia unos de los otros y desde dónde se mirarán con sospecha. Según lo que yo he observado, la cultura, la manera popular de operar una organización inclusive las maneras informales de relacionarse la gente unos con otros, se ve influido decisivamente por la manera en la que los mandos organizacionales se relacionan unos con los otros. Como éstos se relacionan con sus subjeses inmediatos, así se relacionarán estos últimos con su personal y éste con sus jóvenes subordinados. En una comunidad terapéutica donde es necesario una cultura de cuestionamiento paciente y honrado de las dificultades, un interés de comprender en profundidad los sistemas personales, los sistemas, sistemas de grupo y sistema de la comunidad, parece esencial que la cultura sea iniciada por los líderes de la organización de la comunidad. De manera que de éstos se requiere que practiquen un respeto personal verdadero y cuidado profesional de unos por otros y por sus subordinados inmediatos. Estarán preparados para reconocer e investigar los éxitos y fracasos propios y de su personal inmediato con interés desapasionado pero no culpa, compartiendo con ellos sus propias incertidumbres y problemas, solicitando su participación en enfrentar problemas y diseñar planes y requiriendo que su equipo piense con ellos en el trabajo a realizar. La palabra carisma hace poca justicia a una tal orientación de responsabilidad... Estoy contento de decir que me he encontrado con varios jefes y culturas de estas características.

Para concluir. El término Comunidad Terapéutica ha llegado a ser utilizado de manera tan diversa que hoy en día casi no tiene sentido. De cualquier modo, de la misma manera que fue un cambio conceptual paradigmático cuando Freud a través de la libre asociación concibió estudiar toda la experiencia humana y no simplemente partes que puedan interesar a un investigador; así el tratamiento de grupo en discusión libre es la extensión a un sistema de orden superior de este mismo cambio paradigmático. El concepto de Comunidad Terapéutica es, creo yo, aún una extensión más del descubrimiento de Freud, porque también se basa en el estudio de cuestiones inconscientes. La marca distintiva no es una forma particular de estructura social sino una cultura de interrogación. Requiere tanto como sanciona instrumentos de cuestionamiento de problemas del sistema personal, interpersonal e intersistémico y para el estudio de pulsiones, defensas y relaciones en la medida que éstos son expresados y ordenados socialmente. Es bueno recordar que un instrumento

esencial para ello - el tratamiento de grupo - fue fomentado y alimentado y defendido por Michael Foulkes, in cuya memoria y en agradecimiento ofrezco estos comentarios.

(*) Publicado en «The Evolution of Group Analysis», ed. M. Pines, Intl. Library of Group Psychotherapy and Group Process, Routledge & Kegan Paul, 1983.

POSTDATA

Para cerrar este documento de trabajo me permito dialogar con Ronald Higgins, el autor de «La Comunidad Terapéutica y la Crisis Global»(1). Cita a alguien diciendo que podemos descubrir la divinidad de Dios en la anatomía de una pulga. Él piensa que en analogía posiblemente el microcosmo de la comunidad terapéutica nos podría iluminar sobre respuestas urgentes a la crisis global que nos amenaza. No es obvia, dice el autor, la relación entre nuestro trabajo en el área de la salud mental y los ingentes problemas que la humanidad confronta este final del siglo veinte. Yo diría que existe más que una relación y espero que lleguemos a a tiempo a hacer las lecturas apropiadas para encaminarnos hacia la paz, no como una no-guerra, sino como un objetivo siempre alcanzable a través del diálogo.

Higgins también publicó un libro sobre «El Séptimo Enemigo: El Factor Humano en la Crisis Global» (2). Los otros seis son la explosión de la población, la crisis de distribución de la comida, la escasez de los recursos irreversibles, la degradación del ambiente, nuestra ingenuidad respecto el abuso de la fuerza nuclear y la ciencia y la tecnología fuera del control humano. Nos habla de tres componentes en la respuesta humana frente a una crisis: reconocimiento de la realidad de la situación, valores apropiados y universales, y empatía y poder imaginativo. Estoy de acuerdo con él cuando dice que lo más difícil de lograr es el reconocimiento de la situación. Nuestra capacidad de negación y evitación es insuperable. Esta auto-limitación puede muy bien ser un mecanismo de supervivencia individual, pero sin duda alguna es el obstáculo mayor a una respuesta solidaria y eficaz frente a la amenaza de exterminio colectivo. La pregunta es si nosotros no actuamos como sociópatas inconscientes en nuestro consumismo incontrolado, nuestra falta de reacción frente a la carrera de armamento, nuestra adicción a estándares materiales y nuestras ideologías míopes. Más que los residentes de nuestras comunidades terapéuticas, quizás nosotros mismos tenemos necesidad de una confrontación, aunque también necesitamos poder sentir que el cambio aún es posible. Necesitamos cambiar individual y colectivamente, en nuestra personalidad - individualidad - y nuestra conducta en convivencia con otros. Las relaciones personales son las que constituyen y median nuestras esperanzas de cambio, de un cambio posible, la esperanza necesaria para que haya vida.

Y para terminar, la historia que nos contó Victor, el organizador de nuestro Symposium. Este se celebrará en el Palacio de Villa Suso. «Este palacio está

justo en las murallas que rodean el Casco Viejo (Medieval) de Vitoria-Gasteiz. El promotor en aquellos tiempos consiguió el permiso de construirlo en las defensas y por tanto abrirlas a cambio de garantizar una nueva línea defensiva más avanzada, con su propia casa. Curiosamente años más tarde, el primer ensanche de la ciudad se desarrolló en esa misma dirección.» La comunidad terapéutica va más allá de la familia, es una nueva casa, con defensas propias y diferentes...

(1) En: INTL. J. OF T.C., Vol. 1, nº1, 1980

(2) PAN BOOKS, London, 1980