

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

MONOGRAFIA II

COMUNIDADES TERAPEUTICAS II

*Métodos, objetivos
y línea de pertenencia*

COMUNIDADES TERAPEUTICAS

MONOGRAFIA II

SEPTG

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIA Y TECNICAS DE GRUPO

Fundada en 1972

MIEMBRO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE PSICOTERAPIA DE GRUPO
(IAGP)

Presidente de Honor: J. Palet. **Socios de Honor:** L. Pelayo, F. Peñarubia.

Presidentes Anteriores: A. Gállego, J.L. Martí-Tusquets, P. Población, J.L. Moreno,
L. Cabrero, J.L. Lledó, R. Inocencio, P. Falcón, F. del Amo

JUNTA DIRECTIVA:

PRESIDENTE

Enrique Alonso Espiga

VICEPRESIDENTA

María Josefa García Callado

SECRETARIA

Amaia Mauriz Etxabe

VICESECRETARIA

Concepción Oneca Eransus

TESORERO

Gregorio Armañanzas Ros

VOCAL DE PRENSA

Hanne Campos

VOCAL ZONA NORTE

Francisca Vargas Real

VOCAL ZONA ESTE

Miquel Andreu Bertrán

VOCAL ZONA CENTRO

Victor de Dios Galocha

VOCAL LIBRE

Pablo Falcón Alonso

VOCAL ZONA SUR

VOCAL DE FORMACION

Luis Pelayo

Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo

XX SYMPOSIUM SEPTG

Valencia 4,5 y 6 de Junio de 1993

«COMUNIDADES TERAPÉUTICAS II:
Métodos, objetivos y línea de pertenencia»

COORDINADOR DE LA PONENCIA

Victor de Dios Galocha

ORGANIZADORA DEL SYMPOSIUM

Concha Pastor Moreno

INDICE

EDITORIAL	5
I COMUNIDADES TERAPÉUTICAS	7
« DEFINICIÓN DE LA CT TORREPALMA SEVILLA, EN FUNCIÓN DE LAS DISTINTAS ACTIVIDADES QUE HA IDO DESARROLLANDO EN SU INTENTO DE CUIDAR LOS PROCESOS TERAPÉUTICOS DE SUS CLIENTES» por Javier Díaz Estévez, Berta Stiefel García Junco, Mari Paz Durán Urbaneja, José Antonio Felipe, Ana Rosa Guerrero, M ^a Angustias Escalera, José María Bodi	9
« EL TRATAMIENTO DEL GRUPO FAMILIAR EN LAS CCTT. LINEAS DE ACTUACIÓN DESDE LOS MODELOS PSICODINÁMICOS Y SISTEMICOS» por Miguel Garrido Fernández	45
« EL SISTEMA GRUPAL COMO CT SEGÚN LA SISTEMÁTICA DE LA VEGETOTERAPIA CARACTEROANALÍTICA DEL GRUPO» (PARTE TEÓRICA) por Xavier Serrano Hortelano	67
« COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y CONOCIMIENTO PSICOANALÍTICO» por Joan Palet i Martí	73
« SUCINTA HISTORIA DE LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA» por Pedro Fernández-Villamarzo	77
« ESTRUCTURACIÓN ESPECÍFICA DE LA CLÍNICA PSICOANALÍTICA FREUDIANA 'OSKAR PFISTER'» por Pedro Fernández-Villamarzo	109
« TÉCNICAS PSICOCORPORALES EN UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA DE ORIENTACIÓN PSICOANALÍTICA» por Francisco García Esteban	143
« PSICODRAMA: OBJETIVOS Y FUNCIONES EN UNA CT» por Limberg M. Reyes Tomás	149
« EXPERIENCIAS DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN MINORIDAD» por Oscar Strada	163

II HOSPITALES Y CLÍNICAS DE DÍA	167
« VICISITUDES QUE IMPLICAN A LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN EL DESARROLLO DE SU PRÁCTICA » por José M ^a Ayerra Balduz	169
« EL HOSPITAL DE DÍA. UNA REFORMULACIÓN NECESARIA » por Oscar Strada	177
« EL PSICÓTICO CRÓNICO ALREDEDOR DE LA PALABRA. LA PALABRA COMO PELIGRO O COMO APERTURA Y VÍNCULO » por Pascale Bardouleau y Mercedes Hidalgo	187
« INCIDENCIA DE UN TALLER DE PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL EN EL PSICÓTICO CRÓNICO » por Mercedes Hidalgo	193
« CUERPO Y PSICÓSIS DESDE LA ORGONTERAPIA CARACTEROANALÍTICA » por Xavier Serrano Hortelano	201
« EL CENTRO DE DÍA VILAFRANCA. OBJETIVO TERAPÉUTICO Y EVOLUCIÓN » por Fina Virgili i Miró, Lluís Bullit Guasch et al.	209
III COMUNIDADES HUMANAS	215
« VICISITUDES, IMPACTOS Y HUELLAS DEL MOVIMIENTO DE LAS CCTT EN LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA ESPAÑOLA EN LOS AÑOS SETENTA » por José Luís Montoya Rico	217
« REFLEXIONES SOBRE ALGUNOS AGENTES CURATIVOS DE LAS CCTT » por Julian Ibañez de Opacua Andueza	223
« INTENTO DE 'TERAPIA DE UNA COMUNIDAD HOSPITALARIA' A PARTIR DE UNA VISIÓN PSICOANALÍTICA Y GRUPOANALÍTICA » por Susana Jover e Isabel Admetlla	233
« RELACIÓN TERAPÉUTICA Y ACTITUD PERSONAL » por Victor de Dios Galocha	239
« GRUPO DE PSICOTERAPIA, UNA EXPERIENCIA INTERRUMPIDA » por Victor Ortega Zarzosa	243
« UNA COMUNIDAD DE TERAPÉUTAS O TERAPÉUTAS PARA LA COMUNIDAD. EXPERIMENTOS EN COMUNICACIÓN SOCIAL: PROMOVER CULTURAS GRUPALES VS. IDENTIFICACIÓN GRUPAL » por Juan Campos y Mercè Martínez-Torres. Grup Gran Barcelona	247
« DIFICULTADES EN LA ASISTENCIA PÚBLICA EN ASUMIR EL MARCO DE REFERENCIA APORTADO POR LAS CCTT » por Hanne Campos	251
IN MEMORIAM: RECUERDO DE MIQUEL ANDREU	255

EDITORIAL

El XX Symposium de la SEPTG en Valencia a principios de Junio de 1993 se convoca por segunda vez consecutiva sobre el tema de las Comunidades Terapéuticas. Tal como ocurrió en Vitoria para el XIX Symposium en 1991, también en esta ocasión hemos hecho el esfuerzo de publicar una monografía. Para Vitoria nuestra publicación, además de los trabajos de los ponentes asistentes, incluía contribuciones en relación a los orígenes de este movimiento en los países anglosajones y sus desarrollos en España. La presente Monografía II representa en su totalidad las maneras de pensar, de enfocar y de realizar las experiencias de Comunidades Terapéuticas en nuestro país, recogiendo las contribuciones en los tres bloques temáticos que centran el Symposium: I Comunidades Terapéuticas propiamente dichas, II Hospitales de Día y III Comunidades Humanas.

Podríamos pensar que esta Sociedad multidisciplinar, intergrupar que es la SEPTG, también de algún modo constituye una comunidad terapéutica -o cuanto menos una comunidad de aprendizaje con efectos terapéuticos- y no sólo porque se dedica a la terapia de los individuos y los grupos en sus diversos contextos sino porque entre sus miembros se encuentran muchos que se preocupan por la salud del mismo contexto social y cultural en el que vivimos, ambos íntimamente relacionados. Esta Monografía nos permite tomar conciencia de que tipo de comunidad terapéutica es nuestra Sociedad misma como también su colectivo como emergente social de las problemáticas actuales y las maneras de abordarlas.

Como podemos apreciar en estas páginas, la convocatoria del XX Symposium trae a la plataforma de diálogo de la SEPTG colegas de un largo recorrido profesional y una extraordinaria capacidad de conceptualizar su experiencia y transmitírmola de manera cercana y sugerente. Nos sentimos honrados por su contribución y participación.

También leemos en estas páginas los trabajos de colegas que nos transmiten más directamente su quehacer, sus preocupaciones, sus éxitos y fracasos para que podamos discutirlos entre todos. Diríamos que ésta es una de las características sobresalientes de esta comunidad terapéutica que es la SEPTG. Todos los miembros tienen voz y voto, y cada cual puede encontrar un espacio para ser oído, leído y respondido. La contribución de cada uno tiene una lectura significativa en el conjunto. Esperamos que pueda ser ésta la tónica que guía nuestro recorrido por esta Monografía II.

¡Hasta Valencia!

I COMUNIDADES TERAPÉUTICAS

«DEFINICION DE LA CT TORREPALMA SEVILLA, EN FUNCION DE LAS DISTINTAS ACTIVIDADES QUE HA IDO DESARROLLANDO EN SU INTENTO DE CUIDAR LOS PROCESOS TERAPÉUTICOS DE SUS CLIENTES.»

por Javier Díaz Estévez, Berta Stiefel García Junco,
Mari Paz Durán Urbaneja, José Antonio Felipe,
Ana Rosa Guerrero, M^a Angustias Escalera, José María Bodi

I. INTRODUCCIÓN

La selección de los aspectos esenciales de nuestro trabajo en la Comunidad Terapéutica Torrepalma de Sevilla no ha sido una tarea fácil. Hablar sólo de la estructura formal puede resultar vacío, hablar sobre ideología, concepciones, etc. puede resultar demagógico. La forma en que titulamos este trabajo hace referencia a cómo nuestra actuación ha ido variando en el tiempo con el fin de adaptarla al objeto de trabajo; de manera que en el empeño de definir nuestra línea de pertenencia haremos referencia a cómo el enfrentamiento de situaciones de patología institucional, familiar e individual muy grave y muy cronicada ha ido moldeando una comunidad terapéutica (CT) que es el marco donde se producen diferentes tipos de entendimientos e intervenciones, que van desde modelos teóricos y técnicos distintos en el abordaje psicoterapéutico, a la coexistencia de actuaciones puramente sociales y rehabilitadoras con otras de orientación psicoterapéutica, a la actuación fuera del espacio físico ocupado por la comunidad, etc. Pretendemos explicar de forma breve cómo es que llegamos a este tipo de actuación tan lejana a la adscripción ortodoxa a una determinada línea de tratamiento. Y para ello hicimos un sondeo sobre nuestras áreas de preocupación, utilizando la técnica de la «tormenta de ideas» y realizando posteriormente a ésta un trabajo de elaboración sobre contenidos afines pudiendo discriminar cinco áreas de preocupación que son las que desarrollaremos en este trabajo. Estas áreas son:

- Control externo versus «dejar hacer».
- Los roles.
- La ampliación del contexto de intervención.
- El espacio emocionante.
- La responsabilidad.

La forma de presentación de estos contenidos será: partiendo de una definición breve del concepto comunidad terapéutica tal como la conciben sus iniciadores: Bion, Maxwell Jones, Tom Main; seguiremos por una definición del concepto tal como lo entendemos nosotros; definición que contextualizaremos hablando

del paciente con el que trabajamos -psicótico crónico resistente al tratamiento y problemático. Seguidamente, expondremos brevemente cómo se plasma esta idea de CT en una estructura y una forma de funcionamiento. Entrando a continuación en el campo de nuestra preocupación actual: las dificultades y logros de este sistema de trabajo en relación a límites, roles, invasión de lo emocional en el funcionamiento diario, el problema de la responsabilidad, etc. Acabaremos con el punto que da título a nuestra ponencia, refiriéndonos a la forma en que todas las dificultades, concepciones, etc. anteriores dan pie a un sistema de trabajo en el que son las necesidades del paciente las que guían la intervención de manera que hemos ido ampliando contextos de intervención a medida que se nos presentaban necesidades distintas.

II. CONCEPTO DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Bion, en su relato del experimento de Northfield, no llega a dar una definición de comunidad terapéutica pero sí habla de sus intentos de definir el «buen espíritu de grupo» y cómo en esta búsqueda encuentra que «es posible que el clínico tome en cuenta la estructura del grupo y las fuerzas que operan en dicha estructura sin perder contacto con los pacientes y, además, si éste es el enfoque adoptado, tanto dentro como fuera del grupo puede surgir la ansiedad».

Tom Main, en el segundo experimento de Northfield, sí da una definición de comunidad terapéutica acuñando el término. «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... Evidentemente, necesitaríamos una cultura de cuestionamiento total si regularmente tuviéramos que examinar, comprender y quizás resolver las tensiones y el uso defensivo de roles que son inevitables en cualquier sistema total».

Ambos autores están trabajando entre los años 1943 y 45. Unos 20 años después, en 1962 Maxwell Jones define las comunidades terapéuticas como «algo distintivo de otros centros de tratamiento, en cuanto los recursos totales de la institución, tanto el equipo como los pacientes, están conscientemente mancomunados para llevar adelante el tratamiento. Esto implica, sobre todo, un cambio del estatus habitual en el paciente».

Nosotros podemos definir la comunidad terapéutica a tres niveles, **en el nivel social**, se trataría de EL INTENTO DE UN MODELO COHERENTE DE TRABAJO EN EL QUE EL ORDENAMIENTO SOCIAL DEL TOTAL DE PERSONAS IMPLICADAS SE RIJAN POR UNOS PRINCIPIOS BÁSICOS IGUALES, QUE SON ADAPTADOS AL ESTATUS DE TRABAJADOR Y USUARIO DE LA COMUNIDAD.

En el nivel de la comunicación podríamos definir la CT como UN SISTEMA DONDE EL PODER DE LA COMUNICACIÓN FLUYENDO LIBREMENTE ALCANCE SU MÁXIMA CAPACIDAD CURATIVA.

En el nivel psicoterapéutico definiríamos la comunidad terapéutica como EL

MARCO DE ACTUACIÓN QUE PERMITE QUE DIFERENTES TÉCNICAS PSICOTERAPÉUTICAS, DIFERENTES TÉCNICAS DE MANEJO DE GRUPOS Y SITUACIONES, ABORDAJES MULTIDISCIPLINARES -SOCIAL, REHABILITADOR, FAMILIAR, INDIVIDUAL, GRUPAL, ETC.- Y DIFERENTES CONCEPCIONES ACERCA DE LO QUE ES LA PSICOSIS Y LA FORMA DE TRATARLA, COEXISTAN EN UN CONTINUUM DE ESCUCHA, ELABORACIÓN Y DEVOLUCIÓN INDIVIDUAL, GRUPAL E INSTITUCIONAL.

Abundaremos aquí en el primer nivel, después hablaremos de la ley de la restitución referido al segundo nivel, abordando el tercero posteriormente, cuando hablemos de la problemática de aplicación y el problema de los límites.

La primera definición surge del planteamiento de la psicosis como la mejor adaptación que el paciente hace a la incoherencia familiar (Lidz 1965). Por ello el trabajo debe organizarse con la posibilidad de que la toma de decisiones, la distribución de tareas y la evaluación de los resultados, no solo este abierta a la participación de todos los trabajadores, sino que esta sea su principal obligación en la comunidad. Esta idea esta basada en el conocimiento de que la psicosis se instaura sobre un sistema familiar que anula y niega el lugar del loco como persona a través de mecanismos tipo «doble vínculo», que tiende a anular al sujeto en sus expresiones y en sus capacidades de decisión. Es por tanto que nos interesa estructurar un sistema social donde el lugar tanto de los trabajadores como de los pacientes sea especialmente tenido en cuenta. Un modelo de organización participativa nos parece el mas adecuado, poniendo énfasis en tratar de evitar las múltiples delegaciones y depositaciones a las que nos tienen acostumbrados las instituciones de cualquier tipo. Esta «participación» implica dos elementos distintos y aparentemente contradictorios:

1.- El que el funcionamiento interno de la CT sea fruto de lo que deseemos los implicados teniendo en cuenta las demandas del exterior del sistema. Lo que no solo esta relacionado con lo expuesto en el párrafo anterior sino también con la **necesidad de mantener una buena motivación a este trabajo** (llamase interés, deseo etc..), **Pues estamos convencido que sin ella es imposible el enfrentamiento terapéutico a la psicosis.** El equivalente de la buena motivación al tratamiento de los psicóticos mas graves por parte de los trabajadores, es la voluntariedad del psicótico en su tratamiento. Debiendo ser así la situación CT el encuentro de dos deseos grupales coherentes y simétricos: el de los pacientes de ser tratados y asumir ese compromiso, el de los trabajadores de querer tratarlos como mejor puedan y asumir esa responsabilidad.

2.- Que la **asunción de responsabilidades a nivel general de la ct sea cuestión de todos los implicados.**

Esa antinomia que para nuestra relación con los usuarios formulamos así: voluntariedad en asumir el tratamiento pero obligatoriedad en la cooperación con el una vez asumido. Tendría su correlato en los trabajadores que

podríamos resumir como: intervención en la toma de decisiones y en la distribución de tareas como uno mas, pero asunción de las responsabilidades que dimanen de las mismas. Es decir intervengo en la estructuración de mi trabajo y asumo la responsabilidad de él. Estas reflexiones se tratan de plasmar en una normativa básica que estructura las relaciones en la CT. Así nos planteamos:

a.- El compromiso de los trabajadores en las tareas de coordinación. (En coherencia al pedido que hacemos a los pacientes de compromiso y colaboración en la marcha de la casa).

b.- El reconocimiento de la necesidad de la asistencia a la asamblea de los trabajadores en donde se analizan, decidan, y evalúen las líneas de actuación y las normativas de la CT. (En coherencia a la obligatoriedad de los pacientes de asistir a las asambleas). Estos dos principios determinan el encuadre del funcionamiento de la comunidad en el orden social.

Con respecto al segundo nivel de definición es nuestra obligación como trabajadores que tratamos de mantener la eficacia del sistema **cuidar que la comunicación mantenga la mayor pureza posible, tanto entre nosotros, como con los pacientes, entre ellos, entre los familiares, y hasta con la administración.** De eso trata el fondo de todas las reuniones que tenemos diariamente. Por consiguiente cualquier ataque a una comunicación limpia supone un ataque a nuestro poder terapéutico como institución. No es posible que una comunicación perversa en la CT, genere una comunicación limpia con los pacientes y familiares. Si no mas bien la forma de comunicación le dará un estilo a todos los mensajes.

Enunciamos aquí **la ley de la restitución**, que habla de la necesidad de que **toda la comunicación habida sobre el grupo**, y tenida fuera de él, vuelva a él: es decir **sea restituida a su lugar de origen**. Se pretende así que al proceso grupal no se le hurte ninguna información, y que esta información pueda ser operativa, ya como freno, o como posibilidad de ampliar lo olvidado, o como toma de consideración de aspectos negados, o como reconocimiento del funcionamiento del propio grupo que quizás sea útil para mejorarlo. **Esta ley facilita mucho nuestra tarea**, aunque no nos parece imprescindible para el sistema ct. El grado de su cumplimiento señala la madurez social y terapéutica de los implicados

Creemos que esta ley es valiosa, aun sabiendo que su cumplimiento es difícil, y por tanto lo mas frecuente sea su incumplimiento; pero que **supone un reconocimiento para todos de cuando estamos actuando impulsos destructivos para nuestra comunicación**, y nos da también un camino de reparación: **la restitución**. Con ella cada uno de los implicados nos podemos hacer cargo de la posibilidad de cuidar nuestra comunicación, y de entender nuestras dificultades o resistencia a la misma.

III. SOBRE LA PSICOSIS

El intento de definir nuestra actividad debe ir seguido de una definición del objeto sobre el que trabajamos: la psicosis. A nuestro juicio existen tres posiciones fallidas de definición, y una cuarta que apunta hacia la negación.

1.- El primer abordaje se establece desde la descripción fenomenológica de la sintomatología. Supone el tratar de definir con precisión los síntomas, para establecer familias o grupos de síntomas en la esperanza de determinar así conductas evolutivas etc... El inconveniente de estas definiciones son: Su escasa aportación al problema del tratamiento que es el eje básico donde nos movemos; la tendencia a un cierto pesimismo pronostico: el uso exclusivo de esta perspectiva suele ir acompañado de la aplicación del Modelo médico, y de la psiquiatrización consecuente.

2.- El segundo punto de vista para la definición de la psicosis se ha desarrollado sobre la descripción de los fenómenos que padecen los sujetos así llamados vistos desde la perspectiva intrapsíquica o relacional. Son temas desarrollados desde la experiencia de terapeutas individuales que han aportado un enorme material sobre mecanismos defensivos mas o menos sutiles, trastornos de conductas y su interpretación, sus relaciones objetales y sus vínculos, etc... Aunque sus aportaciones suponen un material importante para el tratamiento de estas problemáticas, tiene el inconveniente de desarrollarse al margen de los fenómenos sociales, ya fueran familiares o de otros grupos e instituciones donde estos problemas transcurren. Quisiera aquí remarcar dos de los elementos descrito en la literatura que me parecen básico para nuestro trabajo: Me refiero a la incoherencia y a la disociación: donde es el fracaso de la segunda lo que da pie a la aparición de la primera. Es decir son los fracasos de los sistemas de discriminación (que suponen la parte sana de la disociación que mantiene la funcionalidad del lenguaje, al permitir separar bien un concepto de otro) los que permiten el desarrollo de las incoherencias en el discurso y en el planteamiento vital. Son importantes en la medida la incoherencia del paciente tiende a producir alianzas en el grupo de los trabajadores que generan incoherencia. El otro inconveniente es lo críptico, variado y confuso del lenguaje usado. Que fácilmente llevara al que intente abarcarlo a preguntarse hasta que punto los problemas que se suponen que atacan el lenguaje psicótico no hubieran contaminado también el lenguaje de los expertos sobre el tema.

3.- El Tercer bloque de definición habla de los problemas existentes en los sistemas sociales donde interactúa al menos un sujeto reconocido y diagnosticado así. Aunque es obvio que para que exista este nivel de definición de la psicosis, son necesario alguno de los otros niveles, es este el ángulo que nos resulta mas útil. Esto es así por:

A.- El paciente ya nos llega diagnosticado como psicótico; y nuestra misión es ayudar a él y, a su entorno, **a reconocerse en su parte sana.** Lo que nos coloca en una óptica francamente contraria a los dos primeros sistemas.

B.- El cartel de Psicótico va unido a la fantasía pronóstica negativa, muy fuerte en los casos que tratamos tanto en la familia como en los ESMD. El pesimismo supone el abandono del esfuerzo en buscar nuevas salidas al problema.

C.- Mientras que el Diagnostico va unido al pronóstico negativo, el reconocimiento, y el abordaje de las dificultades que se generan en torno al paciente, pueden ser resuelto de forma mas satisfactoria para todos, por lo que al pesimismo de salida es posible oponerle un optimismo de encontrar soluciones mas cómodas. Así nuestra posición no sería de «curar», que supone entrar en un modelo médico donde el paciente es «curado» pasivamente por la habilidad del médico, sino de entrar a buscar entre todos los implicados en el problema una solución mejor, que vendrá determinada por el esfuerzo en comprender el problema hecho entre todos y en la modificación de la situación buscada por todos.

D.- Porque la negación de problema que suelen hacer estos pacientes, y la tendencia a que en su entorno algunos se hagan cargo de él. Le dan a la demanda de tratamiento una característica social ya en su origen, al presentarse la triada que la constituye disociada y depositada sobre diferentes elementos de la familia. Estos tres elementos, el dolor, el reconocimiento de él como un síntoma, y la petición de ayuda a un experto suelen presentarse separados, con diferentes sujetos haciéndose cargo de cada uno de ellos. La no aceptación de esta característica social por parte de los que tratamos estos casos plantea situaciones de difícil solución.

E.- Por todo lo dicho nuestra definición supone determinar un problema reconocido como tal por los implicados, y formular un Objetivo que suponga algún nivel de solución. Y por tanto la posible evaluación de los resultados.

F.- Por ultimo toda la CT no es sino un contexto social donde todos los problemas de los pacientes puedan plantearse, y donde el propio contexto pretende ser un lugar donde ensayar una nueva salida a ellos.

4.- Con respecto a lo que llamé una definición de la Psicosis, negando su existencia, refiriéndonos a la Antipsiquiatría, a veces es útil, por descreerse que el paciente padezca una enfermedad que le incapacita para enfrentar sus problemas de otra manera mas eficaz; pues la visión pesimista que supone la aceptación de esta incapacidad de aprendizaje «por que está enfermo» condena al psicótico a la cronificación; ya que esta sobradamente comprobado como las expectativas pronosticas **tienden a cumplirse**.

IV. DESCRIPCIÓN DE LA CT TORREPALMA DE SEVILLA

Se trata de un recurso publico de tercer nivel, dependiente del SAS, especializado en el tratamiento de los pacientes psicóticos crónicos, resistentes al tratamiento y problemáticos, que funciona como lugar de ingreso desde Agosto

de 1990. En este tiempo hemos puesto en marcha varias modalidades de tratamiento que van desde: el hospital de día, antes y o después del ingreso; terapias en régimen de egreso; trabajos con los ESMD (coterapias, asesoramiento, supervisión, grupos de formación). Nuestra capacidad de ingresos es de 15 camas, la demanda de ingreso debe venir de los ESMD, aunque ocasionalmente atendemos peticiones de las UH. La gran mayoría del personal no tenía experiencia en el trabajo con psicóticos, ni en el trabajo en salud mental, de manera que realizamos un proceso de formación interna del equipo previo al ingreso de los pacientes que duro cerca de diez meses. La razón de partir de un personal con tan escasa experiencia previa estaba en relación con no arrastrar la historia del Hospital Psiquiátrico o de las Unidades de Hospitalización de los Hospitales Generales. El ingreso es voluntario, al igual que todas las modalidades de tratamiento en la CT, y tiene una duración máxima de un año. Durante este tiempo el paciente es atendido por un Miniéquito de cuatro trabajadores, que llevan el caso mas directamente, formado por dos terapeutas familiares, un terapeuta individual y un tutor. Al aceptar el ingreso, el paciente se compromete a participar en las tareas de la casa, tanto las terapéuticas que son todas con técnicas grupales, así como las de la vida cotidiana en las que aprenden a desenvolverse con ayuda de su tutor o de trabajadores (cocina, lavado de ropa, arreglo de cuarto, etc...).

La Asamblea es la primera actividad del día, es un espacio de encuentro entre los pacientes y trabajadores, donde se fomenta la participación de todos. Funciona como órgano decisorio para asuntos del grupo de pacientes en cuanto a sus conflictos de convivencia, y de organización de la vida. Pretende funcionar de forma democrática. Cuenta con la función de un Moderador, un Secretario, y un Observador. El moderador es el que establece el orden del día y el turno de palabra. Cuida el discurso para tratar de mantener su coherencia. Suelen optar por estos roles preferentemente los técnicos superiores y los trabajadores que manejan técnicas terapéuticas grupales, y ocasionalmente algunos que están en proceso de formación. El secretario realiza la lectura de los diferentes informes de las actividades del día anterior. Recoge las propuestas y decisiones que se tomen en la asamblea en el libro de secretaria. El observador intenta recoger lo que sucede en el grupo durante los debates de los temas, y observa sus emergentes. Posteriormente prepara un informe que sirve de memoria institucional de lo sucedido y que es leído en la asamblea siguiente.

La reunión de la tarde o «Tu a tu» es la primera actividad tras el almuerzo y se trata de un grupo mas informal y plástico cuya tarea puede variar desde hacer un mero ordenamiento de las actividades de la tarde, hasta hacer el análisis mas profundo de situaciones problema que puedan haberse producido desde la finalización de la asamblea o bien que no haya podido ser abordadas en esta, o incluso puede dedicarse a tomar decisiones urgentes. Este grupo cuenta con las funciones de un moderador, menos formal que en la asamblea, y cuya ejecución se distribuye entre casi todos los trabajadores, y un observador.

El último grupo del día, el grupo de cierre, se realiza antes de la cena, y es el más estrictamente terapéutico de la jornada, su función es ayudar a elaborar las experiencias tenidas a lo largo del día. Es llevado por dos terapeutas, y un observador.

Se realiza también un grupo, aunque no tiene la cualidad diaria de los anteriores, a última hora de la mañana. Está orientado hacia lo terapéutico, tiene un contenido específico variable según el día de la semana e incluye el trabajo de alta, el trabajo con el cuerpo, la relajación...

Los trabajadores de la CT tenemos formación en diferentes escuelas de psicoterapia: Psicodrama, Bioenergética, Gestal, Psicoanálisis Vincular y Lacanien, y Sistémica; coexistiendo todas estas teorías y estando los bloques de presión más constituido por la **diatriba Main-Jones sobre los Roles** (ver capítulo de Roles) y por la pertenencia a los equipos de trabajo internos de la CT, que por la pertenencia a las distintas escuelas.

Si nos remitimos a diferentes definiciones de CT e intentamos situar nuestra práctica en alguna de ellas, vemos como **G. Badaracco** (1990) la define como una «forma especial de terapia por el medio en la cual la estructura social total de la institución está incluida en el proceso terapéutico. Estaría organizada y se desarrollaría para hacer utilizables como terapéuticas todas las relaciones y todas las actividades en la vida del paciente». (Nosotros incluimos las estructuras).

Por otra parte, Thomas Main (1983) acuña el término de la siguiente manera: «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 necesitaba tratamiento».

En un intento de resumir nuestra posición actual, esta podría inscribirse entre ambas, por una parte se trata de que toda la actividad del paciente tenga un **sentido terapéutico** y por otro, intentamos incluirlas como sujetos en el ámbito de nuestro propio análisis. (En lo que hace referencia a la tarea).

Vemos como los aspectos formales de la CT se caracterizan por un **continuum de escucha y posible devolución** que rebasa el marco espacio-temporal de las actividades estrictamente terapéuticas. Este continuum estaría formado por diferentes actividades (muchas de ellas grupales) cada una con sus leyes formantes (objetivos) donde solo alguna de las cuales son exclusivamente terapéuticas, mas el total de las interacciones trabajador-paciente que se den fuera de ellas.

Nuestro encuadre de CT, por su naturaleza como sitio de vida del paciente durante un año, es un lugar donde hay que tomar decisiones y cumplir tareas, ya que existe la necesidad de normativizar, organizar y ejecutar tareas de la vida cotidiana, y esto nos sitúa lejos del marco de actuación pasiva de la escucha psicoanalítica, y más cerca de las reflexiones sobre las estructuras sociales en el ángulo que hablan Maxwell Jones y Thomas Main. En nuestra experiencia

se produce un intento de coexistencia entre el entendimiento psicoanalítico de las situaciones y la organización de un sistema social participativo y coherente.

V. PROBLEMÁTICA DE APLICACIÓN.

V.1.- LOS LÍMITES A LA LOCURA, O LA LOCURA DE LOS LÍMITES.

V.1.-A Introducción. Hemos elegido este encabezamiento, que formuló así Berta, para hacer una serie de reflexiones sobre las normas, de su necesidad, de su ámbito etc... Nuestra experiencia de dos años de trabajo nos llevó frecuentemente a plantearnos estas cuestiones, tratando de buscar una salida a nuestras dificultades. Así hablamos de las «**normas que deberíamos tener**» en la esperanza de que ellas nos librarían de nuestro malestar; entre otras cosas para que contuvieran la locura de nuestros pacientes. Tal malestar en parte estaba relacionado con la laxitud de nuestras estructuras sociales, y por tanto de las normas de conducta entre nosotros. Desde esta otra perspectiva las normas pueden aparecer como salvadoras de nuestro no saber que hacer delante de la conducta asocial del psicótico. Debajo del problema de los límites subyace la fantasía de que pudiera existir una ley tal que impidiera la existencia de la locura, y de nuestra confusión ante ella, y así nos librara del agobiante peso de tener que soportarla. Así hemos desarrollado esta pequeña reflexión sobre el sentido de las leyes, como una introducción al problema de los límites entre nosotros y nuestras reglas de funcionamiento.

Queremos hacer aquí una aclaración básica: se trata de la diferencia entre lo formal (es decir de lo que se puede reglar) lo esencial en la terapia, o en el pensamiento. Trataremos de discriminar diferentes niveles de lo esencial siempre referido al ámbito de la psicoterapia. Nos impresiona como la defensa de corte obsesivo delante de la contratransferencia psicótica, es decir de la confusión y la angustia que genera en nosotros el contacto con la psicosis sintomática del otro, tiende a provocar una actitud, pensamiento o conducta, que consiste en que **lo formal ocupa el interés y el esfuerzo del sujeto, tomando el lugar que debiera ocupar lo esencial**, que es descuidado y francamente perdido de vista.

V.1-B Naturaleza de los Límites. Discriminamos dos tipos de leyes:

V.1-B1 LAS LEYES NATURALES.

V.1-B2 LAS LEYES SOCIALES.

Las primeras no son impuestas por el hombre pero delimitan inexorablemente nuestra conducta; reconocida otrora como de origen «divino», y ahora más fácilmente llamadas «de la naturaleza». De ambas formas se hace mención a la existencia de un orden supra-humano; en el sentido de que ellas delimitan nuestro funcionamiento y nosotros no podemos modificarlas. A título de ejemplo citamos las leyes

de la estructura perceptiva (lo que hace que veamos el espacio tal y como lo vemos, y la sucesión del tiempo tal y como la vivimos). Aquí vendrían también todas las leyes físicas y químicas que nos contienen.

Desde lo discursivo lo única posible con este grupo de leyes sería el tratar de enunciarlas con la máxima precisión. Desde lo vivido sería el intento de adaptación o de «uso» mayor posible para sacarles el mejor partido. Sobre estas leyes se pueden inventar-fabricar ingenios técnicos que faciliten la vida o aumenten las capacidades humanas. Así solo podemos hacer con ellas una adaptación para llegar a su mas perfecto cumplimiento. (Es tanto como, tal como se expresaba antiguamente, cumplir la voluntad divina lo mas profundamente posible). A su vez ir en contra de ellas solo producirá un fracaso autodestructivo para el que lo intente. Un ejemplo: la respiración. Como sabemos los seres humanos tenemos inexorablemente que respirar para vivir. Si uno quiere vivir bien debería investigar como sacarle partido a esta ley. El conocimiento humano ya ha desarrollado innumerables ingenios teóricos y técnicos para ello, desde el concepto de Pranayana y el desarrollo de las técnicas para aumentar la Prana, hasta la actual bioenergética, pasando por los mantras respiratorios, recitados y cantos etc... Cuyo principal fin es ahondar y retener la respiración. En el mismo sentido se lee al comienzo del Gulistan **«todo está contenido en la respiración»**.

Explicado aquí este primer grupo de leyes y aun antes de explicar el segundo grupo podemos enunciar un segundo principio: **«Es obligación ineludible de los seres humanos discriminar ambos bloques de leyes, es decir es un trabajo para cada uno de nosotros determinar que leyes debemos aceptar totalmente y cuales podemos intentar modificar a nuestro antojo.»** Esta determinación es personal y las opiniones de los otros -por mucho que nos arroguemos la categoría de terapeutas, o de maestros de terapeutas- no nos exime de esta obligación. Así podríamos formular una «máxima moral de la independencia»: Que sea tu moral la que tú mismo determinas, no vaya a ser que vivas por las represiones e inhibiciones de otro. (Aunque ese otro sea una institución: ya sea la Internacional de Psicoanálisis o la Santa Madre Iglesia; sea el mismísimo Freud, o hasta Lacan, o el coordinador de la CT.)

V.1-B2 LAS REGLAS DE CONDUCTA SOCIAL. Son leyes establecidas por el hombre; costumbres sociales que regulan los juegos permitidos (relacionales, etc... Ejemplo: las pautas de conducta sexual de cada cultura: monogamia versus poligamia etc...). En la terapia esto lo constituyen, entre otras, las leyes del encuadre. Estas normas son por definición de rango inferior al hombre, están determinadas para él, es decir están a su servicio y no a la inversa; por tanto él puede ponerlas en juego o no dependiendo de su utilidad. **Es en función de su utilidad para un fin el que debe hacerte elegir entre acatar, o no, una norma**

social. (Es decir cualquier regla de encuadre de cualquier escuela). Por tanto un hombre libre podrá definir sus propias normas al margen del sistema social en el que vive en función de su utilidad para lo que persiga. (Un terapeuta libre determinara cuando, como y porqué saltara cualquier característica del encuadre clásico en función de la utilidad del proceso que lleva con su paciente, un equipo libre podrá elegir libremente una modificación de su encuadre. De la reflexión, descripción y publicación de esta «infracción» nacerá el desarrollo de una modificación técnica y quizás de una nueva teoría).

Así enunciamos un quinto precepto: **no hay bondad o maldad en nuestros actos, solo una mayor utilidad o un obstáculo para conseguir algo.** Obsérvese que un acto perfectamente inútil, incluso perjudicial para un fin, puede ser utilísimo para otro. De forma que el antiguo problema de lo bueno y lo malo debe replantearse como una cuestión de jerarquía de intereses. Así beber alcohol es útil para disminuir temporalmente las inhibiciones, pero inútil para mantener la salud del hígado.

El sentido de estas leyes sociales es marcar un terreno de juego, un ámbito de relaciones donde cada cual esta determinado, te da una identidad social clara -esta es la forma mas limitante de identificación por la pertenencia a un grupo que determina tu conducta - esto da al sujeto un margen de seguridad. Este acumulo de reglas constituyen parte de lo que la religión cristiana tradicionalmente ha reconocido como el enemigo del hombre llamado MUNDO. Y es tal enemigo en el sentido de venderle un delirio compartido sobre lo adecuado e inadecuado, y por tender a confundir la realidad con la imagen publica de las cosas. Gastando libido, energía, o esfuerzos en mantener las apariencias en detrimento del ser. En psicoterapia todo esto viene cristalizado en lo que llamamos encuadre.

Mientras el reconocimiento de lo acaecido se mantiene en los límites «legales» ¿puede ser que el saber de la experiencia sea solo una compulsión de repetición? Sea si o no la respuesta a la anterior pregunta; la ley -con minúscula- marca una línea de seguridad -falsedad- en lo vivido. Para el terapeuta fuera del encuadre queda disociado lo herrado, lo incomprensible, lo psicótico, las ansiedades confusionales que borran su identidad etc... Entre ellas el miedo al no saber previo a cualquier experiencia. Pues toda esta estructura no tiene mas función que decirte locamente quien eres y darte una «bola mágica» que pretende locamente predecir el futuro.

V.1-C De su Necesidad. Dentro de este intento de determinar los elementos mas formales y esenciales del acto terapéutico me doy cuenta que aun puede establecerse otro nivel de discriminación que quizás nos aclare mas nuestras dificultades con este asunto. **Cada escuela, o paradigma, de psicoterapia**

tiene elementos definitorios que la configuran. Es decir al **psicodrama** lo define la existencia de la **escena**, al **psicoanálisis** la **escucha** y la idea del **inconsciente**, a la **bioenergética** el trabajo sobre el **cuerpo**. ¿Que quiere decir este nivel de elementos definitorios? Que si un psicodramatista **no montara ninguna escena, ni hiciera ningún uso del espacio escénico**, durante una sección; tendríamos que convenir, que aunque su actuación pudiera haber sido muy terapéutica en el sentido mas profundo de la palabra, en el sentido de «hacer psicodrama» estaría entrando en un ataque o modificación del encuadre que de no haber sido echa de forma consciente y meditada habría que nombrarlo como una agresión al encuadre. Esta acción seria destructiva al menos para su ser «psicodramatista». Es decir las reglas del juego existen para permitir que un juego se de, por ejemplo el de hacer psicodrama. También es obvio que puede parar de jugarse, o instaurar otro tipo de juego. Pero ese cambio de juego debería ser formulado con claridad; para que todos los jugadores conozcan las nuevas reglas y puedan elegir si desean o no jugarlas.

V.1-D Patología del límite. Entendemos su patología de tres maneras distintas: Por magnificación, por ausencia, o por incoherencia de la Ley.

D.1 Magnificación del Límite: se trata del engrandecimiento de la función del límite. En su polo mas psicótico hace referencia a la idealización del límite o al sadismo en su aplicación o entendimiento. En el polo mas neurótico, y mas cercano a la conciencia diaria, esta la rigidificación formal donde es mas importante el cuidado de la apariencia de orden que la atención al orden esencial de las cosas.

D.1-1 Idealización del Límite o el Límite como Salvador. Esperamos una Ley que nos libere de todas nuestras inseguridades determinando previamente lo que es correcto he impidiéndonos por tanto la posibilidad de error. Esta expectativa idealizada de las normas, convertidas así en objetos ideales que a la par que se nos aparecen con la promesa de salvarnos de la angustia que nos provoca la locura de nuestros clientes nos entregan a la misma locura, pues es esta manera de presentarse la idealización a través de las normas, lo que convierte nuestra vivencia en expresión de nuestra parte psicótica.

D.1-2 Sadismo del Límite o el Control Policial de las Conductas. A veces la necesidad del límite para el trabajador hace referencia a la fantasía de que una Ley viniera a controlar la conducta asocial del Psicótico. Así el límite aparece como una solución mágica al problema de la terapia. El trabajo entonces consistiría en velar policialmente, es decir coercitivamente, para que el loco no haga aquello que nos angustia. Desde esta perspectiva aparece en el discurso «terapéutico» referencia a los castigos, o su amenaza, o su intento de ejecución. Esto nos parece mas expresión de una actuación contratransferencial cuando el origen teórico del discurso terapéutico era psicoanalítico.

D.1-3 Rigidificación Formal y dependencia de los terapeutas al encuadre.

La defensa de corte obsesivo delante de la psicosis, (que es su salida defensiva mas frecuente, es decir salir de ella sin modificar esencialmente su problemática sino defendiéndose de ella, donde lo formal del pensamiento obsesivo contiene la confusión de identidad de base) tiende a generar una actitud, consistente en que lo formal ocupa el interés y el esfuerzo del sujeto, tomando el lugar que debiera ocupar lo esencial, que es descuidado. En el terapeuta esto se expresa en dedicarse a cuidar elementos formales de la relación con su cliente, para «olvidar» lo esencial de ella. Así trata de defenderse del sentimiento invasivo y confuso que provoca la interacción con el psicótico. El resultado es una asfixiante insistencia en el encuadre que pierde la frescura, la espontaneidad, y la autenticidad que necesita la relación con el cliente, cuyas necesidades no pueden ser oídas al estar pegadas a lo confuso o delirante del paciente. ¿Que cosa es lo esencial en la psicoterapia? ¿que lo formal? Lo formal es el encuadre. Esta al servicio y posibilitando que lo esencial se de. Un terapeuta podría cambiar el horario, la extensión de las sesiones, la técnica que usa; pasar por ejemplo de hacer análisis con el paciente tendido a hacer psicodrama donde el propio terapeuta interviene como yo-auxiliar etc... Eso es posible con el debido cuidado, no digo que sea recomendable, sino que el proceso evolutivo del paciente puede, incluso verse beneficiado, por tales cambios, otra cosa es que tales cambios deberían ser estudiados cuidadosamente por el terapeuta **«no fueran a ser actuaciones contratransferenciales»**. En nuestra Comunidad tales cambios están definidos en la propia estructura de trabajo.

¿Que es entonces lo esencial? Un ser humano, familia o grupo, pide ayuda al llamado terapeuta, y este acepta iniciar una relación, en la que el pedidor va ha encontrar sus respuestas. Esta respuesta se ofrece «con tal encuadre» que es la forma como el terapeuta cree poder ahora ofrecer su ayuda. Siempre que esta posición se pierde en la relación, aunque tal cosa suceda en el estricto cumplimiento del encuadre, se pierde el acto terapéutico. Así con el mas riguroso cumplimiento del encuadre, un terapeuta puede usar a su cliente para satisfacer su necesidad de sentirse superior, o de agredir, o de depositar lo loco fuera de sí, o de ser amado, o de obtener placer sexual -si el encuadre no trata la abstinencia- en ninguna de esas acciones hay nada de terapia, y si mucho de acting de la contratransferencia.

¿Si esto es así que sentido tiene velar por el encuadre, aparte de la obsesión por lo formal? Por la sencilla razón de que determinadas cuestiones que el sujeto no habla las actúa, y dicha actuación puede expresarse como una modificación o ataque al encuadre. Si en ese instante en que el elemento mas patológico de la relación es callado en el discurso y desvelado en la agresión al encuadre, no es señalado esto, y el terapeuta no vela por su reparación, la relación terapéutica se vera atascada hasta que tal reparación del encuadre se consiga.

Conviene decir aquí que el ataque al encuadre, **no siempre supone la expresión de tensiones intrapsíquicas del sujeto**, dado que tensiones contextuales externas al cliente pueden hacerle tironear del encuadre. Ya que el paciente, cosa a tener especialmente en cuenta al trabajar con psicóticos graves, puede tener serias dificultades para expresar esas tensiones externas que inciden sobre él, podrá actuarlas como agresiones al encuadre; la presión por mantener un encuadre rígido por parte del terapeuta puede dejar al cliente en una difícil situación. El atender en exceso el encuadre puede cegar al terapeuta de otras necesidades del cliente que podrían beneficiarse con una redefinición de los elementos formales. Esta obsesiva y perversa sustitución de lo esencial por lo formal determina un olvido de la necesidad de nuestros clientes junto con un discurso defensivo sobre el mantenimiento de lo formal.

D.2 Incoherencia de los límites. Se reproduce un sistema de normas afín al de la familia psicótica que ya comentamos en la segunda y quinta página de este texto. En este caso el sujeto está sometido a mensajes contradictorios que se emiten negando la contradicción. Bien porque las reglas de conducta sean contradictorias para distintos niveles. O bien por reglas contradictorias en el mismo nivel. La contradicción en este caso responde a un déficit de simbolización que obviamente no puede favorecer en el otro la comprensión y entendimiento de sus actos.

D.3 Ausencia de límites: Hace referencia a un tipo de relaciones simbióticas donde no existe una discriminación funcional de los lugares de cada uno. Produciéndose la adjudicación de lugares por mecanismos psicóticos de proyección, introyección, disociación etc... En el que participan indiscriminadamente pacientes y trabajadores en la invasión de lo psicótico en el funcionamiento institucional.

V.1-El La transgresión como crecimiento. Vivir aprendiendo no es quemar las horas tamizando toda la experiencia con la teoría de lo conocido: **solo se aprende cuando llegamos a nuestro límite y lo transgredimos.** Una forma menor de aprendizaje es cuando uno afianza o profundiza el esquema de lo conocido; es decir cuando uno se mueve en el mismo terreno conocido y lo explora más a fondo. En el otro caso uno sale de lo conocido, y entra en una nueva percepción de la realidad con otra estructura y otras reglas de funcionamiento. Pero ¡ay de quien intente esta aventura! Todos los demonios contenidos por la ley serán liberados de su cárcel de papel (no es que antes no estuvieran libres, sino que su acción se entendía disociadamente como fuera) y a partir de ahí nuestro sujeto (llámese equipo o persona) va a sufrir un tormento (una prueba) que puede ganar o perder. Si se pierde se generan importantes procesos involutivos que hablan de la imposibilidad de transgredir el límite, y que aherrojarán al sujeto a aquel ámbito evolutivo. El sujeto no puede soportar la invasión de lo ambiguo (extraño, indiscriminado, peligroso y desconocido). La respuesta es marcar unos límites aún más estrechos. De esa experiencia se desaprende. Creo que todos

hemos padecido muchas veces ese lamentable proceso. Nuestra larga experiencia con él sobre nuestras carnes nos permite reconocerlo. Estamos atentos (al menos nos gustaría estarlo) vaya a ser que ahora mismo lo reproduzca. La otra posibilidad, tan querida por cualquiera que desee evolucionar, es que; reconociendo el sujeto lo mucho que no sabe; se acerque a la experiencia con cierto temor reverente a que la manipulación por parte de lo que se cree ya sabido la castre, la reduzca a una estúpida obsesión de repetición. Cuando tal cosa pasa, es raro pero todos sabemos de eso, uno siente que su espacio interior se expande. Tu conducta y tu comprensión de ti mismo o de tu cliente se ahonda, quizás sientes que algo que te agobiaba ahora se clarifica, que lo que antes aparecía confuso o imposible ahora aparece como lo más sencillo. Todo lo anterior es solo un intento de clarificar algunas ideas sobre las leyes, las nuestras, las que pueden regir la conducta de los trabajadores y pacientes de la CT, son solo leyes sociales que debieran tener una utilidad; y que, cuando dicha ley no sirva para conseguir su fin, (facilitar que el paciente aprenda a desarrollar su propia capacidad de ser libre e independiente), habría que plantearse como «derogarla».

El sentido que tiene decir cosas tan obvias es tratar de responder a una cierta esperanza, loca pero sencilla de entender, que espera una ley que nos descargue del peso del trato con los pacientes y con los compañeros en esta experiencia de CT. El límite de la ley social como una instancia simplemente utilitaria, no nos exime de la necesidad de definirla con la máxima precisión.

V-2.- LA PROBLEMÁTICA DE LOS ROLES EN LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Recordemos cómo Tom Main acuña el término C.T en referencia a un sistema global en el que tanto el personal como los pacientes necesitaban ser revisados como un sistema mayor con problemas que necesitan tratamiento. Por ello, cuestiones tales como las relaciones entre miembros del personal o las relaciones personal-pacientes debían ser vistas como asuntos legítimos e incluso esenciales de estudio. Con ello resuelve la disociación habitual enfermo/trabajador incluyendo a ambos en la constitución del sistema terapéutico. Sin embargo, llama la atención el no cuestionamiento del sistema en Main, el cual trabaja con las personas y las relaciones pero no analiza el sistema e incluso, como veremos ahora, critica la aportación de Maxwell Jones acerca de la necesidad de flexibilizar los roles y subordinarlos al proceso de discusión y análisis sobre ellos, a la persona que los encarna, a la situación en que lo hace, etc... y no al revés, subordinando la persona al rol.

En estos momentos de la reflexión se nos plantea la necesidad de discriminar entre roles de tarea y roles de dinámica de grupo -recordando la diferenciación de Bion en relación al grupo de tarea y al grupo de supuesto básico-; y diferenciar ambos tipos de roles del contrato administrativo.

Tenemos, pues, en nuestra comunidad una gran variedad de roles de tarea y un empeño: que sean asumidos por el personal que tenga interés y capacidad para hacerlo independientemente de su contrato administrativo. Con ello crearíamos un sistema social en continua movilidad en cuanto uno no sólo puede analizar las relaciones que establece desde su rol y en sus tareas sino que tiene la oportunidad de cambiarlas.

De los roles de tarea que ejercemos hay algunos que están más claramente definidos que otros, pero todos, inevitablemente llevan la marca de quien los ejerce. En un repaso rápido tenemos terapeutas individuales, familiares, de grupo; tutores; moderadores de asamblea; secretarios; observadores de asamblea, de grupos, de talleres y actividades; moderadores y secretarios de las reuniones de trabajadores; conductores de «furgona»; tareas administrativas; ayudantes de los pacientes en la elaboración de la comida y el cuidado y limpieza de la cocina; distribuidores de medicación; responsables de la relación con los ESMD; etc. Todos estos roles se reparten, algunos diariamente, otros de forma más continua (los roles de terapeutas familiares, terapeuta individual y tutor son fijos para cada paciente durante todo el tiempo de actuación no así los demás que son asumidos diariamente por el personal disponible) y se reparten entre personas que están contratadas como psiquiatras, psicólogos, celadores, enfermeros, administrativos, auxiliares, monitores, cocinero y jardinero. Por completar aun más el cuadro, decir que varias de las personas que tienen estos contratos, tienen una titulación académica superior a su contrato (11 de ellos son psicólogos).

En el momento grupal en el que se realiza la distribución de roles, nuestra actividad fantasmática (grupo de supuesto básico) nos determina. En las ocasiones mas locas, aquellas en que la emoción perturba nuestra racionalidad, esta distribución expresa la naturaleza de nuestra locura. Su expresión permite una valoración y un análisis mas claro del asunto. En otros momentos el grupo esta mas centrado en la tarea y nuestra respuesta se hace mas adecuada a ella. La movilidad de los roles permite que nuestras partes psicóticas se expresen en su distribución y no solo en su ejecución.

Somos un grupo grande que a menudo trabajamos en grupos en torno a las diez o veinte personas, grupos que a menudo están constituidos en parte por pacientes psicóticos. De ahí que nuestro funcionamiento esté frecuentemente impregnado de las escisiones, proyecciones, etc. propias del funcionamiento en grupo y que pueden estar cargando los aspectos estructurales de reparto y adjudicación de tareas y el desempeño de roles de los contenidos más locos del trabajo grupal. Así, es probable que en un momento grupal de culpa y necesidad de castigo, elijamos a los trabajadores más rígidos para que establezcan la ley de funcionamiento de turnos.

Esta reflexión supone una introducción en algunos de los aspectos que rodean la problemática de los roles en la C.T., que explican en gran medida

las altas dosis de sufrimiento que supone desde asumir tareas, a no asumirlas. Cuestiones relacionadas con el poder, la imagen, y la identidad están en juego. Y es, a nuestro juicio, todo ello lo que hace a Tom Main expresar que es mejor no tocar las estructuras sociales ni los roles, y tiene razón en la medida en que la identidad de uno está pegada a su rol y el despegarla puede ser un proceso sumamente traumático.

Volviendo a la polémica que introduce Main en relación a los roles, él entiende tanto el definir los problemas como fruto de la estructura social como el desdibujamiento de roles que aconseja Maxwell Jones como una defensa para evitar estudiar los conflictos. Textualmente: «En hospitales psiquiátricos, donde las tensiones pueden ser desbordantes, donde las cuestiones emocionales son la esencia del trabajo y donde el personal actuando sus ansiedades es un acontecimiento diario, el escrutinio regular y la resolución de los sistemas imperantes de fantasías proyectivas 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 adultas entre gente en roles funcionales».

Por todo ello, aboga Main por una estructura claramente conocida y roles apropiados con responsabilidades insoslayables como condición que aumenta la eficacia y minimiza conflictos entre roles y en relación a la responsabilidad. Y, en aparente contradicción, centra el concepto C.T como basado en el estudio de cuestiones inconscientes, siendo la marca distintiva no la forma de estructura social sino la cultura de interrogación. Y decimos en aparente contradicción porque aboga por el cuestionamiento pero insiste en que no se haga sobre la estructura social. Desde ahí es como si lo único que pudiera cambiar fuera lo emocional en la adaptación o ejecución del rol, y no el rol en sí mismo y la estructura de relaciones de rol. Desde ahí, el paciente podría hablar y cuestionar sobre lo jodido que es estar loco, y sobre cómo puede llevar su locura con elegancia, pero no podría cambiar, o no podría verse como un sujeto con aspectos sanos y aspectos locos, que puede aprender sobre ellos, jugándose su identidad sobre lo sano. De esta forma, propone Main un uso de las técnicas de terapia para que los sujetos, tanto trabajadores como pacientes, se adapten a sus roles, o a las estructuras organizativas; sin poder nunca entrar en la critica de lo absurdo de los roles o de las estructuras. Así los fantasmas institucionales contenidos en las estructuras y la configuración de roles (Por ejemplo el propio papel de analista de la institución que se arroga Main), nunca podrían entrar en procesos de cambios; y estarían cuidados en su no evolución por la propia técnica terapéutica. Así el malestar en el trabajo seria siempre responsabilidad de los trabajadores que lo padecen y nunca fruto de la mala organización. Pensamos que ésta negativa a entrar en la estructura tiene una base de

resguardar los aspectos de prestigio y poder que garantizan determinados roles; y los aspectos de identidad y pertenencia que determinan todos, incluso los menos prestigiosos; y que tan importantes parecen ser cuando uno se mueve habitualmente en contacto con personas con graves problemas de identidad y en el contexto de grupo que con tanta frecuencia la cuestiona.

Asimilamos nuestro trabajo al proyectado por Maxwell Jones que formula el problema con los mismos términos pero con un significado muy diferente. Si Main determina: no toquemos la estructura y analicemos las relaciones; Maxwell Jones propone: una cultura terapéutica supone la concreción de una serie de actitudes que se plasman en una estructura social, no hay, pues, disociación entre relaciones y estructura, sino que serían el interjuego de actitudes y relaciones lo que daría lugar a una estructura social.

La cultura terapéutica propuesta por Maxwell Jones pone el énfasis sobre la libre comunicación, tanto del equipo como de los grupos de pacientes, y sobre las actitudes permisivas que fomentan la libre expresión de sentimientos, implicando una organización social e igualitaria en vez de jerárquica y tradicional. «... énfasis en la rehabilitación activa por contraste con la vigilancia y la segregación; democratización en contraste con las jerarquías y diferenciación según status; permisibilidad en contraste con los esquemas estereotipados de comunicación del comportamiento; y «comunalismo» en oposición a los papeles terapéuticos altamente especializados a menudo limitados al médico».

El recordar aquí este desacuerdo expresado por Main respecto a Maxwell Jones sobre la estructura social y la necesidad o no de claridad de roles, se debe a que este es un tema continuo de discusión y desacuerdo dentro de nuestra C.T. Y que pensamos puede remitirnos al eterno problema que podemos formular como lo instituido y lo instituyente; lo morfoestático y lo morfogenético; la organización como la plasmación de lo «operativo» a pesar de que ello suponga una escisión de lo «no operativo»; y, sobre todo, del problema «psicótico» que se produce al dejar fuera de la comunicación parte de su contenido; por ejemplo, y tomando la eficacia del sistema de claridad de roles de Main, el cómo y en razón de qué ocupa cada uno ese rol. Maxwell Jones es, a nuestro juicio, más claro y, evidentemente, más ambiguo. Claro en cuanto pone el énfasis en la libre comunicación, en el análisis y discusión de cuestiones en relación a los papeles y la relación funcional entre personal y pacientes. Ambiguo en cuanto a la indefinición de roles estáticos, basados en el status profesional, etc.

En nuestra experiencia ha sido continuo tanto el malestar como el intento de análisis sobre los roles y la distribución de poder, capacidad, y saber, en la comunidad.

Vamos a analizar algunos de los distintos roles que jugamos y el cómo en ese juego se incluyen aspectos relativos a la tarea y aspectos exclusivamente emocionales. Del peso relativo de cada uno de estos aspectos en un

momento determinado se establece o bien una disociación defensiva que está adjudicando lugares como forma de mantener una identidad, un prestigio, etc.; o bien un campo de ensayo y ejecución de nuevos roles que distribuye más igualitariamente las funciones saneantes y las enloquecedoras e invita al aprendizaje a todos los miembros de la comunidad, ocupen el lugar que ocupen en ella. Quizás la diferencia de lugar más grande sea la que hace referencia al rol de paciente y al rol de trabajador que, desde la tarea vendrían determinados por los distintos objetivos de la estancia en la C.T. y desde lo emocional a veces se ven representados y localizados espacialmente en un «arriba» y un «abajo». «Arriba» es el torreón, que es una zona muy pequeña de la casa en comparación con el lugar reservado a los pacientes, pero que a pesar de ello, puede ser en ocasiones la más deseada en cuanto a la separación salud-enfermedad que señala o determina. El «abajo», aunque mucho más amplio y confortable, incluye el salón, las habitaciones y la cocina como lugares de suciedad y desorden; y las salas de trabajo como lugares intermedios de encuentro protegidos por el encuadre. Los de arriba tenemos privilegios que los de abajo no tienen, y cuya discusión es hurtada frecuentemente de los lugares de debate o es zanjada con un discurso teórico-técnico sancionado por las más altas esferas del saber terapéutico que se resume en un «somos diferentes» como explícito y un implícito «pero no podemos hablar de esa diferencia» quizás porque ello nos acercaría peligrosamente a la semejanza y ser semejante a un psicótico crónico grave y resistente al tratamiento no es plato del gusto de cualquiera.

Esto en lo que hace referencia a la necesidad de disociar, sin embargo, existe también una práctica en la que esta escisión no se produce; el personal se mezcla con los pacientes en trabajos grupales, los fines de semana, etc. y nuestra experiencia es que en esta mezcla donde, por ejemplo, parte del personal se incluye en un grupo como «pacientes» y hablan desde ese lugar prestando su capacidad de elaboración de la experiencia como integrantes del grupo, los pacientes hacen suya esta elaboración pudiendo conectar partes de su experiencia que hasta el momento estaban desconectadas y pueden ir más lejos en sus procesos de darse cuenta ya que el continente del grupo está dentro del mismo grupo y en un lugar similar.

Apuntábamos ya anteriormente cómo dentro del grupo de trabajadores, también se produce la adjudicación de roles de poder como «los que saben» y «los que no saben». Si partimos de que la estructura social no adjudica el saber a ningún rol en particular sino que ofrece tareas a realizar y pide la determinación de personas que tengan interés y capacidad para ello; el asunto del saber pasa a ser una moneda de intercambio muy golosa que tiene una cara que hace referencia al poder y otra que, parece relacionada con la necesidad de negar maníacamente una situación de inseguridad y de no saber casi continuo. Quizás por ello, esta diferencia fue predominante en las primeras fases de la C.T en las que lo obvio de nuestro «no saber» nos ponía

en situaciones de impotencia e inseguridad difícilmente soportables a no ser desde la trampa de la omnipotencia o del saber. Otra gran diferencia en la asignación de lugares dentro de la C.T, que siempre está pronta a saltar, y con cuyo pretexto se juegan normalmente conflictos, discusiones y confrontaciones que hacen referencia a otros aspectos del trabajo en comunidad es la de los contratos. La diferencia del tipo de contratación administrativa y la diferencia de sueldo es obvia, no así la diferencia de funciones o responsabilidades. Especialmente si esa asunción de funciones o responsabilidades hacen relación a cuestiones «desprestigiadas» dentro de nuestra cultura de C.T en la que las funciones terapéuticas propiamente dichas - Terapias individuales y familiares- están «mejor vistas» que las funciones que hacen referencia a la vida diaria: cocina, cuidado de habitaciones, etc.

En principio podríamos pensar que «realmente» las tareas terapéuticas son más golosas, sin embargo, si tenemos en cuenta que las actividades terapéuticas grupales no sólo son ansiadas, sino que en ocasiones son activamente evitadas por la mayoría del personal; podríamos pensar que las actividades más buscadas son las que no se realizan grupalmente o no están sujetas a la valoración (crítica) del resto de compañeros. Son actividades más «secretas» o más «íntimas» y que, a menudo, remansan un cierto grado de poder.

Desde ahí podemos abordar el espinoso tema de la identidad personal versus identidad grupal o el «quién es quién». Estamos viendo cómo en la C.T el tema de la identidad es continuamente cuestionado, tanto por el contacto diario con sujetos que tienen un grave déficit de identidad, como por el mismo sistema que, al procurar que la identidad no se adjudique rígidamente a un rol profesional deja a la persona relativamente libre de lastres y defensas, de manera que cualquier problema remite a lo personal y no al rol. Un ejemplo claro de cómo el rol determina grupos de identidad es el referente a los distintos estamentos profesionales de la casa. En los inicios de nuestro funcionamiento, la estructura de turnos se realizaba por roles profesionales: había un turno de guardias para los técnicos superiores, un turno de ATS, y monitores y T.Os y Auxiliares y celadores hacían el mismo turno pero divididos en dos grupos; los turnos se confeccionaban contando tipo de personal, en cuanto partíamos de unas ciertas diferencias de status basadas en la contratación. Este sistema supuso una serie de problemas que tenían como protagonistas los distintos grupos profesionales; había problemas con los ATS, con los monitores, con los técnicos, etc. Posteriormente cambiamos de sistema de turnos y de distribución de personal, planteamos hacer grupos de confianza y ahora la problemática no hace casi nunca referencia a grupos profesionales. La identidad, actualmente, se juega más en la pertenencia a uno u otro de los equipos de trabajo de la casa (tres equipos, cada uno de los cuales atiende un área y que incluyen variados estamentos profesionales) y, en muchas ocasiones se ha tratado de

una identidad alcanzada por oposición estableciéndose una dinámica de ataque-fuga entre los distintos subgrupos de trabajo. Este tema de la identidad y su cuestionamiento en el grupo, ha producido en muchas ocasiones una posición de huida de la tarea grupal, que se puede hacer, bien ocupándose en tareas de pequeños grupos de trabajadores, bien estando en los espacios grupales sólo como presencia física no participando activamente, bien ocupándose en tareas de contactos con los ESMD. Esto determina lugares o roles que tienen más que ver con la dinámica grupal que con la ejercitación de roles de tarea, así, estaría el que se compromete con la tarea y el que la mira o huye de ella; el que cumple sus turnos y sus responsabilidades laborales y el que no lo hace; etc.

Todo ello nos introduce en una discusión mucho más amplia que, aunque parte de la problemática de los roles, va mucho más allá, entendiéndose los roles como lugares de identificación dentro de una dinámica grupal, o bien como lugares de función dentro de una estructura social; su análisis nos llevaría al análisis de la dinámica grupal y de la estructura social resultante.

V-3.- LA COMUNIDAD COMO UN ESPACIO EMOCIONANTE DONDE PODER VIVIR TUS EMOCIONES Y ACASO SER INVADIDO POR ELLAS

Definimos un lugar de trabajo donde la emoción está presente y puede motivar posiciones de huida. Tiene de positivo el reconocimiento de que el trabajador puede tener emociones y de que éstas pueden entorpecerlo; pero este mismo reconocimiento puede tener un efecto destructivo sobre el de modo que la expresión de la emoción sea utilizada como una forma de huida. Esto equivaldría a decir que el contenido emocional es tan alto que impide una posición de trabajo.

La invasión de lo emocional supone el contacto con un contenido tan intenso que momentáneamente invalide la capacidad de trabajo. Esto es posible por la flexibilidad de una estructura que permite el juego de lo emocional, y por el contacto con el objeto de trabajo, la psicosis en sus niveles más altos de desestructuración. También porque la comunicación es nuestra herramienta de trabajo y con ello la no disociación de lo emocional y lo intelectual.

A esta altura los elementos contratransferenciales que podemos discriminar en nuestra huida los determinamos a tres niveles: A un nivel neurótico, como miedo al paciente y tendencia a la huida. A un nivel psicopático, como una actuación, de elusión de la responsabilidad, abandono de tareas, incumplimiento de acuerdos etc... Y a un nivel psicótico como una respuestas de naturaleza autística o negadora del problema. Hay una historicidad en la toma de conciencia de la huida: al principio el discurso grupal se centra sobre los aspectos mas superficiales del problema: «los locos nos dan miedo», a lo que los locos responden dándonos miedo. La otra vertiente de esta situación es el sentimiento de impotencia de los trabajadores ante lo

terrorífico de la conducta psicótica: y el sentimiento de omnipotencia megalomaniaca de la destructividad del loco. Posteriormente son los aspectos mas psicopáticos de los trabajadores los que están mas en primer plano. Ponemos mas el acento en la normativa, en los límites, en la adscripción a los pacientes de una normativa rígida, que pusiera coto a la locura. Lo que supone que los trabajadores nos arrogamos la capacidad de adjudicarle roles a los pacientes, también a los compañeros menos psicopáticos, la normativa se impone como algo externo, no surge de una posición reflexiva sobre la desestructuración, desorganización etc., mas que un acuerdo es una imposición con cierto aire de castigo. Esto puede responder a haber proyectado sobre los pacientes la necesidad de poner límites a lo insoportable de la situación. A la inversa los pacientes estarían proyectando sobre los trabajadores su necesidad de control sádico de su conducta. Mas tarde el grupo de trabajadores introyecta esta cuestión hablando de la necesidad de poner límites a nuestro funcionamiento grupal de transgresión.

La transgresión de los límites de horarios, turnos, etc.. tiene que ver con la actuación de la huida. Se huye del compromiso y la responsabilidad de tratar con los locos. La huida va seguida de un ataque a la reflexión (fracaso y boicot a los grupos de reflexión sobre los fenómenos grupales, de análisis de la contratransferencia etc) como una representación de la dificultad en asumir posiciones de implicación y compromiso. Simultáneamente se busca una Ley rígida, sádica, controladora de horarios, que se deposita sobre la figura del coordinador, manifestándose como un par de Necesidad-Temor y de Dependencia-Independencia. Una de las características de este momento de predominio de la Actuación Psicopática grupal es la adjudicación de Roles al otro. Donde se intenta controlar en el otro la sensación de caos y descontrol de uno. (necesidad de control sádico del otro pero no de mí). El movimiento de adjudicación de roles se plantea tanto para los pacientes como para el coordinador, al que se le da el rol de controlador el incumplimiento grupal. Este «asume» dicha posición de control como una estrategia de actuación del fantasma dirigido a la toma de conciencia por el grupo de su movimiento psicopático, en un intento de desestabilizar el sistema utilizando su mismo tipo de funcionamiento. El grupo reacciona de forma crítica a esta posición y el discurso respecto al control de los pacientes se hace mucho mas reflexivo. Es el momento en que la llave de la cocina esta en manos de los pacientes y en la asamblea se debate sobre las dificultades, e implicaciones personales, del que tiene la llave. El ataque fundamental a la Ley que se instaura en todo momento es al compromiso grupal de funcionamiento en Equipo, y dicho ataque se expresa como una huida de la reunión del equipo.

La reparación de este acuerdo empieza a fraguarse actualmente, se comienza a producirse tras una situación en que el coordinador propone la opción de reunirse todos los trabajadores para acordar una nueva Ley versus echar a

los que atacan el consenso grupal, o dimitir el, por no consecución de las posibilidades de consenso. El grupo opta por reunirse y comenzar un discurso grupal que al principio toma una forma muy confusa. El discurso grupal se hace disgregado, incoherente con fantasías catastróficas, momentos paranoides etc.. siendo especialmente intenso este clima tras una votación en que el coordinador pide unanimidad, y nos quedamos sin acuerdo de trabajo de ninguna especie y sin coordinador. En una solución de compromiso nos dimos tres meses de plazo para llegar a un acuerdo. En este tiempo los trabajadores logran permanecer juntos en los espacios grupales pero la incomunicación sigue expresándose a su nivel mas profundo y psicótico.

VI. AMPLIACIÓN DEL CONTEXTO DE INTERVENCIÓN COMO INTENTO DE CUIDAR EL PROCESO TERAPÉUTICO DE LOS CLIENTES.

VI.0-INTRODUCCIÓN: Por la misma naturaleza de los procesos psicóticos los vínculos que mantienen estos pacientes suelen ser poco tolerantes a las frustraciones; dando esta intolerancia una fragilidad típica a las relaciones. Por lo que una posición de trabajo que parte del objetivo de mantener la terapia de los pacientes mas graves que existen dentro de una provincia, necesita obligadamente hacer una reflexión y estar atenta sobre la técnica para mantener, o iniciar esos procesos. Mas aun sabiendo que la particularidad de la demanda típica en torno a estas dificultades suele partir de una negación de la necesidad de ayuda del paciente reconocido. El sesgo que le da al problema el planteamiento, propio de la asistencia publica, de la atención a las necesidades de un territorio geográfico y no de unos clientes que nos llegan con su demanda de ayuda; plantea una profunda modificación de la técnica y de la ideología adecuadas a esta tarea; dado que las técnicas habituales, mas o menos hijas del psicoanálisis, han partido y se han desarrollado desde el posicionamiento del terapeuta en un gabinete donde la demanda llega individualizada y la respuesta tiende a darse en ese mismo nivel de individualización y aislamiento del resto de los elementos sociales que pueden intervenir en el problema.

Una de las diferencias mas notables cuando se atiende las necesidades de un territorio es que el paciente solo puede perderse por su traslado a otra zona, porque otro recurso se haga cargo de el, por su alta o por su muerte. Es decir la interrupción de un trabajo por parte del paciente no supone que el responsable de el pueda olvidar el caso y dedicarse a otro. Dado que el paciente sigue allí en el territorio que estamos contratados para atender. La interrupción del tratamiento nos replantea un problema mas grave: tendremos que revisar nuestras hipótesis sobre el caso y reformularlas, quizás tendremos que revisar la técnica de lo que se hizo con especial sentido critico, y tendremos que establecer una nueva estrategia de intervención sobre el caso; que venga a adaptarse a la nueva situación planteada. Con estas premisas nuestro discurso teórico y técnico ha ido desarrollando un interés

en la intervención en contextos cada vez mas amplios, implicando en la situación de tratamiento mas elementos, que están interviniendo en el mantenimiento de la situación patológica, y cuya modificación pudiera servir como continente mas adecuado al problema. Así nuestras acciones van desde el vínculo terapéutico individual con el paciente reconocido, al trabajo con los Equipos de Salud Mental de Distrito, o a la colaboración con los Servicios Sociales.

Por otra parte nuestro quehacer, al tratarse de un recurso de nueva creación se ha ido desarrollando desde la formación del equipo, la inclusión de pacientes y sus familias, la acción sobre los Equipos de Salud Mental, etc... creciendo como una mancha de aceite que trata de asegurar un paso con suficiente firmeza como para poder andar otro. Cada una de estas modificaciones hemos ido elaborándolas a través de crisis que nos han ido replanteando tanto nuestra organización interna, nuestras técnicas de trabajo, nuestra forma de distribuirlo, y nos ha ido enriqueciendo en el conocimiento de los fenómenos psicóticos y de los problemas que crea su tratamiento. Las peculiaridades de las dificultades de nuestra tarea nos ha enfrentado a la reflexión sobre cuestiones tan complejas y con implicaciones personales tan profundas como: que cosa es la identidad, la esencia ultima de la independencia, las normas, o sobre que hacer con la parte psicótica de la personalidad de los trabajadores en su implicación en las tareas.

VI.1 LA CONTINUIDAD DEL TRABAJO EN LA INTERRUPCIÓN DEL INGRESO: EL TRABAJO EN LA CASA DEL PACIENTE.

Nosotros trabajamos en régimen de ingreso voluntario, las puertas están permanentemente abiertas. Es frecuente que el paciente a los pocos días de estar ingresado haga una petición de irse. Trataremos de entender su pedido quizás como una huida del proceso de darse cuenta de su implicación personal en sus dificultades. Generalmente esta petición se plantea como un impulso irresistible e impermeable a la reflexión: el paciente insistirá en irse, y nosotros desaconsejaremos su ida, pero remarcaremos su libertad para irse si lo desea. La mayoría acaban yéndose. Nuestra posición de trabajo enfoca esta situación como un problema mas, y no acepta una interrupción del vínculo terapéutico. El trabajo con la Familia continua enfrentando esta negativa del paciente reconocido como el problema básico. Este trabajo, en el caso mas largo ha involucrado a la familia a lo largo de dos años, y al paciente en un proceso de terapia individual. La visita a la casa del paciente, que a optado por irse de la CT, para recordarle que nosotros continuamos dispuestos a atenderle, y esperamos su disponibilidad para retomar un intento de reflexión para aprender una mejor forma de vivir, esta incluida dentro de las ofertas posibles. Así en algunos casos parte de la terapia en régimen de egreso por inadaptabilidad del paciente a la situación de ingreso, ha transcurrido en la casa de los pacientes.

Estas actividades son posibles en la medida que nos ayudan en la consecución del objetivo básico de la CT: estructurar situaciones de tratamiento

psicoterapéutico para los pacientes psicóticos resistentes al tratamiento habitual, recabando tanto su participación en el tratamiento como la de su familia.

VI.2 DESDE EL PRIMER DISEÑO: TRASPASO DE LOS PROCESOS DE TERAPIA CON TRES MESES DE COTERAPIA. Ya desde el comienzo de la experiencia hacíamos el siguiente análisis de la situación del tratamiento de los pacientes mas graves.

1.- Generalmente sus ingresos son involuntarios con lo que significa esto de coacción al paciente.

2.- El alta no va seguida de un tratamiento ambulatorio en el ESMD. Primero porque dicho trabajo es voluntario, con lo que pasamos del coacción del paciente a recibir tratamiento, en un régimen de 24 horas diarias todos los días, a un régimen de libertad y de distanciamiento de los encuentros asistenciales. Segundo porque no existe unas relaciones UH-ESMD que permitan un paso gradual para el paciente de una atención a la otra. El tratamiento que consigue alguna eficacia en el ingreso no es explicado para que pueda ser adaptado y continuado en régimen ambulatorio.

3.- Que nos parecía un «derroche» instaurar vínculos terapéuticos, que por la naturaleza de la patología deberían durar años, y tras lograr una confianza suficiente como para garantizar una continuidad de asistencia tanto de la familia como del paciente reconocido, perder dicho impulso al llegar al alta por falta de comunicación con el ESMD.

Para resolver este problema nos planteamos que la continuidad de cuidados de la que parte la filosofía asistencial en estos casos supondría:

1.- Que antes del alta tuviéramos una sesión clínica con el ESMD donde le explicaríamos la situación del paciente y lo que estábamos haciendo con el.

2.- Dado que fenómenos tan sutiles como la transferencia, o la técnica de trabajo con la familia, o la confianza de la familia en sus terapeutas no es transferible. Pensamos establecer un tiempo de trabajo conjunto CT-ESMD que estimábamos en unos tres meses; donde trataríamos de:

2.1. Introducir en la terapia familiar un coterapeuta del ESMD, la terapia se haría en su espacio de trabajo. Con esto pretendíamos que la familia reconociera otro espacio de tratamiento y ganara confianza en otro profesional. Por otra parte el compañero integrado en la Sesión podría ver directamente la técnica de trabajo y hacerse cargo tanto del Objetivo terapéutico como de la línea de intervención.

2.2. Pasar el control Medicamentoso al Psiquiatra del ESMD. Este nos parecía el elemento mas fácilmente ejecutable y en el que el sistema asistencial actual cumple mas satisfactoriamente.

2.3. Pasar la terapia individual al ESMD. Este paso lo vimos mas difícil porque no es fácil introducir en una sesión de terapia individual a otro coterapeuta; y por que ya sabíamos de las pocas disponibilidades de

personal en los equipos con formación, ganas y tiempo para enfrentar estas tareas.

Este proyecto de cuidados continuados para estos pacientes solo ha podido ponerse en marcha en muy pocos casos. Y esto ha sido así debido a dos factores distintos:

A. No disponibilidad de los ESMD. Esta falta de disponibilidad se da tres niveles distintos. Por un lado por su falta de capacitación técnica para afrontar estos trabajos. De otro por su mala distribución de tiempo para ello, ya que están sobreocupados por la demanda de atención a la patología leve. Y por último por la tendencia a actuar la contratransferencia fóbica que se traduce en una actitud de huida del hacerse cargo de su atención.

B. Angustia ante el alta. Los pacientes y los trabajadores de la CT respondimos con una crisis angustiosa ante las primeras altas. Esta angustia tenía una parte basada en el miedo de que la mejoría obtenida en el ingreso no iba a ser mantenida en el ambiente familiar. La otra en el reconocimiento de la necesidad de atención tanto para el paciente como de las familias. Así como el comprobar que la asistencia por 24 horas diarias iba a entrar en otro modelo donde solo podría mantenerse durante dos o tres horas semanales, en los mejores casos. Teniendo en cuenta que las mejorías obtenidas habían sido sutiles, y que el grueso de la patología seguía en activo. Los trabajadores también estábamos atrapados de la necesidad de «quitarnos de encima» la presión transferencial-contratransferencial: derivándolos a otros recursos. Atendiendo todas estas cuestiones nuestra respuesta fue el desarrollo de intento de seguir cuidando los procesos de los pacientes tal como se nombra a continuación.

VI.3 EL GRUPO DE ALTA. Nos planteamos la necesidad de comenzar un trabajo grupal que desde el inicio del ingreso tuviera por objetivo el análisis de las angustias antes el alta. Tal trabajo se inicio semanalmente con hora y media de duración, con técnica psicodramática de formación de imagen.

VI.4 EL HOSPITAL DE DÍA. CONTINUIDAD DE LAS TERAPIAS TRAS EL ALTA. El siguiente desarrollo en función de la necesidad de cuidar el proceso terapéutico de nuestros clientes fue la puesta en marcha de un Hospital de Día. La idea era que el sistema de altas fuese gradual y adaptable a las circunstancias individuales de cada paciente. Así damos el alta del dormir en el recurso, y comenzamos una segunda fase de tratamiento en la que el paciente viene durante el día para continuar su asistencia a las actividades de la CT. Nos damos cuenta del vacío que supone para estos pacientes crónicos la vida cotidiana en sus casas, que resulta tanto un vacío de tareas como de vínculos, estando generalmente reducida sus relaciones a las que se producen dentro del seno familiar, que se suelen caracterizar por que el paciente tiene que soportar el peso de la imagen destruida que tienen de él. Así el Hospital de Día lo planteamos como que el paciente tuviera al

menos ocho horas diarias de relaciones que tuvieran un sentido sacador. El tiempo de estancia diario en la CT se adapto a cada caso y a cada momento, oscilando de un máximo de 14 horas diarias incluido los fines de Semanas; a una tres horas semanales.

No nos planteamos que el paso por el Hospital de Día fuera obligatorio pero si de su disponibilidad. Dentro de este sistema de interrupción del vínculo con el paciente de forma gradual incluimos la continuidad de sus procesos de terapia familiar, e individual en aquellos casos en que las dificultades del ESMD para hacerse cargo de ellas pusieran en peligro su continuidad.

En el grupo de trabajadores la simultaneidad de tener que enfrentarse a los procesos de alta, que en los primeros cinco pacientes se presento con el modelo de «cambio catastrófico» descrito por Bion, mas la creación del Hospital de Día, genero un proceso por contagio del mismo estilo de cambio. En tal crisis catastrófica oscilábamos en el sentimiento de culpa por «echar» a los pacientes, el miedo a ser invadidos de por vida por los vínculos de los pacientes mas graves, o la fantasía de estarlos cuidando excesivamente («Somos hermanitas de la caridad») no permitiéndoles desarrollar sus propias habilidades. Así nos planteamos poner en marcha sistemas obsesivos de límites del tiempo de estancia en la CT, etc... Parte de esta situación de cambio catastrófico fue evolucionando hacia una mayor comprensión de nuestros clientes y de su difícil situación, así como de las angustias de los padres que estaban obligados a la continuidad de mantener los vínculos con sus hijos. La mejoría que algunos pacientes pudieron desarrollar nos devolvió la confianza en nuestra tarea. Esta mejoría permitió que algunos pacientes iniciaran una lenta disminución del tiempo de estancia entre nosotros, y de la asistencia a otros recursos provinciales (URA).

Actualmente hemos puesto en marcha una actividad grupal específica para estos pacientes, que casi todos se van de la CT a las 6 de la tarde, antes del llamado grupo de cierre, para que ellos puedan ahí tener un espacio de reflexión sobre sus problemas.

Aunque solo llevamos un año con esta oferta en marcha, y no ha podido estar en el centro de nuestra atención organizativa, ya tenemos datos sobre su sentido, y el nivel de asuntos tratados. Creo que empezamos a estar en condiciones de pensar sobre la tarea con experiencia suficiente como para no mantenernos en el terreno de la pura especulación o la fantasía. En este tiempo hemos tratados a 37 paciente en régimen de ingreso, y dos mas en ambulatorio. La expectativa que nos hizo pensar en esta modalidad de relación entre el usuario y la CT como un lugar que le permitiera al paciente disponer del tiempo suficiente para hacer su evolución se ha mostrado cumplida. Nos damos cuenta que el ingreso permite, en el mejor de los casos, una reestructuración familiar, que se mantiene fácilmente, **mientras el paciente esta ingresado**, que resulta del trabajo familiar posible mientras que la CT esta haciéndose cargo del cuidado del paciente durante casi todo

el tiempo. Es como si la familia y el paciente aceptaran tratarse de otra manera mas sana, **en la medida en que existe una segregación del paciente de su familia**, mantenida por la situación de ingreso. Esta crea para el sistema una falsa mejoría, que para el paciente se podría formular: «me encuentro mejor por que ellos me cuidan, pero si salgo de aquí volveré a mi locura», y para la familia: «estamos mejor porque el no esta aquí». De este modo en el momento del alta tanto la familia como el paciente se enfrentan a la angustia de comprobar si el entendimiento que habían logrado se verifica en el trato continuado y cotidiano. Esta «prueba» frecuentemente se encara por todos con una aumento de los niveles habituales de ansiedad y desconfianza. De forma que es durante la fase de Hospital de Día donde los implicados van a comprobar si los vínculos desarrollados durante el proceso de terapia en el año de ingreso son estables. El resultado de esta fase puede ser tanto un agravamiento de la patología y una nueva situación de ingreso o una situación de crisis de la que se obtiene una franca mejoría.

VI.5 EL TRABAJO CON LOS ESMD.

1.- APLICACIÓN DEL ANÁLISIS SISTÉMICO A LA DEMANDA DE LOS ESMD. PATOLOGÍA DE LA DEMANDA Y LA NECESIDAD DE SU ABORDAJE.

La importancia para nuestra tarea del trabajo con el segundo nivel es básica si entendemos que estamos insertos en una cadena asistencial donde ellos suponen tanto el lugar desde donde nos llega el paciente, como el lugar a donde va. Nuestra eficacia sobre donde incidimos va a depender de su buen funcionamiento. Nuestro trabajo sobre el paciente y su familia puede ser continuado y cuidado por ellos, o puede verse roto, y por tanto básicamente perdido, si no existe dicha continuidad.

Esta otra estructura de trabajo con la que nos relacionamos seleccionará el tipo de pacientes que nos llegan, y nos llegaran con el tratamiento que ellos hayan podido desarrollar, así heredamos sus desaciertos y sus posibles logros. Dado la definición que hacemos de nuestros pacientes -resistentes al tratamiento- estos posibles logros han debido ser escasos. Por otra parte dependerá en gran medida de su capacidad de modificar el tratamiento lo que le dará una continuidad temporal a los posibles éxitos obtenidos por nosotros. Desde esta doble vertiente: como demandantes, y como continuadores; nos afecta su acción. Así debemos intentar incidir sobre su forma de trabajar con estos casos, para armonizar nuestra tarea en común y darle mayor sentido a nuestras intervenciones.

A.- Los ESMD como portadores de la demanda, el factor de disociación de la demanda. Los distintos contextos. Aportes sistémicos a la comprensión de la organización en salud mental y su funcionamiento. Problemas del enfoque. La aplicación de los análisis sistémicos a las estructuras sanitarias. Limitaciones y ventajas.

La aplicación de los conceptos de análisis ideados para una situación a otra diferentes son habituales en nuestra disciplina. De esta forma se aplica la conceptualización del psicoanálisis, esquemas teóricos desarrollados para la comprensión de los procesos psíquicos a nivel individual, a la comprensión de los fenómenos grupales, y a otras técnicas de terapia, dándole un segundo nombre: psicodrama psicoanalítico, etc... Esta aplicación está especialmente indicada cuando se trata de teorizar un nivel donde la conceptualización es inexistente o escasa, al tratar de analizar este nuevo objeto, o se desarrolla un esquema conceptual nuevo, o, lo que parece mas económico, hay que aplicar un modelo mas halla de su ámbito específico donde su eficacia está avalada por la practica. Este trasvase conceptual debe plantearse con especial rigor critico, porque las posibilidades de manipular los hechos con la teoría son mayores; y porque la confianza que da la aplicación de la teoría en otro contexto practico no significa que en el nuevo contexto tengan alguna utilidad. Esto pretende ser una puesta en situación que nos alerte para el intento de análisis que viene a continuación. En él aplicaremos las aportaciones teóricas de la T. Familiar sobre la demanda al intento de comprensión de nuestras relaciones con los ESMD, y para teorizar la difícil situación en la que comenzamos nuestra colaboración.

Partimos del análisis de la demanda como formada por tres elementos sin los cuales no existe: el sufrimiento, el reconocimiento del síntoma y la petición de intervención para resolverlo. La situación típica en la psicosis es que el sufrimiento y la petición de intervención estén asumidas por parte de la familia, la madre en general, mientras el portador del síntoma niega tanto el sufrimiento como la necesidad de ayuda. Esta particularidad de formulación de la demanda, ya de por sí, plantea la necesidad de una intervención familiar. La razón de por que esto es así es porque o uno habla con el sujeto que formula la demanda completa, con los tres elementos, en este caso la familia, o uno no puede intervenir, mas que forzando a otro. Este es el problema de la psiquiatría clásica, al establecer una alianza con la persona que hace la petición de intervención, excluyéndose simultáneamente de aceptarse a si misma como objeto de dicha intervención, el psiquiatra se ve abocado al uso de la violencia -aunque sea legal- para forzar al reconocido por los otros, pero no por él mismo, como necesitado de tratamiento, a recibir dicho tratamiento que el no reconoce necesitar.

Pero en nuestro medio la cuestión se complica: la petición de intervención viene expresada por el ESMD, y en algunas ocasiones también se hacen cargo del dolor. En estos casos, y atendiendo el tema con la máxima adecuación a la forma de presentarse deberíamos intervenir conjuntamente sobre el ESMD y el paciente, o su familia completa. Sería una cuestión de estrategia aceptar de principio la alianza con el ESMD. Pero, posteriormente, deberíamos plantear alguna devolución que permitiera al ESMD modificar o elaborar su forma de encarar ese caso, y posiblemente todos los demás. Este enfoque, que habla de la necesidad de tratar a parte de los recursos

sanitarios simultáneamente que se trata al paciente o a su familia, nos plantea toda una serie de cuestiones estratégicas y morales.

Cuando un miembro de una familia pide cita para que traten a otro de su familia esta reconociendo a un terapeuta como tal, y le está invitando a la intervención en una situación donde el está obviamente implicado (de lo contrario no llamaría). Aunque su implicación sea para él mas o menos obscura y su deseo, según dice literalmente, es que el tratamiento lo reciba otro, dejando de lado su propia implicación en el asunto. Es equiparable esta situación a la que se da cuando un ESMD nos pide angustiosamente que ingresemos a un paciente? O lo que es lo mismo: ¿es la posición de trabajadores de salud mental tal que libera de los sutiles enredos de las estructuras simbióticas propias de las situaciones psicóticas? Para mi mismo y mis compañeros de la CT hace tiempo que soy muy consciente de ello, continuamente señalo la posibilidad de disociarnos de las situaciones, cuando estamos profundamente implicados, y de la necesidad de incluirnos (esta insistencia crea una fuerte resistencia entre algunos de mis compañeros, pues dicen que no vienen al trabajo a recibir terapia).

Aunque valga la misma comprensión estructural de las implicaciones en el mantenimiento de la situación (es decir que se le pueda aplicar el pensamiento circular a la situación; lo que es tanto como tratar de desvelar que cosa hace el ESMD para mantener la situación de cronicidad de sus pacientes. Y habla de la necesidad de que la intervención terapéutica no mantenga una alianza continuada con el ESMD que silencie ese asunto). ¿Que tipo de argucia técnica permite esa posible actuación?. El lugar del terapeuta familiar esta claramente definido como un rol aparte de la familia a la que se le suma transitoriamente. Nuestra situación con los ESMD no es esa, y al llegar el momento del alta de la CT se invierte el proceso, siendo los trabajadores de la CT los demandantes de atención para el paciente al resto de los recursos sanitarios.

Así, a la contra de la situación familiar, somos iguales a los ESMD y fácilmente puede invertirse la relación demandante-demandado. Estamos definiendo una estructura totalmente distinta, donde el equipo CT y el ESMD, son iguales y mantienen una misma posibilidad de implicación en el trato con la familia y el psicótico. Los personajes de esta tragedia son sociales, hemos enfocado un contexto mas amplio que el familiar, donde estaríamos a su vez incluidos nosotros como parte interesada. De alguna manera nos encontramos en la posición del terapeuta familiar que quisiera intervenir sobre su propia familia, o hacerle terapia. Tenemos entendido que existe una escuela estadounidense que procede de esta forma en la formación. Las características de la nueva situación son: Una implicación mucho mayor al estar interviniendo sobre un grupo de pertenencia propia (el de los trabajadores de la salud mental) Una posición de igualdad con respecto a una de las partes sobre la que se pretende intervenir. Lo que supone admitirnos también como posible sujeto de la intervención de los

compañeros. Y un contexto de intervención muy amplio en el que los sujetos son sociales: el ESMD, la familia del psicótico crónico, el equipo de la CT.

A pesar de todas las profundas implicaciones de lo antes dicho ¿merece la pena el intento de esa intervención? A mi juicio no intentarlo seria una grave persistencia en una alianza, la de los trabajadores de la salud mental, para la actuación de la contratransferencia. Seria jugar a mantenernos ciegos o impotentes delante de un hecho: el de que la cronificación es no solo el resultado de la evolución personal, y familiar, sino también el resultado de recibir un tipo de tratamiento.

B.- ¿Como plantear técnicamente esa intervención sobre los iguales?

En definitiva nos planteamos que:

1. Nuestra tarea en este campo tendría que ir en el sentido de generar una demanda por parte de los ESMD.
2. Esta tendría que implicar una posición de trabajo conjunto entre el ESMD y la CT.
3. Este nos permitiría incidir sobre las pautas de trabajo del ESMD sobre los psicóticos

2.- METODOLOGÍA DEL ABORDAJE A LOS ESMD.

2.1 Generar la demanda.

2.2 ¿Como y quien atiende a cada paciente? Analizar la respuesta del ESMD a la locura. Tomar en consideración:

2.2,1 Descoordinación de los esfuerzos. ¿Como es la comunicación en el ESMD? (Subgrupos, personal excluido etc...)

2.2,2 Estar atentos a la falta de posible implicación de los mas cualificados. ¿Alguno de ellos son asistidos por el psicólogo?

2.2,3 Psiquiatrización de la atención. Exceso de protagonismo y poder del Psiquiatra. Importancia del Diagnostico y insistencia en el Tratamiento Farmacológico.

2.2,4 Falta de Objetivos y Tareas Claras para el personal.

2.3 Comienzo de modificación del trabajo del ESMD. El trabajo por Objetivos. (Dinámica de los logros posibles frente al inmovilismo del diagnostico). Este trabajo presupone:

2-3,1 Determinar con que trabajador tiene mejor relación cada paciente.

2.3,2 Establecer parejas de trabajadores que asuman la Entrevista Para Determinar Los Objetivos a cada paciente. (Implicar a todo el equipo con independencia de contratación administrativa).

2.3,3 Determinar que Necesidad cree el ESMD que seria prioritaria satisfacer del paciente (Es decir aquella que con menos esfuerzo

obtuviera mas cambios en su conducta patológica, de forma que disminuyera sus áreas de conflicto).

2.3,4 Establecer una entrevista con el paciente en la que, a través de las preguntas hipocráticas, se establezca una escucha de las necesidades del Loco (atención a las particularidades del lenguaje psicótico).

2.3,5 Encontrar y formular al paciente un Objetivo que satisfaga suficientemente ambas necesidades (las determinadas por los trabajadores y la expresada por el Loco).

2.3,6 Determinar la capacidad de Insight del paciente.

2.3,7 Valorar la situación familiar y sus posibilidades de cooperación en el tratamiento. ¿Que ayuda puede ofrecer la familia al paciente en su intento de cumplir su objetivo? ¿Puede ser el objetivo personal del paciente asumido por la familia? ¿Puede la familia perseguir otro objetivo pero que sea coherente con el del paciente? Organizar el Sistema Terapéutico Familiar.

2.6 Supervisar con el Equipo la determinación de los Objetivos.

2.7 Grupalar la asistencia en función de objetivos comunes.

3.- DATOS DE LA PRACTICA CON EL ESMD DE CARMONA

En el momento actual el trabajo con el ESMD tiene dos frentes:

1.- El trabajo con los pacientes psicóticos activos resistentes al tratamiento. Con ellos hemos iniciado un análisis de sus demandas, para poner en marcha programas de tratamiento adaptados a sus necesidades y

2.- El trabajo con pacientes psicóticos de primer contacto con el Equipo. El Objetivo en este frente es dar una respuesta global que evite que el paciente entre en un circuito de cronicidad. Para ello nos planteamos usar los mismos esquemas de trabajo que en los casos crónicos, con la diferencia del ritmo de intervenciones que se plantea muy intenso, diario, cuando se entiende que existe una situación de crisis, donde el objetivo es evitar el ingreso.

METODOLOGÍA.

Para abordar el primero de los objetivos, hemos comenzado un proceso de estudio teórico con la totalidad del ESMD. Y posteriormente supervisamos sus actividades en esta línea. Se trata de obtener una categorización que permita dar una respuesta adaptada a cada caso y en función de las posibilidades y capacitación del equipo.

Para conseguir el segundo objetivo se elaboro un Plan de Atención a Primeros Brotes entre el Dr. Girón y un compañero del ESMD, que intenta igualmente dar una respuesta global y adaptada a las necesidades, protocolizando las intervenciones e implicando a todo el equipo en este trabajo.

En un contexto mas amplio existe un tercer objetivo implícito, que implica tanto la dinámica, como la fantasmática grupal del ESMD, y su concienciación siempre que obstruya la tarea.

CONTENIDOS.

La reformulación de su demanda la planteo en los siguientes términos; aceptando formar un grupo de terapia pero indicando la necesidad de un trabajo previo con el total de los pacientes identificados como pertenecientes a este grupo. Dicho trabajo implicaría ponerles objetivos terapéuticos a los pacientes, y sobre estos objetivos se indicaría la posibilidad de trabajar en grupo. Así los pacientes irían remitidos a un grupo para ayudarles a conseguir un determinado objetivo pactado previamente con ellos. El hecho de no entrar en la discusión de si es lo mas adecuado que el posible grupo de terapia lo vayamos a llevar juntos o no, me parece improcedente por:

1.- Para que tal tarea llegue a efecto pasará mas de un año. Y en ese tiempo tanto mi criterio de lo que es conveniente como el suyo pueden haber variado mucho. Quizás la experiencia de trabajo durante este tiempo nos permita encontrar una colaboración sobre ese asunto mas clara (supervisión o discusión del grupo).

2.- Pero al no cuestionar su pedido gano confianza en la relación, se plantea una colaboración mas estrecha, que me interesa cuidar. Trato de mantener una actitud de no frustrar el deseo de trabajar juntos, sino el de profundizar en como se estructura.

Aceptada esta propuesta por el equipo empezamos un trabajo sobre los objetivos y como ponerlos. Comenzamos sobre la totalidad del equipo, cada paciente tenía una pareja de trabajadores que iniciarían una entrevista de 20 minutos. En ella tratarían de fijar el objetivo de trabajo, determinar la capacidad de Insight y posteriormente determinar el grado de colaboración familiar.

En las primeras sesiones el doctor Sebastián Girón les puso al corriente del tema de los objetivos. A lo largo de las sesiones hemos ido tratando una serie de dificultades que tendrían que ver con la adaptación de los distintos roles profesionales al trabajo en equipo, y a la tarea a la que se enfrentan: El cuidado de los pacientes psicóticos, que por su resistencia al tratamiento, mantienen una patología activa continuamente. Dichas dificultades se ven implementadas por las características personales de los implicados. Así como por las dificultades de comunicación entre ellos. Al principio de la experiencia las dificultades de comunicación dentro del ESMD estuvieron mas en primer plano, y aunque, como es lógico, es un tema recurrente en nuestro trabajo, con el tiempo ha ido ganando matices. Así, de los primeros planteamientos en torno al poder dentro del equipo, hemos pasado a plantearnos cuestiones como:

1.- La responsabilidad individual versus responsabilidad de equipo. El trabajo en equipo siempre plantea difíciles situaciones con respecto a la asunción de responsabilidades. Mientras en un modelo médico, el psiquiatra se hace cargo de toda la responsabilidad del tratamiento, quedando en segundo plano las responsabilidades, y por tanto las capacidades del resto; en un modelo de trabajo en equipo la responsabilidad es mas de todos, igual que se trata de aprovechar las capacidades de todos en la atención a las tareas. La ambigüedad que plantea esta dilución de la responsabilidad, o el hecho de ser compartida; así como la falta de una figura legal que la defina, y las angustias que crea pasar de un modelo a otro; ocuparon una parte de nuestro trabajo.

2.- El reconocimiento de las habilidades en el trabajo, y por tanto la posibilidad de aceptar responsabilidades. Esta necesidad de reconocimiento se planteo tanto a nivel personal, en el sentido de sentirse confiado y capaz en el manejo de sus habilidades, como a nivel de equipo, al que se le pide que refrende y respete el uso de esas habilidades.

3.- La necesidad de mantener un cuidado, por parte del equipo, del trabajador que asume una tarea. Este cuidado se ha ido planteando como una ayuda que puede recibir cada trabajador, en el proceso de digestión de las ansiedades de las que se ha echo cargo en su trato con el paciente. El desarrollo de esta actitud ha trascendido el programa de atención a los psicóticos, adaptándola el equipo a su reunión diaria de evaluación de la recepción de nuevos casos.

Con respecto al trabajo con los pacientes estamos ahora supervisando las primeras entrevista para poner objetivos, en ellas trazamos líneas de trabajo terapéutico con los pacientes. Y desvelamos las implicaciones contratransferenciales que anulan su posible eficacia como trabajadores. (Por ejemplo en una sesión trabajamos la angustia del Equipo, y de los entrevistadores, delante de los deseos sexuales sádicos y exhibicionistas de un paciente por su madre). Al procurar no entrar en disociación trabajamos simultáneamente, las ansiedades del Equipo, su estructura relacional, y la de sus pacientes dando pie, por un lado a una reorganización interior de Equipo, y de otra a una mejoría y aprendizaje de habilidades técnicas. El equipo parece estar satisfecho del trabajo que realizamos. Así mezclamos en nuestras intervenciones hipótesis dinámica del paciente, hipótesis de la dinámica familiar, señalamientos personales de actitudes del entrevistador, emergentes grupales defensivos, y señalamientos de la estructura grupal cuando esta obviamente se convierte en un obstáculo para la tarea. La conciencia de estos cinco niveles de dificultad, no parece aumentar la confusión del Equipo sino que creemos que va estimulando mayores niveles de operatividad. La posibilidad de negar la implicación emocional del equipo supondría establecer una alianza contratransferencial para que ella sea actuada. En ocasiones se hace muy notable la instrumentalización

del caso que hace el equipo para poner delante nuestra sus propias dificultades en relación con la tarea.

Una vez concluida la presente fase de poner objetivos a nivel individual, entraríamos en la revisión de todas las familias para tratar que colaboren en la consecución del objetivo del paciente reconocido. En la medida de lo posible trataremos de que las intervenciones familiares se hagan con una concepción sistémica de la técnica.

Se nos hace cada día mas claro que el largo alcance de la tarea que hemos empezado, que supone la profunda modificación de las actividades de un equipo completo con respecto a su forma de tratar a la locura requiere mucho tiempo, no solo en horas de reunión. (El programa de crónicos llevo dos horas cada quince días, a las que hay que sumarles las de primeros brotes, dos horas mensuales, un día tuve cuatro horas de trabajo con este equipo). También requiere tiempo para la comprensión profunda y la incorporación de la técnica. Entiendo que con un equipo bien dispuesto a este trabajo, esto puede durar algunos años (entre dos y tres).

BIBLIOGRAFIA

- ALANEN, YRJO O. (1988) *Extracto de los resultados obtenidos dentro del proyecto nacional sobre esquizofrenia en Finlandia*, documento entregado por el S.A.S. (Servicio Andaluz de Salud).
- ANZIEU, D. (1978) *El grupo y el inconsciente*, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid.
- BION, W.R. (1979) *Experiencia en Grupo*, Ed. Paidós, 5ª Ed. Buenos Aires.
- BLEGER, J. (1984) *Simbiosis y ambigüedad*, Ed. Paidós, Buenos Aires.
- COLETTI, M. *Información no publicada*, extraída de Seminario de Formación celebrado en Sevilla, 1993.
- GARCÍA BADARACCO, Jorge E.; (1990) *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*, Ed. Tecnipublicaciones, S.A., Madrid.
- GRINBERG, L.; SOR, D. y TABAK DE BIANCHEDI, E. (1972) *Introducción a las ideas de Bion*, Ed. Nueva Visión, SAIC, Buenos Aires.
- HINSHELWOOD, Bob. «Dinámica social y síntomas individuales», publicado en *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, Monografía nº 1 «COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y/O TERAPIA DE LA COMUNIDAD», 1991.
- LIDZ, T.; FLECK, S. y CORNELISON, R. (1965) *Schizophrenia and the family*, International University Press, New York.
- MAIN, T. «El concepto de Comunidad Terapéutica: Variaciones y vicisitudes», publicado en *Boletín de la Sociedad Española de Psicoterapia y Técnicas de Grupo*, Monografía nº 1 «COMUNIDAD TERAPÉUTICA Y/O TERAPIA DE LA COMUNIDAD», 1991.
- MAXWELL, J. (1962) *Psiquiatría social*, Ed. Escuela, Buenos Aires.

«EL TRATAMIENTO DEL GRUPO FAMILIAR EN LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS. LINEAS DE ACTUACION DESDE LOS MODELOS PSICODINAMICOS Y SISTEMICOS»

por Miguel Garrido Fernández

RESUMEN

En el presente artículo pretendemos crear un ámbito de diálogo acerca de la importancia creciente de la inclusión del núcleo familiar en el trabajo psicoterapéutico que se viene realizando en las CCTT.

Para facilitar dicha puesta en común, hemos realizado una revisión de los inicios de la Terapia de Familia con pacientes psicóticos partiendo de los primeros intentos realizados desde el Psicoanálisis. Posteriormente, recogemos algunas experiencias que se han realizado en cinco Comunidades Terapéuticas (Gradiva y DITEM en Buenos Aires, Austen Riggs y Berkshire Medical Center en Massachusetts, USA y «Oskar Pfister» en Madrid), que han optado por tratar desde diferentes perspectivas el tema de la familia real en el proceso terapéutico o el trabajo con la familia «fantasmática» o bien proponiendo una «familia artificial», necesitamos datos para poder probar las ventajas e inconvenientes de cada forma diferente de trabajar en el campo de la psicosis.

No cabe duda de que las aportaciones de los modelos sistémicos desde los años cincuenta han venido a completar las primeras aportaciones psicoanalíticas. Hoy día, el grupo familiar se está convirtiendo en el núcleo principal del trabajo terapéutico. Esta modalidad de trabajo no está exenta de dificultades técnicas, pero parece por las experiencias realizadas, que su inclusión agiliza y favorece la mejor integración del paciente a su núcleo real de vida, aspecto éste de vital relevancia en casos de cierta gravedad psicopatológica.

1. EL ESTUDIO FREUDIANO DE LA FAMILIA Y SU CONCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO.

La familia fue el foco de estudio para Freud desde los de sus investigaciones. La descripción del Complejo de Edipo (1900) es la más destacada aportación freudiana para la comprensión de la dinámica familiar. Podríamos decir, sin peligro de exageraciones, que el Autoanálisis de Freud acerca de su propia configuración familiar, inicia lo que será todo el movimiento de estudio y tratamiento de la familia que se imparte actualmente en muchos institutos, se trabaja como aspecto clave para la formación, el estudio de lo que se denomina: FOT (Familia de Origen del Terapeuta), aspecto éste que supone una vuelta a los inicios tras una primera «ola sistémica» muy necesitada de hacer de este enfoque algo diferencial y único.

También podemos decir que Freud dará un giro copernicano a la concepción de la enfermedad mental. Su concepción interpersonal del proceso neurótico, su énfasis en la expresión metafórica del síntoma (Cancrini, L. 1991), la primera teoría traumática del enfermar y su posterior concepción fantasmática y estructural (F.-Villamarzo, P. 1989), son muestras de que la salud-enfermedad está principalmente sustentada en la específica dinámica familiar que se crea entorno a cada persona. Así pues, debemos a S. Freud nuestro conocimiento acerca de la dinámica inconsciente que subyace bajo la estructura manifiesta en la familia.

Hay autores que destacan el intento del propio Freud de realizar Terapia de Familia cuando trata el caso del pequeño Hans (1909) a través de las conversaciones con el padre de éste. Sin embargo, también es cierto que Freud focalizó sus escritos hacia el tratamiento individual. La familia giraba alrededor del paciente más como un «fantasma» que como un objeto de estudio y tratamiento por sí misma.

En algunas otras obras de Freud encontramos algunos apuntes de cierta consideración con respecto al papel de la familia en el desarrollo de las neurosis. Así por ejemplo, en 1909 escribió el prólogo a la obra de O. Rank, «El mito del nacimiento del héroe», en la que creará una de las expresiones más ricas en el campo de atención a familias: «la novela familiar». Los neuróticos, con frecuencia inventan y fantasean una familia muy distinta a la que vivieron como forma de hacerse cargo de los sentimientos dolorosos por los que pasaron muy tempranamente. Los neuróticos que fueron rechazados por sus padres, reemplazan en su fantasía esta historia por una historia más romántica, que incluso se puede presentar como si el paciente fuera descendiente de alguna familia de la realeza.

En otra obra de 1913, «Dos mentiras infantiles», Freud nos ofrece unos apuntes muy claros sobre la importancia de las mentiras que frecuentemente dicen los adultos a los niños y cómo éstos imitan a sus mayores.

En 1919, escribe una obra, «Pegan a un niño», en la que discute los tres estadios de las fantasías de ser golpeadas en las niñas. En esta misma obra trata también de las fantasías que tienen los niños que son golpeados por su padre. Desde la educación familiar esta obra y las anteriores serán hitos importantes en el papel del psicoanálisis posterior como método preventivo.

Como nos recuerda Grotjahn (1960, 22), entre 1919 y 1936 no encontramos contribuciones a la literatura psicoanalítica que se refieran a investigaciones sobre la familia. solamente cabe destacar la obra de J. C. Flügel, «Estudio Psicoanalítico de la Familia», escrita en 1929, aunque la obra no describe específicamente la dinámica familiar.

Quizás el hito más importante en el estudio de la familia desde el campo psicoanalítico se produjo en 1936, con la celebración del noveno Congreso Internacional en Nyon (Suiza), en el que el tema elegido fue: «La neurosis en la familia y la familia de los neuróticos». A partir de este congreso comenzaron

a aparecer materiales de investigación psicoanalítica con miembros de parejas en análisis o de diferentes miembros de una misma familia. Cabe destacar los trabajos de R. Laforegue, Leuba, Glover, Menninger, Oberndorf, entre otros.

A fin de cuentas, lo que se plantea en estos trabajos son las complicaciones de los análisis de un sólo miembro de la pareja o de una familia. De todos es conocido que los cambios que produce el psicoanálisis afectan de manera notable a la vida de pareja y a la familia. La necesidad de realizar análisis simultáneos o como en el caso de jóvenes psicóticos, la intromisión de la familia en los progresos del paciente, hicieron cada vez con mayor urgencia, que los psicoanalistas se plantearan la posibilidad de cambiar las técnicas tradicionales (Mittelman, 1948; Martin and Bird, 1956).

2. LA INCLUSIÓN DE LA FAMILIA EN LOS TRATAMIENTOS PSICOANALÍTICOS.

La necesidad creciente de tratamiento para los pacientes psicóticos, a los que el mismo Freud descartaba en un principio como candidatos para el tratamiento clásico, hizo que muy tempranamente algunos psicoanalistas pensaran y comenzaran a estudiar las alternativas técnicas para estos casos. Así por ejemplo, se consideran las aportaciones de S. Ferenczi y K. Abraham como pioneras para el estudio y tratamiento de las psicosis. Tras los primeros intentos de tratamiento de parejas y la inclusión de la familia en los casos de psicóticos, se llega a los años cincuenta en los que ya de lleno se empieza a tomar en consideración la importancia del estudio y abordaje de la familia. En esta línea, H. S. Sullivan investigando clínicamente el desarrollo de la personalidad del niño a partir del tipo de relaciones interfamiliares que le acompañan, sienta las verdaderas bases dinámicas sobre las que se habría de apoyar en el futuro todo tipo de terapia familiar. (F.-Villamarzo, P. 1986, 158).

Son numerosos los autores que han contribuido al estudio de la importancia de la familia en la génesis de la enfermedad mental. Entre ellos están los estudios de Frieda Fromm-Reichmann (1948) acerca de la madre esquizofrénica; los estudios de M. Mahler (1958), sobre la ligadura simbiótica entre madre y niño; así como los estudios de Anna Freud y D. Burlingham (1943) sobre los niños sin familia. Sin embargo, podemos considerar que el verdadero salto desde los estudios de la familia a la inclusión de ésta en el tratamiento de los pacientes vino posteriormente y que en este sentido, el libro de Nathan Ackerman, «The Psychodynamic of Family Life: Diagnosis and Treatment» (1958) marcará un hito importante en el estudio y tratamiento de la familia como núcleo principal. Ackerman trata de diferenciar la psicoterapia individual de la psicoterapia de la familia. Propone que el tratamiento sea directo y no indirecto como hasta el momento se había realizado. En esta misma línea la aportación de O. Pollak en su obra «Integrating Sociological and Psychological Concepts» (1956), nos dirá que el ambiente social de una persona es una combinación de los problemas intrapsíquicos de muchas otras personas y que los problemas psíquicos de una persona influyen en el ambiente social de los otros.

John Rosen (1953) fue uno de los pioneros en el tratamiento familiar de esquizofrénicos. Su técnica del «Análisis Directo» fue un intento de acercamiento al complicado mundo simbólico de estos pacientes. En realidad lo que hace Rosen es recrear y dramatizar la familia primaria original en el marco terapéutico. El terapeuta en el Análisis Directo representa los antecedentes de la familia donde la psicosis se originó y en la que debe ser curada.

Posteriormente **Carl Whitaker (1958)**, trabajó con éxito con treinta parejas casadas y empezó a ver que todos los problemas psiquiátricos eran en gran medida, problemas familiares. Whitaker y su equipo empezaron a darse cuenta de que las interpretaciones podían ser incluso más profundas en el marco familiar que en el de las sesiones individuales. La observación más sorprendente de los trabajos de Whitaker, en opinión de Grotjahn, fue la clara distancia emocional entre ambos padres de esquizofrénicos.

Este autor nos da algunas razones por las que comenzó tempranamente a trabajar con familias:

«Uno de mis colegas conjeturó la razón de que yo renunciara a hacer terapia individual. Dijo que yo estaba aburrido de los individuos, ¡y tenía razón! En cambio, la relación de pareja a pareja permitía una interacción mucho mayor, mucha más vida, ¡muchas más diversiones! Pronto tomamos conciencia de que el goce de la terapia por el terapeuta era tan constructivo como su competencia técnica para el insight. Es como si el placer que tienen los padres como padres se convirtieran en el alimento que hace crecer a los hijos.» (Whitaker, C. 1992, 40-41)

También destaca el autor lo que le condujo al contexto familiar, fue una serie de fracasos terapéuticos con esquizofrénicos graves. «Obtuvimos excelentes resultados, pero muchas veces, después de que el paciente saliera de sus psicosis y estuviera en camino hacia lo que nosotros considerábamos una buena madurez, intervenía la familia y destruía nuestros esfuerzos terapéuticos. Esta pauta nos acercó cada vez más a la decisión de empezar con la familia.» (p.41)

Parece ser que esta experiencia se repetía en la mayoría de los psicoanalistas esforzados por tratar a pacientes psicóticos (Stierling, H., 1979, 9). El proceso que atravesó Carl Whitaker le lleva a escribir en sus «Meditaciones nocturnas de un terapeuta de familia», «no creo en las personas, creo en las familias».

Otro de los autores que de forma significativa contribuyó al desarrollo de la psicoterapia analítica de la familia, fue sin duda M. Bowen. Este autor permitió dar el salto de la familia al individuo aunando los conceptos del psicoanálisis individual a las aportaciones de las teorías sistémicas. Bowen cree que el dilema fundamental del crecimiento humano está en la individuación dentro del núcleo familiar. La diferenciación del sí mismo sólo es posible dentro del sistema familiar. como dice Andolfi, M. en el prólogo al libro de Bowen, «el hecho de centrar el estudio de la familia en el individuo y en su proceso de diferenciación permite a Bowen superar la dicotomía entre lo individual y lo relacional, exagerada a menudo por muchos terapeutas dedicados al trabajo con familias.»

Bowen cree que la teoría individual fue elaborada según el modelo médico basado en los conceptos de etiología, en el diagnóstico de la patología del paciente y en la terapia de la enfermedad del individuo. A la familia se le daba una importancia secundaria. Insiste en que cualquier profesional que observe a una familia completa apreciará que aparecen fenómenos que escapan a la observación del paciente individualmente.

Bowen opina que los analistas han hecho aportaciones de suma importancia para la comprensión de la enfermedad mental, sobre todo el verla como el resultado de las relaciones distorsionadas con los demás y por otro lado, el descubrimiento y la conceptualización de la relación terapéutica que desde entonces se ha convertido en un modelo de tratamiento. Sin embargo, cree que uno de los errores de Freud fue «que trató la enfermedad funcional mucho tiempo antes de que se hubiese creado el concepto de una enfermedad carente de etiología estructural.» (Bowen, M. 1991, 175).

Otros como **Lyman Wynne (1961)**, desarrolló el concepto de «pseudomutualidad» para explicar la ruptura que se produce en el ámbito de las familias esquizofrénicas y las posteriores soluciones que mantienen el vínculo patológico.

Tras estos pioneros trabajos desde una línea psicoanalítica, se sumaron casi simultáneamente los trabajos realizados desde la Teoría de la Comunicación, fundamentalmente focalizados en la hipótesis del Doble Vínculo (G. Bateson, Don Jackson, J. Haley y J. Weakland, 1956).

No siendo el motivo de esta exposición el estudio en profundidad de la historia de la terapia de familia, solamente queremos destacar que desde tempranamente las teorías sobre la familia se fueron introduciendo a gran velocidad en el campo de los tratamientos psicóticos y el tratamiento familiar empezó a aplicarse en las CCTT, primero de forma indirecta y posteriormente cada vez de forma más directa.

A continuación realizaremos un breve recorrido por cinco Comunidades Terapéuticas con las que tuve contacto ya fuera como socio-fundador o como profesor invitado durante el período que va desde los años de 1987 a 1992.

3. COMUNIDADES TERAPÉUTICAS EN LAS QUE SE TRABAJA PREFERENCIALMENTE CON LA FAMILIA «FANTASMÁTICA».

3.1 Comunidad Terapéutica «Oskar Pfister».

En la Comunidad Terapéutica fundada por el profesor Pedro F.-Villamarzo, participé como socio-fundador durante los dos primeros años de su recorrido institucional. Como psicólogo de guardia en dicha Comunidad tuve la oportunidad de conocer - por primera vez en mi formación profesional - la vida de esta excelente y bien coordinada experiencia situada en el bello paraje de la sierra madrileña. Dos son los rasgos que a mi entender diferencian la Comunidad O. Pfister de otras experiencias similares. En primer lugar, **la larga y concienzuda formación de su personal**, tanto psiquiatras como psicólogos, en-

fermeras y del propio personal auxiliar. en esta línea, la coherencia teórica freudiana es un logro en la misma. El equipo de la Comunidad no nació con ella, sino que la misma nació tras la convivencia profesional y académica de los participantes. Este rasgo, a mi entender, ofrece un ámbito de rigurosidad que no es fácilmente apreciable en otras experiencias.

El segundo rasgo a destacar en esta experiencia se refiere a la **opción preferente que se realiza en ella por el tratamiento individual** como pilar básico para la curación. Todas las demás variantes de tratamiento están al servicio del análisis individual. creo que la Comunidad «Pfister» es la que pone mayor énfasis en la primacía del análisis individual de corte freudiano. esto al menos dicen los estatutos de su fundación, pues también es cierto que los Grupos Analíticos han ido cobrando gran relevancia en la vida de esta Comunidad. De todas formas, sí podríamos decir que se presta más atención al trabajo fantasmático que a los aspectos de «reinserción social o trabajo comunitario. En este sentido, se hace énfasis en que es una «Clínica-Residencia de Psicoterapia Analítica» en régimen de Comunidad Terapéutica, es decir parece que no hay dudas de que lo de Comunidad es un elemento contenedor del proceso personal, muchas veces ya iniciado fuera de la Comunidad.

Las condiciones específicas y la especialización de dicha Comunidad en los tratamientos analíticos hace que la admisión de pacientes esté condicionada por un cierto grado de autonomía de los mismos. Por lo que he observado en cuanto al tipo de pacientes en distintas experiencias, creo que en la Comunidad Pfister, el número de pacientes con cierta autonomía era mayor que en otras experiencias. Al ser pacientes de clase media-alta, como suele ocurrir también en la Clínica DITEM, que dirige el profesor García Badaracco, y también en Austen Riggs, uno nota que los niveles de desadaptación social no son tan acentuados como por ejemplo ocurría en la Clínica Gradiva en la que se admitían muchos pacientes desde los servicios municipales o en el Berkshire Medical Center que se mueve a los niveles de un hospital general de una comarca.

En esta línea, se podría decir que cada Comunidad Terapéutica crea su propia filosofía social y trabaja con determinadas capas de la población. El grupo de O. Pfister llevaba ya casi quince años de práctica psicoanalítica privada atendiendo a pacientes de clase media-alta en régimen de tratamientos bastante ortodoxos si tomamos como referencia las líneas de la API. Es pues, coherente que la CT se creara como un servicio más dentro de la dinámica usual de trabajo ante la necesidad de contar con apoyo comunitario para el tratamiento de las neurosis graves y de las psicosis.

Con respecto al tema que nos ocupa en la exposición, **el tratamiento de la familia**, en la Comunidad O. Pfister, se optó desde sus inicios por tratar a la «familia internalizada» y «crear una familia alternativa en la vida de la propia comunidad». Entiendo que, al menos durante los dos primeros años de su andadura, en esta Comunidad, la familia real tenía contacto con el ingresado. En la mayoría de los casos los familiares costeaban el tratamiento de sus hijos

y acudían a la Clínica o a los Consultorios Asociados para ser informados de la evolución y la preparación del alta o si ocurría algún incidente especial. Como se dice en el folleto informativo de la Comunidad de reciente publicación, «Reuniones periódicas de evaluación con cada residente y sus respectivas familias».

Esta experiencia, pues, apuesta por el trabajo con la familia internalizada, con la hipótesis de que de esta forma, el contexto externo cambiará y será el paciente quien decida que relaciones mantendrá con sus familiares en un futuro. En mi opinión, esta opción es una apuesta epistemológica como las que veremos a continuación.

Esta opción puede tener ciertas ventajas sobre otras diferentes. En primer lugar, el individuo puede salir más enriquecido, en cuanto que el trabajo individual se lleva gran parte del esfuerzo técnico, dentro y fuera de la clínica. En ciertos casos, en los que las relaciones familiares están muy deterioradas, tal vez no quede más remedio que optar por la acentuación del tratamiento individual. Bien es cierto, que para algunos casos, la lucha con los fantasmas internos es la única salida tras otros intentos fundamentados en la realidad «externa». También es cierto que el trabajo realizado en la Clínica Pfister no es solamente «fantasmático», pues las reuniones de realidad, los talleres, el psicodrama, actividades culturales, por ejemplo, llevan a los pacientes a actualizar el trabajo interno familiar en la nueva familia transitoria que constituye la Comunidad. Sin embargo, la concepción teórica subyacente que mantiene el trabajo de la clínica, es que mientras no cambie la «realidad psíquica internalizada» no tiene mucho sentido pasar a la realidad externa familiar.

La vivencia de la Experiencia Emocional Correctora dentro del contexto de la Comunidad es la que fortifica al paciente para trabajar con su familia externa.

Desde el día de ingreso, en la primera entrevista que mantiene el director y el subdirector médico con el paciente y su familia, se está aceptando la definición del paciente identificado que trae la familia. Es el paciente el que va ser ingresado y la familia en la mayoría de los casos costeará el tratamiento. Esto ocurre en la mayoría de las experiencias que he revisado, exceptuando algunas en las que a veces pueden ser ingresados varios miembros de la misma familia.

Lo que me parece interesante es que desde un punto de vista teórico se funciona con el modelo tradicional médico y psicoanalítico en los que se entiende que el paciente es «la víctima del sistema familiar». Creo que el realizar de esta forma las admisiones es posible que se produzca cierta culpabilización profesional de la propia familia, a la que se le deja el papel de «sostenedor económico de su propio daño». Seguramente en la propia comunidad O. Pfister esto no sea siempre así, pero por mi experiencia, el grado de participación directa de la familia es muy reducido en comparación con otras experiencias. Quizás en un futuro podamos contar con datos sobre las ventajas de trabajar con mayor acentuación en el mundo internalizado del paciente identificado. Creo que el reto merece la pena someterse a prueba.

3.2 El Austen Riggs Center. Una Comunidad Terapéutica Psicoanalítica.

Esta es una de las Comunidades Psicoanalíticas de mayor renombre mundial, tanto por su larga andadura como por el número de prestigiosos analistas, médicos y expertos en psicología social que han pasado por ella.

En el mes de noviembre del pasado año, realizaba una estancia de tres meses en el Berkshire Medical Center (Family Centre), que dirige el Profesor C. Sluzki. Hacia ya varios años que había oído hablar de esta experiencia, pero no sabía que estaba tan cerca del lugar elegido para mi programa de Fellowship. En el Estado de Massachusetts, en la zona de los Berkshires, que tiene uno de los otoños más hermosos del país, está situada en un pequeño pueblo, Stockbridge, la Clínica Austen Riggs. Lo primero que llama la atención es que tan renombrada institución se encuentre en un pueblecito de no más de tres mil habitantes. El entorno no puede ser más acogedor, aunque también es cierto que el invierno en esta parte del país es bastante duro. El pueblo impresiona por la belleza de sus tiendas y por la finura de su construcción arquitectónica, arónicamente entronizada con el paisaje. Siendo un pueblo pequeño el nivel de vida es muy alto. No por casualidad su calle principal, en la que está situada Austen Riggs, ha sido llamada la calle más hermosa de América. El número y calidad de hoteles y restaurantes, junto con la biblioteca y el museo Rockwell, son una muestra de la calidad de la situación geográfica de la clínica.

Todo el mundo intelectual y profesional de Boston y New York conoce la Clínica de Austen Riggs y aunque está a cierta distancia de ambas ciudades (aproximadamente 300 km) se nutre de pacientes de ambos estados y de profesionales de todo el país y del extranjero que acuden a realizar su formación.

Actualmente el director de Austen Riggs es el Dr. Edward R. Shapiro y podemos decir que la historia de la Comunidad está llena de cambios en cuanto a la concepción de la curación. Sin embargo, por lo que pudimos observar y por las revisiones bibliográficas, queda claro que el énfasis en cuanto al tratamiento familiar en Riggs está puesto en la familia internalizada y la externalización de ésta en la gran variedad de grupos que se dan durante las internaciones.

La última obra del Dr. Shapiro (1991), «Lost in familiar places», aborda el tema de la familia desde la vivencia individual de los pacientes. Llama la atención que en la bibliografía citada en esta obra no aparezca ni un sólo nombre de los autores que desde los años cincuenta han realizado grandes aportaciones a la Terapia de Familia. Es como si desde el Psicoanálisis se continuara negando la existencia de una gran cantidad de estudios de reconocido rigor con respecto a un tema que tiene especial relevancia para los tratamientos en las CCTT Psicoanalíticas.

En el apartado dedicado a la Psicoterapia en el «Libro Naranja» de la Comunidad, se dice textualmente:

«Nuestros terapeutas en el marco y con nuestras concepciones emplean una forma de psicoterapia definida por la dirección de un terapeuta psicoanalítico

como «el uso profesional de una relación interpersonal para promover el cambio». Esta terapia se fundamenta en los principios del psicoanálisis, sobre el conocimiento del terapeuta del inconsciente de la relación interpersonal. **El proceso psicoterapéutico es un ejemplo especial de la relación interpersonal uno-a-uno que se cree se da en los encuentros humanos.**» (Las negritas son nuestras).

Dos son los recursos terapéuticos básicos que utilizan en Riggs: el análisis individual y un gran número de grupos, que podríamos denominar psicosociales y administrativos. En Austen Riggs se hace especial hincapié en el valor de la organización social de la Comunidad, por este motivo la mayoría de las actividades se centran en múltiples reuniones de subgrupos, tanto para los profesionales como para los pacientes juntos o separados. El papel de la familia no se nombra para nada en el informe, solamente los incluyen en el apartado de posibles visitas a la comunidad. En esta línea, Austen Riggs, coincide con la Comunidad Pfister en que el tratamiento familiar es eminentemente el de la «familia internalizada del paciente». Como diferencia entre ambas comunidades está el mayor énfasis puesto en Riggs en la implicación comunitaria de los pacientes, tanto dentro como fuera de la Comunidad. Generalmente los pacientes pasan seis horas semanales en subgrupos y comisiones, seis horas en actividades por ellos seleccionadas, cinco en trabajos comunales y otras cinco en las sesiones de terapia, además del tiempo que pueden emplear en los talleres o actividades recreativas. Como puede apreciarse la distribución del tiempo ejemplifica perfectamente los dos hitos del tratamiento en Riggs.

Esa burocracia excesiva que impresiona al leer las normas de funcionamiento de Riggs, que ya han criticado varios autores (Barquin S. P. y García T. L. 1989, 11), es una realidad desde el momento en que uno mismo se pierde en el sinnúmero de actividades que tiene la clínica. Sin embargo, creo que desde el punto de vista de lo que originalmente fueron las CCTT puedo decir que ésta es de las que lleva más lejos la educación democrática y la vida comunitaria en el funcionamiento diario.

3.3 Dos Comunidades Terapéuticas Psicoanalíticas en Buenos Aires: DITEM y Gradiva.

3.3.1 Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar, DITEM.

Esta comunidad está situada en una de las zonas más agradables del gran Buenos Aires, en la que viven muchos de los psicoanalistas de la ciudad. La clínica está dirigida por el Dr. Profesor Jorge García Badaracco y cuenta con casi treinta años de existencia y una larga tradición tanto a nivel del estado argentino como en el exterior. El profesor Badaracco, fue presidente de la Asociación Psicoanalítica Argentina durante cuatro años, y hoy sigue conservando un papel muy importante en dicha Asociación. Su preparación psiquiátrica y su continuado interés por adaptar las nuevas aportaciones

científicas para la mejora de la enfermedad mental es una de sus banderas a lo largo de su recorrido profesional.

La primera impresión que produce la visita a la Clínica «DITEM» (Dispensario para la Investigación y Tratamiento de las Enfermedades Mentales) es la de que se trata más de una Clínica que de una Comunidad Terapéutica, al menos como idealmente ha sido conceptualizada por los grandes teóricos de este movimiento. Sin embargo, en cuanto uno va adentrándose en la vida diaria de la Comunidad empieza a sentir que existe una vida grupal muy rica y que el papel de los enfermos y familiares es primordial en la organización y vida de la comunidad. La preparación y diversidad del personal técnico de clínica es de muy alto nivel. Todas las actividades están dirigidas por personas de una larga formación psicoanalítica además de la respectiva especialización en su campo de estudio (musicoterapia, terapia de familia, terapia ocupacional, farmacoterapia, entre otros).

Las dos comunidades argentinas de las que vamos a hablar tienen en común la inclusión de la familia real en el tratamiento de la enfermedad mental.

En la Comunidad del Profesor Badaracco, encontramos una importancia relativa del análisis individual. La mayor parte de los pacientes tenían ya análisis personal antes de ser ingresados en la clínica o lo inician en ella; pero en la filosofía de la misma, no es un requisito imprescindible pasar por el análisis individual. Parece que la Comunidad está concebida para favorecer el proceso terapéutico, que se entiende puede darse en cualquiera de los contextos terapéuticos utilizados: tratamiento farmacológico, musicoterapia, expresión corporal, terapia grupal, terapia del grupo familiar y terapia multifamiliar.

En la clínica DITEM, se ha conseguido una interesante imbricación de los principios psicoanalíticos con las aportaciones de la terapia de familia:

«Nosotros por nuestra parte pensamos que es necesario tener muy presentes que todos estos aportes deben estar supeditados al concepto de proceso terapéutico para que pueda dar coherencia y sentido a la integración de los variados recursos terapéuticos.» (García Badaracco, J.E. 1990, 37)

La idea de un proyecto terapéutico es la clave del funcionamiento de la clínica. Proyecto, que puede surgir en el contacto diario de la Comunidad o más tarde, cuando el paciente ya sale de ella. En líneas generales, aún siendo psicoanalistas la mayor parte del personal técnico, el intento se centra en aprovechar el contexto comunitario de la Clínica para que el paciente inicie un proyecto terapéutico, donde ciertamente el análisis individual puede ser la técnica reina.

«La terapia individual está integrado dentro de la Comunidad (matriz terapéutica) constituyendo el nivel de máxima integración desde el punto de vista del insight. El análisis individual se va desprendiendo de

la Comunidad y generalmente continua como terapia única cuando el paciente ha alcanzado niveles de integración y/o suficientes como para hacer posible una convivencia social constructiva.» (p.47).

La CT funciona como una familia sustitutiva o transicional durante el proceso terapéutico. La idea de generar un ambiente de seguridad en el que poder contener y tratar las ansiedades más primarias es clave para entender el papel de la comunidad.

Con respecto a la familia real del paciente la opción que se realizó en la Clínica DITEM es bien clara: «La familia real del paciente tendrá que incluirse en la Comunidad para que pueda acompañar el proceso, hacer los cambios necesarios y realizar a su vez su propio proceso terapéutico familiar, en tanto que la observación muestra que la carencia de recursos y/oicos de los hijos, generadores de su indensión frente a los conflictos y demandas vitales, es la consecuencia de las propias carencias de los padres, condicionadas por las respectivas historias familiares.» (p.48).

A fin de cuentas, el proceso que realiza tanto el paciente como su familia es un proceso psicoanalítico, lo que ciertamente varía es la técnica. Como solíamos decir en algunas de las discusiones tras los grupos multifamiliares, pasamos del «diván al círculo» o del excesivo centramiento «divanístico» al esfuerzo por comprender a la «psicosis ambulante», aprovechando cualquier momento de la vida en comunidad para entrar en ese ya, de por sí, complicado mundo que se da en la enfermedad más grave.

«En este contexto el psicoanálisis de diván se reubica dentro de la totalidad como un momento particular y deja de ser entonces una situación centrípeta y única en relación a otras posibilidades de lo psicoanalítico. En estas condiciones los criterios de analizabilidad cambian totalmente.» (p.77).

Dos, son pues, las innovaciones y los rasgos característicos de la clínica que dirige Badaracco. Por una parte la familia se incluye dentro del proceso terapéutico como algo real, no sólo se trabaja con la fantasía del paciente, sino que también con las relaciones interpersonales de éste con su núcleo familiar. En mi opinión, esta postura indica una apertura a cambios epistemológicos que se vienen produciendo desde los años cincuenta. No por casualidad, en Argentina, la Terapia de Familia cobró un desarrollo muy pronunciado y grandes figuras de este especial abordaje terapéutico son argentinos: S. Minuchin, C. Sluzki, E. Pichón-Riviere, entre otros.

A este aspecto novedoso para las CCTT, por los años tempranos en que se implementó, hay que sumar el Tratamiento Multifamiliar, que quizás da más relevancia y especificidad al trabajo terapéutico que se realiza en DITEM. Estos grupos suelen ser muy numerosos, pues en ocasiones podríamos encontrarlos en la sala entre 60 y 90 personas.

Las familias ayudadas por el continente de la CT tendrán que aprender a tolerar las regresiones y favorecer las progresiones o avances de los

pacientes. Es muy real pensar que la mayoría de los pacientes, una vez que salgan de la clínica, van a necesitar la ayuda y apoyo de sus familias. De esta forma, Badaracco, recalca que el redesarrollo no es sólo para el paciente, sino para éste y todo su núcleo familiar, por ésto es imprescindible contar con la familia siempre que sea posible.

Como nos explica de forma tan acertada el Dr. Badaracco, lo que la familia junto con los médicos, no soportan es que el paciente «esté a mitad de camino, que es lo que ocurre generalmente». Al participar los familiares en el proceso terapéutico del paciente, frecuentemente aparecen las partes enfermas de la propia familia, tomando conciencia de una forma u otra que también necesitan ayuda.

Por mi experiencia en la Comunidad puedo afirmar que las vivencias de los pacientes con las familias presentes ejercen un papel primordial en el cambio terapéutico.

La asistencia a uno de los Grupos Multifamiliares que de forma tan interesante dirige Badaracco, es una experiencia que para mí, concretamente, marcó el salto desde una concepción excesivamente individualista de la enfermedad mental a una visión más comunitaria y compartida. Ver a una madre que en un grupo de unos treinta pacientes con sus respectivos familiares, puede decir a su hijo: «que ella también se equivocó y que lo importante es que ahora todos queremos cambiar las cosas», es tal vez, un buen signo de los intentos reparadores. Quizás esta fórmula, así vivida, en el «aquí y ahora», pueda evitar muchos sufrimientos a la familia y al paciente, que en no pocas ocasiones se estanca en la «venganza fantasmática» de la que por desgracia muchas veces es víctima él mismo.

Los grupos multifamiliares, que generalmente se dan los Jueves por la tarde en la clínica DITEM, han conseguido formar a lo largo de muchos años, toda una cultura específica. El liderazgo del Dr. Badaracco, es vivido como una presencia reaseguradora. El está en el grupo con una actitud de apertura y espera que cualquier miembro de la clínica, pacientes o familiares abra la sesión con sus comentarios o interrogantes. El clima es de espontaneidad y el resto del personal técnico en este grupo, ejerce un papel de arropaje muy importante, pues cada uno de ellos conoce al paciente o a la familia desde distintas perspectivas mutuamente enriquecedoras.

El grupo multifamiliar es la expresión máxima de Comunidad. Todos comparten el interés por la mejora de las relaciones. Me impresionó ver cómo las familias colaboraban con el tratamiento y a la vez trabajaban con las partes de ellos mismos que estaban puestas en los pacientes identificados o en la propia institución. Creo que esta forma de trabajar puede «socializar» la dañada vida de pacientes muy graves, pero sobre todo, puede acelerar el proceso de reparación intrafamiliar sin estar eternamente luchando con «fantasmas internalizados». Uno tenía la impresión de que muchos pacientes se veían cuestionados al observar que «los malos de la película» también

tenían sus dificultades y que eran de carne y hueso. El «Narcisismo Familiar» es cosa de todos, las víctimas y los supuestos agresores, se van implicados en el proceso circular del que todos forman parte.

La tendencia que se produjo en los primeros tratamientos psicoanalíticos de un excesivo trabajo individualizado con la familia internalizada, pudo conducir a una cierta culpabilización y la correspondiente identificación del analista con su analizado. De esta forma, creo que muchos psicoanalistas, aunque no lo verbalicen, toman al paciente como «su hijo real que ha de ser defendido de unos padres tan peligrosos». Esto, que puede llegar a ser cierto, no evitaba continuar en el movimiento «esquizo-paranoide» de «buenos-malos». Al incluir a la familia en el tratamiento cuestionamos la identificación del paciente como «chivo emisario» de la novela familiar y se puede tratar ésta desde la realidad.

Quizás uno de los aspectos más interesantes que mejora la relación terapéutica del paciente psicótico, según Badaracco, sea el evitar la reacción terapéutica negativa, que en muchas ocasiones se encuentra bajo la inesperada complicidad de los miembros del sistema familiar.

Los compañeros de Uribe Costa (Ayerra, J.M. y Trigales, I., 1991, 129-134), ya han destacado algunas de las ventajas de la utilización del grupo multifamiliar en un hospital de día y describieron con detalle algunos de sus más destacados aspectos técnicos.

En resumen, La Clínica DITEM utiliza a la familia real como parte de la creación de un proceso terapéutico, que a fin de cuentas es lo más importante para la futura mejora de las relaciones del paciente. También destacar que las diferentes técnicas terapéuticas están en plano de igualdad, en cuanto que lo destacable es la cultura psicoanalítica que las envuelve, siendo simplemente variantes técnicas, más que procesos diferentes.

3.3.2 La Comunidad Terapéutica «gradiva» (Buenos Aires)

Esta Comunidad está formada por dos sectores independientes, uno dedicado al tratamiento intensivo en internación de las adicciones (Casa Joven) que cuenta con un programa muy amplio para el tratamiento y la reinserción social de los pacientes, y otro dedicado al tratamiento de la enfermedad mental, preferentemente de las psicosis.

La Comunidad «Casa Joven» emplea el tratamiento de la familia real y los grupos multifamiliares. En general, Las CCTT de Adictos desde sus inicios, han sido más partidarias de la inclusión de la familia real en el tratamiento. En Gradiva, el personal tiene formación psicoanalítica y sistémica, aunque sus miembros no pertenecen a la Asociación Psicoanalítica Argentina, sino que forman parte del Círculo Freudiano y provienen de una formación más lacaniana.

Los codirectores de la CT dedicada al tratamiento de las psicosis eran en el año de 1989, el profesor dr. Alberto Yaría y el Dr. Miguel A. Bianuchi.

Tal vez la diferencia más acentuada entre la Comunidad Grativa y DITEM está en los matices sociales e ideológicos que parece les caracterizan. Parece que la Comunidad DITEM está más centrada en pacientes de nivel medio-alto, mientras que Grativa trata un espectro de pacientes más amplio, en muchas ocasiones esta comunidad recibe pacientes a través de Minoridad, que vendría a ser el Servicio Social para Menores en Buenos Aires.

La visita a la Comunidad Grativa me produjo una cierta desazón y me vino el recuerdo de nuestras instituciones psiquiátricas tradicionales. Tal vez, más por el aspecto interior del edificio, que por el tipo de trabajo que realizaba el personal. La Comunidad está situada en una importante calle de Buenos Aires, en la avenida Rivadavia, una de las más largas de la ciudad. El edificio por fuera no da signos de ser un hospital, sino que podría pasar por un caserón privado cualquiera. Sin embargo, en el interior el color crema de algunas paredes, el pulular de pacientes con aspecto desaliñado y la calidad del mobiliario, me produjo una impresión distinta a la que tuve en la clínica DITEM, en la que «todo estaba mejor puesto». Quizás la crisis que vivía por entonces el país se podía apreciar mejor en esta Comunidad que trataba a pacientes de diferentes clases sociales, más que en la clínica DITEM en la que los pacientes podían acudir de otros países iberoamericanos e incluso de España. Las diferencias sociales en las CCTT entiendo que puede ser motivo de profundización teórica. En el ámbito de la ciudad se hablaba de las Comunidades de «ricos y de pobres». Creo que utilizando recursos terapéuticos similares lo que varía es el tipo de población y personal de cada comunidad, así como la filosofía social del equipo.

A fin de cuentas, en ambas Comunidades se trabajaba con la psicosis y en ambas se incluye a la familia real en grupos pequeños y en las sesiones multifamiliares.

El profesor Alberto Yaría es doctor en psicología y enseña Psicología Evolutiva en la Universidad del Salvador de Buenos Aires, así como Psicopatología de la Edad Adulta y la Senectud en la Facultad de Humanidades de la Universidad de Belgrano. De la misma forma que el profesor Badaracco ha formado un extenso núcleo de colaboradores tanto en la Comunidad como en la APA, el profesor Yaría tiene un reconocido prestigio en el campo de tratamiento de las adicciones y cuenta con muchos colaboradores en dichas universidades y en el Círculo Freudiano.

La Comunidad de Grativa se denomina: «Comunidad Terapéutica de orientación psicoanalítica con aproximación familiar» (Yaría A. (1982, 11), cree que no «existe la psicosis, existe el psicótico y en éste -su existencia- es tal en virtud de un contexto intersubjetivo (llamémoslo en primera instancia familiar).

La institución en la demanda de atención es buscada por la familia con muy diversas motivaciones puede querer sancionar las depositaciones en forma más rígida, aislar a un miembro, etc. Pero, desde una cierta profundidad,

paciente y familia concurren como denotando una dualidad narcisística que en los juegos de espejo muestran la suspensión y la caída del orden simbólico. En esta línea, Yaría, viene a decir que no se trata de una familia con un psicótico, sino que es una familia psicótica con un delegado delirante.

Desde el momento que se incluye a toda la familia en el tratamiento, esto supone que se opera como un verdadero articulador simbólico.

Para el equipo de Grativa la eficacia de los tratamientos de los pacientes psicóticos dependen de dos factores primordiales de la accesibilidad del sistema familiar y de la posibilidad de los actores institucionales de poder analizar los conflictos transferenciales y contratransferenciales que se generan en ellos mismos frente a la psicosis (p. 156).

En el programa terapéutico institucional, la familia debe participar en tres niveles:

1. Terapia Familiar semanal.
2. Inclusión en microgrupos familiares, con otras familias de similares o parecidas características.
3. Asambleas multifamiliares, en donde todo el conjunto de pacientes y familiares con el personal técnico especializado, analizan distintos tópicos de la vida institucional.

En resumen, podemos decir que la Comunidad Grativa ha optado por trabajar al mismo tiempo con la familia internalizada y la familia real, tanto a niveles del grupo primario como en la interrelación de otros grupos familiares. Mi experiencia en los grupos multifamiliares en Grativa fue también muy rica, aunque bien es cierto que el grupo de DITEM tenía una cultura terapéutica más desarrollada a lo largo de su más dilatada experiencia. En mi opinión, el gran reto diferencial en Grativa es la atención de pacientes psicóticos con situaciones sociales muy complicadas, en las que las intervenciones terapéuticas se veían en ocasiones limitadas entre 'pobreza', psicosis y dinámica familiar es un factor que algunas instituciones no tratan por estar muy centradas en pacientes de clase media-alta.

3.4 Berkshire Medical Centre, Pittsfield, Massachusetts, USA.

En realidad el Berkshire no se podría denominar en sentido estricto una CT, ya que tiene rasgos más bien cercanos a lo que denominamos un hospital general. Sin embargo, cuando uno se integra en su funcionamiento, en el que los grupos y las asambleas son constantes y en el que la familia tiene un papel preponderante, podríamos decir que es una verdadera CT inmersa en un hospital general.

El departamento de Psiquiatría del Berkshire está dirigido por el profesor Dr. Carlos Sluzki. Desde que él se hizo cargo de dicho departamento, hace ya casi nueve años, la psiquiatría de este condado del Estado de Massachusetts, que tiene uno de los otoños más bellos del país, ha sufrido una transformación considerable.

El profesor Sluzki, es uno de los muy bien formados profesores argentinos que emigró a EEUU en los años sesenta. Como casi todos los argentinos formados en psiquiatría, sus primeros pasos fueron en Psicoanálisis y sus contactos con la APA dejaron en su estilo terapéutico un poso que aún hoy se puede apreciar. También es útil reconocer que como muchos psiquiatras argentinos de aquella época, vivieron la ilusión de la revolución psiquiátrica y tuvieron una formación intensa y muy especializada.

Su período norteamericano se vio muy enriquecido por su pertenencia a uno de los grupos de investigación en salud mental más reconocidos del mundo, el MRI de Palo Alto, del que fue director durante varios años. A esto hay que añadir su liderazgo y constante experiencia organizativa en el campo de la terapia familiar. Su presencia en las grandes reuniones mundiales sobre Terapia de Familia y la dirección durante años de una de las Revistas más prestigiosas (Family Process), son un buen signo de su papel en el estudio de las relaciones entre la enfermedad mental y la dinámica familiar.

Traemos la experiencia que se está desarrollando en el Berkshire Medical Center porque supone una forma distinta y a la vez complementaria de entender el funcionamiento de una CT en un Hospital General.

Lo que impresiona al visitar el servicio de Psiquiatría que dirige el profesor Sluzki, en primer lugar es que «de verdad, es un servicio sistémico». Digo esto, porque a veces las modas nos hacen usar etiquetas, sin que a la hora de la verdad correspondan al «producto que nos venden». En el Berkshire, desde la dirección hasta el servicio de secretaría forman un clima de acogida y reaseguramiento muy distinto a lo que estamos acostumbrados a ver en los hospitales tradicionales. La decoración y el mobiliario de las salas no tienen nada que envidiar a cualquier CT privada e incluso a cualquier hogar medio americano. Tanot es así, que las innovaciones en la construcción del espacio que realizó el Dr. Sluzki en el hospital, han sido reproducidas en otras áreas no psiquiátricas del mismo.

En el Berkshire existen tres servicios diferenciados: uno de externación, el Family Center, que es el servicio prototípico de las consultas externas y que está perfectamente coordinado con los otros dos. El Servicio de internación de puertas abiertas, el Jones II, en el que normalmente hay unos 20 pacientes y el que los ingresos medios son de aproximadamente un mes y, por último, el servicio Jones III, de puertas cerradas, en el que hay unas 12 camas para pacientes con episodios muy graves que requieren una atención muy especializada. Generalmente, los pacientes pueden pasar de uno a otro servicio por períodos determinados. Es frecuente que algún paciente ingrese en Jones III y que en cuanto mejora su contacto con la realidad pase a Jones II para trabajar en mayor profundidad en los grupos diarios.

En el servicio de psiquiatría del Berkshire se trabaja preferentemente con la Familia real del paciente, aunque lógicamente el mundo internalizado de los mismos está constantemente explicitándose en las relaciones que se establecen en la vida comunitaria.

El trabajo con las familias se lleva a cabo en dos modalidades preferentemente. Una con el grupo primario y uno o dos terapeutas, que en ocasiones trabajan con el espejo unidireccional. Y otra, en el trabajo grupal de los pacientes que son observados desde el otro lado del espejo por los familiares durante la primera fase de la sesión y en la segunda se invierten los papeles y los pacientes oyen los comentarios de los familiares. En esta etapa los pacientes pueden hacer preguntas a los familiares a través del teléfono que conecta ambas salas.

Quizás lo más destacable y diferencial con respecto a otras formas de incluir a las familias en el tratamiento está en la modalidad del «Reflecting Team» (Equipo de Reflejo) (Andersen T. 1987). Esta forma de trabajo supuso una innovación en el estilo tradicional de terapia familiar sistémica, en el que el equipo era «un poderoso reservorio de hipótesis». Sobre todo en los inicios - con la escuela de Milán - supusieron que un sistema poderoso como es la familia del esquizofrénico tenía que tener delante otro equipo igual o más poderoso. La utilización de las paradojas y contraparadojas llegaron a ser herramientas de uso frecuente en la terapia de familia. La innovación del Reflecting Team supone que el equipo entra en la sala o se apagan las luces de un lado de la sala de observación y se visualizan a los observadores y se les oye reflexionar sobre lo oído. Esto supone un cambio cualitativo de gran importancia. Los técnicos no tienen la verdad o una hipótesis certera sobre lo que ven a su alrededor, sino que reflexionan con el fin de ayudar a encontrar nuevas alternativas. El constructivismo como teoría científica sustenta este cambio en el tratamiento de la familia y la específica modalidad del Reflecting Team. Construir realidades es ofrecer alternativas a la familia y a la vez respetar su propio proceso de crecimiento. Lo que más me impresionó al observar cómo era incluida la familia en el Berkshire y la aplicación de esta forma de trabajo, fue el profundo respeto que me transmitía este estilo terapéutico.

Los terapeutas no tienen una teoría repleta de hipótesis muy bien cardinadas en sus sistemas, sino que son «verdaderos procesadores de información», que tratan de que los pacientes nunca detengan su propio proceso de «preguntarse». Siempre es el paciente el que busca las claves, claro está con la ayuda del grupo (Sluzki, C. 1983).

Algo que llama la atención en la organización del Berkshire es la cantidad de grupos terapéuticos que tienen los pacientes diariamente. Normalmente entre 5-6 grupos, desde el grupo general de las 8,30 de la mañana, hasta el family meeting, o el grupo de hombres-mujeres, autoafirmación o el grupo de música.

En comparación a las experiencias analizadas anteriormente, el servicio del Berkshire, destaca por su trabajo con «el aquí y ahora», dejando las interpretaciones en un segundo plano. El estilo sistémico de interpretación de la realidad supone que favorecer el proceso y la circularidad es la mejor forma de tratar la enfermedad mental. Esto se lleva a cabo de una forma muy eficaz, tanto entre los pacientes y sus familias como entre el personal del servicio.

La participación de las enfermeras y los trabajadores sociales en la unidad es un rasgo que merece la pena destacar, ya que en otras comunidades el trabajo terapéutico recae en exceso en los psiquiatras y psicólogos de las mismas. Al trabajar con el modelo sistémico, cada miembro del staff es un posible informador y su opinión es bien venida en cualquier contexto. A veces los grupos terapéuticos de la unidad son dirigidos por las enfermeras.

La fuerza de los grupos, unido al respeto por los procesos personales que cada paciente sigue con su terapeuta individual dentro o fuera del servicio, favorece un contexto de continua exploración.

La enseñanza en el Departamento de Psiquiatría del Berkshire está muy vinculada al modelo sistémico, ya que distintos miembros del staff imparten monográficos. La información es fluida y las divisiones de poder son funcionales y permiten un continuo diálogo interdisciplinar.

El uso del equipo de reflejo supone un continuo diálogo y meta-diálogo sobre lo que viven pacientes y personal del hospital.

El trabajo con el «aquí y ahora» y la no utilización de la interpretación parece que hace que los pacientes tiendan a no regresarse y favorezcan sus cualidades más adultas. Tras mi formación psicoanalítica y las visitas a distintas comunidades terapéuticas, me impresionó del modelo sistémico la creencia profunda en las capacidades del enfermo y su tendencia a no «infantilizarlo».

En los grupos multifamiliares ellos utilizan el espejo unidireccional a diferencia de como trabajan Badaracco y la Comunidad Gradiva. La familia se convierte en «un grupo de expertos que observan las interacciones de los pacientes y sus terapeutas». esto ocurre durante la primera etapa de la sesión, pues en la segunda, «los pacientes y sus terapeutas observan las interacciones y comentarios de los familiares y los terapeutas que les acompañan». Como pueden apreciar son distintos sistemas en interacción que pueden entrar en diálogo sobre los propios diálogos.

Es muy interesante ver cómo los pacientes «ven a sus familiares a través del espejo». En cierta medida es un «verlos a distancia», para poder acercarse a ellos poco a poco sin temor. También la familia puede hacer lo mismo, ya que observa a su hijo en interacción con otras personas y «hablando de cosas que nunca antes ayó decirles de esa forma».

En esta dinámica los técnicos se hacen más «personas», desde el momento en que comparten el espacio y están dentro del proceso interactivo. Al mismo tiempo que coordinan las sesiones, tratan de intervenir lo menos posible para que sean los propios pacientes y sus familiares los que construyan sus realidades.

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.

A continuación vamos a resumir algunas de las conclusiones fundamentales tras nuestra revisión bibliográfica y la observación de las cinco experiencias estudiadas en cuanto al tratamiento de la familia en las CCTT.

1. En la revisión bibliográfica realizada faltan datos empíricos de estudios rigurosos que demuestren las ventajas e inconvenientes de cada forma de tratamiento familiar seleccionado en las CCTT (Familia internalizada, Familia real y La Comunidad como familia).

2. La observación de cinco CCTT muestra una diferencia acentuada entre la concepción psicoanalítica del tratamiento de la familia en la Comunidad y otras experiencias que han tomado las aportaciones de la Teoría de la Comunicación y de la Terapia de Familia Sistémica.

3. La decisión de trabajar con la familia internalizada sin contar con la familia real del paciente psicótico en el tratamiento parece que depende más de criterios de «pureza ideológica» que de razones de eficacia o ineficacia técnica.

4. Las experiencias que han experimentado la inclusión de la familia del paciente psicótico al tratamiento en las CCTT hablan de una agilización del mismo, así como de la consecución de unos mejores niveles adaptativos del paciente tras la salida de la misma.

5. En muchas ocasiones la inclusión de la familia no es posible por la inexistencia de la misma o por el deterioro en las relaciones. Parece ser que también en los casos en los que el paciente es antes del tratamiento un adulto independiente, al menos sociolaboralmente hablando, puede ser más acertado trabajar con la familia internalizada y utilizar la «familia alternativa» de la Comunidad para conseguir una más rápida mejoría.

6. En los casos de pacientes psicóticos graves y en aquellos que por su edad tengan que convivir varios años con la familia parece que lo más útil es incluir tempranamente a la familia en el tratamiento.

7. La inclusión de la familia al tratamiento puede tener múltiples modalidades. En general, todas las Comunidades trabajan con la familia internalizada del paciente o con la «realidad psíquica del mismo». Algunas comunidades tratan a la familia como «microgrupo» y al conjunto de las familias de los pacientes en el «grupo multifamiliar». También pueden utilizarse las técnicas sistémicas para trabajar con la familia, empleando las grabaciones y el espejo unidireccional, sea a modo de «equipo de reflejo» o con otras modalidades sistémicas ampliamente desarrolladas.

8. Todas las Comunidades Terapéuticas observadas han desarrollado ampliamente la idea de «La Experiencia Emocional Correctora» (Alexander) para compensar las dificultades vividas por los pacientes en su núcleo familiar. Lo familiar en la CT se plasma en tratar de ofrecer a los pacientes y sus familiares una vida «lo más normalizada posible» para dar la oportunidad de contrastar sin temor las experiencias disfuncionales vividas y repetidas durante muchos años y de esta forma poder cambiarlas.

9. Los equipos terapéuticos de las distintas Comunidades forman una «Familia e Trabajo y Cuidado». Con organizaciones más o menos jerarquizadas en función de cada modelo, todas participan de la idea de que

los pacientes han de responsabilizarse de sus conductas en la vida comunitaria.

10. La integración de las aportaciones psicoanalíticas y sistémicas dentro de las CCTT es factible como han demostrado algunas de las experiencias analizadas.

Estas son algunas de las conclusiones que nos parecen más relevantes. El tema continúa abierto a múltiples reflexiones. Quizás una de las ventajas de la vida de las CCTT es la posibilidad de la investigación de formas variadas de tratamientos. En general, los profesionales que hemos tenido la oportunidad de formarnos en el trabajo Comunitario, destacamos la riqueza de los puntos de vista y el aprendizaje continuado que surge de estas experiencias.

No sin motivo solemos decir que una «CT se convierte en el mejor laboratorio psicosocial». La propia familia cuando es incluida en el tratamiento empieza a desdramatizar situaciones largamente dolorosas para todos sus miembros. La oferta de un contexto de reaseguramiento y de aprendizaje continuado es muy atractiva para todos. La novedad de encontrarse con un ámbito no persecutorio les inquieta al comienzo, pero poco a poco van notando que les atrae y el grado de participación aumenta.

Tal vez el hecho de incluir a las familias en los tratamientos de las CCTT ejerzan un efecto socializador de las mismas. Creo, como decíamos anteriormente, que el psicoanálisis clásico excluyó a la familia y colaboró a que se viera como «la mala de la película». Desde el momento en que se atiende al paciente individualmente se admite que «es su problema», o al menos se cargan las tintas sobre el paciente identificado.

Desde mi experiencia creo que merece la pena replantear el tema de la inclusión de la familia en el tratamiento desde una perspectiva más científica y menos cargada de defensas ideológicas de modelos en boga. El mismo Freud trató a familias y fracasó en algunos de sus tratamientos por no trabajar con la familia de los pacientes, como ocurrió en el caso Dora. El admitía las versiones de sus pacientes en un principio como ciertas, después se sintió engañado por sus neuróticos y finalmente aunó la realidad y la fantasía para tener una visión más completa de la propia enfermedad. Hoy día, el trabajo con la familia internalizada ha de completarse con el de la familia real para no seguir cometiendo los mismos errores.

El tema de la creación de una «familia sustituta» desde la Comunidad merece especial atención. Si bien es cierto que muchos de los pacientes psicóticos que ingresan en una Comunidad necesitan una familia distinta, también me parece peligroso que por sistema, los terapeutas se atribuyan las cualidades de una «familia ideal» que es «mejor que la que tuvo el paciente». Esta creencia puede estar muy distorsionada y además puede provocar que los pacientes se confundan en mayor grado cuando abandonen la comunidad. Además en no pocas ocasiones, los profesionales de las CCTT llegan a tener verdaderos problemas con sus familias reales por la excesiva dedicación que tienen a esa «familia sustitutiva que pretenden dar a los pacientes».

El tema de las regresiones en las Comunidades merecería unas jornadas monográficas. Si el personal favorece las regresiones se supone que el equipo tiene que convertirse en «una familia reparadora». Por las experiencias observadas creo que aún está en discusión si es mejor para el paciente psicótico la regresión profunda y la reparación o el trabajo con los aspectos de realidad que le ayuden a adaptarse de una forma más sana a su entorno. Cada una de las experiencias acentúa una u otra forma de trabajo, quizás sería interesante planificar investigaciones conjuntas que evaluaran las relaciones familiares tras la salida de las Comunidades en función de la aplicación de los diversos modelos técnicos.

Por último, destacar que la formación y entrega del personal de las CCTT que observé era en todos los casos muy alta. Parece ser que este tipo de experiencias requiere, además de una larga formación psicoterapéutica, una madurez sólida y unos deseos acentuados de ayuda a personas con «invalidez y conductas distorsionadas». No se si se podría decir que siempre «formaban una buena familia», pero no cabe duda de que sus estilos ayudaban a que los pacientes y sus familias empezaran a creer en un modelo de familia más sana del que recibieron. El análisis personal y el trabajo con la propia familia es quizás la mejor garantía para el ejercicio profesional en el ámbito de las CCTT.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, N. (1958). *The Psychodynamic of Family Life. Diagnosis and Treatment*, Basic Books, N.Y.
2. Andersen, T. (1987). «The Reflecting Team. Dialogue and Meta-Dialogue in Clinical Work», *Fam. Proc.*, Vol. 26, Dec.
3. Andolfi, M. y Zwelling I. (1985). *Dimensiones de la terapia familiar*, Paidós, Barcelona.
4. Austen Riggs Center. THE ORANGE BOOK. Community Philosophy Programs Organizations, and Rules. The Austen Riggs Center, Inc. January 1, 1986
5. Ayerra JM y Trigales, I (1991) «Grupos multifamiliares». *Boletín de la SEPTG, Monografía I*, 129-134.
6. Barquin Sanmartín P. y García Trigales, L. *La Comunidad Terapéutica. Revisión Histórica. Trabajo de investigación no publicado.*
7. Bateson G, Jackson D, Haley J, y Weakland J (1956) «Toward a Theory of Schizophrenia», *Behavioral Sc.*, 1, 251-264
8. Bauleo A. (1974). *Ideología, Grupo y Familia*. Folio Ediciones B. Aires
9. Bowen M. (1991). *De la familia al individuo. La diferenciación del si mismo en el sistema familiar*. Paidós, Barcelona.
10. Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres. La pareja revelada a si misma*. Paidós. Barcelona.
11. Cancrini, L. (1991). *La psicoterapia gramática y sintaxis*. Paidós. Barcelona.
12. Chasin R., Grunebaum H. y Herzig M. (editores) (1990) *One couple. Four Realities. Multiple Perspectives on couple Therapy*. The Guilford Press, N.Y. Cont. M. Garrido
13. De Dios Galocha V. y González Quintana MV. (1991). «Dinámica comunitaria y psicoterapia de grupo en nuestra CT Oskar Pfister», *Boletín de la SEPTG, Monografía I, Suplemento*, 17-39
14. Ferenczi, S. (1933). *Psicoanálisis*. Tomo IV OC Espasa Calpe Madrid
15. Freud A y Burlingham D (1943) *War and Children*. Intl. United Press, N.Y.
16. Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños OC I Biblioteca Nueva, Madrid.*
- (1909) -El Pequeño Hans. OC II, 1365-1439
- (1913) -Dos Mentiras Infantiles. OC II, 1735-1737
- (1919) -Pegan a Un Niño. OC III, 2465-2480

17. Fromm-Reichmann F. (1948) «Notes on development of the treatment of schizophrenia by psychoanalytic psychotherapy». *Psychiatry*, 11:267-277
18. García Badaracco, JE (1990). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Tecnipublicaciones, Madrid.
19. Grotjahn, M. (1960). *Psychoanalysis and family neurosis*. WW Norton & Company, N.Y.
20. Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. Basic Books, N.Y.
21. Lacan, J. (1982) *La familia*. Ed. Argonauta, B Aires
22. Lopez Atienza, J.L. (1991). «El hospital de día como Comunidad Terapéutica Psicoanalítica», *Boletín de la SEPTG, Monografía I*, 40-48.
23. Lopez Atienza, J.L., Mascaró N. (1991). «El hospital de día como Comunidad Terapéutica Psicoanalítica los fenómenos transferenciales». *Boletín de la SEPTG, Monografía I*, 123-129.
24. Mahler, M (1958) «Autism and symbiosis: two extreme disturbances of identity», *Int. J. of Psychoanalysis*, 39:77-83
25. Martin P.A. y Bird, H. (1956). «An Approach to the Psychotherapy of Married Partners». *Psychiatry*, 16: 123-127
26. Minuchin, S. (1984). *Calidoscopio Familiar. Imágenes de violencia y curación*. Paidós. Barcelona
27. Mittleman, B. (1948). «The Concurrent Analysis of Married Couples», *Psychoanal. Quart.*, 17: 182-197
28. Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Paidós. Barcelona.
29. Pichon Riviere, S.R. (1977) *El proceso grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social*. Nueva Visión. Buenos Aires.
30. Pollak, O. (1956). *Integrating Sociological and Psychological Concepts, an Exploration in Child Psychotherapy*. Russell Sage Foundations, N.Y.
31. Puget J. y Berenstein I. (1988) *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Paidós. Barcelona.
32. Ríos González, J.A. (1984) *Orientación y Terapia Familiar*. Instituto de Ciencias del Hombre, Madrid.
33. Rosen, J. (1953) *Direct Analysis. Selected Papers*, Grune & Stratton, N. Y.
34. Satir, V. (1982). *Psicoterapia Familiar Conjunta*. La Prensa Médica Mexicana, México.
35. Shapiro E. R. & Wesley Carr, A. (1991) *Lost in Familiar Places*, Yale University Press.
36. Sluzki, C. y Ransom D. C. (1976) *Double Bind. The foundations of the communicational approach to the family*. Grune & Stratton, N. Y.
37. Sluzki, C. (1983) «Process, Structure and World Views: Toward an Integrated View of Systemic Models in Family Therapy», *Family Process*, Vol. 22 December, 469-475
38. Stierlin, H. (1977) *Psychoanalysis and Family Therapy*. Jason Aronson, Inc. N.Y.
39. Villamarzo-F, P. (1987) *Documentos de Trabajo No. 1, 2, 3, 4 y 5 de la Clínica-Residencia «Oskar Pfister»*, Madrid.
- (1987) *Cursos Sistemáticos de Formación Psicoanalítica, Vol. II Temas Metapsicológicos*, Marova, Madrid.
- *Clínica-Residencia de Psicoterapia Analítica «Oskar Pfister»*. Folleto Informativo de la CT.
- (1985-1986) *Curso General de Autores Psicoanalíticos, Vol. IX* Madrid.
40. Whitaker, C. (1992) *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar* Paidós, Barcelona.
41. Wynne, L. (1961) «The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy», en N.W. Ackerman, F. Beaman y S. N. Sherman (eds.). *Explorations of the base for Family Therapy*, Fam. Ser. Ass. of Amer., N. Y. 95-115
42. Yaría A. (1982). *Abordaje Psicoterapéutico de las Psicosis*. Paidós, Buenos Aires.
43. Yaría, A. (1988). *Los adictos. Las Comunidades Terapéuticas y sus Familias*. Editorial Trieb. Buenos Aires.

«EL SISTEMA GRUPAL COMO CT SEGÚN LA SISTEMÁTICA DE LA VEGETOTERAPIA CARACTEROANALÍTICA DE GRUPO»

(Parte teórica)

por Xavier Serrano Hortelano

Wilhelm Reich en sus 15 años de trabajo con el Psicoanálisis fue modificando su metodología clínica a la que denominó, en 1.936, Vegetoterapia Caracteroanalítica, siendo con ésta pionero del movimiento de la medicina psicosomática y de la llamada posteriormente sicoterapia corporal. En 1942, a partir de ampliar la concepción de libido freudiana a energía vital y de su experimentación científica y descubrimiento de manifestaciones específicas, denominada de la energía orgónica, define su trabajo como Orgonoterapia Caracteroanalítica, el cual seguirá tomando como base de actuación clínica la vegetoterapia caracteroanalítica, pero «abarcando también todas aquellas técnicas y herramientas que se crean útiles en el objetivo común de la movilización de las corrientes plasmáticas del paciente para recuperar la capacidad de pulsación biológica y la potencia orgástica» W. Reich, 1942.

Dentro de esta concepción clínica Reich siempre trabajó con un abordaje individual, en gran medida porque el trabajo de grupo empezó a conocerse por los años 50, década en la que estaba centrado fundamentalmente en su trabajo de profilaxis e investigación orgonómica. Desde una óptica post-reichiana una de las medidas que favorecerían los objetivos descritos por Reich, sería el trabajo grupal.

Como he expuesto con más detalles en ocasiones anteriores (Serrano 1990, 1992) a partir de mi formación clínica en la S.E.Or. (Scuola Europea di Orgonomía) -concretamente en la praxis clínica grupal con P. Borrelli - «junto, al conocimiento de las técnicas corporales grupales de A. Lowen; las técnicas siodramáticas de Moreno y la sicoterapia grupal de Foulkes y Grotjahn y desde mi experiencia clínica con grupos desde 1980, he desarrollado y elaborado a lo largo de estos años, una sistemática para el trabajo grupal en la vegetoterapia caracteroanalítica post-reichiana dentro del amplio y pluridisciplinario campo de acción de la Orgonoterapia, en gran medida ayudado por las aportaciones de Maite S. Pinuaga.

Según Grotjahn hay tres formas diferentes de terapia grupal analítica «el psicoanálisis del individuo en los grupos», representado por Wolf; la terapia grupal donde se realiza el psicoanálisis de todo grupo como totalidad, representado por Moreno y una tercera variedad de terapia grupal analítica en donde el análisis es por el grupo, tal como han desarrollado S. H.. Foulkes, De Maré, Anthony y el propio Grotjahn, «es la formación de la comunicación individual en diálogo transpersonal lo que constituye el proceso terapéutico en grupo».

Siendo uno de sus objetivos el que cada miembro del grupo vaya asumiendo la «responsabilidad social» (W. Reich 1945) grupal que permitiría con su actividad ser factor de cambio terapéutico para el resto del grupo, creando a nivel de sistema grupal una concepción de grupo terapéutico donde el/la terapeuta tienen su función, que consiste, precisamente, en facilitar la asunción de esta responsabilidad grupal social. De esta manera la praxis clínica grupal adopta la dinámica de una comunidad terapéutica, sin jerarquías y donde cada cual con su ritmo y sus posibilidades aporta aquello que siente, que puede por el deseo de interacción, de comunicación, de transformación, existiendo al mismo tiempo, el reconocimiento de la función del/la terapeuta, y con las particularidades correspondientes de dicho trabajo al situarse dentro del paradigma reichiano que le diferenciará del resto de terapias grupales analíticas.

Dentro de estas particularidades, estaría la visión teórica donde el concepto dialéctico-funcional-sistémico (Funcionalismo orgonómico de W. Reich) toma forma en la praxis grupal. Retomando lo anterior se reflejaría en el siguiente postulado por una parte existe una igualdad en un plano entre el/la paciente y terapeuta en cuanto que también el/la terapeuta tiene su propia neurosis caracterial o sus rasgos neuróticos caracteriales y desarrolla un proceso continuado de evolución personal a través de la terapia ad vitam y hacia la salud, no existiendo una barrera infranqueable entre paciente y terapeuta, entre sano y enfermo. Pero, al otro extremo, estaría la necesidad de admitir, la función del/la terapeuta por una necesidad clínica. Esto es, facilitar y elaborar la transferencia, posibilidad que se puede dar en cuanto que, a su vez, el/la terapeuta grupal ha vivido su neurosis de transferencia en su propio análisis personal. Desde esta óptica, la experiencia del análisis personal del/la terapeuta y de sus conocimientos y formación didáctica clínica le sitúan en un lugar del plano que le permite facilitar medios a la persona que se plantea su neurosis o psicosis, sus límites, para poder reducirlos, para poder aumentar su capacidad de placer y su alegría de vivir.

A partir de aquí, se crea la alianza de trabajo y se va desarrollando el proceso con la vegetoterapia caracterioanalítica, donde la relación terapéutica, la realización de actings neuromusculares a través de los segmentos corporales dentro de una línea céfalo caudal para facilitar la abreacción emocional y el insight terapéutico y la elaboración analítica, son sus medios fundamentales. En cuanto que es un proceso en el que se combina el análisis del carácter, junto con la reactivación de experiencias traumáticas, limitadoras del proceso evolutivo desde la vida intrauterina de una forma progresiva, todo el primer período del análisis se desarrolla en un espacio terapéutico individual, diádico, semejando la vinculación primaria materno-infantil. A través de la entrada del padre en dicha diada también se abre al mundo, a lo social, y es este momento -que coincide con el trabajo del tercer, cuarto segmento (cervico-torácico)- cuando combinamos el espacio individual con el espacio de grupo. Existiendo junto a este motivo funcional, otro elemento fundamental para que se produzca de esta forma que a partir de este momento la capacidad de contacto con las propias sensaciones,

con el propio sentir y con el propio carácter permita a su vez estar receptivo al discurso del otro/a y estar expresivo para mostrar el propio, en cuanto que la gran barrera de la paranoia se ha elaborado durante el período primario del análisis.

Nuestra experiencia empírica, después de trabajar con diversas formas y modalidades el abordaje grupal nos ha llevado a concluir en la conveniencia de que se den ciertos factores facilitadores dentro del encuadre grupal. A saber

- Es fundamental el trabajo de dos terapeutas co-terapeutas mixtos, hombre mujer. Los/as participantes en el grupo deben ser pacientes en vegeto terapia individual con los/as terapeutas de grupo. En caso de que haya pacientes de otros terapeutas, debe existir una gran sincronía entre los/as terapeutas individual y de grupo para evitar dispersiones y acting-out que se escapen al análisis y siempre con pacientes que han realizado ya un trabajo individual como el descrito, siendo un mínimo porcentaje respecto al número total de miembros del grupo.
- No existe la regla de «abstinencia» entre los/as pacientes respecto a posibles encuentros fuera del grupo. Pero si se producen debe formar parte del material analítico, sobre todo en relación a posibles actings-out.
- Pensamos que es necesaria también la duración del grupo con tiempo marcado, con un comienzo y un final, siendo en nuestro caso de dos años con una media de una sesión mensual de 4 a 6 horas, o 2 sesiones mensuales de 2-3 horas, existiendo un compromiso de cada participante con el grupo, tanto de secreto profesional como asistencia y de respeto a la duración del grupo que permiten ya el asentamiento de una responsabilidad social inicial en esta microsociedad grupal. Todo esto para facilitar los objetivos de la vegetoterapia de grupo que fundamentalmente serían:
- Ampliar el espacio terapéutico para poder elaborar adecuadamente la paranoia social, donde es necesario que exista un sistema abierto, es decir, donde hay más de dos, habiendo previamente elaborado la paranoia diádica, primaria.
- Dinamizar conflictos internos vinculados sobre todo al super-yo social.
- Elaborar con mayor fluidez conflictos de identidad sexual e intersexual.
- Dinamizar el trabajo neuromuscular emocional y de motilidad energética con una dinámica ordenada a través de los siete segmentos, combinando técnicas de otras modalidades grupales (sicodrama, análisis sistémico, gestaltterapia, bioenergética...) pero con la dinámica integradora propia de la vegeto terapia.
- Facilitar la reactivación de la experiencia histórica vinculada al grupo social como entidad (institución familiar, escuela, pandillas...) facilitando así el afianzamiento del individuo en el encuentro con un círculo social más amplio resolviendo los posibles episodios de su psicosis.
- Y en general, potenciar los efectos de la vegeto terapia individual para cubrir los objetivos de ésta, es decir, recuperar la capacidad de pulsación biológica y de placer, la potencia orgástica y la integración de funciones psicosomáticas dentro de una unidad funcional.

Para cubrir esos objetivos, Reich insiste en su obra en la necesidad de que la persona rompa su «aislamiento neurótico» fruto de la educación patriarcal y sexista recibida en este sistema social y viva el goce del «trabajo» (asociado a creatividad) y para el cual es necesario la colaboración, la comunicación, el compartir, el compromiso y la responsabilidad social. No por ideologías, no por intereses, sino por una necesidad vital, por una necesidad de realización personal que, lógicamente, irá sustentada de una teoría elaborada a través de la propia experiencia, del aprendizaje y de la transmisión de la experiencia con otros/as.

Reich, siguiendo el pensamiento libertario, pensaba que no se puede hablar de libertad, igual que no se puede hablar de salud mientras no exista una libertad social real o una salud social, estructural, porque sino es así, la persona siempre va a sentir el límite de lo social aunque exista una capacidad potencial individual.

Es esto precisamente lo que impulsaría la búsqueda de la transformación social y la responsabilidad asumida por cada cual para poder llevar adelante este proceso.

Pero si bien esta búsqueda sería un objetivo a alcanzar, con lo que nos encontraríamos es con miedos a la expresión, a la manifestación de los deseos, necesidad de la autoridad (autoritarismo), la tendencia a la sumisión... Manifestaciones sociales de nuestra enfermedad, se plasman en esta dinámica grupal permisiva y donde a través de medios verbales y corporales se ponen claramente en evidencia. Teniendo la posibilidad de transformarlos a través de la maduración personal, tanto en el espacio individual como en el grupal dándose cuenta de la función que cada cual cumple en el proceso de cambio y de transformación del otro/a. Para que se dé este proceso de autonomía grupal, última fase del proceso terapéutico, es necesaria la elaboración de las resistencias y el dismantelamiento de la actuación caracterial y de roles que se va produciendo en las dos etapas previas de dicho proceso. Las particularidades del encuadre clínico antes descritas facilitan el que eso se consiga, y es en esta última fase donde empieza a consolidarse el funcionamiento del grupo como comunidad terapéutica.

Está claro que la actuación de los/as terapeutas del grupo será fundamental para la consecución de esos objetivos y precisamente la forma de estar en él va a ser facilitadora del desarrollo individual siendo fundamentalmente guías de las herramientas a utilizar, receptor de la metacomunicación grupal, y exponentes con la síntesis adecuada -de lo ocurrido, devolviendo al sistema grupal, -o, en otras ocasiones, a subsistemas del grupo (personas específicas del mismo) -la problemática existente para su posible resolución. No siendo los/as terapeutas centros del grupo, ni exponentes de un saber, sino vehículos para el descubrimiento del saber, analizando los desplazamientos inconscientes afectivos vinculados a la autoridad por parte del/la paciente en nuestra figura de terapeutas.

Y permitiendo que cada cual asuma una función puntual de «psicoterapeuta» de forma espontánea conforme van asumiendo y sintiendo la necesidad de compromiso y la importancia de su función para el bienestar y el bien hacer, tanto del

sistema grupal como de los propios participantes. Esto se concretiza en una cada vez mayor capacidad de autogestión grupal que va vinculada a una cada vez mayor también capacidad de recuperación bioenergética, somatopsíquica de las personas que forman parte del grupo y que coincide o debería de coincidir dentro de nuestra sistemática con la finalización del proceso individual con la vegeto terapia.

Es en esta fase donde debe de surgir la práctica de responsabilidad social, a través de la cual se ve facilitado el crecimiento individual.

La sensación de ser parte del todo, y de que según como sea su actuación recibirán del sistema grupal mayor o menor beneficio. La puntualidad, la entrega a la dinámica de grupo, la sinceridad, la desnudez tanto corporal como psíquica ante el otro/a, el interés por conocer la concepción existencial, la vida cotidiana del otro/a, la manifestación de los deseos que les gustaría compartir, de los conflictos, de las rivalidades, de los rechazos y el deseo de comprender la causa de los mismos va siendo cada vez mayor y va tomando cada vez una forma más autónoma, quedando la figura del/la terapeuta cada vez más disipada.

Aumentando las críticas directas aprendiendo a diferenciarlas de los momentos de «peste emocional» (Reich, 1949), a partir de las cuales la construcción imaginaria va dejando lugar a la vivencia del aquí y ahora.

Es a través de este reconocimiento del otro, como va aumentando también su propio reconocimiento, y como consecuencia, su seguridad ontológica, su estructuración yoica. Y se va produciendo el paso de un grupo de personas «necesitadas» de la autoridad y de los referentes del/la terapeuta, -con la consiguiente desconfianza y falta de reconocimiento de esta función que se da de forma latente-, a la existencia de un sistema grupal, con propia identidad, estructurado y con capacidad de autogestión, que sitúa la figura de los/as terapeutas en su mismo plano, señal de que el proceso terapéutico llega a su fin.

Para alcanzar este punto es necesario contar con una metodología que los permita -sabiendo donde estamos, adonde vamos y los que puede ocurrir combinar adecuadamente herramientas clínicas que faciliten el proceso de reactivación histórica, de análisis de la transferencia, de las resistencias, la entrada y la salida de la crisis, la elaboración del material emocional, de la contratransferencia... Esta metodología, que se ha ido elaborando con el tiempo, y la experiencia de varios/as profesionales, la que he estructurado y sistematizado a nivel grupal y que nuestra Escuela desarrolla dentro de la vegeto terapia (orgonoterapia) caracterioanalítica individual en nuestra praxis clínica postreichiana.

La relación sistema grupal-terapeutas de grupo se va dando dentro de esta dinámica progresiva descrita, nos permite incluirla dentro del concepto de comunidad terapéutica. Fundamentalmente porque es el espacio grupal, el sistema, el que facilita la transformación de cada subsistema, de cada persona miembro del grupo, y a su vez la actuación, la implicación, la praxis de cada miembro repercute en la dinámica estructural grupal. Y es de la existencia de un

referente externo, el/la psicoterapeuta -que a través de su análisis personal se ha aproximado o ha vivido las situaciones existenciales semejantes a la de los miembros de la comunidad (pacientes)- los que deben facilitar los medios, a través de una relación individual y grupal, para la creación de un sistema grupal cada vez más autónomo, responsable y menos necesitado de la función terapéutica. Pero este paso es gradual, y es por ello que nuestra concepción de la comunidad terapéutica pasa necesariamente por la existencia de psicoterapeutas que faciliten con su metodología clínica -en nuestro caso la vegetoterapia- este proceso progresivo. A sabiendas de que para que se produzca dicho proceso de forma favorable, en el caso de pacientes con estructura psicótica, es necesario el espacio permisivo y su aceptación en la vida cotidiana que se debe vivir en una comunidad terapéutica.

Esta breve exposición teórica sirve de referencia para acercarnos a conocer los medios clínicos fundamentales que utilizamos en esta metodología, cosa que haremos en el taller posterior.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANZIEU, Didier (1996) «El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal». Biblioteca Nueva.
- BADARACO, J.G. (1990) «Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar». Madrid. Ed. Tecnipublicaciones, 1990.
- BION, W.A. (1980) «Experiencias en grupos» Ed. Paidós
- BORRELLI, P. (1980) «La vegetoterapia de grupo» Rev. «Energía, Carácter y Sociedad» vol. 1 nº. 1983. Valencia
- DE MARE (1972) «Perspectives in group Psychotherapy» Edit. Jason Aron. New York.
- FOULKES, KADIS, KRASNER «Manual de Psicoterapia de grupo» (1969) F.C.E.
- FREUD, S. «Psicología de masas y análisis del yo» GROTJHAN (1970) «El arte y la técnica de la Psicoterapia en grupo» Paidós.
- GUITEZ, A. (1981) «Psicoterapia analítica de grupo» Rev. de Psicoterapia y Psicodinámica. Monográfico
- HEDRIN (1970) «Métodos y técnicas en la psicoterapia de grupo» Ed. Troquel
- LOWEN, A. (1977) «Bioenergética» Edit. Diana. México.
- MORENO, J.L. (1978) «Psicoterapia de grupo y psicodrama» F.C.E.
- NACHER, G.; LOREN C. (1985) «Del diván al círculo» Tecnopublicaciones
- NAVARRO, F. «La Vegetoterapia Caracteroanalítica» Rev. «Energía Carácter y Sociedad» vol. 8 Valencia.
- NAVARRO, F. «Metodología de la Vegetoterapia Caracteroanalítica» Publicaciones Orgón. Valencia 1993.
- O'DONELL «Teoría y técnica de la psicoterapia grupal» Edit. Amorrotu.
- REICH, W. «El reflejo del orgasmo y la técnica de la psicoterapia caracteroanalítica» Ed. Paidós. 1977
- REICH, W. «Psicología de masas del fascismo» Ed. Bruguera, 1978.
- REICH, W. «La plaga emocional. Análisis del carácter» Ed. Paidós, 1977.
- SERRANO, X. «Abreacción neuromuscular versus catarsis histeriforme» Rev. «Energía Carácter y Sociedad» vol. 2 (1). Valencia.
- SERRANO, X. «Sistematización de la Vegetoterapia caracteroanalítica de grupo». Rev. «Energía Carácter y Sociedad» vol. 8 (2). Valencia.
- SERRANO, X. «La vegetoterapia caracteroanalítica de grupo en la comunidad terapéutica ES.TE.R.» Rev. Intercontinental. Psicología y Educación. Vol. 5, 2. México.
- SERRANO, X. «Función de los/as coterapeutas en la Vegetoterapia caracteroanalítica de grupo». Texto-participación Mesa Redonda «Procesos grupales» en el III Congreso Internacional de la terapia psicocorporal. Castelldefels (Barcelona)

«COMUNIDAD TERAPEUTICA Y CONOCIMIENTO PSICOANALITICO»

por Joan Palet i Martí

En la Monografía I y su Suplemento, que recogen los trabajos presentados en el XIX Symposium de la SEPTG, en Vitoria los días 28, 29 y 30 de Abril de 1991, y también otras aportaciones al tema de las CCTT, se pone de manifiesto, a veces abiertamente y otras más sutilmente, la importancia de los conocimientos psicoanalíticos para la comprensión y el funcionamiento de este instrumento terapéutico.

No obstante es frecuente la expresión de que el psicoanálisis no es aplicable a estas actividades colectivas.

Esta aparente contradicción proviene de la confusión, por otra parte comprensible, entre la técnica psicoanalítica y los conocimientos psicoanalíticos.

Freud fue quien acuñó el término psicoanálisis referido a una forma de investigación de la mente humana, mediante la técnica de la asociación libre, en una relación dual en situación de diván-sillón. Desde entonces la palabra psicoanálisis se ha asociado inevitablemente a esta técnica, pero los conocimientos psicoanalíticos vienen y van más allá de esta técnica. El llamado complejo de Edipo, uno de los pilares del psicoanálisis, se inspira en la mitología griega. En las «Jornadas de la Revista Catalana de Psicoanálisis» del año '91, Terttu Eskelinen terminó su intervención con unos versos de la obra «Sueño de una noche de verano» de Shakespeare. Después, en tono irónico, le pregunté ¿era psicoanalista Shakespeare? Ella contestó: no, pero entendía mucho de todo esto. Racamier, hace treinta años, ya nos hablaba del «Psicoanálisis sin diván y su aplicación a las instituciones psiquiátricas».

Además, otras técnicas que no son la estrictamente psicoanalítica, no solo permiten utilizar los conocimientos psicoanalíticos sino que, al mismo tiempo, propician un enriquecimiento de estos conocimientos. Me refiero, básicamente, por ser las que más conozco por mi experiencia y las que creo con más posibilidades en el tema de las CCTT, a las técnicas de grupo.

Los grupos terapéuticos de línea psicoanalítica se pueden conceptualizar, esquemáticamente, de tres formas distintas: 1) El grupo como campo de expresión de los conflictos individuales, terapia individual en grupo, 2) el grupo como totalidad en relación dual con el terapeuta, terapia del grupo y 3) el grupo, terapeuta incluido, inmerso en un proceso de autoconocimiento, terapia por el grupo. Me parece que esta última forma de trabajo grupal es la que se impone como la más acorde con el concepto de CT, pues en un grupo de tales características tiene lugar un proceso de terapia comunitaria.

La esencia de la investigación psicoanalítica se centra cada día más en el aquí y ahora de la relación, transferencia-contratransferencia, y en una experiencia

relamente grupal, estamos todos inmersos en la relación. No se trata de que unos curen a otros, sino de una experiencia relacional en la que todos adquiramos mejor conocimiento del inconsciente.

La evolución del proceso del conocimiento tiene distintos niveles que no se excluyen sino que pueden articularse en un conjunto cada vez más integrado. En un primer nivel podemos hablar de un conocimiento senso-perceptivo, limitado y sujeto a errores, pero básico. Sabemos que la privación sensorial causa graves trastornos psíquicos. En un nivel más evolucionado tenemos el conocimiento intelectual, mucho más abarcativo y que nos permite entender mejor la realidad y dominarla, en parte, por procedimientos técnicos, pero la realidad del hombre va más allá de estas posibilidades de conocimiento. El mundo de sus sentimientos, emociones y pasiones, quizá lo más auténticamente humano, desborda las posibilidades del conocimiento intelectual y requiere otros medios de comprensión.

La gran dificultad está en poder conceder estatuto de conocimiento científico a algo tan impregnado de subjetividad y que se presta tan fácilmente al juego del pensamiento mágico. No obstante, la experiencia tiene un valor muy específico a la hora de distinguir entre fantasía y realidad y permite obtener un nivel fiable de objetividad.

Quizá sea oportuno tener siempre presente la limitación y provisionalidad de nuestros conocimientos para evitar dogmatismos paralizantes y sin olvidar que la realidad no está dada de una vez por todas sino que, al igual que el proceso del conocimiento, está sujeta a un devenir evolutivo.

Recientemente leí una información en la que se decía que los astrónomos estaban de enhorabuena porque, gracias a las nuevas sondas espaciales, sus conocimientos podrían ampliarse ostensiblemente. Ellos consideran que, actualmente, sus conocimientos apenas alcanzan la milésima parte de la inmensidad del espacio sideral.

Seguramente en el conocimiento de la mente humana vamos a la par con los astrónomos. La dificultad está en aceptarlo plenamente como hacen ellos, pues en nuestro caso se resiente más el narcisismo egocéntrico al tener que reconocer nuestra ignorancia respecto a nosotros mismos y esto incide directamente en la dinámica del poder, a la cual quiero dedicar unas palabras por ser un tema de capital importancia en la dinámica de las CCTT.

Esquemáticamente podemos decir que en toda relación humana, además de otras cosas, están en juego dialéctico dos vectores contrapuestos: el competitivo y el solidario.

La dinámica del poder está regida, básicamente, por el factor competitivo y, en nuestra sociedad actual, es evidente el predominio de esta dinámica. No obstante, también hay muestras evidentes de acciones solidarias.

La filosofía de las CCTT está centrada en la solidaridad y esta va muy ligada a la comprensión y al proceso del conocimiento, pero los factores competitivos también existen.

Si de estas afirmaciones sacamos la conclusión de que es inevitable el enfrentamiento entre Sociedad y CCTT, es porque nos deslizamos hacia el vector competitivo.

Claro que habrá dificultades ligadas al vector competitivo, pero no solo con la Sociedad sino también dentro de la propia CT. En la medida en que, en el seno de la CT, podamos integrar los factores competitivos con los solidarios, mediante el proceso del conocimiento y la comprensión, estaremos en condiciones, no solo de un buen funcionamiento de la CT, sino también de una aceptable relación de solidaridad con la Sociedad.

Para ejemplificar estas ideas, he escogido material de una sesión de un grupo formativo que coordiné en la Facultad de Psicología de la Universidad Central de Barcelona. Este grupo no forma parte de la enseñanza oficial.

Es una sesión del mes de noviembre del '92. Se habla de los profesores y de las presiones que utilizan para imponerles sus líneas de pensamiento. Sugiero que, aunque no sea profesor suyo, quizá están expresando que se sienten presionados por mí hacia la línea de pensamiento psicoanalítico respecto a la cual han manifestado, en más de una ocasión, sus dudas. Dicen que no, que yo no les presiono y conmigo se sienten libres de poder expresar sus opiniones.

En este momento viene a mi mente un sueño que no había comprendido claramente y ahora se me hace lúcido. Es el siguiente y lo relato al grupo: Estaba en el jardín de la casa de mi hija y, en el césped que había debajo de un árbol que tenía ramas muy cercanas al suelo, encontraba unos cuantos caracoles, algunos pocos desarrollados, y le proponía a mi hija de meterlos en una red y dejarlos colgados de una rama baja, apoyados en el suelo, para que pudieran irse alimentando del césped como si estuvieran en libertad y crecer, e ir metiendo más a medida que fuésemos encontrando.

En tono irónico digo que yo, de ellos, no volvería más a este grupo.

Se reproduce un silencio denso, cosa poco frecuente en este grupo. Lo rompe un miembro del mismo diciendo: El que esté libre de pecado que tire la primera piedra.

Le pregunto: ¿Te refieres al pecado de seducción?

Dice que le ha venido esta frase a la mente y la ha dicho sin pensar que sentido podía tener.

Seguidamente todos los componentes del grupo hablan de sus juegos de seducción, tanto fuera como dentro del grupo, de una forma relajada y sin disimulos.

Para terminar quiero hacer constar que no pienso que la línea psicoanalítica tenga la exclusiva en la filosofía y la dinámica de las CCTT, pero sí que su papel es importante y, adecuadamente articulada e integrada con otras líneas, puede contribuir a su buen funcionamiento y desarrollo.

«SUCINTA HISTORIA DE LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS DE ORIENTACION PSICOANALITICA»

por Pedro Fernández-Villamarzo

PRECEDENTES HISTORICO-CRITICOS DE NUESTRA EXPERIENCIA COMUNITARIA

INDICE

Preámbulo

1. Las comunidades en la historia general del psicoanálisis
 - 1.1. Línea coherentemente freudiana
 - 1.1.1. 1926: E. Simmel en Tegel
 - A) Personalidad de Simmel
 - B) Encuadre cronológico
 - C) Tipo de pacientes
 - D) El equipo terapéutico
 - E) Principios fundamentales
 - 1.1.2. 1936: K. Menninger en Topeka
 - 1.1.3. 1947: R. Knight en Massachusetts
 - 1.2. Línea culturalista
 - 1.2.1. 1930: H.S. Sullivan en Baltimore
 - 1.2.2. 1946: Th. Main en Birmingham
 - 1.2.3. 1953: M. Jones en Sutton
 - 1.2.4. 1959: R. Rapaport en Sutton
2. Las comunidades en la historia del psicoanálisis español
 - 2.1. 1962: «Peña Retama»
 - 2.2. 1973: Evolución coherentemente freudiana de algunos miembros.
 - 2.3. 1982: Anteproyecto de la Comunidad Terapéutica «Oskar Pfister»
 - 2.4. 1988: Fundación de la Comunidad Terapéutica «Oskar Pfister»

Documentos

Bibliografía citada

PREAMBULO

En esta monografía no se llevará a cabo un exhaustivo estudio bibliográfico sobre Comunidades Terapéuticas, sino más bien un informe sobre las principales experiencias comunitarias que sirvieron, aunque de muy diversas formas, de precedentes histórico-críticos a la creación en 1988 de nuestra Comunidad Terapéutica «Oskar Pfister». Y este recorrido lo efectuaremos desde una doble perspectiva: la coherentemente «freudiana» y la básicamente «culturalista».

Supongo que todos tenéis la idea de que dentro del psicoanálisis coexisten múltiples corrientes, coincidentes todas ellas en algunos aspectos fundamentales: existencia del inconsciente, sexualidad infantil, represión y otros (cf. S. Freud, 1922, O.C. III, 2669).

Lo que interesa ahora es que tengáis presente que una Comunidad Terapéutica tiene como función curar o, lo que es lo mismo, resolver un problema existencial de un individuo, enmarcado en un cuadro psico-patológico. Es necesario por ello que exista una coherencia entre el tratamiento individual que se programa en una institución determinada y la concepción que se tiene de la enfermedad psíquica: no se puede mantener una concepción puramente culturalista del enfermar, por ejemplo, e instrumentar un psicoanálisis freudiano o a la inversa.

Se pueden observar en psicoanálisis, a este respecto, tres grandes corrientes claramente diferenciadas: «instintivista», «culturalista» y «estrictamente freudiana».

- **Instintivista:** Para esta corriente, encabezada por M. Klein, la estructuración sana o patológica de la personalidad ésta condicionada fundamentalmente por la propia biología del sujeto. Ahora bien, este tipo de condicionamiento no se interpreta a un nivel estrictamente biológico como lo haría la Psiquiatría organicista sino como origen de la pulsión y, consiguientemente, del mundo fantasmático. El individuo vendría biológicamente dotado de unas tendencias pulsionales que se manifestarían en la vertiente psicológica en forma de sentimientos, fantasías, emociones, etc. De la naturaleza y desarrollo específicos de este mundo instintivo fantasmático depende fundamentalmente la evolución sana o patológica del individuo (cf. M. Klein, 1932).

- **Culturalista:** Autores como E. Fromm o K. Horney se integran básicamente en las concepciones psicoanalíticas pero ponen el énfasis en el factor estructurante del ambiente. Para estos autores existe una constante determinación entre la estructuración de la sociedad y la estructuración personal del individuo: la modificación de la primera conlleva la reestructuración de la personalidad del sujeto. Si el individuo funciona de una manera sana es porque la sociedad está estructurada sanamente, pero si la sociedad está enferma el individuo reacciona ante ella con un comportamiento patológico. En resumen podríamos decir que el comportamiento del sujeto es reflejo de la estructuración sana o patológica de la sociedad (cf. K. Horney, 1940).

- **Estrictamente freudiana:** Entre ambas posturas discurre el pensamiento dialéctico de Freud. Para el maestro vienés el componente biológico -*ello*- constituye el equipamiento básico de todo individuo, pero luego cada persona posee una ecuación histórica particular. El ambiente que rodea al niño durante los primeros cinco o seis años de vida es decisivo en la estructuración de su personalidad. Es decir, la estructuración sana o

patológica de la personalidad será fruto del interjuego entre la constitución pulsional básica y el ambiente que rodee al niño en los primeros años de vida (S. Freud, 1923).

Una vez aclarados estos conceptos podríamos hacernos la siguiente pregunta: ¿en qué estriba la diferencia fundamental entre el culturalismo y el planteamiento estrictamente freudiano? La diferencia radica principalmente en que para Freud la estructuración básica de la personalidad se cierra en torno a los primeros años de vida, aunque se admita que en la adolescencia se lleve a cabo una especie de recapitulación de la situación y puede darse una cierta remodelación de la personalidad. En este sentido el ambiente al que se refiere Freud, es al «ambiente infantil» -mezcla, por otra parte, de fantasía y realidad-, y no tanto al «ambiente social» del individuo adulto al que apenas otorga importancia estructurante alguna.

Los terapeutas familiares nos suelen preguntar a los psicoanalistas freudianos qué pensamos sobre la familia. Nosotros les decimos que trabajamos con la familia internalizada por el paciente en su infancia y no con su familia actual. Nuestra experiencia clínica nos confirma constantemente esta hipótesis de partida: es cierto que determinadas modificaciones sistémicas pueden beneficiar en algo al paciente, pero no modifican la estructuración de su personalidad que es nuestro objetivo último. Si se trabaja con la familia internalizada es el propio paciente el que va a modificar la estructura relacional de su familia actual: cuando deja de permitir determinadas situaciones represoras, por ejemplo, es la propia familia la que tiene que reajustarse y cambiar en sus pautas de relación.

Por lo que se refiere a las reales diferencias entre los planteamientos instintivistas kleinianos y los estrictamente freudianos, digamos que éstas son mínimas por referirse exclusivamente a grados de matiz. Esto es, tanto Freud como M. Klein parten de planteamientos básicamente instintivistas y de infantil estructuración de la personalidad -cosa que no sucede con los culturalistas-, aunque ambas corrientes difieran en la proporcional importancia que a la interacción de la familia infantil en cada caso otorgan: mayor obviamente en los planteamientos freudianos que en los estrictamente kleinianos.

Cuando nos referimos, por tanto, a estas dos corrientes dentro de las «Comunidades Terapéuticas», podríamos decir que la línea freudo-kleiniana sería aquella que parte del supuesto de que la enfermedad se gestó básicamente en la infancia, aunque los síntomas no se manifiesten hasta la edad adulta.

Cuando un esquizofrénico hace un brote a los dieciocho años no es porque entonces haya contraído la enfermedad sino porque existe una personalidad pre-psicótica desde el primer año de vida; ésta se ha gestado concretamente en la relación simbiótica entre el niño y la madre de esos primeros momentos de la vida. Este hecho ha sido confirmado por distintas escuelas que difieren de planteamientos específicamente psicoanalíticos: prototípicamente por la escuela de la teoría de la comunicación de «Palo Alto» (cf. Bateson, 1956).

Sobre la base de estos planteamientos la Comunidad Terapéutica freudiana va a instrumentar una técnica específica para reconducir tanto analítica como institucionalmente al paciente a esos primeros años de vida. Este «volver al pasado» es lo que llamamos técnicamente «regresión». Se trata de vincular regresiva y transferencialmente al paciente a su analista y a la institución y sobre esta base actuar operativamente para modificar la personalidad de los miembros de la Comunidad. Por lo tanto, una comunidad de tipo freudiano, partiendo de esta concepción del enfermar, debe servirse de la técnica psicoanalítica para trabajar, tanto a nivel individual como institucional, con esos niveles profundos de regresión y con esas vinculaciones de tipo transferencial. Ello es lo que habrá de permitir la modificación de la estructura de personalidad de cada individuo mediante la creación de un ambiente familiar alternativo al que en su propia infancia les hizo enfermar.

Cuando hablamos de la línea culturalista, por el contrario, nos referimos a aquellas otras Comunidades Terapéuticas que van a tratar de modificar la situación actual del individuo y de su familia a través de técnicas comunitarias, y de interacción familiar; es decir, va a tener una enorme importancia el contacto real con los padres actuales hasta el punto inclusive de llegar a insertarlos dentro del seno de la propia Comunidad. Estas comunidades no están planteadas, pues, para producir modificaciones de la estructura infantil de la personalidad: lo que interesa fundamentalmente es modificar las pautas de conducta relacional del individuo enfermo para que pueda repetirlas fuera de dicha Comunidad. Con los actuales modelos de la llamada «Psicología positiva» podríamos decir que se trataría más bien de conseguir cambios sistémicos conductuales que los propiamente dinámico-genéticos (cf. M. Bowen, 1978). Estas comunidades están planteadas para producir simples modificaciones actuales: lo que interesa es cambiar las pautas de conducta del individuo enfermo para que pueda repetirlas fuera de la comunidad.

En una Comunidad Terapéutica freudiana, en consecuencia, va a tener más importancia el análisis individual que la propia convivencia comunitaria: en este caso la comunidad terapéutica es auxiliar del tratamiento individual y no a la inversa. Y todo ello en el sentido que ésta propicia regresiones más profundas y una adecuada extensión de la transferencia al resto del equipo técnico, lo que dinámicamente habrá de ser aprovechado en el análisis de cada miembro de la Comunidad Terapéutica. En el caso de las comunidades terapéuticas de orientación culturalista, por el contrario, la terapia individual es auxiliar o suplemento reforzatorio de las técnicas grupales y comunitarias.

Este recorrido, pues, será ahora abordado desde una doble perspectiva histórico-geográfica: a) desde la historia general del psicoanálisis y b) bajo el particular prisma del psicoanálisis español.

1. LAS COMUNIDADES EN LA HISTORIA GENERAL DEL PSICOANÁLISIS

Dos son las concepciones fundamentales, según ya hemos indicado, desde las que puede arrancar todo diseño y consiguiente instrumentación de Clínicas Psicoanalíticas o Comunidades Terapéuticas de orientación psicoanalítica:

- Línea coherentemente freudiana: se entronca con E. Simmel en Berlín (1926-31)
- Línea básicamente culturalista: surge de las experiencias de H.S. Sullivan en USA (1930-32).

1.1. Línea coherentemente freudiana

La línea freudiana en la que el tratamiento analítico ocupa un lugar central en torno al que se estructura la Comunidad Terapéutica, puede quedar resumido sobre la base de tres experiencias históricas claves: 1926, Clínica de E. Simmel en Berlín-Tegel; 1936, Clínica de K. Menninger en Topeka (California); y 1947, remodelación del antiguo «Austen Riggs Center» de Stockbridge (Massachusetts) a cargo de Robert Knight.

Antes de comenzar a exponer con mayor detenimiento las principales características de estas tres experiencias y especialmente el coherente y paradigmático diseño de la primera de ellas (Berlín-Tegel), indicaré algo que me parece particularmente interesante desde el punto de vista metodológico. El equipo «Oskar Pfister» teníamos ya la idea de crear una Comunidad como la actualmente existente desde hace unos diez años aproximadamente. Para llevar a cabo semejante proyecto comencé personalmente a investigar en la obra de Freud a fin de dilucidar cómo debería ser la estructuración básica de una Comunidad coherentemente freudiana. En la primera formulación, pues, que llevé a cabo no tuve todavía en cuenta por desconocimiento de su propia existencia la experiencia comunitaria de Simmel en Berlín de finales de los años 20 y principios de los 30. La constancia documental de las características de la misma había quedado prácticamente reducida -según tuve posteriormente ocasión de constatar- a dos artículos del propio Simmel, perdidos en sendas revistas de aquellos mismos años, y en una más reciente cita de pasada sobre la misma en la obra de Caudill (cf. 1957) sobre Comunidades Terapéuticas.

Fue, posteriormente, a través de un trabajo de Ferenczi de 1930, *Principio de relajación y neocatarsis*, cuando habría de entrar en contacto con esta pionera experiencia. El autor húngaro hacía a ella explícita referencia al abordar, precisamente, el tema de la difícil conjunción del psicoanálisis clásico con las llamadas «técnicas activas» que tanto interesaban a Ferenczi en esos momentos. Me puse entonces a investigar sobre el tema y logré encontrar los dos documentos con los que posteriormente he trabajado así como una carta circular que el propio Simmel dirigió a los médicos y psiquiatras de la zona berlinesa en el momento de la apertura de su nueva experiencia.

Este último documento me fue facilitado por un psiquiatra amigo mío (Dr. Yllá) de formación alemana un año después de la puesta en marcha de nuestra Comunidad.

Todo ello sirve para explicaros la aparente paradoja de que nuestra Comunidad esté de alguna forma plasmada sobre la experiencia de Simmel y sin embargo el diseño inicial de nuestra Comunidad estuviera hecho con bastante antelación a mi manejo de los referidos documentos de Simmel. La explicación de semejante paradoja pudiera ser bien sencilla: en uno y otro caso la obra de Freud nos sirvió como punto común de referencia.

Todavía debo añadir que hace sólo algunos meses (estamos a finales del 92) han llegado a mi poder dos recientes artículos histórico-críticos sobre la experiencia de Simmel en Berlín-Tegel, aparecidos en sendas revistas científicas alemanas. Estos artículos son debidos a una extraordinaria pareja de investigadores psiquiatras alemanes: U. Schultz y L. M. Hermanns. El primero de ellos -«El Sanatorio Scholss-Tegel de Ernst Simmel»- ha sido publicado en 1987; el segundo, -«Sigmund Freud en el Sanatorio Schloss Tegel»- lo fue en 1990.

1.1.1. 1926: Experiencia comunitaria de E. Simmel en el Sanatorio Comunidad de Tegel en Berlín en torno al quinquenio de mediados de 1926 a finales del 31.

En esta primera y más amplia exposición histórica abordaremos sistemáticamente los siguientes apartados: 1) *personalidad de Simmel*, 2) *encuadre cronológico de la experiencia*, 3) *tipo de pacientes admitidos*, 4) *datos sobre el equipo terapéutico* y 5) *principios fundamentales de su estructuración terapéutica*.

A) Personalidad de Simmel

Ernest Simmel es uno de los más conspicuos psiquiatras de entre los pioneros del psicoanálisis y estrechamente relacionado con Freud. Instalado en Berlín en torno a los años 20 y por lo tanto en contacto inmediato con Abraham de quien fue su colaborador más cercano, pronto se convirtió junto con el propio Abraham y con Eitingon en uno de los principales baluartes del psicoanálisis berlinés. A la muerte de Abraham, Simmel le habría de suceder en la presidencia del Instituto psicoanalítico de Berlín, fundado por Abraham en 1920, bajo el mecenazgo y personal colaboración de Max Eitingon (cf. O.C. III, 3219).

B) Encuadre cronológico

El 1 de abril de 1926 Simmel funda la primera Comunidad Terapéutica psicoanalítica tras la adquisición de un precioso castillo en el parque berlinés del lago Tegel (Tegel-See). Por cierto adaptado interiormente por el propio hijo de Freud, Ernst, como se sabe de profesión arquitecto.

«La clínica que fue reformada en su arquitectura interior por el arquitecto Ernst Freud -un hijo de Sigmund Freud- y transformada en

un estilo parecido al estilo Bauhaus tenía cincuenta habitaciones más grandes y más pequeñas y tenía licencia para 74 pacientes.» (Ver traducción inédita del artículo de 1987 de U. Schultz y L.M. Hermann en documentación anexa de P. F.-Villamarzo y equipo técnico de la Clínica «Oskar Pfister», vol. policopiado de próxima aparición).

En ese momento E. Simmel dirige una significativa circular, posteriormente publicada en el 'Zeitschrift', a todos los colegas de la región berlina:

«Le hago saber con esta circular que el 1 de abril del presente año (1926) se ha inaugurado bajo mi dirección el Sanatorio Comunidad Tegel (en el lago Tegel junto a Berlín), que va a poseer el carácter de verdadera clínica psicoanalítica.» (cf. Documento n. 2).

La experiencia comunitaria de Tegel va a durar aproximadamente unos cinco años. Las dificultades económicas de una empresa clínica de este tipo, agravadas por la grave situación económica de posguerra, imponen la «dolorosa necesidad de cierre» de esta gran experiencia comunitaria.

«En otoño de 1931 se convirtió en una dolorosa necesidad el cierre de esta institución que estaba bajo el patronazgo del Prof. Freud.» (E. Simmel, 1937, p. 59).

Pese a los esfuerzos del propio Freud, que llega a organizar una colecta para salvar la continuidad de la experiencia el cierre se hace, efectivamente, inevitable. E. Jones nos recuerda el pesar de Freud al respecto.

«Fue en este mes -de abril- que, agotados todos los esfuerzos realizados para salvarlo, se decidió con gran pesar de Freud, clausurar el Sanatorio en Tegel See» (E. Jones, 1959, p. 178).

C) Tipo de pacientes

La Comunidad Terapéutica de Tegel estaba principalmente formada por psicóticos funcionales, excluidos siempre los más crónicos e incapaces de una mínima convivencia.

Simmel de acuerdo con el propio Freud concibe la idea de potenciar el tratamiento analítico a través del ingreso de determinados pacientes psicóticos -bien que con «suficiente contacto con el mundo exterior»- que de otra forma no podrían ser tratados en ambulatorio. En aquella época, efectivamente, al no existir los potentes neurolepticos del día de hoy, los psicóticos tenían que ser tratados necesariamente en instituciones psiquiátricas.

«...hemos tenido que contentarnos a nosotros mismos con tomar casos de esquizofrenia y paranoia en los que el trastorno estaba en sus primeros estadios y los pacientes habían conservado un suficiente contacto con el mundo exterior.» (E. Simmel, 1929, pp.39-40).

D) Datos sobre el equipo terapéutico

Se trataba de un equipo amplio y altamente cualificado: médicos, enfermeras,

asistentes sociales y hasta personal subalterno específicamente preparados. No sin cierta ironía crítica el propio P. Roazen se refiere explícitamente a esta exigente cualificación del personal técnico de Tegel en su polémica obra sobre «Freud y sus discípulos» de 1971.

«Los primeros analistas estaban interesados en someter a análisis prácticamente a todo el mundo en el sanatorio de Simmel, cerca de Berlín, que duró cinco años antes de quebrar. Enfermeras e inclusive los porteros debían analizarse.» (P. Roazen, 1971, 195-196).

En cuanto a la dedicación del equipo técnico, ésta era prácticamente exclusiva. Diariamente se llevaban a cabo largas sesiones clínicas de todo el equipo técnico, en las que se comentaba el estado particular de cada paciente.

«Todas las mañanas los médicos y el cuerpo técnico asistencial se encuentran en la habitación de guardia. Las enfermeras y asistentes sociales hablarán de lo que han observado en sus pacientes fuera de sesión. El analista informa y da unas directrices al día siguiente...» (E. Simmel, 1929, pp. 42-43).

Los pacientes, por último, estaban distribuidos en pequeñas comunidades de 19 residentes, bajo el control permanente de un médico de guardia y un equipo de enfermeras.

«En nota a que la atención individual son más efectivas, asignamos un máximo de 19 residentes a cada equipo.» (Ibidem)

Aunque, como bien nos recuerda U. Schultz y L.M. Hermanns en su reciente trabajo de investigación histórica, en casos extremos se llegaba al número máximo de 25 o 30 pacientes. En todo caso, a cada asistente médico-psicológico le correspondían como mucho 8 pacientes (Ver traducción inédita de este artículo de 1987 de estos autores en documentación anexa de P. F.-Villamarzo y equipo técnico de la clínica «Oskar Pfister», vol. policopiado de próxima aparición).

E) Principios fundamentales de su estructuración terapéutica

Este es sin duda, el apartado más importante y sobre el que contamos, a través de los documentos de Simmel, con una más amplia información.

El diseño explícito de E. Simmel parte del siguiente supuesto básico:

Se trata de una aplicación más profunda y generalizada del propio método terapéutico de Freud.

La concepción implícita subyacente a la experiencia comunitaria de Simmel puede sistematizarse en torno a los siete puntos fundamentales siguientes:

1) «Parte básicamente de la ley freudiana de la abstinencia», 2) «se reduce en ella al mínimo la administración de todo tipo de fármacos», 3) «se compensa al paciente mediante el establecimiento de un vínculo afectivo con la institución», 4) «por medio de la vivencia ampliada del fenómeno de

la transferencia, la vida comunitaria se convierte así en una nueva familia», 5) «se establecen básicamente unas mínimas normas de convivencia, apelando para ello a la colaboración y capacidad de autodisciplina del paciente» y 6) «la experiencia es seguida de cerca por parte del propio Freud».

Desde el punto de vista metodológico, partiremos siempre de una cita textual del propio Simmel a partir de la cual iremos explicitando cada uno de los siete puntos, a los que sistemáticamente nos vamos a referir.

1. Parte básicamente de la ley freudiana de la abstinencia

Esta ley freudiana es fundamental y definitoria en todo tratamiento coherente con el freudismo en el sentido de que demarca la diferencia entre una psicoterapia analítica freudiana y otra que, aunque pueda estar orientada dinámicamente, no se rija estrictamente por los parámetros esenciales del método terapéutico de Freud (cf. P. F.-Villamarzo, 1988).

La cita del propio Simmel que podemos analizar en torno a este punto y en la que éste retoma la referida ley freudiana como aplicable a su experiencia comunitaria puede ser la siguiente:

«Así el principio del procedimiento analítico es adherirse no menos firmemente en la clínica que fuera de ella a esto: el tratamiento se dirige contra el principio del placer, esto es, en el más estricto sentido freudiano del mandato, contra todo placer infantil que tenga su origen en la búsqueda de satisfacciones sustitutivas.» (E. Simmel, 1929, p. 44).

- «El tratamiento se dirige contra el principio del placer»: No se trata de proporcionar satisfacciones inmediatas al paciente, sino de frustrar terapéuticamente sus demandas no sólo en las sesiones de terapia individual o grupal, sino, de alguna forma, en el normal desarrollo de la vida comunitaria. Este aspecto es realmente novedoso y aún hoy día sigue despertando polémica en los ambientes psiquiátricos: para algunos podría tener sentido la aplicación de la llamada «ley de la abstinencia» freudiana en el encuadre terapéutico individual y grupal, pero no tanto en la convivencia general comunitaria de los pacientes entre sí y de éstos con los miembros del equipo técnico.

- «Esto es, en el más estricto sentido freudiano del mandato»: En el tratamiento analítico comunitario diseñado por E. Simmel, también estaba prohibida la actuación de determinados sentimientos a fin de potenciar la verbalización y el consiguiente análisis de los mismos. Es decir, un paciente puede decir todo lo que quiera en la vida comunitaria, puede y debe hablar de sus necesidades afectivas y deseos de todo tipo pero no debe llevarlas impulsivamente a cabo.

- «Contra todo placer que tenga su origen en la búsqueda de satisfacciones sustitutivas»: A partir de estas frustraciones el paciente habrá de ir regresando gradualmente hasta entrar en contacto con sus

auténticas carencias infantiles. Al psicoanálisis, pues, no le interesan las «satisfacciones sustitutivas», sino que, en función de las insatisfacciones presentes del paciente se le puede ayudar a enfrentarse con las insatisfacciones infantiles profundas que se esconden detrás de esas demandas actuales. Es necesario muchas veces frustrar la demanda inmediata del paciente para que éste tome conciencia de la profundidad de su deseo: «detrás de toda demanda, se esconde una demanda infantil insatisfecha» (J. Lacan, 1958).

- No queremos decir con esto que en un tratamiento en Comunidad Terapéutica se haya de estar frustrando continuamente al paciente. Se le frustra partir de determinadas limitaciones de la propia realidad y en aquellos aspectos que supongan dinámicamente una «fuga» del tratamiento. Antes de responder a determinadas demandas (tomar café o licor, pastillas para dormir, formación de parejas o subgrupos ...) se invita a los pacientes a hablar sobre la necesidad o posible angustia que eventualmente motiva su tendencia a ese determinado acto.

2. *Se reduce en ella al mínimo la administración de todo tipo de psicofármacos*

Este segundo punto viene a incluirse psicodinámicamente en el propio contexto de la ley freudiana de la abstinencia anteriormente comentada. También en este caso partimos de una cita del mismo trabajo de Simmel:

«No se permite insensibilizar su conciencia de los derivados del inconsciente por medio del bromuro o luminal y a menudo hemos de negarles inclusive el refugio de las drogas inductoras del sueño.» (E. Simmel, 1929, p. 54)

«No se permite insensibilizar su conciencia de los derivados inconscientes»: El síntoma y el sufrimiento que éste conlleva, no es más que un «retorno de lo reprimido» (cf. Laplanche y Pontalis, 1967, 404; y P. F.-Villamarzo, 1991, 311) o, lo que es lo mismo, fruto del conflicto inconsciente. La conciencia es simplemente la que acusa ese dolor que avisa al paciente y al terapeuta de que algo no marcha bien en el psiquismo del enfermo y de que esa misma angustia puede ser el hilo conductor que nos ha de llevar al fondo del problema.

«Por medio del bromuro o luminal y a menudo hemos de negarles inclusive el refugio de las drogas inductoras del sueño»: Eran estos los principales psicofármacos de la época; si el psicoanálisis es tan reactivo en general a los psicofármacos, ello es debido al peligro de que éstos puedan llegar a encubrir sintomáticamente, sin resolver etiológicamente los conflictos inconscientes que están en la base de toda «formación de síntomas».

Desde el punto de vista de la medicina psicosomática, esto es fácil de entender: un dolor de cabeza puede ser aliviado con un analgésico cualquiera. Sin embargo, si se utiliza precipitada y sistemáticamente

este recurso no se llegaría a conocer la verdadera etiología (psicológica u orgánica) de semejante neuralgia.

3. *Se compensa al paciente mediante el establecimiento de un vínculo afectivo con el llamado «genius loci» de la clínica*

Aquí también es suficientemente explícito Simmel respecto a esa función contenedora y de apoyo que la clínica psicoanalítica supone para los pacientes internados en ella. He aquí una de sus más significativas manifestaciones al respecto.

«Creo que es esencial en este sentido desde un principio el establecimiento de un vínculo positivo con la institución como tal, con el 'genius loci' de la clínica, para que el paciente pueda estar así seguro del apoyo de los que le rodean en medio de sus angustias e inseguridades.» (E. Simmel, 1929, p. 41)

Creo que es esencial en este sentido desde un principio el establecimiento de un vínculo afectivo con la institución como tal: En el tratamiento comunitario de psicóticos, la llamada «alianza terapéutica» no debe efectuarse únicamente con el terapeuta individual sino también con la Comunidad Terapéutica como tal institución. Es preciso que el paciente sienta hacia la comunidad una actitud positiva básica, sobre la cual apoyar la influencia terapéutica general.

Para que el paciente pueda estar así seguro del apoyo de los que le rodean en medio de sus angustias e inseguridades: El paciente debe sentir que la Comunidad le ayuda, le arropa, puede protegerle en caso de peligro. Aunque no se le vaya a permitir ningún tipo de «satisfacción sustitutiva», sí habrá de llegar a experimentar el sentimiento profundo de que está en una comunidad terapéutica que representa de alguna forma a la familia que el necesita y que será acogido y entendido en su dolor.

En este sentido la propia comunidad de compañeros desarrolla estas capacidades de vinculación con el paciente. Este siente que puede estar a gusto con sus compañeros y que éstos le entienden porque también ellos han pasado o están pasando por situaciones similares a las suyas.

Para muchos pacientes depresivos, por ejemplo, es terrible sentir en la vida cotidiana la intolerancia que les rodea respecto a su propia depresión. Todo el mundo intenta animarles artificialmente porque en el fondo nos recuerda a todos nuestra depresión reprimida y no toleramos fácilmente que este tipo de pacientes nos la recuerden..

Los pacientes que están en un ambiente analítico llegan a comprender que el sufrimiento puede ser un paso hacia la madurez y la curación. La situación de dolor no se vive ya como una maldición o tragedia, sino como un paso necesario dentro de su experiencia analítica y humana para resolver problemas profundos que se instalan en el individuo

desde la infancia. Todo esto hace que el paciente desarrolle una vinculación afectiva con la Comunidad de pacientes y terapeutas que le ayuda a enfrentarse con sus dolores infantiles al sentirse acompañado en ese arduo camino por quienes lo están recorriendo o ya lo han recorrido.

4. Por medio de la vivencia ampliada de la transferencia, la vida comunitaria se convierte en una nueva familia

El fenómeno de la transferencia que en el paradigma terapéutico de Freud «hace puente» entre la situación infantil y la del tratamiento (cf. P. F. Villamarzo, 1991, 627) tiene su más ampliada expresión en una clínica psicoanalítica.

«...La situación psicoanalítica dentro de la clínica no está restringida a las relaciones entre analista y analizado: incluye la clínica total como una forma de extensión de la persona del analista o como el prototipo de la familia en general.» (E. Simmel, 1929, p. 42).

La vida comunitaria se convierte en una familia; esto es, en una alternativa a la familia patógena que cada paciente sufrió en su infancia. He aquí precisamente la gran riqueza de una Comunidad Terapéutica: aunque la transferencia siga fundamentalmente centrada en el propio analista de cada paciente, ésta se extiende y diversifica a los múltiples componentes de la Comunidad Terapéutica. La vivencia ampliada de la transferencia no es sólo un auxiliar imprescindible en la terapia individual y grupal, sino que en la vida comunitaria se convierte también en el factor terapéutico fundamental de la acción terapéutica comunitaria.

Esa importante traspolación que se hace de situaciones y de figuras significativas de la infancia al propio terapeuta hay que protegerla, sin embargo, en el seno de la Clínica Psicoanalítica, para que no pierda fuerza al dispersarse sobre las múltiples figuras transferenciales que configuran la Comunidad Terapéutica. Esto constituye una de las grandes dificultades a controlar, en toda institución de este tipo: que la normal dispersión comunitaria de la transferencia no perturbe, sino que potencie, la más directa transferencia sobre el propio analista.

5. Establecimiento de unas mínimas normas de convivencia, apelando a su colaboración y a su capacidad de autodisciplina

No pasa desapercibido a Simmel la necesidad de un orden normativo -muy lejos de los posteriores planteamientos antipsiquiátricos de Laing (cf. 1960)- como encuadre institucional imprescindible para un verdadero trabajo analítico.

«Este es un elemento de autodisciplina que yo impongo a los pacientes, en parte como medida altamente necesaria para conservar la atmósfera de la clínica saludable y en parte para profundizar en el trabajo de análisis» (E. Simmel, 1929, p. 54)

- Este es un elemento de autodisciplina que yo impongo a los pacientes: Aquí nos encontramos con un espinoso problema psicodinámico. En la Comunidad Terapéutica podemos llegar a trabajar con niveles de regresión límite en el que los pacientes pueden llegar a sentirse inclusive como niños de 3 o 4 años. Debemos tener en cuenta, sin embargo, que esta vivencia se mantenga principalmente a un nivel afectivo y que en lo intelectual y comportamental sean capaces habitualmente de funcionar con su parte adulta. A esta parte adulta, por lo tanto, es a la que debemos apelar si queremos mantener unas mínimas normas de convivencia para seguir avanzando en el análisis. De lo contrario tendríamos psicóticos francos en pleno delirio a los que ya el propio Freud consideraba inhábiles para este tipo de tratamiento.

«Estos enfermos -dice Freud en las «Lecciones introductorias al psicoanálisis»- rechazarán la intervención del médico; pero no con hostilidad sino con indiferencia, razón por la cual no son accesibles a su influjo.» (O.C. II, 2401).

En todo paciente en tratamiento analítico debe existir una parte regresada y otra capaz de convivir y aceptar unas mínimas normas de convivencia. Quizá nuestra diferencia con Simmel se encuentre en que nosotros no insistimos tanto en la línea de *imposición*, sino la de personal *autorresponsabilización*.

- En parte como medida altamente necesaria para conservar la atmósfera de la clínica saludable y en parte para profundizar en el trabajo del análisis: No se puede trabajar seriamente en un ambiente totalmente desordenado y anárquico. Para que el paciente pueda, por otra parte, profundizar y elaborar sus conflictos infantiles es necesaria una suficiente contención de sus tendencias «actuales» para las que las «normas de convivencia» suponen una imprescindible limitación.

6. Seguimiento de la experiencia por parte de Freud

Freud consideró muy conveniente desde el principio de su investigación clínica, la creación de una Clínica Psicoanalítica para el tratamiento de las psicosis, aunque fuera siempre muy reticente -sobre todo al principio de su investigación- respecto a la posibilidad de aplicar el tratamiento analítico a este tipo de pacientes.

Es de sobra conocido que Freud sólo se enfrentó con el tema de las psicosis a través del análisis que llevó a cabo de las «Memorias» del presidente Schreber. En su obra de 1911 lleva a cabo un análisis profundo de la dinámica del delirio de este personaje. Con ello parece ya indicarnos que una institución adecuada para este tipo de pacientes podrá ayudarles a comprender la dinámica de sus delirios en momentos -fases intervalares- en que la fuerza de los mismos cediera y éstos fueran capaces de un mínimo diálogo analítico.

Efectivamente, si hacemos un rastreo histórico-crítico en la obra de Freud nos daremos inmediatamente cuenta de que sobre todo en sus últimos textos el maestro vienés considera la posibilidad de aplicar el tratamiento analítico también a pacientes psicóticos, bien que su método terapéutico específico le siga pareciendo siempre particularmente adecuado para el tratamiento de psiconeuróticos. Admite ya en estos textos que la técnica clásica aunque no se pueda aplicar a pacientes psicóticos, si podría ello hacerse con una conveniente modificación. En estos momentos es cuando la clínica de Simmel le parece un proyecto ideal.

«...Reconozco -dice Freud a Simmel en una carta de 1931- que la solución del problema de la psicosis sólo será posible a través del tratamiento en una institución como la de Tegel.» (Carta a Simmel, recopilación de N. Caparrós, vol. III, 1986).

A partir de 1923 Freud, debido a sus constantes operaciones de cáncer maxilar, tenía que visitar Berlín todos los veranos. Después de estas intervenciones pasaba largas temporadas de descanso y reflexión en Tegel.

El profesor Freud pasaba dos o tres meses al año en el sanatorio de Tegel durante sus últimos años de funcionamiento.» (E. Simmel, 1937, p. 66).

A este exclusivo tema de las estancias de Freud en la clínica de Tegel se refiere monográficamente el trabajo de Schultz y Hermanns de 1990, al que me referí anteriormente.

Freud apoyó inclusive económicamente siempre la institución, sobre todo cuando ésta en sus últimos tiempos, comenzó a tener serias dificultades de subsistencia.

«Cuando el sanatorio empezó a tener dificultades económicas él mismo encabezó el movimiento para salvarlo.» (E. Simmel, 1937, p. 67).

Esta preocupación de Freud llegó al punto de participar directamente en la organización de una amplia colecta para evitar el cada vez más impreciso cierre de la referida clínica.

«Estas dificultades le motivan a Freud aquella primavera de 1929 a redactar un 'llamamiento a la creación de un fondo común con aportaciones personales' para salvar la clínica de la concurrencia de sponsors internacionales.» (Ver traducción inédita del artículo de 1990 de L.M. Hermanns y U. Schultz en documentación anexa de P. F.-Villamarzo y equipo técnico de la clínica «Oskar Pfister» en vol. policopiado).

Desde un punto de vista formativo, por otra parte, Freud consideraba un sanatorio del tipo del de Tegel como elemento fundamental de la preparación psicoanalítica de todo nuevo candidato.

«Una vez me dijo que debería ser obligatorio para todo candidato al psicoanálisis un período de formación en una institución semejante al sanatorio de Tegel.» (E. Simmel, 1937, p. 67).

1.1.2. 1936: K. Menninger o la prolongación en Topeka (California) de la experiencia pionera de Tegel

La importancia psiquiátrica de la figura de K. Menninger -actualmente existe en Norteamérica un premio relevante en el campo de la Psiquiatría que lleva su nombre- se veía enriquecida por su sólida formación psicoanalítica en el prestigioso Instituto de Chicago bajo la directa supervisión y análisis de F. Alexander. La experiencia de Tegel va a ser años más tarde retomada por este gran psiquiatra y psicoanalista americano, Karl Menninger, quien funda en Topeka, pequeña localidad de Los Angeles, otra nueva Comunidad Terapéutica de orientación freudiana. Para su puesta en funcionamiento este célebre psicoanalista requiere el asesoramiento de Simmel que acude a Topeka en 1936. Según sus propias palabras, en ese momento toma conciencia de que su clínica, fundada en Berlín, ya no existe en la realidad:

«Desde que he visitado la clínica de Menninger he aceptado por completo el hecho de que la clínica de Berlín ya no existía.» (E. Simmel, 1937, p. 60).

La presencia asesora de Simmel en los momentos fundacionales de esta nueva Comunidad Terapéutica, junto con la línea indiscutiblemente freudiana de K. Menninger y sus principales colaboradores hizo que, desde un principio, la clínica Menninger recogiera la antorcha de la primitiva Clínica de Berlín-Tegel.

«...me emocioné profundamente cuando descubrí durante una visita a la clínica Menninger en Topeka hace un año, que se trataba de un sanatorio psicoanalítico que trabajaba según el principio que yo había intentado realizar durante mi propio trabajo en Tegel.» (E. Simmel, 1937, p. 59).

Debemos tener en cuenta que en aquella época en Estados Unidos no existía prácticamente ningún psicoanalista de la experiencia y formación de los grandes pioneros del psicoanálisis europeo: predominaba la tendencia psiquiátrica culturalista en la línea de H. S. Sullivan. La experiencia psiquiátrica previa y simultánea de alguna de las principales figuras del psicoanálisis culturalista norteamericano reviste, como es lógico, ventajas e inconvenientes. La ventaja se encuentra en el conocimiento biológico y neurológico que estos grandes psiquiatras aportan al tratamiento; el inconveniente en su constante tendencia a psiquiatrizar y culturalizar el tratamiento analítico.

Freud en 1920 en el debate con motivo del proceso de T. Reik que fue acusado por un paciente por ejercicio ilegal de la Medicina, publicó su

obra «Análisis profano» en la que llevó a cabo un fuerte alegato a favor de los psicoanalistas no médicos. Este caso fue célebre en Europa porque sentó jurisprudencia a favor de los psicólogos en el ejercicio del psicoanálisis. En la obra freudiana citada, por otra parte, se describen los «pros» y «contras» del título básico de médico o psicólogo de cara a la verdadera formación psicoanalítica. A pesar de que el propio Freud era médico-neurólogo se decanta aquí por los psicólogos porque cree que su preparación es más adecuada para un psicoanalista que la propiamente médico-psiquiátrica.

Otro aspecto a destacar es que en esta Comunidad Terapéutica de Topeka comenzaron a trabajar grandes figuras de la investigación psicoanalítica - Erickson, Rapaport, Kubie...- que ya desde entonces lanzaban puente entre el psicoanálisis y la metodología positiva del modelo conductual.

El aspecto investigador fue por ello siempre sumamente importante en la nueva Clínica Menninger. A esto parecía referirse el propio Simmel cuando en su trabajo de 1937 aludía al carácter «integral» de esta nueva experiencia.

«Estoy convencido de que los hermanos Menninger con la colaboración de su padre y equipo técnico lograrán realizar la idea de un sanatorio psicoanalítico integral en mayor grado de lo que hubiera sido capaz (...) ... me asombra, no sólo el exhaustivo conocimiento de las reacciones intelectuales, emocionales e interpersonales, sino también la habilidad típicamente americana de registrar y agrupar todas esas reacciones y estandarizarlas de manera que incluso la conducta de los enfermeros esté regida por todos estos datos.» (K. Menninger, 1937, p. 60-61).

1.1.3. 1947: Remodelación de la clínica «Austen Riggs Center» de Stockbridge en Massachusetts, por parte del Dr. Robert Knight.

Esta experiencia es quizá una de las mejor conocidas en ambientes hispánicos debido a la divulgación en castellano de la obra de Emilio Rodríguez *Biografía de una Comunidad Terapéutica*. Esta publicación es fruto del trabajo de su autor en esta clínica durante tres años, junto con un equipo de grandes investigadores. En ella se lleva a cabo un verdadero «estudio de campo» sobre lo que era esta Comunidad Terapéutica de «Austen Riggs Center», durante los años de estancia de Emilio Rodríguez en la misma.

El fundador inicial de esta Clínica es el Dr. Austen Riggs, quien en 1947 quiso ofrecer una alternativa a la clínica psiquiátrica de su época. Austen Riggs no tenía ninguna formación psicoanalítica, ni siquiera psiquiátrica, puesto que era médico internista, pero a pesar de ello -o quizá por ello mismo- su proyecto proponía una línea más psicológica y menos psiquiátrica que la del propio Menninger.

En un momento de crisis de la Clínica Menninger, en el que ésta estuvo a punto de cerrarse, el equipo terapéutico e investigador fundamental de esta misma clínica -Rapaport, Erickson, Rodríguez, Kubie y Knight- pasaron a la clínica Austen Riggs Center.

En el equipo técnico de esta nueva Clínica se llegaron a conjugar dos líneas diferentes de concepción del trabajo terapéutico: gran parte de ellos poseían una formación básicamente freudo-kleiniana, otros, por el contrario, como Erickson y Rapaport seguían una línea más cercana al culturalismo sobre la base de la llamada «Psicología del yo». Los primeros seguían una línea más dinámica e internalista y, por lo tanto, menos institucional; los segundos se pretendían centrar más en el yo y en los problemas de adaptación a la realidad que en los tratamientos psicoanalíticos profundos.

La diferente concepción, pues, de cada grupo provocó una serie de problemas que hicieron finalmente acabar con esta bonita experiencia.

Fue en esta clínica precisamente donde Caudill se hizo pasar por paciente e ingresó en ella para poder estudiarla desde dentro. Sus observaciones están recogidas en su importante obra sobre «Comunidades Terapéuticas» (cf. 1957). Posteriormente y a partir de su conocimiento experiencial de esa Comunidad Terapéutica llegó éste a formar parte del equipo investigador de la misma hasta que esta se cerró definitivamente.

«Las prácticas progresistas de los Menninger comenzaron a alcanzarnos a través de las enseñanzas de Kubie y Knight, primero en Topeka y después en Austen Riggs Center.» (Caudill, 1957, 12).

1.2. Línea culturalista

Pero quizá el tipo de Comunidad Terapéutica más conocidas a partir de Maxwell Jones, sean las de carácter enfáticamente institucional en línea básicamente culturalista. En este tipo de comunidades, el factor institucional es terapéuticamente primario sobre todo tipo de tratamiento individual. A continuación sistematizaremos en cuatro momentos históricos fundamentales las experiencias comunitarias de este tipo: 1930 (Sullivan), 1946 (Main), 1953 (Maxwell Jones) y 1959 (Rapaport).

1.2.1. 1930: H.S. Sullivan crea en el seno de una clínica psiquiátrica abierta la de «Sheppard y Enoch Pratt» en Baltimore (USA), una pequeña Comunidad Terapéutica de corte dinámico.

H.S. Sullivan es un psiquiatra americano de una gran intuición y, a la vez, un gran empirista. Cuando comienza a trabajar en la clínica «Sheppard y Enoch Pratt» observa directamente a los pacientes esquizofrénicos y concibe por primera vez la idea de crear una pequeña comunidad -hoy diríamos una Unidad- dentro de este centro psiquiátrico. Selecciona para ello a cinco pacientes esquizofrénicos que son puestos bajo el control de un equipo de médicos y enfermeras con formación básicamente psicoanalítica.

Este equipo técnico de trabajo lleva a cabo, en primer lugar, un estudio profundo de las historias clínicas de cada uno de los pacientes y llega a la siguiente conclusión: estos pacientes han enfermado por un notable

deficit en sus relaciones interpersonales que arranca de la misma infancia. La terapia, pues, habrá de centrarse en el intento de restaurar este déficit de relaciones interpersonales, ofreciéndole una vida comunitaria capaz de restablecer estas relaciones cortadas.

Sullivan en su obra de 1954 *Teoría de las relaciones interpersonales* establece que el esquizofrénico -y en general todo enfermo psíquico- es un ser carente de relaciones interpersonales significativas. En función de esta hipótesis básica -fundamentalmente psicoanalítica- propone dos pasos para salir de su básico autismo infantil: en primer lugar, lograr la participación directa de la familia de los esquizofrénicos en la propia vida de la Comunidad y, en segundo lugar, reestructurar de forma más adecuada esa microsociedad allí creada a fin de facilitar una más rica comunicación interpersonal. Aquí se encuentran los orígenes psicoanalíticos de la terapia familiar y aun de las posteriores corrientes sistémicas dentro de este tipo de terapias. Para Sullivan, pues, el análisis individual es secundario, lo que le interesa es la resocialización del sujeto a partir de su inserción en una unidad familiar.

Es precisamente a partir de estas iniciales investigaciones de H.S. Sullivan -aunque frecuentemente se pretenda olvidar este extremo- con familias esquizofrénicas (cf. 1953) que tanto la escuela de Palo Alto con Bateson (cf. 1982) como las posteriores corrientes de terapia familiar sistémica (cf. 1991) han venido estudiando las características de las desde entonces denominadas «madres esquizofrenógenas». Recuérdense, a este respecto, la «teoría del double bind» de la «teoría de la comunicación» y los estudios empíricos realizados en Norteamérica, con fotógrafos, de madres de esquizofrénicos dando de mamar a esos mismos pacientes cuando éstos eran pequeños.

Sullivan es, por lo demás, el tercero de los grandes pioneros de línea culturalista americana. Los otros dos son: Erich Fromm y Karen Horney. Aunque, según un estudio realizado por Emilio Rodríguez el primer autor que había utilizado el término de «Comunidad terapéutica» habría sido precisamente Sullivan, esto, sin embargo, no es exactamente correcto. Sullivan fue el primero, efectivamente, en emplear el término «comunidad» (*Community*) en un contexto terapéutico (cf. H.S. Sullivan, 1930), pero no la expresión completa de «Comunidad Terapéutica» que posteriormente había de ser consagrada. El primero, concretamente, en utilizar esta expresión completa de «Comunidad terapéutica» fue el segundo representante de este tipo de experiencias comunitarias, Thomas Main, del que inmediatamente hablaremos.

1.2.2. 1946: Th. Main en el Hospital mental de la ciudad de Birmingham en Inglaterra.

En general las comunidades terapéuticas de tipo culturalista, por lo menos las más importantes, han aparecido comúnmente como secciones o unidades de hospitales psiquiátricos.

Por el contrario, las principales experiencias más estrictamente freudianas fueron creadas exclusivamente de acuerdo a un modelo psicoanalítico y no dentro de un encuadre general de carácter psiquiátrico. Nuestra Comunidad Terapéutica, por ejemplo, al igual que la de Simmel se inscribe dentro de esta misma línea: no pertenece a unidad alguna de un hospital general o psiquiátrico, sino que tiene su propia estructuración o infraestructura.

Thomas Main en 1946 crea, pues, una unidad en el psiquiátrico de Birmingham en el que, por esas fechas, están siendo sometidos a tratamiento psiquiátrico veteranos de guerra tanto de la Primera como de la Segunda guerra mundial. Como es ya sabido -recuérdese la «Introducción al simposio sobre la neurosis de guerra» de 1919 (cf. S. Freud, O.C. III, 2542-44)- en estos momentos adquiere una gran importancia la intervención terapéutica de los psiquiatras-psicoanalistas quienes intentan desmontar esa «esa compulsión de repetición» que es propia de toda neurosis traumática y, específicamente, de la de guerra. Tratan de descubrir dinámicamente porqué una persona «repite» una experiencia tan dolorosa como la de un campo de concentración durante años y años, siendo así que la guerra ya ha terminado. Uno de estos psiquiatras-psicoanalistas que intervienen con cierto éxito en torno a los años 40 es Thomas Main, por lo que oficialmente se le pide que se haga cargo de una sección del psiquiátrico de Birmingham para tratar más adecuadamente a este tipo específico de pacientes psíquicos. El «subgrupo» por él formado está aislado del resto de la población psiquiátrica pero lleva una intensa participación interna en «la vida diaria de la comunidad terapéutica» (E. Rodríguez, 1965, p.9).

1.2.3. 1953: Maxwell Jones en el hospital Belmont de Sutton, Inglaterra.

Maxwell Jones es también un psiquiatra reputado. Es él quien de forma definitiva va a vulgarizar la expresión «Comunidad Terapéutica», en su célebre obra de 1953 *The Therapeutic Community*, expresión ésta, sin embargo, ya anteriormente acuñada por el psiquiatra de Birmingham en 1946.

Maxwell Jones trata de estructurar la Comunidad como una microsociedad con roles semejantes a los de la calle, y en la que los pacientes se responsabilizan personalmente de su funcionamiento total.

La psicoterapia individual no tiene mayor interés, pierde fuerza terapéutica y, por lo tanto, el agente terapéutico fundamental de esa comunidad es la propia institución y la vida microsocial que ello conlleva.

1.2.4. 1959: R. Rapoport en el hospital de Belmont de Sutton, Inglaterra.

Robert Rapoport -no confundir con el gran psicoanalista americano, David Rapaport- es un continuador de la obra de Maxwell Jones. Prolonga y profundiza la primera experiencia comunitaria de Jones, insistiendo más enfáticamente en la «permisividad» institucional y ambiental.

Aquí aparece la dialéctica entre abstinencia-frustración, por una parte, y permisividad, por otra. El psicoanálisis ortodoxo va a insistir más en la abstinencia con el fin de preservar energías para el tratamiento individual. Por el contrario, las comunidades de tipo culturalista van a oscilar entre dos extremos: frustración y permisividad.

En el tema de la «permisividad», las comunidades terapéuticas culturalistas de alguna forma van a seguir a Ferenczi en su segunda y tercera etapas teórico-técnicas (cf. P. F.-Villamarzo, 1986). Trás un primer momento en el que este autor utiliza la técnica clásica, suceden otras dos en las que introduce en su tratamiento todo tipo de técnicas activas frustrantes con el fin de movilizar al paciente y hacer las terapias más breves. En la primera de estas dos últimas etapas predomina la «ley de la abstinencia», es decir, la «frustración», pero sin tener en cuenta la neutralidad analítica. Ferenczi parte del supuesto en este momento (cf. S. Ferenczi, 1921) de que toda descarga o satisfacción resta material al análisis y que, en resumidas cuentas, lo bloquea. LLeva esta ley hasta sus últimas consecuencias convirtiendo el análisis en una verdadera técnica conductual.

En esta etapa Ferenczi llega hasta límites caricaturescos: prohíbe las relaciones sexuales a un matrimonio que se estaba analizando; aconseja que los pacientes aguanten la orina porque de ahí podrían surgir sensaciones, fantasías y recuerdos, aprovechables para el análisis, etc.

Llega a tales extremos limitativos en esta etapa que en la siguiente - «neocatártica»- se pasa al extremo contrario: no frustrar sino gratificar al paciente. Ahora trata de satisfacer todas las necesidades del paciente, responder a todas sus demandas.

Evidentemente desde el punto de vista psicoanalítico el problema es que esas demandas van más allá de las necesidades actuales. Como decía Lacan detrás de toda demanda hay una demanda de amor, pero no demanda actual, sino de la infancia. Por eso Ferenczi señala al final de sus días -en su diario «Notas y fragmentos» de 1932- que el problema del psicótico no se soluciona gratificándole, porque cada vez te pide, por lo que planteado así el problema «éste no tiene solución». «Ni real, ni terapéuticamente», añadírlamos nosotros.

Como Ferenczi las comunidades terapéuticas de orientación culturalista van a tener el riesgo de oscilar entre el «Escila y Caribdis» de esos dos extremos: hay comunidades que se van a especializar en la «normatividad», es decir, educar al paciente para que se socialice y pueda enfrentarse yóicamente a los límites de la realidad. Otras, en cambio, como la de Rapoport siguen la línea de la «permisividad» que, arrancando del último Ferenczi, será continuada por la antipsiquiatría de Laing y Cooper con su consiguiente negación de la institución psiquiátrica.

La línea antipsiquiátrica mantiene que el paciente tiene sus propios recursos para sanar, o sea, el paciente dejado en una comunidad terapéutica sanará

por sí mismo, sin ningún tipo de específica terapia. Evidentemente esta tesis desde el punto de vista psicoanalítico no es en absoluto aceptable. Freud en su obra *Más allá del principio del placer* teoriza, a partir de la clínica, el «instinto de vida» y el «instinto de muerte» como realidades ontológicas de igual categoría. En una persona sana se da una «unión» (el célebre *Mischung* freudiano; cf. P. F.-Villamarzo, 1989) entre ambos instintos, estando los de «muerte» al servicio de los de «vida» o, lo que es lo mismo, la agresividad al servicio de la autoafirmación de la vida. En determinados pacientes, sin embargo, se encuentran escindidos: si se deja a un paciente entregado a su propio mundo pulsional, sin capacidad de sentido de realidad, es difícil que pueda contenerse y frenar sus tendencias auto y heterodestructivas.

En su «Segunda Tópica», Freud plantea que el yo en el niño se estructura a partir de la identificación con las figuras parentales mediante la dialéctica gratificación-frustración. Ambos polos son necesarios si se dan en una correcta dosificación. Es necesario, pues, frustrar al niño para fortalecer su sentido de realidad, pero también es necesario gratificarle porque sino se retirará autísticamente del mundo exterior. Esta dialéctica frustración-gratificación, llevada a cabo en un ambiente amoroso, es lo que va a estructurar un yo suficientemente sano.

En esta misma línea, cuando como terapeutas intentamos curar a un esquizofrénico habrá que tener en cuenta esa necesaria dialéctica. La frustración va a cumplir dos tipos de funciones: por una parte socializar al paciente, es decir, ponerle en la realidad; por otra, habrá de levantar material dinámico a través de la limitación y favorecer la regresión. Pero tampoco se puede llevar la frustración al extremo porque se corre el peligro de reforzar las resistencias del paciente o que aparezca una transferencia negativa no aprovechable en la tarea terapéutica. En un tratamiento analítico lo que se va a potenciar son los instintos de vida para lograr que el paciente no encuentre un placer «melodramático» -como dirían Gear y Liendo (1989, p. 29)- en destruir a los demás o destruirse a sí mismo.

2. LAS COMUNIDADES EN LA HISTORIA DEL PSICOANÁLISIS ESPAÑOL

Cuatro son los momentos claves hasta la aparición de la Clínica Psicoanalítica «Oskar Pfister».

2.1. Punto de partida: 1962: Nuestra vinculación formativa y profesional en la clínica «Peña Retama» (fundamental línea entre ecléctica y culturalista)

El Dr. Molina Nuñez fue uno de los primeros psiquiatras españoles que se abrió definitivamente al psicoanálisis y lo introdujo en España. Se trata de una gran figura, si bien un tanto controvertida, como sucede por lo demás a figuras de personalidad tan acusada. Al principio de su formación en

Alemania y Buenos Aires siguió la línea más ortodoxa del psicoanálisis freudiano, llegando a pertenecer a la Sociedad Psicoanalítica Internacional. Luego fue evolucionando hacia una línea más ferenciana y culturalista, lo que no dejó de granjearle serios problemas con la «Internacional» hasta llegar a ser extrañado de ella de forma no excesivamente amistosa.

En 1962 funda la Clínica «Peña Retama» que fue la primera Comunidad Terapéutica española de orientación psicoanalítica y una de las primeras del mundo después de las experiencias que ya anteriormente hemos visto. Dado que la primitiva formación del Dr. Molina era sólidamente freudiana, él quiso dar a la misma un primer impulso coherentemente freudiano, aunque ya por entonces entraba en la etapa de cambio hacia el culturalismo y hacia las «técnicas activas» de Ferenczi. Diríamos que en su fundación esta comunidad se encuentra entre dos líneas: la «línea freudiana» y la «culturalista».

En un artículo suyo de 1966, «Estructura y formación del grupo de psicoterapia analítica 'Peña Retama'», expone el propósito fundamental de esa nueva Comunidad Terapéutica en los siguientes términos:

«Hace poco más de cuatro años (1962) inauguramos un Sanatorio de Psicoterapia que trabaja desde el primer día a pleno rendimiento. Es el primero y único que en España aborda en serio los problemas dinámicos de la Psiquiatría y la psicoterapia.» (Molina, 1966, p. 32).

2.2. 1973: Evolución coherentemente freudiana de alguno de sus principales colaboradores: Mi formación personal en el Instituto de Psicoanálisis de París me lleva a inaugurar el Centro de Psicología Dinámica «Oskar Pfister» de Madrid

Desde 1971 ocupé el cargo de Director del Instituto de formación psicoanalítica de «Peña Retama». Dada mi reciente formación freudiana en París, fui imprimiendo una línea cada vez más coherentemente freudiana a mi ejercicio profesional y a mi enseñanza. Esto llevó consigo dos consecuencias inmediatas:

a) En relación con otros Miembros Titulares de la Institución «Peña Retama» que seguían una línea de trabajo más culturalista comienzan a surgir ciertos problemas normales de acoplamiento, agudizados éstos con la imprevista desaparición en 1973 del Dr. Molina Núñez, verdadero fundador y aglutinador del grupo «Peña Retama». No se trataba de problemas personales, sino de una especie de disonancia cognitiva entre dos líneas teórico-técnicas cada vez más divergentes, que me hizo sentirme profesionalmente incómodo.

b) Por otro lado, todo el equipo psiquiátrico fundamental que ahora trabaja en el «Oskar Pfister», estaban por entonces terminando su formación psicoanalítica en el Instituto «Peña Retama» que a la sazón personalmente dirigía. En la medida, pues, en que la mayoría de ellos

conectaba mejor con la línea coherentemente freudiana que ofrecía en mi enseñanza, comenzarían a experimentar conmigo idéntica disonancia e incomodidad de líneas profesionales. Esto les fue llevando a todos, aunque gradualmente, a ir optando cada vez más definitivamente por la línea freudiana que el «Oskar Pfister» ofrecía.

En 1973 se funda el Instituto de Psicología Dinámica «Oskar Pfister» y precisamente el Dr. Molina pronuncia el discurso inaugural. En el documento de fundación decimos:

«Entendemos que hoy ya no puede ignorarse que la Psicología, como cualquiera de las ciencias del hombre, carece de verdadera eficacia educativa y terapéutica, si no tiene en cuenta los importantes descubrimientos freudianos relativos al mundo del inconsciente. Nuestra formación y orientación, pues, se apoya técnicamente en los postulados de la llamada Psicología Profunda.» (p. 2).

2.3. 1982: Anteproyecto de Comunidad Terapéutica «Oskar Pfister». Énfasis en la central importancia del análisis individual

Cuando fundamos el centro «Oskar Pfister» en 1973 todos habíamos participado -como directivos o como médicos residentes- de una experiencia de comunidad terapéutica y teníamos la inquietud de abrir una nueva Comunidad que, aprovechando todo lo válido de aquella experiencia pionera, siguiera más coherentemente una decidida línea freudiana. Veíamos la conveniencia de una nueva institución como ésta, sobre todo para el tratamiento de aquellos psicóticos en los que solía ser necesario o simplemente conveniente el internamiento en psiquiátricos al uso que seguían una línea más bien organicista de trabajo.

En 1982 confeccionamos un primer diseño general de Comunidad Terapéutica Freudiana, pensando entonces -debido a las necesidades de una fuerte inversión económica que de momento nos era absolutamente prohibitiva- ponernos en contacto con alguna institución social o religiosa que pudiera aportar algún edificio base.

En este documento están ya esbozados las líneas generales de trabajo: las sesiones de psicoterapia analítica individual o grupal seguirían siendo el recurso terapéutico fundamental, mientras que la convivencia comunitaria y cualquier otro tipo de actividades terapéuticas complementarias tendrían como función fundamental reforzar y profundizar el tratamiento analítico personal de cada uno de los pacientes residentes en la misma.

2.4. 1988: Fundación de la clínica psicoanalítica «Oskar Pfister».

Definitivo énfasis en la estructuración institucional en torno al análisis personal de cada uno de los pacientes e inserción del período de experiencia comunitaria de los mismos hacia el medio del proceso analítico global.

En este momento -y teniendo en cuenta que ya por entonces había culminado su larga formación psicoanalítica en el Instituto «Oskar Pfister» una nueva

promoción de 30 profesionales- contábamos con un amplio grupo de más de 40 especialistas, médicos y psicólogos, que, unidos al propio equipo inicial, posibilitaron tanto económica como técnicamente, nuestro embarque en una aventura institucional tantas veces proyectada con anterioridad.

El 30 de noviembre, pues, de 1988 se funda la Comunidad Terapéutica «Oskar Pfister» con cinco pacientes psicóticos que estaban ya en tratamiento ambulatorio con los propios analistas del equipo inicial del «Pfister». Más tarde completamos el número hasta nueve y, finalmente, hasta doce que es el definitivo número que, por el momento, tenemos.

El objetivo que con estos pacientes nos proponíamos, era poder llegar a unos niveles de regresión más profunda que en el régimen ambulatorio y conseguir una más completa restauración del fondo psicótico de su personalidad.

Como coherente y científica hipótesis de trabajo partimos desde un principio de un documento técnico, preparado al efecto, y que bajo la rúbrica de «Ideario institucional» fue asumido por todo el grupo «Oskar Pfister». Era la única forma de garantizar la unidad operativa de un equipo de profesionales que, bien que con una formación común y coherentemente freudiana, era excesivamente numeroso. En este «Ideario fundacional de la Clínica-Residencia 'Oskar Pfister'» señalamos:

«El objetivo fundamental de nuestra Comunidad Terapéutica viene constituido por el reforzamiento institucional y profundización técnica del tratamiento analítico individual en alguna de las etapas claves del mismo y según la indicación terapéutica de cada caso clínico en particular.» (p. 11).

DOCUMENTOS

INFORME BIBLIOGRAFICO SOBRE COMUNIDADES TERAPEUTICAS

- 1) SIMMEL, E.:
"Tratamiento psicoanalítico en un sanatorio" (Die psychoanalytische Behandlung in der Klinik, 1928), trad. esp., en: "Ideario institucional", ISEF, Madrid, 1988, pp. 29-55 (documento policopiado).
- 2) SULLIVAN, H.S.:
Socio-Psychiatric Research: its implications for the Schizophrenic Problem and for Mental Hygiene, 1930, American Journal of Psychiatry, vol. X, pp. 977-992.
- 3) SIMMEL, E.:
"El sanatorio psicoanalítico y el movimiento psicoanalítico" (The psychoanalytic sanitarium and the psychoanalytic movement, 1937), trad. esp., en: "Ideario institucional", ISEF, Madrid, 1988, pp. 56-69, (documento policopiado).
- 4) MAINE, Th.:
The Hospital as a Therapeutic Institution, 1946, Bull. Menniger Clinic, vol. X, pp. 66-70.
- 5) JONES, M.:
The Therapeutic Community, 1953, ed. Basic Books, Nueva York, 1953.
- 6) CAUDILL, W.:
"El hospital psiquiátrico como Comunidad Terapéutica", (The psychiatric hospital as a small society, 1957), trad. esp., ed. Escuela, B. Aires, 1966.
- 7) RAPOPORT, R.N.:
"La communauté thérapeutique" (Community as Doctor. New Perspectives on a Therapeutic Community, 1959), trad. fr., ed. Francois Maspero, París, 1974.
- 8) MOLINA NÚÑEZ, J.:
Estructura y formación del grupo de psicoterapia analítica 'Peña Retama', Revista de Psicoterapia Analítica, 1962, pp. 23-33.
- 9) RODRIGUE, E.:
Biografía de una comunidad terapéutica, 1965, ed. Univ. de Buenos Aires, B. Aires, 1965.
- 10) JONES, E.:
"Acerca de una comunidad terapéutica" (Beyond the therapeutic community 1968), trad. esp., ed. Eudeba, Buenos

Aines, 1970.

- 11) GARCIA BADARACCO, J.E.:
Autobiografía de una esquizofrénica, ed. F.C.E., Buenos Aires, 1970.
- 12) LOPEZ, R.E.:
La tercera revolución psiquiátrica. Estudio de una comunidad Terapéutica, ed. Ateneo, Caracas, 1980.
- 13) VILLAMARZO, P. F.- Y COLABORADORES:
Presentación de un caso clínico de psicosis paranoide sometido a tratamiento de inspiración analítica (Caso Angel), 1986, en: "Temas de Psicología II", ed. U.P.S., Salamanca, 1986.
- 14) VILLAMARZO, P. F.-:
El método terapéutico en la obra de Freud, 1988, U.P.S., Salamanca, 1988.
- 15) VILLAMARZO, P. F.- (director); GARCIA TRIGALES, L. Y BARQUIN, P. (realizadores):
La psicoterapia analítica en el marco institucional (Clínica psicoanalítica Oskar Pfister), ed. U.P.S., Salamanca, 1989 (documento policopiado de la cátedra de Psicología Profunda).
- 16) SCHULTZ, U. Y HERMANN L.M.:
"El Sanatorio Schloss Tegel de Ernst Simmel" (Das Sanatorium Schloss Tegel Ernst Simmels, 1987), en: Psychother. med. psychol. 37 (1987), pp. 58-67 (trad. inédita de P. F.-Villamarzo en volumen policopiado).

"Y...casi me hubiera hecho berlinés. Sigmund Freud en el Sanatorio Schloss Tegel" (Und doch wäre ich ... beinahe Berliner geworden. Sigmund Freud im Sanatorium Schloss Tegel, 1990), en: Zeitschr. f. psychoanal. Theorie und Praxis, V, 1, 1990, pp. 78-79 (trad. inédita de P. F.-Villamarzo en volumen policopiado).

COMUNIDAD TERAPEUTICA "OSKAR PFISTER"

PRINCIPALES PRECEDENTES HISTORICO-CRITICOS

A) EN LA HISTORIA GENERAL DEL PSICOANALISIS

a) Línea fundamentalmente freudiana

1926: Ernst SIMMEL

"Sanatorio-Comunidad Tegel"
en Berlin-Tegel
(Alemania)

1936: Karl MENNINGER

"Clínica Menninger"
en Topeka - Los Angeles
(U.S.A.)

1947: Robert KNIGHT

"Clínica Austen Riggs Center"
en Stockbridge - Massachusetts
(U.S.A.)

b) Línea básicamente culturalista

1930: Harry Stack SULLIVAN

"Clínica Seppard y Enoch Pratt"
en Baltimore
(U.S.A.)

1946: Thomas MAIN

"Hospital mental de la ciudad de Birmingham" - en Birmingham
(Inglaterra)

1953: Maxwell JONES

"Unidad de readaptación del Hospital de Belmont" - en Suttten
(Inglaterra)

1959: Robert RAPOPORT

"Servicio de readaptación del Hospital Henderson" (Belmont de Suttten) en Suttten
(Inglaterra)

B) EN LA HISTORIA DEL PSICOANALISIS ESPAÑOL

1962: Jerónimo MOLINA NUNEZ

"Instituto-Clinica de Psicoterapia Analítica Peña Retama"
en Hoyo de Manzanares (Madrid)
(España)

CIRCULAR FUNDACIONAL DE LA CLINICA DE BERLIN-TEGEL EN 1927

"Fundación de una clínica psicoanalítica en Berlín"

(en: "Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse, 1927, 13:245-6)

En el momento de la apertura de la Clínica Psicoanalítica (Sanatorio Comunidad Tegel), la siguiente circular fue enviada por el Dr. Simmel a sus colegas de la región (psiquiatras y médicos).

Estimado colega:

Le hago saber con esta circular que el 1 de abril del presente año (1927) se ha inaugurado bajo mi dirección el Sanatorio Comunidad Tegel (en el lago Tegel junto a Berlín), que va a poseer el carácter de verdadera clínica psicoanalítica.

Estimo que el método psicoanalítico de Freud, que hasta ahora sólo ha sido aplicado en el tratamiento de neuróticos - en régimen de ambulatorio, puede emplearse también en régimen de internamiento a otro tipo de pacientes.

Esta clínica psicoanalítica va a estar dedicada, en primer lugar, al tratamiento de todo aquel tipo de pacientes neuróticos y psicóticos que por la gravedad de su sintomatología - no conviene tratar en ambulatorio, o bien a aquel otro tipo - de tales pacientes que, aunque pudieran ser tratados en este - régimen, se vea más conveniente hacerlo en régimen de internado para el mejor éxito del tratamiento y una mayor abreviación - de la duración del mismo.

Quedan, pues, incluidos entre los casos indicados para el tratamiento comunitario no sólo las psicosis sino también los casos agudos de neurosis obsesiva y fobias (y muchos otros - casos de agorafobia), así como multitud de casos clínicos de histeria en los que aparecen afectadas las funciones orgánicas (síntomas de conversión): casos complicados, por ejemplo, de trastornos del aparato circulatorio (neurosis de corazón), de trastornos respiratorios (asma) y del aparato digestivo (anorexia, espasmos del exófago, colitis crónicas), trastornos de orina y del aparato genital (casos graves de dismenorreas, etc.).

En segundo lugar, - y con la misma importancia - esta clínica psicoanalítica se ha propuesto ocuparse de la enfermedad latente en casos de adicción a las drogas: morfinómanos, cocainómanos, alcohólicos, así como de los dependientes involuntarios a todo tipo de barbitúricos y sedantes. Se intenta, a través de un tratamiento sistemático profundo, llegar a la psicogénesis, es decir, a la raíz última de tales enfermedades. Esto significa que para conseguir la curación definitiva no basta - como se ha venido haciendo - con emplear medios mecánicos de tratamiento de choque o de alejamiento progresivo de la dependencia, porque con tales tratamientos se producen por regla general recidivas. Mas allá de la notoria supresión de la dependencia a las drogas, el tratamiento psicoanalítico sana los trastornos anímicos psiconeuróticos que están en la raíz de la necesidad del uso de las mismas y, con ello, evita el riesgo de volver a caer en la dependencia de cualquier tipo de adicción.

Para estos casos de adicción yo cuento con una experiencia clínica básica sobre su indudable dinamismo maniaco. Por ello, a través del tratamiento es necesario desmontar la tendencia impulsiva a evitar el displacer (defensa maniaca de toda dependencia a la droga) de este tipo de pacientes.

Es de esperar, por otra parte, que en este sanatorio, a través del tratamiento terapéutico psicoanalítico intensivo, se consiga el mismo éxito terapéutico que en el tratamiento ambulatorio, pero en un tiempo más reducido. Sería desacertado que el tratamiento intensivo de cualquiera de estos tipos de pacientes durase el mismo tiempo en régimen de internado (en la clínica) que en ambulatorio.

El tratamiento psicoanalítico en sanatorio pretende también tratar aquellas partes mal desarrolladas de las personalidades psicopáticas que no vienen fundamentalmente condicionadas por factores de orden constitucional. Está, pues, especialmente indicado para aquellos jóvenes y niños a los que es necesario controlar fuera de las horas de sesión del tratamiento psicoanalítico (por ejemplo, aquellos afectados del peligro social de cleptomanía y otros).

La indicación, por otra parte, para un ingreso más corto e intensivo en un Sanatorio psicoanalítico me parece, desde un punto de vista analítico, una buena medida profiláctica, cuando existan dificultades y conflictos actuales (separaciones matrimoniales, por ejemplo) que amenazan a personas con una evidente inmadurez psicológica. El peligro de una resolución desafortunada del conflicto, con sus múltiples riesgos de salidas patológicas (formas diversas de huida de la enfermedad o incluso suicidio), podría ser a menudo evitado en su misma raíz inconsciente, cuando al enfermo se le ofrece la posibilidad de un ambiente neutral y terapéutico. De este modo, podrán ser contenidas aquellas fuerzas que desde el inconsciente causan el conflicto patológico y pugnan por hallar salidas peligrosas e inadecuadas.

Este Sanatorio, pues, como clínica psicoanalítica, pretende estar a la vanguardia de los métodos terapéuticos, tratando inclusive todo tipo de enfermedades orgánicas complicadas y largas, en las que exista un componente psíquico que amenace con entorpecer seriamente el proceso de curación orgánica.

Conozco los trabajos que hasta ahora han venido realizando otros colegas, especialistas en la misma materia. Sobre esta base yo cuento con cierta experiencia de aquellas enfermedades cuya sintomatología está condicionada sobre todo por influencias familiares nocivas: disfunciones de las glándulas de secreción interna, especialmente las tiroides; disfunciones en el sistema nervioso simpático y parasimpático; disfunciones de la vesícula urinaria -enuresis infantil- y, en general, todo tipo de enfermedades del metabolismo.

Para terminar, quiero puntualizar que la distribución de los grupos de habitaciones de este Sanatorio está diseñada para que unos pacientes no se molesten a otros. Por otra parte, en vista a que la atención individual sea más efectiva, asignamos un máximo de diecinueve pacientes a cada equipo técnico de guardia que, dirigido por un médico, asume la responsabilidad terapéutica de cada una de estas pequeñas comunidades. El personal auxiliar ha sido, por supuesto, meticulosamente seleccionado de acuerdo con las metas y los objetivos específicos de este Sanatorio. En la selección del edificio que --

alberga esta Comunidad Terapéutica como lugar del trabajo de la Clínica Psicoanalítica y como lugar de estancia de los propios enfermos psíquicos, tuvimos muy en cuenta su adecuado enclave geográfico. A pesar de estar al lado del gran Berlín, este Sanatorio está situado en uno de los más tranquilos y antiguos parques berlineses a orillas del lago Tegel. Este distrito de Berlín que ya hace cien años fue alabado por W. von Humboldt, quien lo convirtió en su lugar de trabajo y recogimiento, conserva todavía inalterada su más armoniosa intimidad.

Muy atentamente, su colega Dr. Ernst Simmel.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1) BATESON, G.: «Hacia una teoría de la esquizofrenia» (*Toward a theory of schizophrenia*, 1956), trad. esp., en: «Interacción familiar», ed. Eba, Montevideo, 1980, pp. 19-56.
- 2) CAPARROS, N.: «Correspondencia de Sigmund Freud», (tesis doctoral), Madrid, 1986, 3 volúmenes.
- 3) FERENCZI, S.: «Prolongación de la 'técnica activa' en psicoanálisis» (*Weiterer Ausbau der 'aktiven Technik' in der Psychoanalyse*, 1921), trad. esp., en: «Psicoanálisis», vol. 3, ed. Espasa Calpe, Madrid, 1981, pp. 137-157.
- «Principio de relajación y neocatarsis» (*Relaxationsprinzip und Neokatharsis*, 1930), trad. esp., en: «Psicoanálisis», vol. 4, ed. Espasa Calpe, Madrid, 1981, pp. 91-108.
- «Notas y fragmentos» (*Notes and Fragments*, 1920 y 1930-32), trad. esp., en: «Psicoanálisis», vol. 4, ed. Espasa Calpe, Madrid, 1981, pp. 297-354.
- 4) FREUD, S.: «La iniciación del tratamiento» (*Zur Einleitung der Behandlung*, 1913), trad. esp., en: O.C. II, 1661-1674.
- «Introducción al simposio sobre neurosis de guerra» (*Einleitung zu 'Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen'*, 1919), trad. esp., en: O.C. III, 2542-2554.
- «Más allá del principio del placer» (*Jenseits des Lustprinzips*, 1919-1920), trad. esp., en: O.C. III, pp. 2507-2541.
- «Psicoanálisis y teoría de la libido» (*'Psychoanalyse' und 'Libidotheorie'*, 1922), trad. esp., en: O.C.

III, pp. 2661-2676.

«La organización genital infantil» (*Die infantile Genitalorganisation*, 1923), trad. esp., en: O.C. III, pp. 2698-2700.

5) GEAR, M.C., LIENDO, E.C.: *Tecnología psicoanalítica multidisciplinaria*, ed. Paidós, Buenos Aires, 1989.

6) HORNEY, K.: «La personalidad neurótica de nuestro tiempo» (*The Neurotic Personality of our time*, 1937), trad. esp. ed. Paidós, Buenos Aires, 1971.

7) JONES, E.: «Vida y obra de Sigmund Freud» (*Life and Work of Sigmund Freud*, 1955-57-59), trad. esp. ed. Paidós, Buenos Aires, 1976.

8) KLEIN, M.: «El psicoanálisis de niños» (*Die Psychoanalyse des Kindes*, 1932), trad. esp., en: O.C. I, ed. Hormé, Buenos Aires, 1974, pp. 133-401.

9) LACAN, J.: «La dirección de la cura y los principios de su poder» (*La direction de la cure et les principes de son pouvoir*, 1958), trad. esp., en: «Escritos», vol. I, ed. Siglo XXI, México, 1971, pp. 217-279.

10) LAING, R.D.: «El yo dividido» (*The Divided Self*, 1960), trad. esp., ed. F.C.E., México, 1964.

11) LAPLANCHE, J. Y PONTALIS, J-B.: «Diccionario de psicoanálisis» (*Vocabulaire de la Psychanalyse*, 1968), trad. esp. ed. Labor, Barcelona, 1971.

12) MANNONI, M.: «El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis» (*Le psychiatre, son fou et la psychanalyse*, 1970), trad. esp. ed. SXXI, México, 1985.

13) MOLINA NUÑEZ, J.: «Estructura y formación del grupo de Psicoterapia analítica», 1966, en: «Revista de Psicoterapia Analítica» (1966), pp. 23-46.

14) ROAZEN, P.: «Freud y sus discípulos» (*Freud and his Followers*, 1971), trad. esp. ed. Alianza, Madrid, 1978.

15) SULLIVAN, H.S.: «La teoría interpersonal de la Psiquiatría» (*The Interpersonal Theory of Psychiatry*, 1953), trad. esp. ed. Psique, Buenos Aires, 1974.

16) VILLAMARZO, P. F.: «S. Ferenczi o el tema de las variaciones técnicas en psicoanálisis», ed. ISEF, Madrid, 1986, 2 vol.

«El método terapéutico de Freud», ed. UPS, Salamanca, 1988.
«Temas metapsicológicos», en: «Cursos sistemáticos de formación psicoanalítica», ed. Marova, Madrid, 1989, tomo 2.

«Temas clínicos: Neurosis», en: «Cursos sistemáticos de formación psicoanalítica», ed. Marova, Madrid, 1991, tomo 3.

«Estructuración específica de la clínica psicoanalítica freudiana 'Oskar Pfister'», por Pedro F. Villamarzo

«ESTRUCTURACION ESPECIFICA DE LA CLINICA PSICOANALITICA FREUDIANA 'OSKAR PFISTER'»

por Pedro Fernández-Villamarzo

INDICE

1. Características específicas de esta estructuración

1.1. Las leyes fundamentales

1.1.1. «La ley de la libre asociación»

A) Definición general

B) En la Comunidad Terapéutica

C) Riesgos

1.1.2. «Ley de la abstinencia»

A) Definición general

B) En la Comunidad Terapéutica

C) Riesgos

1.2. Los factores terapéuticos

1.2.1. La regresión

A) Definición general

B) En la Comunidad Terapéutica

C) Riesgos

1.2.2. La transferencia

A) Definición general

B) En la Comunidad Terapéutica

C) Riesgos

1.2.3. La interpretación

A) Definición general

B) En la Comunidad Terapéutica

C) Riesgos

1.2.4. La elaboración

A) Definición general

B) En la Comunidad Terapéutica

C) Riesgos

2. Especificas exigencias de orden operativo

2.1. Motivación exigible para el ingreso

2.1.1. Contrato de trabajo y alianza terapéutica

2.1.2. Centralización de este cometido

2.1.3. Utilización de los «pactos»

2.2. Instrumentación de actividades institucionales

2.2.1. Reuniones de realidad

2.2.2. Psicoterapia de grupo

2.2.3. Tertulias aclaratorias

2.3. Convergencia de las diversas actividades institucionales

Documentos

Bibliografía

En líneas generales podemos decir que el objetivo fundamental de la estructuración de nuestra Comunidad Terapéutica apuntaba al reforzamiento y potenciación del tratamiento analítico individual, señalando, al mismo tiempo, que ello se intentaba conseguir mediante el logro de una equilibrada dialéctica entre el respeto al paradigma esencial de la llamada «cura-tipo» y el coherente empleo de «técnicas activas» (cf. S. Ferenczi, 1921). La consecuencia que podemos sacar de todo ello y sobre la que vamos a trabajar en esta exposición, es que el tratamiento analítico dentro de la «Comunidad» se extiende a toda la vida comunitaria que queda así transformada en un verdadero «locus psicoanalítico» en expresión del propio Simmel. Esto equivale a decir que toda la clínica en cuanto tal es un verdadero encuadre físico, psíquico, técnico e instrumental que sirve para profundizar y reforzar nuestro auténtico objetivo institucional que no es otro que el mejor desarrollo del tratamiento individual de corte psicoanalítico.

Pero dado que el paradigma del análisis individual (cf. P. F.-Villamarzo, 1990) lo constituyen unas «leyes fundamentales» -«ley de la libre asociación» y de la «abstinencia»- y el desarrollo de este tratamiento de psicoterapia analítica supone el despliegue empírico de toda una serie de fenómenos que en psicoanálisis denominamos «factores terapéuticos» -«regresión», «transferencia», «interpretación» y «elaboración»-, la problemática específica que ahora nos planteamos en este tema es cómo inciden esas «leyes» y cómo cursan estos «factores» en el quehacer general de la clínica analítica.

Respecto al hecho de que toda la clínica realmente se convierte en un verdadero lugar psicoanalítico, contamos con un texto de Simmel que alude explícitamente a la extensión del paradigma psicoanalítico individual a la comunidad terapéutica en general:

«El *genius loci* de la clínica psicoanalítica, la casa que toma bajo su protección y cuidado a la gente enferma en su sufrimiento, que envuelve su angustia, pero, que también inevitablemente la remueve a veces, es, como ustedes pueden suponer, el símbolo de la madre misma y la propia situación analítica. Y aquí he vuelto al punto de partida de nuestra concepción del trabajo psicoanalítico en sanatorio.» (E. Simmel, 1929, p. 53).

El «*genius loci*», ese lugar psicoanalítico ampliado que es la Comunidad Terapéutica, «envuelve -dice Simmel- la angustia del paciente», le protege, le arropa, pero «también inevitablemente le remueve»; y todo ello precisamente porque allí vamos a trabajar constantemente en aquellos niveles profundos que, por definición, llevan aparejados una serie de conflictos de los que el paciente no quiere saber nada.

«Ella es, como ustedes pueden suponer -seguí diciendo Simmel en ese trabajo del Congreso Internacional de Innsbruck- el símbolo de la madre misma y de la propia situación analítica. Con ello he vuelto al punto de partida de nuestra concepción del trabajo psicoanalítico en el sanatorio»; es decir, la clínica toda está estructurada como una verdadera «situación analítica» y, como consecuen-

cia, la clínica no es más que una extensión del lugar, hora y encuadre de la sesión individual.

En terminología lacaniana podríamos decir que la clínica es una extensión del tratamiento analítico en una triple dimensión: «imaginaria» -por su papel de madre protectora-, «simbólica» -por la socialización que allí se lleva a cabo- y «real» -por la inflexión que allí se produce de la fantasmática «neutralidad» entre analista y paciente.

1. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE ESTA ESTRUCTURACIÓN

Vamos a dedicar este apartado al estudio sistemático de las «leyes fundamentales» y los «factores terapéuticos» bajo la perspectiva de una traspolación a la Clínica. En primer lugar señalaremos en qué consiste cada uno de esos elementos, es decir, se ofrecerá su «concepción general». En segundo lugar, indicaremos como inciden cada uno de estos elementos en la eventual potenciación de la C.T. En tercer lugar, nos centraremos en los riesgos que puede suponer la extrapolación de las características del análisis individual a la Comunidad Terapéutica. En cuarto lugar, por último, citaré y comentaré brevemente un texto elegido de Simmel a fin de ilustrar la incidencia comunitaria de cada uno de los seis elementos.

1.1. Las leyes fundamentales: «Libre asociación» y «abstinencia»

Tanto en el tratamiento individual como en el funcionamiento del paciente en la C.T., si estas dos leyes no actúan o no son asumidas por el propio paciente, el trabajo analítico se hace absolutamente inviable. Dicho de otra forma, estas dos leyes constituyen el encuadre riguroso, con diferentes matices en cada nivel, en el que puede funcionar un verdadero trabajo analítico, no sólo en el análisis individual, sino también en el grupal y aun en el comunitario.

Podemos decir de entrada que estas dos leyes convergen en una sola, muy bien resumida históricamente por la famosa expresión de Anna O. (Berta Pappenheim) de «cura por la palabra». Cuando la paciente de Breuer toma, efectivamente, conciencia de que al recordar y verbalizar sus conflictos inconscientes desaparecen automáticamente sus síntomas, utiliza esta famosa expresión de «talking cure». A partir de este momento nadie duda en identificar al psicoanálisis como una «cura por la palabra», lo que no es otra cosa que el cumplimiento de estas dos leyes fundamentales de la «libre asociación» y de la «abstinencia».

Como señalamos en el primer volumen de nuestros «Cursos sistemáticos de formación psicoanalítica» (cf. P. F.-Villamarzo, 1987, pp.225-29), Anna O. era una joven de dieciocho años que pidió ayuda a Breuer. El cuadro que presentaba la paciente era el de una histeria de conversión y el método para sanarla empleado por el internista vienés y gran amigo de Freud fue la hipnosis. En el transcurso de la cura se produjeron una

serie de fenómenos transferenciales que condujeron a la interrupción del tratamiento, aunque en las fases de trance esta paciente expresaba conflictos no presentes en el estado vigil de su conciencia. A partir de esta experiencia de Breuer, Freud se decide a asistir en París a los cursos con Charcot. Esta experiencia le confirma la idea de la existencia de un inconciente dinámico que ocultaba al propio paciente la causa sus inexplicables síntomas. Comienza a trabajar y fruto de esta labor fueron sus célebres «Estudios sobre la histeria».

1.1.1. «Ley de la libre asociación»

A) Definición general

Se trata simplemente de una invitación por parte del terapeuta dirigida al analizado en el sentido de que éste se deje llevar libremente de todo tipo de ocurrencias espontáneas y se comprometa a verbalizarlas puntualmente.

Se pone en práctica la «ley de la libre asociación» en el momento mismo en que el paciente se tumba en el diván y se le pide que se relaje y dirija una mirada exclusivamente introspectiva. Se le insta a que deje fluir con toda espontaneidad sus ocurrencias, sus ideas, fantasías, sentimientos, etc. para que puedan ir emergiendo gradualmente al plano de la conciencia aquellos contenidos inconscientes que el paciente ha reprimido desde su infancia por resultarles absolutamente intolerables. El objetivo principal, pues, de esta ley de «libre asociación» es invitar al paciente a que quede a la escucha de su propio mundo interno, que tenga una sincera actitud introspectiva, dejándose sorprender por la cadena asociativa de su propio inconsciente.

Así como el paciente debe estar a la escucha de su propio inconsciente, el analista debe estar, por otra parte, pendiente también del mundo inconsciente -recuérdese la «atención flotante» de Freud (cf. O.C. II, 1654)- que se está desplegando ante él. El tratamiento analítico es, efectivamente, una labor conjunta: el paciente lo hace de forma directa a través de la introspección y el terapeuta lo efectúa de forma indirecta a través de su entrega espontánea al discurso del paciente; de esta forma, el consciente del paciente y del terapeuta deben estar solidariamente a la escucha de los contenidos de la «libre asociación» del inconsciente del primero.

B) En la Comunidad Terapéutica

Teniendo en cuenta que toda la comunidad es un «locus psicoanalítico», esta escucha al inconsciente del paciente y sus consiguientes verbalizaciones se extiende a toda la vida de convivencia durante las 24 horas del día. El paciente desde que se levanta hasta que se acuesta está a la escucha de sus propios conflictos. Inclusive durante la noche, a veces, los pacientes que se despiertan -o no concilian el sueño- angustiados; esa es la ventaja de una Comunidad Terapéutica en

la que a cualquier hora del día o de la noche éstos pueden ser atendidos por los profesionales: el psicólogo o el psiquiatra de guardia les invitan a hablar de los motivos de su angustia, a bucear en su inconsciente, en vez de ofrecerle inmediatamente psicofármacos.

«No se permite -dice Simmel- insensibilizar su conciencia de los derivados del inconsciente por medio del bromuro o luminal. Y a menudo hemos de negarles incluso el refugio de las drogas inductoras del sueño.» (E. Simmel, 1929, p.54)

Pero en la medida en que toda la información -por muy reservada que pretendan los residentes que ésta sea- que obtenga el E.T. ha de llegar por los conductos instrumentados al efecto no sólo al Director, sino también -y especialmente- a los propios analistas-, ésta se convierte también en material de «libre asociación» para éste.

«Por su parte el paciente tiene la oportunidad de actuar día y noche su situación psíquica en su relación con la 'ampliación' del analista, para que el inconsciente de este último pueda quedar latente en toda enfermera y empleado. Así el estará a su vez preparado para todas sus acciones que hayan llegado a oídos del mismo analista. El cuerpo técnico de las enfermeras ha de actuar como un órgano extrasensorial para el analista.» (E. Simmel, 1929, p. 43)

Cuando un paciente, pues, ingresa en nuestra Comunidad Terapéutica debe informársele claramente ->«contrato de trabajo»- de que todo el equipo técnico constituyen un «órgano extrasensorial» de la Dirección y del analista individual y que tanto los médicos como los psicólogos de guardia tienen la obligación de informar a la Dirección y a los analistas de las angustias, conflictos y confidencias que el paciente haya manifestado durante el día a los miembros del E.T. de guardia. Con esto queremos decir que no hay ningún tipo de secreto que pudiera propiciar las tendencias escisorias esquizo-paranoides de los residentes. El analista tiene el derecho y el deber de enterarse de todo lo que sucede durante el día, para poder trabajar con ese material también a nivel profundo en ese lugar privilegiado y específico que es la sesión individual.

Aun respecto al mismo tratamiento en ambulatorio -con mucha más razón, por tanto, en el realizado en una C.T.- hoy se tiende a flexibilizar la clásica norma de reducir el material analítico a la información que el terapeuta obtiene directamente de la situación analítica. La gran y reciente obra de Gear Liendo y Scott (1989) sobre «Tecnología Psicoanalítica Multidisciplinaria» abunda en esta misma línea.

Hasta ahora se consideraba de mala práctica escuchar información de otras fuentes que no fuera el mismo analizado, porque se suponía, equivocadamente, que las otras personas influían, manipulaban y/o distorsionaban la imagen pura y aseptica que el analista debe tener de

su analizado. Pero, como es obvio, ello implicaría que el terapeuta es un profesional tan mal entrenado, que va a dejarse influir, manipular y/o distorsionar, y que no puede, entonces, recabar información, a veces crucial.» (Gear, Liendo y Scott, 1989, pp. 81-82).

C) Riesgos

El riesgo fundamental que supone la extrapolación de la «ley de la libre asociación» al ámbito comunitario es que se puedan llegar a producir una inadecuada utilización y confusión de espacios terapéuticos, bien porque - como hemos apuntado - el paciente pretenda hacer compartimientos estancos e indicar que lo que él le dice a un miembro del equipo técnico no tiene nada que ver con lo que él diga después a sus analistas, o, lo que es más frecuente, la confusión que el propio paciente pueda tener al pretender extrapolar material de los espacios terapéuticos más privatizados -análisis individual o grupal- al más abierto, por definición, espacio de la vida de convivencia.

a) «Sesión individual»: Es donde la «ley de la libre asociación» se desarrolla a tope. No hay ningún límite, porque se trata de un encuentro dual entre paciente y terapeuta: el paciente tiene obligación y derecho de expresar todo lo que se le ocurre y el terapeuta tiene derecho de enterarse de todas estas corrientes.

b) «Sesión grupal»: Si bien en la sesión individual esta ley incide fundamentalmente sobre el mundo interno del paciente, en la situación grupal aunque es también la libre asociación la que la regula, por el propio encuadre más real de la situación grupal y los estímulos más directos que se producen entre los miembros del mismo y de éstos con los analistas, esta ley se va a desarrollar, sobre todo, en torno a contenidos psicológicos interrelacionales. La ley de «libre asociación» no va a incidir a nivel grupal sobre material explícito de profundidades infantiles del propio paciente, aunque en algunos casos pueda también emerger este material, sino que este material se verá apoyado en los estímulos de la propia convivencia contraria entre ellos y en los que están recibiendo en ese momento mismo de la sesión grupal: sentimientos hacia las otras personas del grupo incluidas el E.T. y los propios terapeutas. Esto tiene una fuerza tremenda en los grupos; se trata de lo que F. Alexander denominó «experiencia correctora»: las proyecciones e identificaciones que cada paciente realiza sobre otros compañeros o sobre los analistas son puntualmente interpretadas por los terapeutas de grupo en el contexto de las tan diferentes formas de vivir esas mismas situaciones los diferentes miembros del grupo o de cada uno de ellos en diferentes secuencias del mismo.

c) «Comunidad terapéutica»: Este tercer espacio de la convivencia comunitaria presenta unas características especiales: no es un lugar estrictamente analítico -como el individual y el grupal-, en cuanto que éste es un lugar más amplio de convivencia. Este hecho lleva aparejado

una limitación para la ley de la «libre asociación». Se dan en este tercer espacio una serie de datos de realidad, de normas de convivencia, de exigencias operativas, que al regirse consiguientemente por las leyes del proceso secundario restringen o matizan el cumplimiento de esta ley.

La eventual confusión de estos tres espacios -más fácil obviamente en personalidades psicóticas- puede plantear serios problemas que perturben el normal desarrollo de la vida comunitaria. A fin de evitar tales riesgos, conviene preservar el secreto de los contenidos que se han tratado confidencialmente en las sesiones de grupo y, por supuesto, en las individuales. Las experiencias de grupo deben quedar en el grupo mismo y las de la terapia individual, por supuesto, sólo excepcionalmente pueden llevarse al grupo y, en ningún caso, a la vida comunitaria.

Si el material de grupo, por ejemplo, se utiliza fuera, los compañeros llegarán a retraerse y no se cumplirá la «ley de la libre asociación» en las sesiones grupales por el temor a que los demás compañeros pudieran utilizarlo. También puede ocurrir lo contrario: hacer confidencias en la vida de convivencia a las personas más afines y no llevar esos mismos temas a la psicoterapia de grupo.

Volviendo al símil de los círculos concéntricos que en su momento tomamos del propio Simmel, podríamos decir que el material de los espacios terapéuticos representados por los círculos exteriores puede - y debe - ser llevado al de los espacios interiores, pero nunca a la inversa.

1.1.2. «Ley de la abstinencia»

Como en la «ley de la libre asociación» estudiaremos tres puntos: la «definición general», «la aplicación a la Comunidad Terapéutica» y los «riesgos a evitar».

A) Definición general

Exclusivo sometimiento al, por Lacan denominado, 'desfiladero de la palabra' de todo tipo de emergentes psíquicos recuperados a partir de la libre asociación, con absoluta prohibición de cualquier forma de descarga impulsiva de los mismos mediante la acción, descarga psicomotriz dinámicamente contraindicada y que, por lo mismo, recibe el nombre de 'acting' o 'actuación'

Si el paciente cumple rigurosamente la «ley de la libre asociación» o de la espontánea verbalización en los distintos espacios terapéuticos, irá levantando todo tipo de represiones por lo que cada vez va a ir profundizando más en sus contenidos inconscientes. El recuperar semejantes contenidos habrá de liberar una fuerza tal que el analizado se va a sentir impulsado a descargar la tensión así creada por vía directa de psicomotricidad.

Por referirnos a los dos impulsos primarios más comúnmente reprimidos, agresividad y sexualidad, digamos que el paciente tiende a actuarlos impulsivamente o bien insultando -caso de la agresividad- o golpeando

a la persona real o fantasmáticamente causante de una determinada frustración; bien -caso de la sexualidad- procurando una descarga erótica de tipo genital o pregenital.

Durante el tratamiento analítico, sin embargo, las tensies de todo orden que se van a ir descubriendo es justamente el material con el que analíticamente se trabaja. En la medida, efectivamente, en que van emergiendo determinados contenidos pulsionales, la tensión psíquica va siendo cada vez mayor por lo que ésta tiende a la descarga a través de la «actuación» que es la descarga más directamente satisfactoria, rápida y total. Por lo tanto, esta ley viene a imponer una constricción de esas tendencias para vehicularlas a través de la palabra. Esa misma constricción va a seguir realimentando de alguna forma la tensión, aprovechándose esta energía generadora de tensión para analizar debidamente los conflictos infantiles.

El objetivo fundamental, pues, de esta ley solemos decir que es **económico**, esto es, se trata no sólo de no perder mediante la descarga mediata la energía subyacente a la tensión, para profundizar en las raíces infantiles de la misma, sino de aprovecharla energéticamente como combustible y motor de la propia actividad analítica.

B) En la Comunidad Terapéutica

La «ley de la abstinencia» se extiende de alguna forma también a toda la vida comunitaria. No sólo el residente se siente constreñido a la hora de la sesión individual, evitando la actuación dentro de él («acting in»), sino que esta abstención ha de extenderse asimismo durante las 24 horas del día a toda la vida de relación comunitaria («acting out»).

Por «actuaciones comunitarias» entendemos entonces cualquier tipo de actitud o actividad que perturbe una seria profundización en el tratamiento analítico. Conviene, sin embargo, señalar aquí que el carácter «actuante» o no de una actividad cualquiera no depende tanto del tipo de actividad en sí misma cuanto de la función dinámico-defensiva que en cada caso pueda ésta cumplir.

Un ejemplo tan normal e inclusive anodino como el del juego del ajedrez -por referirme a un caso concreto recientemente acaecido de un muchacho gran experto en el mismo- puede convertirse en una «actuación» defensiva para no analizar por parte del paciente las necesidades de rivalizar con un miembro del E.T., respecto al cual en ese momento el residente experimentaba fuertes necesidades de aplastamiento. En ese caso y ante la demanda de jugar del paciente, el psiquiatra en cuestión le invitó a posponer el juego ofreciéndose previamente a dialogar con él sobre los sentimientos que en ese momento le llevaban a proponer la jugada.

Lo mismo puede suceder con el tema de las relaciones eróticas. Lo que en algunos momentos regresivos del tratamiento analítico puede ser considerado como una «huida hacia adelante» respecto a los problemas pregenitales

sobre los que en esos momentos se trabaja, en momentos finales del análisis puede ser una lógica consecuencia de los cambios internos logrados en el mismo tratamiento. Lo que sucede es que en la Comunidad Terapéutica, aparte de las connotaciones edípico-incestuosas que cualquier tipo de esta actividad podrá tener, normalmente trabajamos en fases resistenciales o restauradoras de niveles más bien orales.

«Debemos inducir a pasar ante nosotros en análisis no sólo las parapraxias del paciente sino, tanto como sea posible, todas las acciones simbólicas y sintomáticas y las gratificaciones sustitutivas que tienen lugar en el ambiente de la Clínica. Por otra parte, un mandato o una prohibición, emitido en el momento preciso, debe desalentar la expresión por medio de la acción y sustituir al análisis por ella.» (E. Simmel, 1929, p. 46).

C) Riesgos

El riesgo fundamental de una tan generalizada extensión de la «ley de la abstinencia» a toda la vida de convivencia comunitaria radica en que éste llegue a producir en la práctica el efecto contrario al que se pretende, esto es, que en lugar de favorecer la regresión refuerce las resistencias. En efecto, si no se sabe matizar adecuadamente, tanto en forma como en intensidad, el alcance práctico de esta ley a la convivencia comunitaria, se puede llegar a crear un clima de auto y heterovigilancia convivencial que dé al traste con el ambiente de relajación y espontaneidad interrelacional imprescindible para el logro de un tono comunitario mínimamente distendido.

La mejor forma de lograr un terapéutico equilibrio entre el «Scila» de un clima prohibicionista a ultranza y el «Caribdis» de un anárquico «laissez faire» indiscriminado quizá sea el de la adecuada toma de conciencia -por parte de los residentes y previamente del E.T.- de la neta distinción existente la normal «actividad comunitaria» y el verdadero «acting» antiterapéutico. No debemos, en efecto, hablar técnicamente de «acting» o «actuación» mas que en aquellos casos en los que para una desapasionada «mirada analítica» la conexión dinámicamente resistencial entre un determinado acto -o actitud en cuestión- resulte evidente. Desde un punto de vista psicodinámico no es la entidad del acto en sí mismo, por muy satisfactorio e inclusive impulsivo en sí que éste parezca, lo verdaderamente determinante de un «acting» sino el carácter defensivo contra inminentes tomas de conciencia de contenidos inconscientes infantiles intolerables que éste pueda tener. Con esta distinción bien asumida, podremos evitar, por lo que a la comprensión de la ley analítica de la abstinencia se refiere, el riesgo de crear un clima moralizante de carácter auténticamente sadomasoquista en la convivencia comunitaria. Veamos, a este respecto, como matiza el propio Simmel la introducción de esta ley de la abstinencia en su histórica Comunidad de Tegel.

«Así el principio del procedimiento analítico es adherirse no menos firmemente en la clínica que fuera de ella a esto: el tratamiento se dirige

contra el 'principio del placer', esto es, en el más estricto sentido freudiano del mandato, contra todo placer infantil que tenga su fuente en gratificaciones sustitutivas. El real placer en la vida, sin embargo, no es interferido por nosotros, pues hemos de guardarnos contra la expiación inconsciente de culpa.» (E. Simmel, 1929, p. 44).

1.2. De los Factores Terapéuticos

Si las «leyes fundamentales» representan el encuadre básico y consistente de toda situación analítica, los «factores» vienen a ser los instrumentos operativos para el trabajo analítico de cambio que de conseguir se trata. Cuatro son los más importantes: la regresión, la transferencia, la interpretación y la elaboración. Veamos cual es la verdadera entidad clínico-terapéutica de los mismos y como cursan éstos en la Comunidad Terapéutica cuya estructuración investigamos.

1.2.1. La regresión

A) Definición general

Entendemos por regresión **aquel retorno vivencial, que todo paciente debe producir en la situación analítica, al punto de fijación de los conflictos personales infantiles que están en la base de la aparición de sus síntomas.**

El verdadero modelo psicoanalítico freudiano parte de la hipótesis de que la base etiológica de la sintomatología que el paciente trae a la consulta y por la que efectúa la demanda de tratamiento, se halla en la patógena internalización de las relaciones interpersonales conflictivas del paciente con determinadas figuras significativas de su infancia.

Desde las pioneras investigaciones de K. Abraham en este campo (cf. P. F.-Villamarzo, 1985-86), se ha estudiado punto por punto, la correlación existente entre cualquiera de los principales cuadros clínicos y el momento evolutivo en que se producen los conflictos primitivos infantiles que están a la base de los diversos cuadros sintomáticos. Este pionero del psicoanálisis subdividió, efectivamente, cada una de las grandes tres etapas descubiertas por Freud -oral, anal y genital- en dos subetapas, dando lugar a los seis estadios evolutivos en las que se basan los seis cuadros clínicos fundamentales: durante los tres primeros años de vida los principales cuadros psicóticos (esquizofrenia, melancolía y paranoia); a partir del tercer o cuarto año de vida los grandes cuadros psiconeuróticos (neurosis obsesiva, fóbica e histeria de conversión).

Si el proyecto terapéutico es de corte psicoanalítico, se supone que el cuadro clínico de fondo es de tipo psicótico o psiconeurótico básicamente. A partir de esta hipótesis, la técnica a emplear tendría como objetivo fundamental el crear un clima adecuado para que el paciente pueda ir regresando vivencialmente al momento evolutivo infantil en que tuvo lugar el conflicto básico. La naturaleza de una verdadera regresión consiste, pues, en que el paciente llegue a vivenciar esas experiencias traumáticas infantiles en el

«aquí» y «ahora» de la situación analítica con la misma fuerza con que lo sintió entonces.

Hemos especificado «vivencialmente», porque el tratamiento analítico no intenta recuperar recuerdos a nivel puramente cognitivo; semejante hipermnesia puramente cognitiva es, como mucho, un primer paso del proceso hipermnésico general. De lo que, aquí, se trata es de regresar emocional o afectivamente, es decir, revivir fundamentalmente afectos.

Si un tratamiento analítico ha de ser efectivamente etiológico, es necesario regresar a las etapas más primitivas de las vivencias conflictivas infantiles ya que la teoría psicoanalítica se basa en que en cualquier cuadro aparentemente psiconeurótico existe siempre un fuerte componente psicótico que se estructura en los primeros años de vida en las relaciones entre el niño y la madre. Con la regresión lo que se intenta, pues, es conseguir que el paciente alcance de forma gradual esos niveles profundos en los que, por definición, existe siempre un componente psicótico. El caso límite lo encontramos en la esquizofrenia cuyo punto básico de fijación debemos explorarlo en la fase oral. Este objetivo profundamente regresivo de todo verdadero tratamiento analítico quedó ya explícitamente definido por S. Ferenczi en 1931 en su célebre trabajo *El análisis infantil en el análisis de adultos*.

«...no hay que considerarse satisfecho de ningún análisis que no haya conseguido la reproducción real de los procesos traumáticos del rechazo originario, sobre el que reposa, a fin de cuentas la formación del carácter...» (S. Ferenczi, IV, p. 113).

B) En la Comunidad Terapéutica

Este fundamental fenómeno terapéutico de todo tratamiento analítico en la Comunidad Terapéutica puede lograr mayores niveles de profundización que en el ambulatorio. El protector enmarque comunitario así lo estimula las 24 horas del día sobre 24. Tanto el grupo como la vida comunitaria, cada uno a su nivel, van a favorecer el vencimiento de todo tipo de resistencias a la regresión, esto es, ese encuentro con los conflictos más profundos de la infancia de cada paciente. La mayor profundidad, pues, que en la C.T. se logra, no es sólo porque el ambiente comunitario es de por sí mismo bastante estimulante, sino porque es más reasegurador.

Una de las enormes dificultades tanto por parte del paciente como del analista en un tratamiento en ambulatorio, consiste en que al experimentar el paciente en su análisis determinadas angustias, miedos, necesidades, en suma, de un niño de escasos años, la amenaza de tales dolorosos sentimientos van a reforzar las resistencias a la regresión del paciente. El terapeuta debe de estar, en todo caso, muy atento a estos niveles profundos de regresión porque el final de la sesión es siempre traumático en un tratamiento ambulatorio: el paciente bruscamente tiene que volver a enfrentarse a la realidad, al trabajo, a la vida social ordinaria.

Hay pacientes que vienen, por ejemplo, en coche desde otras ciudades de España y a veces salen de la sesión, como ellos mismos dicen, «grogui» hasta el punto de tener que sentarse durante un buen rato antes de arrancar. En estos casos hay que tener sumo cuidado, o bien de que la regresión sea muy lentamente o bien de que no se alcancen determinados niveles de profundidad ante el riesgo de que el paciente no pueda después hacerse debidamente cargo de las exigencias de su vida de realidad.

En la Clínica, por el contrario, existe un reaseguramiento que permite al paciente y al terapeuta profundizar y vencer más fácilmente semejantes riesgos y resistencias. Si después de las sesiones el paciente se encuentra excesivamente angustiado o aturdido, los psicólogos o los médicos de guardia atenderán al paciente hasta que éste se tanquille.

«Debo decir, sin embargo, unas cuantas palabras sobre la importante parte jugada en este tipo de análisis por el sanatorio mismo como símbolo del útero materno. Como dije antes, los pacientes están aquí, especialmente predispuestos a identificar su vida en la clínica protegidos como están de las exigencias de la realidad, con la recóndita experiencia intrauterina (...) intentando entonces emplear el mecanismo de la regresión para producir la gozosa situación del comienzo de la vida, cuando la angustia no se había experimentado todavía...» (Simmel, 1929, 51).

Podemos comentar aquí alguno de los principales aspectos de esta cita de Simmel:

a) «Protegidos de las exigencias de la realidad»: Ya en 1928-29 se veía la enorme dificultad de trabajar diferentes niveles de regresión en régimen ambulatorio, todo ello debido a la pérdida de defensas yoicas que el fenómeno regresivo estructuralmente lleva consigo.

b) «Recóndita experiencia intrauterina»: Nosotros hablamos aquí de regresión en tanto que un factor terapéutico, pero en realidad éste es también un mecanismo de defensa elloico, por la marca atrás ante la frustración que éste supone en la búsqueda de seguridades infantiles de reminiscencias intrauterinas. Se trata, pues, de uno de los múltiples mecanismos de defensa (cf. P. F.-Villamarzo, 1982), mediante los que el aparato psíquico se enfrenta a la realidad frustrante. También ante determinadas situaciones límites este mecanismo de defensa puede ser utilizado por un individuo sano.

c) «Para producir la gozosa situación del comienzo de la vida»: Si hay una experiencia en todo ser humano, por muy reprimida o engramada en lo biológico que ésta sea, plenamente satisfactoria para el ser humano, es la vida intrauterina. En semejante situación, de plena inmersión hidráulica, el feto se encuentra en una situación homeostática de total adaptación biopsíquica, protegido de todo estímulo perturbador por los propios líquidos

amnióticos. Con el nacimiento -recuérdese el «trauma del nacimiento» del que nos habla O. Rank (1924)- esta situación se rompe, el feto es expulsado del «paraíso» y el niño tienen que enfrentarse más autónomamente a la vida. Simmel en este texto quiere decir que esta regresión optimizada en una C.T. puede llegar a vivencias de tipo intrauterino pretraumático, es decir, vivencias anteriores a todo tipo de situación conflictiva con la madre, cuando aún no se había experimentado, por tanto, angustia, ni rechazo alguno.

C) Riesgos

Podemos hablar de tres tipos de regresión: una es la terapéutica -a la que ahora nos estamos refiriendo-, otra la defensiva que se utiliza frecuentemente en la vida normal ante una situación conjunturalmente conflictiva, y, por último, la patológica o «regresión maligna» como la denominaría Balint (cf. 1979). Esta última es la que se produce clínicamente en un brote esquizofrénico: de una forma brusca y masiva, el paciente produce una regresión del momento actual hasta el primer año de vida perdiendo por ello todo tipo de contacto con la realidad exterior. Entonces se queda inmerso en su mundo interno de caóticos delirios infantiles.

Es precisamente por esta proximidad tópico-estructural de estos dos tipos de regresión -la terapéutica y la patológica- por lo que el manejo de este factor exige una gran experiencia y adecuada preparación técnica del analista. Se trata de que a partir de un adecuado encuadre psicoanalítico se pueda manejar de forma parcial y graduada la regresión, evitando el hacerlo de forma brusca y total; es decir, que sólo una parte del paciente regrese gradualmente, mientras que la otra quede autovigilante y sin perder contacto con la realidad externa. Ni siquiera a esos niveles regresivos tan profundos de vida intrauterina, el paciente debe perder conciencia de sí mismo y de la realidad circundante. Si se produce este hecho y el paciente se nos escapa a la alucinación y al delirio, es necesario ya medicarle para poder volver a establecer nuevamente contacto con él. La regresión, por lo tanto, es solamente terapéutica o benigna -»operativa« dirá J.E. García de Badaracco, 1990-, cuando el paciente vigilante sobre sí mismo se puede entregar a una verdadera fase de restauración. Entonces, aunque el paciente sienta toda clase de miedos y angustias infantiles, se halla en condiciones de sentirse acompañado y ayudado por el propio analista.

El riesgo específico que puede, pues, planteársenos en la Comunidad Terapéutica se debe a que en la medida en que como la regresión es allí más general y constante, el que un paciente se halle en una etapa fuertemente regresiva puede convertirse, según los casos, en motivo de estímulo o de resistencia para otros pacientes. En la primera hipótesis, puede desencadenarse, a veces, una especie de regresión colectiva de carácter mimético o voluntarista que no presente calidad alguna de la terapéutica y si riesgos de la patológica. En la segunda, por el contrario, el pánico

colectivo que determinados niveles de regresión producen, no harán más que reforzar las propias resistencias a la regresión de los restantes compañeros.

Cuando manejamos la regresión de un paciente, en todo caso, estamos siempre bordeando el abismo de la pérdida psicótica de la realidad y el paciente puede escapársenos de las manos. Por eso, es necesario que simultáneamente a la regresión se vaya ayudando al paciente mediante el gradual fortalecimiento de su yo, para que éste pueda irse haciendo cargo de esos contenidos ansiógenos con los que se va a ir enfrentando en su proceso de regresión.

1.2.2. La transferencia

Este factor no entra realmente en acción ni tiene valor alguno terapéutico, si no incide procesualmente sobre un mismo grado de terapéutica regresión.

A) Definición general

Se trata de la reactualización por parte del analizado en su relación con la persona del analista de los conflictos y demandas infantiles no debidamente resueltos.

Decíamos que el valor terapéutico de la regresión residía en que el paciente pudiera recordar vivencialmente sus conflictos y tomar conciencia de las demandas insatisfechas en relación con las figuras significativas de su infancia. Ahora podemos añadir que esto no basta. El gran descubrimiento de Freud a partir de aquellos casos que terminaron en fracaso -como, por ejemplo, el de «Emmy» (O.C. I, 55) y el de «Dora» (O.C. I, 933)- consiste en darse cuenta de que la regresión lleva aparejada el fenómeno de la «falsa conexión»; es decir, ese bajar a la infancia y encontrarse con conflictos infantiles, en la medida en que se reviven en la relación del aquí y ahora con el analista, hace que el paciente reactualice los conflictos y dirija sus demandas infantiles insatisfechas a la figura del analista. Así el paciente entra en un auténtico engaño -«falsa conexión», del caso de «Emmy» (O.C. I, 67)- es decir, llega a vivir en la persona del analista aquellas figuras significativas de su infancia.

En el gráfico adjunto lo expreso de la forma siguiente: El enfermo parte de unos conflictos infantiles con las figuras parentales. Durante el tratamiento analítico, estas figuras y los conflictos que cada paciente tuvo en su infancia contaminan al terapeuta bajo un halo transferencial. El paciente coloca en esta relación actual, también conflictiva por frustrante, los problemas irresueltos de su infancia. Es curioso, a este respecto, que en algún momento de la terapia todo paciente se queja al terapeuta de que «actúa como su padre o hace lo mismo que hacía su madre». Aquí hay que tener cuidado con la ley de la abstinencia, es decir, que no sea una abstinencia excesivamente frustrante y mucho menos agresiva. Por eso el analista debe analizar constantemente la contratransferencia que él experimenta hacia sus propios analizados.

B) En la Comunidad terapéutica

La característica fundamental de la incidencia de la transferencia en la Comunidad Terapéutica es que allí existe una mayor diversificación de las figuras terapéuticas y, como consecuencia, se producen transferencias más dispersas y múltiples.

Evidentemente sigue allí existiendo una transferencia que debe seguir siendo privilegiada y que no es otra que la que se establece entre el analizando y el analista. Pero, en la medida en que todo el equipo técnico actúa como un «órgano extrasensorial del analista» (cf. E. Simmel, 1929, p. 43), este «falso enlace» que supone la situación transferencial, se va a extender a los diversos componentes de la C.T., puesto que el paciente lo va a colocar en el «aquí» y «ahora» de la vida comunitaria. Todo sus miembros se van a convertir en objetos de transferencia tanto positiva, que es la demanda de cariño, de aceptación, etc., como negativa, que es la agresiva, al sentirse limitado, criticado, culpabilizado, etc.

Desde el punto de vista positivo, el paciente va a contar allí con más posibilidades para desplegar esas necesidades transferenciales suyas. En el analista va a colocar las figuras más significativas que son generalmente los padres, pero en la vida del paciente ha habido otras figuras también conflictivas como hermanos, tíos, abuelos, chachas, etc. Existe siempre una constelación familiar amplísima, por lo que en el marco de la Comunidad Terapéutica se pueden trabajar más exhaustivamente todos aquellos primitivos conflictos transferencialmente reactualizados con determinados miembros del equipo técnico ya que el rol que éstos cumplen en ese momento es el más adecuado para hacerles ciertas demandas o críticas.

Desde el punto de vista analítico, pues, la transferencia se va a diversificar más ampliamente, a matizar más finamente, aunque, luego, el propio analista haya de referirlas a él mismo, es decir, vaya a asumir esas críticas o demandas como dirigidas, en último término, a su propia persona. En esa especie de feedback de la situación comunitaria a la individual y a la inversa, por tanto, va a descubrir el analista más cosas del paciente a partir de situaciones bien actuales y va a averiguar qué tienen que ver con situaciones infantiles del mismo. Cuando un paciente, por ejemplo, tiene un conflicto con otro residente o algún miembro del E.T., es necesario descubrir qué subyace bajo ese conflicto; puede darse el caso de que le esté viviendo como su hermano o hermana agresivos, dominantes, etc. Entonces, el material transferencial se va a enriquecer sumamente, puesto que, finalmente, se va a centralizar en el análisis individual o grupal, espacios en los que se va a jugar ya con el verdadero paradigma de todas las figuras conflictivas de la infancia.

«...la situación psicoanalítica dentro de la clínica no está restringida a las relaciones entre analizado y analista: incluye la clínica total como una forma de extensión de la personalidad del analista o como el arquetipo

de la familia en general. El ama de llaves y las asistentes representan a la madre, los médicos al padre, los compañeros pacientes (y algunas enfermeras también) el puesto de los hermanos y hermanas, y así tenemos el universo fantasmático que sirve para poner el proceso neurótico de nuevo en movimiento.» (E. Simmel, 1929, p. 42).

Es realmente sorprendente la finura con la que trabajaba ya entonces Simmel en aquella clínica, cuando todavía vivía Freud y no había terminado, por tanto, de publicar sus últimos trabajos sobre la transferencia (cf. P. F.-Villamarzo, 1991, pp. 17-39).

La diversidad, en resumen, de los roles del personal técnico y miembros todos de la Comunidad, le va a permitir al paciente ir reviviendo todas esas situaciones conflictivas con los diversos miembros de su familia; va a permitir, por tanto, descubrir mejor otros tipos de conflictos y profundizar más matizadamente en ellos.

C) Riesgos

Aquí especialmente son evidentes, desde una perspectiva estrictamente freudiana, los riesgos terapéuticos. El riesgo principal es, obviamente, el de que se contamine la situación transferencial porque tanto el analista como los miembros del E.T. den datos de realidad, información inclusive sobre su persona e impidan de esta manera una transferencia técnicamente pura. La transferencia debe tender siempre a una proyección del paciente sobre el terapeuta, con el mínimo de contaminación real posible de aquella instancia o parte de la misma más deteriorada de su propia personalidad. Esta proyección, lo más especular posible (O.C. II, 1658), es absolutamente necesaria, sin ella no existe un verdadero análisis.

Existe una expresión de Freud en la **Dinámica de la transferencia** que dice: «nadie puede ser vencido in absentia o in effigie» (O.C. II, 1653). Nadie puede resolver los problemas del paciente sin convertirse previamente en la figura que provoque esos mismos problemas. La gran estrategia del método terapéutico de Freud consiste en que el analista se convierte para el paciente, mediante el fenómeno de la transferencia, en la figura más significativa de la infancia. En la medida, pues, en que esa figura de la infancia creó sin poder resolver adecuadamente el problema, ahora el analista va a quedar en buenas condiciones de resolver con su sola presencia ese mismo problema, ya que el terapeuta queda idealizadamente investido de los poderes tanto malignos como benéficos de que se vieron adornadas las figuras significativas de la infancia.

El analista va a trabajar, pues, con esa situación de auténtico engaño durante bastante tiempo del proceso analítico: la transferencia, por tanto, no debe ser denunciada prematuramente. El terapeuta debe permitir las fuertes idealizaciones, demandas y manifestaciones de resentimiento y agresividad durante bastante tiempo sin denunciar precipitadamente el engaño que el analizado está viviendo, permitiendo así que éste viva la agresividad y las

demandas omnipotentes sin sentirse por ello culpable.

Sólo al final del análisis es necesario interpretar esa engañosa transferencia y liquidarla adecuadamente; esto se hace, pues, en la última etapa del tratamiento. Es ese el momento en el que el paciente debe introyectar los contenidos psíquicos que previamente ha proyectado. Dicho de otra forma, el paciente ha de tomar conciencia de que gran parte de esas experiencias que ha estado viviendo con el terapeuta no tiene que ver con la realidad material del propio analista cuanto con su mundo interno infantil fantasmático. El paciente ha podido vivir la agresividad que inconscientemente ha proyectado en el analista sin culpabilizarse por ello, aunque deba llegar un momento en el que el paciente al darse cuenta de esa agresividad proyectada era realmente suya, llegue a experimentar pena - «posición depresiva» de M. Klein (1934, vol. 2, pp. 253-78)- por haber sido injusto con el analista.

En la clínica, como hemos dicho, existe no sólo una gran diversificación de las transferencias debido a la simultánea concurrencia de terapeutas y equipo técnico, sino una relación real de éstos con los pacientes que obviamente corre el riesgo de contaminar la pureza de las correspondientes proyecciones transferenciales. Aunque el analista y el propio E.T. en su momento traten de devolver lo proyectado, se involucran allí demasiados datos de realidad que pueden concordar con los «imágenes» que los pacientes tienen de sus propios padres o familiares. De este modo, la transferencia puede verse perturbada por esos datos de realidad que ofrecen los propios objetos transferenciales; es decir, hemos salido de la pretendida neutralidad analítica (cf. O.C. II, 1657-1658).

El problema que aquí nos planteamos -el querer conjugar la «neutralidad» con la «presencia institucional»- se convierte así en verdadera «tarea imposible»: pretender compaginar el análisis clásico con una Comunidad Terapéutica donde existen continuos datos de realidad que el paciente puede captar cotidianamente y señalarlos como pertenecientes a la realidad de su analista y no a él. Por consiguiente, tanto cuando se trata -parte central del tratamiento- de preservar una cierta idealización del analista, como cuando -hacia el final de una etapa o del análisis global- se pretenda hacer asumir al paciente sus propias proyecciones, va a haber más dificultades que las que habría en un análisis ambulatorio. Por esa simple razón conviene que el tiempo durante el que el tratamiento transcurre en la Clínica no sea excesivo: más allá de uno o dos años en un proceso total de cinco o seis años. Con ello perseguimos que esa parcial irrupción de la llamada «técnica activa» ferencziana que supone el solo hecho de la estancia comunitaria, quede reducido al mínimo necesario.

Recordemos aquí el simple título de uno de los escritos ferenczianos sobre «técnica activa» más alabado por Freud (en carta de enero de 1928): La elasticidad de la técnica psicoanalítica (S. Ferenczi, 1928,

vol. IV, pp. 59-65). El término elasticidad ->die Elastizität- bien claramente nos indica, en contra al propio Ferenczi, que el recurso a cualquier tipo de «técnica activa» debe de reducirse elásticamente a ese mínimo -en tiempo y en intensidad- que se juzgue imprescindible para conseguir determinados objetivos terapéuticos, difícilmente obtenibles por la rigurosa técnica clásica.

1.2.3. La interpretación

A) Definición general

Si la interpretación va a tener alguna incidencia modificadora o va a producir nuevo material analítico será siempre en función de que la interpretación tenga lugar en el momento oportuno. Por lo tanto, sin previa regresión y transferencia, la interpretación se mueve en el ámbito del llamado «psicoanálisis silvestre» (O.C. II, 1571), con lo que no tendrá efecto positivo alguno. Será, pues, sobre la regresión y transferencia concretas del paciente, establecidas sobre la base de la relación emocional con un analista determinado, donde la interpretación analítica podrá ser efectiva.

La definición aproximativa que sobre este fundamental factor terapéutico os voy a ofrecer es la siguiente: «Se trata de la formulación de un enunciado por parte del analista a la vez explicativo y comprensivo (cf. P. F.-Villamarzo, 1987) sobre el contenido inconsciente aportado indiciariamente (cf. Gear, Liendo y Scott, 1989, p. 96) por el material asociativo facilitado por el paciente» («Aproximación al método psicoanalítico de investigación», «Temas de Psicología IV», U.P.S., 1987).

Aquí entramos obviamente en la problemática específica del verdadero estatuto científico del psicoanálisis. Se discute ampliamente sobre el mismo término empleado de «interpretación». Los epistemólogos ubican esta metodología en la vertiente de las llamadas «ciencias hermenéuticas», o sea, en las ciencias sociales.

La posición mantenida siempre por Freud -según mi personal investigación- es que el estatuto científico del psicoanálisis está a mitad de camino entre las ciencias explicativas o naturales y las ciencias comprensivas o sociales (cf. P. F.-Villamarzo, 1987, p. 476). Tiene parte de comprensión en cuanto intenta descubrir el sentido que es propio de la metodología hermenéutica y tiene también mucho de investigación arqueológica o histórica: a través de los datos que va aportando el paciente se reconstruye la historia clínica conflictiva del paciente (cf. O.C. III, 3365-73), y por lo tanto, también se explica el comportamiento del sujeto.

Por otra parte, la clínica psicoanalítica se aproxima al método experimental o cuasi-experimental (cf. P. F.-Villamarzo, 1990) en la medida en que el marco terapéutico sea más fijo, más rigurosamente enmarcado, más clásico en suma. Si el psicoanálisis, efectivamente, es más clásico -la llamada «cura-tipo» (cf. H. Etchegoyen, 1989, vol. II, p. 108)-, las interferencias o

los valores cambiantes, las llamadas «variables extrañas» (cf. J.A. Castro, 1989, vol. II, p. 108) serán menores y la comprobación de los fenómenos que allí se están produciendo será más evidente. Es importante tener en cuenta que una interpretación es siempre una hipótesis de trabajo: está apoyada sobre el material previo que el paciente ha dado y debe estar abierta a la reacción empíricamente costatable del analizado a la misma (cf. O.C. III, 3368-69).

¿Cómo se demuestra que una hipótesis interpretativa es válida o no? Freud responde a este interrogante en un trabajo de 1937: dependerá de la reacción del paciente. El que el paciente acepte o no la interpretación no prueba que ésta sea correcta o incorrecta. Para Freud la prueba de que una interpretación es correcta puede comprobarse en la medida en que produzca en el paciente flexibilización de sus resistencias o modificaciones estructurales; es decir, en ese encadenamiento de libres asociaciones, si el paciente ofrece nuevo material o reacciones hipermnésicas de «insight», esa interpretación es válida, porque ha producido el efecto que pretende toda interpretación: ampliar los niveles de conciencia.

Técnicamente podemos decir, pues, que la función de la interpretación es conexiva, es decir, tiende a conectar niveles conscientes con niveles preconscientes e inconscientes o a unir compartimentos estancos dentro de un mismo sistema psíquico. Se trata de conectar esos diversos contenidos disociados, lograr que el paciente los recupere para que desaparezca el síntoma que esa disociación sostiene.

B) En la Comunidad Terapéutica

En el marco de la Comunidad Terapéutica, la interpretación puede ser **reforzada**, desde una hipótesis ideal, a partir de los múltiples roles terapéuticos jugados por los diversos miembros del equipo técnico. Si allí la regresión es más profunda y la transferencia es más diversificada, si el paciente vive, en suma, en un «locus analítico» -como dice Simmel (1939, p. 53)-, cualquier situación dinámica de la comunidad vehicula constantes contenidos interpretativos. En la medida en que esté estructurada coherentemente la comunidad y exista una interacción adecuada en que los tres espacios terapéuticos -individual, grupal y convivencial-, toda la interrelación comunitaria y las pertinentes interpretaciones de la situación psicoanalítica grupal van a venir a reforzar la interpretación clave, que es la que va a hacer el terapeuta en su específico espacio psicoanalítico grupal.

¿En qué sentido la comunidad y el equipo técnico refuerzan esa interpretación o, lo que es lo mismo, como sabemos que el equipo técnico debe o no interpretar en el sentido estricto de la palabra? En la vida de comunidad existe una cierta espontaneidad comunicativa, pero, teniendo en cuenta la especificidad de cada uno de los diversos espacios terapéuticos, podemos decir que el E.T. no debe interpretar en el sentido estricto de la palabra. Esta función es propia de la sesión individual o grupal. El equipo técnico lo que

debe hacer ante el material verbal o conductual que pueda ofrecerle un paciente es ayudar al residente a que tome conciencia del carácter psicodinámico de su conducta verbal o comportamental y reenviarle a su análisis individual o grupal, señalándole, a la vez, las posibles direcciones interpretativas que determinadas conductas pueden tener. Una vez analizado más en profundidad en sus espacios adecuados puede comentar el paciente con el E.T. su reacción fuera de la sesión individual. En este caso, lo que hace el equipo técnico es reforzar la dirección interpretativa escogida por su terapeuta.

El tema del enamoramiento, por ejemplo, es bastante delicado de manejar dentro de la situación comunitaria. Cuando la regresión analítica se ha producido en suficiente profundidad, el paciente va a poder restaurar esos niveles pregenitales que son realmente tan difíciles de alcanzar fuera de la C.T. Evidentemente cualquier intento de «actuación» en la clínica a nivel genital va a ser interpretado como una «huida hacia adelante», o sea, como una resistencia a la cura. A este respecto señala Simmel:

«Los amoríos entre los diferentes pacientes notables como son en otros sanatorios y de un especial peligro en una clínica psicoanalítica, simplemente no existe entre nosotros, porque pueden ser reconocidos desde un principio y luego disipados por la interpretación analítica.» (E. Simmel, 1929, p. 44).

Los pacientes pueden y deben verbalizar todas sus fantasías, deseos, necesidades, sean éstos del nivel evolutivo que sean, pero nunca «actuarlos» en el sentido que técnicamente ya hemos dado a este término. Cuando se dan, pues, estas situaciones de «enamoramiento» es necesario que los residentes tomen conciencia de que estas actuaciones no solamente no son oportunas -sentido de realidad- desde una perspectiva comunitaria, sino -y analíticamente esto es lo fundamental- que no lo son, sobre todo, desde una perspectiva terapéutica: mientras los pacientes no resuelvan sus problemas pregenitales de fondo, la actuación en ese campo no hará más que cortocircuitar el análisis, fijándoles a un tipo de interrelaciones básicamente «ambiguas».

Recuérdese, a este respecto, el interesante libro de Bleger «Simbiosis y ambigüedad» (1967). El tema de las «relaciones simbióticas» a las que por su base psicótica tienden los residentes, es uno de los más frecuentes temas no sólo de interpretación, sino de las tertulias informativas que de carácter psicodinámico tienen frecuentemente los residentes con algún miembro de la dirección.

C) Riesgos

El riesgo que en la C.T. se puede dar respecto al tema de la interpretación es el de que se produzca una neutralización de la interpretación propiamente analítica por parte del equipo técnico en lugar de reforzarla adecuadamente. Esto se debe producir a través de los propios pacientes que, a veces, buscan

en el E.T. simples desahogos de su angustia o los mismos miembros del equipo técnico que pueden dejarse arrastrar por las tendencias esquizoides de los pacientes a posiciones suplantadoras del analista.

A los pacientes que lógicamente tienden a racionalizar sus verdaderos problemas, les viene muy bien para reforzar sus propias resistencias esa posible dispersión y aún contradicción interpretativa. Pero el E.T. también puede entrar fácilmente en posibles juegos de seducción esquizoide, por muy analizados que estén todos sus miembros. A pesar de que queda bien clara la función reforzadora de la línea interpretativa del propio terapeuta por parte del E.T., a veces se corre el peligro de entrar en franca contradicción con ésta de una forma más o menos explícita (cf. G. Gabbard, 1986).

En general hay riesgos, sobre todo en nuestro caso, porque al ser un personal tan amplio -de cerca de 30 personas en nuestra C.T.- siempre existe algún miembro del equipo técnico que bien por no haberse leído a tiempo el libro de guardía -en el que aparecen las posibles indicaciones del analista-, o bien por diferentes formas de entender los problemas, corren el riesgo de desconcertar al propio paciente en lugar de trabajar en la misma línea del analista. Además -como no es infrecuente- existen miembros del Equipo Técnico que están, a su vez, en análisis y pueden identificarse con las propias resistencias del paciente; es decir, su parte inmadura no suficientemente analizada puede conectar con la parte patológica del paciente y contribuir a crear más que a resolver problemas. Lo que debe hacer el equipo técnico en esos casos es tratar de identificarse con la parte sana del proceso analítico que, por definición, es el terapeuta. Podríamos decir aquí que el E.T. también debe efectuar una alianza terapéutica no sólo con la Dirección de la Clínica, sino con la persona de cada uno de los analistas. Todos unidos así, estarán en condiciones de aliarse con la parte sana de los residentes para luchar conjuntamente con la parte enferma de los mismos.

Ya en uno de sus trabajos de 1937, Simmel sale explícitamente al paso de estas tendencias disociadoras de los pacientes en régimen de internado en la Clínica, invitando como forma de salir al paso de estos problemas a una verdadera acción concéntrica en torno al análisis individual de cada paciente.

«Nuestro esfuerzo en Tegel fue el siguiente: a través de una regulación del medio ambiente del paciente dentro del sanatorio encaminado a restringir concéntricamente el campo de transferencias, a saber, a la relación entre el analizado y el analista. Las dificultades surgieron a causa de la ambivalencia de aquellos pacientes que intentaban ocultar su ambivalencia transfiriendo su amor y su odio, por separado, a las distintas personas del hospital.» (E. Simmel, 1937, p. 63).

1.2.4. La elaboración

Se trata del último de los factores terapéuticos y, en consecuencia, no se habrá de producir si no se han desarrollado previamente tres factores anteriormente analizados. Lo que nosotros sabemos desde el punto de vista psicoanalítico es que una vez hecha la interpretación, si ésta es adecuada, se inicia un proceso de elaboración inconsciente: es lo que modernamente se conoce como material analítico «postoperatorio», en contraposición al previo material espontáneo de la «libre asociación» conocido como asociativo «preoperatorio» (Gear, Liendo y Scott, 1989, pp. 154-159).

Conocemos determinadas características de este proceso a través del propio material clínico, como, por ejemplo, que el paciente deja de producir asociaciones significativas. Parece que el paciente «gira en redondo», que no avanza en absoluto, pero si el terapeuta tiene paciencia, pronto comenzarán a aparecer toda una serie de «indicadores» que nos señalarán que el analizado ha estado profundizando en el desmontaje interno y restauración de determinadas estructuras patógenas de la personalidad. Existe, sobre todo, un elemento empírico regularmente observable el «insight»-fenómeno último muy estudiado (cf. Erdelyi, 1985)- que se manifiesta a través de expresiones típicas y palabras onomatopéyicas (cf. P. F.-Villamarzo, 1987) que nos indican que realmente se ha producido una verdadera elaboración. A este preciso factor terapéutico se refería Freud, ya en *Recuerdo, repetición y elaboración* de 1914, cuando afirmaba textualmente:

«La cura parecía haberse quedado estancada. Pero semejante temor resultaba siempre infundado. En realidad, la cura seguía su camino. Lo único que sucedía es que el médico había olvidado que la revelación de la resistencia no puede tener por consecuencia inmediata su desaparición. Ha de dejarse tiempo al enfermo para ahondar en la resistencia, hasta entonces desconocida para él, elaborarla y dominarla, continuando, a su pesar, el tratamiento conforme a la regla analítica fundamental.» (O.C. II, 1688).

A) Definición general

La elaboración con ese epílogo final que es el «insight» puede ser considerado como el **definitivo alcance restaurador y reestructurante de la personalidad patológica subyacente de todo proceso terapéutico verdaderamente psicoanalítico.**

Los que practicamos la terapia psicoanalítica, y mucho más cuando utilizamos el estricto paradigma de la «cura-tipo», no nos conformamos con la desaparición de los síntomas sino que lo que pretendemos a través justamente de este proceso de elaboración es una verdadera reestructuración de la personalidad. Por eso, es éste el último factor terapéutico.

Normalmente hacia final del análisis se producen más frecuentes «insights» que son pruebas fehacientes de la definitiva modificación de personalidad.

También se producen lógicamente «insights» en los momentos finales de cada una de las etapas del análisis, tras la restauración de cada uno de los correspondientes niveles.

En un caso de histeria de angustia con fondo melancólico, por ejemplo, lo primero que vamos a trabajar es la regresión. Bajaremos a los niveles más profundos para restaurar el fondo melancólico subyacente a fin de que la persona se sienta más «querible», más segura de sí misma como persona. Cuando están restauradas esas etapas pregenitales precoces, la paciente experimenta un «insight» en el que se manifiesta, por ejemplo, el nuevo sentimiento que experimenta de ser detentora de «derechos». Como persona, pues, la paciente se siente ya más segura pero no todavía como mujer. Querría tener simples relaciones asexuadas, lo que es indicativo de que está llegando a la «fase fálica» y cuando aparece algún indicio de sexo en una determinada relación, la corta angustiada inmediatamente. Entonces empezamos a trabajar la restauración de su sentimiento de feminidad que no sólo se relacione como persona asexuada frente al hombre sino también como mujer. Aquí comienza otro proceso que a su vez avocará a otro momento de elaboración final con su correspondiente «insight» de sentirse plenamente con derechos de mujer.

B) En la comunidad terapéutica

Si tenemos que decidir qué etapa es la mejor para hacer la experiencia comunitaria de la clínica, diremos que la que tiene como objetivo fundamental el de restaurar los conflictos pregenitales. La elaboración restauradora y los «insights» que allí se van a producir y, sobre todo, consolidar están focalizados principalmente a los niveles pregenitales, mientras que los propiamente genitales se tratarán en el período posterior de análisis fuera de la clínica, más en contacto ya con la realidad exterior de la vida de cada uno.

Lo que pretendemos durante el tiempo de estancia en la Comunidad Terapéutica es bajar a esos niveles pregenitales y restaurar las más profundas inseguridades básicas (recuérdese *La Falta básica* de M. Balint, 1968). Podemos decir que en este encuadre terapéutico existe una mayor posibilidad de restauración profunda y radical que fuera de la situación comunitaria.

«A partir de la organización de su trabajo -durante la vida intramuros- el clínico debe proporcionar al paciente algo así como una prótesis, una muleta, hasta que él pueda más adelante ir con sus propios pies 'extramuros', esto es, hasta que haya conseguido una capacidad suficiente para existir y divertirse («amar y trabajar satisfactoriamente», diríamos nosotros con expresión freudiana).» (E. Simmel, 1929, p. 40).

Simmel se refiere obviamente en este texto al período de estancia en la comunidad -> vida intramuros- y al período posterior de su salida de la Clínica: «vida extramuros».

El clínico puede en este enmarque proporcionar al paciente «algo así como una prótesis, una muleta, hasta que él pueda más adelante ir con sus propios pies extramuros». La situación analítica intramuros va, efectivamente, a propiciar durante algún tiempo esa «prótesis», esa «muleta» que deberá facilitar la restauración de los núcleos carenciales pregenitales del paciente. Fuera de la comunidad es muy difícil de conseguir la adecuada restauración de estos niveles, porque, entre otras cosas, el paciente tiene allí que hacer frente a las exigencias de la realidad y no le va a ser posible vivir a fondo aquellas experiencias de indefensión infantil profunda que son necesarias para una básica restauración pregenital.

Efectivamente la Comunidad Terapéutica va a actuar como una especie de prótesis que habrá de ayudar a que el paciente deje esas otras «prótesis» que son sus síntomas o sus relaciones simbióticas sucedáneas, y, apoyándose momentáneamente en esa situación protegida que es el «genius loci» de la Clínica, pueda fortalecerse y salir andando con sus propios pies.

«Creo que es esencial en este sentido al principio del todo un vínculo positivo a la institución como tal, al 'genius loci', para que el paciente pueda estar así seguro de una fundación firme (...) El 'genius loci' de la clínica psicoanalítica, la casa que toma bajo su protección y cuidado a la gente enferma en su tormento, que envuelve su ansiedad pero también inevitablemente la remueve a veces, es, como ustedes ven, el símbolo de la madre misma.» (E. Simmel, 1929, pp. 41 y 53).

C) Riesgos

El riesgo que se puede presentar en la C.T. es el de que el paciente se quede fijado a esa etapa restauradora y se resista a salir de esa etapa tan protegida -de «buen retiro» o «situación intrauterina», denomina Simmel a esta etapa comunitaria- para pasar a otra más exigente y autónoma (es lo que en técnica analítica general, hoy denominamos «resistencia por la transferencia», cf. P. F.-Villamarzo, 1987). Si esta situación regresiva no se maneja adecuadamente en la clínica, podemos producir en el momento de la salida una «reacción terapéutica negativa».

En su obra de 1923 *El 'Yo' y el 'Ello'*, Freud se refiere a la «reacción terapéutica negativa» que consiste en que la parte enferma del paciente quiere seguir enferma por los beneficios secundarios de la enfermedad. Al final del análisis se puede producir un empeoramiento aparente de la enfermedad de consecuencias a veces imprevisibles. Esta misma reacción, y a veces con mayor fuerza, se puede producir en el momento de comunicar a ciertos pacientes la fecha definitiva de salida de la Clínica. Puede vivir esta experiencia como un «abandono» que, por el resentimiento que crea, llegue inclusive a comprometer posteriormente, la continuación del análisis en ambulatorio.

Teniendo en cuenta este riesgo es necesario no sobrepasar, en ningún caso, los niveles de satisfacción «intrauterina» del paciente en la Clínica y, sobre

todo, preparar con gradualidad y tacto clínico la salida del mismo. Mucho podríamos decir, a partir de la experiencia, de este delicado tema, pero ello nos llevaría muy lejos.

En un posible segundo «Curso de doctorado» o nuevo volumen de evaluación de nuestros resultados -dedicados ya exclusivamente a temas evolutivos-, prodemos tratar con mayor amplitud este delicado pero sumamente importante tema.

Por lo que al tema de la decisión de salida se refiere, digamos que quien toma la decisión de la salida, en primer lugar, es el propio analista, cuando considera que se han producido signos suficientes de que la carencia básica del paciente está restaurada y el paciente se halla en condiciones de enfrentarse a las exigencias de la realidad exterior. Esta opinión del analista se contrasta con todo el equipo técnico y con la Dirección de la Clínica: si coinciden las opiniones, en diálogo del director con el paciente y, eventualmente con su familia, se fija con antelación de un mínimo de dos meses la fecha definitiva de la salida. De lo contrario se posterga ésta hasta tanto se tenga una coincidencia global sobre la oportunidad de la misma.

2. ESPECIFICAS EXIGENCIAS DE ORDEN OPERATIVO (EN FUNCION DE LAS CARACTERISTICAS ANTERIORMENTE RESEÑADAS)

Todo nuestro proyecto está estructurado en función de afrontar el reto en el que precisamente he insistido de lograr una coherente integración entre el psicoanálisis clásico y las técnicas activas ferencianas. En principio sabéis que se mira con cierta reserva desde el psicoanálisis clásico -sobre todo desde lo que M. Balint denomina la «masa central del psicoanálisis» (M. Balint, 1979)- todo tipo de «técnicas activas», en la medida en que éstas pueden perturbar el coherente desarrollo del análisis (cf. P. F.-Villamarzo, 1986). Nosotros en nuestra Comunidad Terapéutica no pretendemos practicar, por definición, sino que en una específica modalidad de «psicoterapia analítica» intentamos una inflexión técnica que incorpore todas aquellas técnicas activas que pueden fortalecer el análisis, con el mínimo de perturbación posible a la verdadera naturaleza etiológica del mismo.

El riesgo, como veíamos, es que si bien las técnicas activas pueden potenciar el funcionamiento de los seis elementos terapéuticos -leyes y factores-, también pueden perturbar el normal desarrollo analítico de los mismos.

Lo que a continuación voy a exponer, pues, son las principales cautelas que en el funcionamiento operativo de la Comunidad Terapéutica hemos de tener en cuenta. Se tratará, en último término, de ver como potenciar al máximo -aunque nunca al 100% porque partimos de la unión del psicoanálisis clásico y las técnicas activas- las posibilidades terapéuticas de esta conjunción de técnicas activas y paradigma clásico, reduciendo al mínimo los riesgos antiterapéuticos que semejante combinación conlleva.

Estas cautelas podrían referirse a esta triple categoría: 1) «motivación exigible para el ingreso y permanencia en esta Clínica»; 2) «instrumentación de instituciones operativas básicas»; y 3) «convergencia terapéutica unitaria».

2.1. Motivación exigible para el ingreso y permanencia en la clínica

Dadas las características y problemática específicas de este tipo de clínicas psicoanalíticas, la fuerte motivación exigible para el ingreso y permanencia en la C.T. habrá de ser extremadamente rigurosa, si queremos garantizar un mínimo de serias probabilidades de éxito.

La rigurosa motivación exigible para el ingreso y permanencia en la clínica puede ser vista desde esta triple perspectiva que pasamos ahora a exponer.

2.1.1. Transpolación de los conceptos freudianos de «contrato de trabajo» y «alianza terapéutica» del análisis individual a la institución comunitaria.

El primer momento de formal compromiso de todo tratamiento analítico es lo que técnicamente se denomina «contrato de trabajo». Esto es, una vez que el paciente ha sido debidamente informado de su diagnóstico y del tipo concreto de tratamiento que, dentro del modelo psicoanalítico, parece el más adecuado para su caso, éste deberá reflexionar durante largo tiempo y tomar decisión al respecto. Los tipos de tratamiento analítico más comúnmente propuestos son: psicoterapia individual sólo, individual y grupal simultáneamente, tratamiento combinado de psicoterapia y medicación o, en determinados casos límites, tratamiento ambulatorio complementado en alguna fase del mismo con experiencia en C.T.

Una vez expuestos los «pros» y «contras» de las diversas opciones que técnicamente parecen válidas a cada caso, se le pide al paciente -y, eventualmente a la familia, sobre todo por lo que a la cuestión económica se refiere- su opción personal por una de las posibles fórmulas. Expuestas a continuación las exigencias o compromisos que semejante opción conlleva, si el paciente -con el apoyo de sus familiares, si es el caso- aceptan estas condiciones se da el «contrato de trabajo» por formalizado.

Una vez comenzado el tratamiento en régimen de ambulatorio normalmente, los primeros meses van a estar encaminados al establecimiento de lo que técnicamente se conoce como «alianza terapéutica». Es éste un período de entrenamiento, de mutua toma de contacto entre paciente y terapeuta y de sensibilización de aquél a la nueva situación analítica. Cuando se ha conseguido, esta sensibilización o «training», el paso siguiente es incorporar vivencialmente al paciente a este tipo de tratamiento; es decir, el paciente debe llegar a sentirse comprometido no sólo volitivamente -como en el previo «contrato de trabajo»- sino emocionalmente con el tratamiento y con el analista para que a pesar de las posteriores ambivalencias transferenciales que éste habrá de tener, quede ya lo suficientemente motivado como para salvar los «va y viene» por el que el proceso analítico le va a hacer pasar.

A partir de este momento se considera formalizada ya la llamada «alianza terapéutica» y el verdadero trabajo analítico comienza a funcionar.

2.1.2. Centralización de este cometido en una sola persona en la Comunidad Terapéutica (preferentemente en el director)

¿Cómo funcionan formalmente estos compromisos en la Comunidad terapéutica? Cuando el paciente ingresa en la Comunidad, independientemente del contrato de trabajo y la alianza terapéutica que haya previamente establecido con su propio analista, debe efectuar allí un nuevo «contrato» y «alianza» de trabajo, en este caso, con la Comunidad Terapéutica representada por el director. Este expone una serie de exigencias básicas, «normas de convivencia», principalmente, que el residente debe aceptar y a las que, de entrada, tiene que comprometerse a ajustar su comportamiento exterior. Todo esto se hace conocer asimismo a los padres, por si la experiencia demostrase que el paciente no está en condiciones mínimas de cumplir.

El primer mes e incluso parte del segundo, si fuere necesario, es un período de entrenamiento para que el paciente incorpore vivencialmente ese previo «contrato» de trabajo. Una vez pasados este mes y pico, el residente vuelve a tener una revisión con el director. Se analizan los informes directos e indirectos que se tienen del paciente y si éstos son positivos se considera formalizada la «alianza» con la clínica.

2.1.3. Utilización posterior de estos «pactos» y permanente revisión de los mismos por parte del propio director

No basta, efectivamente, con realizar inicialmente el contrato de trabajo en la entrada de la clínica y la alianza terapéutica al mes aproximadamente del ingreso en la misma, sino que es necesario mantener prematuramente una actitud de constante revisión de ese «contrato» y «alianza» a fin de apoyar comunitariamente en estos llamados «pactos terapéuticos» la verdadera autorresponsabilidad que debe dominar el ambiente general de la Clínica.

No se hace, pues, el contrato de trabajo y la alianza de una vez por todas, sino que cualquiera de esos pactos que se hicieron a nivel voluntarista y de compromiso racional en un principio, sobre la marcha de la experiencia contraria se deben de ir ajustando cada vez a cada caso en concreto para el mejor logro de un serio clima terapéutico en el ambiente general de la Comunidad. Si, por ejemplo, un paciente no asiste habitualmente a las actividades terapéuticas usuales se habla con él desde la perspectiva de su actitud terapéutica general y en función de su posición personal se toma una decisión al respecto, que puede llegar inclusive a hacerle ver que si no modifica su actitud escasamente colaboradora, no tiene ningún sentido su permanencia por más tiempo en la Clínica.

2.2. Instrumentación de actividades institucionales básicas para esta permanente revisión y refuerzo del «contrato» y de la «alianza»

comunitarios. (Desde la vertiente de la realidad hasta la dimensión fantasmática pasando por la convergencia entre ambas realidades polares)

Estas actividades institucionales básicas, resumidas en tres principales, abarcan desde la vertiente más real de la vida comunitaria hasta la dimensión más dinámicamente fantasmática de la misma, pasando por la convergente asociación de ambas dimensiones polares.

El seguimiento general de todos los residentes comunitarios corre a cargo del director, pero éste precisa que funcionen integradamente toda una serie de actividades comunitarias de cuya conjunta coordinación depende la creación y el mantenimiento de un verdadero clima terapéutico en la convivencia comunitaria. Se trata así de poder ir revisando y reforzando el «contrato de trabajo» y la «alianza terapéutica», elementos básicos para poder mantener una óptima tensión terapéutica y poder trabajar analíticamente sobre ella.

Las instituciones que en nuestra opinión son claves a tal efecto se resumen en las tres siguientes: «Reuniones de realidad», «Psicoterapia de grupo» y «Tertulias aclaratorias». Todas ellas van a estar gravitando en torno a los fundamentales objetivos de la clínica en tanto que institución terapéutica, es decir, reforzar el «contrato de trabajo» y la «alianza terapéutica» de cada uno de los residentes comunitarios.

2.2.1. Reuniones de realidad

Esta institución es responsabilidad fundamental del Subdirector dinámico de la Comunidad que se encarga de los aspectos disciplinarios y de convivencia real dentro de la institución. Una vez por semana se reúne el subdirector con todos los residentes -incluidos los miembros del E.T. de guardia y, cuando esto es conveniente, el «ama de llaves» y alguno de los componentes del personal subalterno- para atender los problemas que puedan estar surgiendo a nivel de realidad: quejas sobre la institución en general, del «ama de llaves» o personal subalterno -o de éstos sobre los residentes-, de los residentes entre sí (fricciones entre ellos, clima de orden y tranquilidad en la casa o habitaciones...), etc.

El objetivo básico de estas reuniones es, pues, la instrumentación operativa de esas quejas o molestias, es decir, buscar una solución práctica a tales problemas, sin analizar allí mismo los aspectos dinámicos que subyacen a los mismos. Se trata, pues, de un análisis real de los problemas de la vida comunitaria en general.

2.2.2. Psicoterapia de grupo

Esta institución corre a cargo de los terapeutas comunitarios de grupo. Ellos se encargan de analizar dinámicamente con todos los residentes reunidos en grupo terapéutico tres veces por semana esas situaciones problemáticas que se plantean a nivel de realidad. Todas estas fricciones se analizan no desde la

realidad material misma -para ello están las «reuniones de realidad»-, sino desde la dimensión puramente interna y fantasmática. Lo que interesa allí es que cada paciente descubra lo que él mismo pone en cada uno de esos problemas, cuáles es el significado dinámico profundo que da a cada uno de ellos y la actitud o posición que adopta frente a estos problemas.

2.2.3. Tertulias aclaratorias

Esta actividad institucional no estaba prevista en el diseño inicial de la Clínica sino que ha ido surgiendo con el tiempo a partir de la misma experiencia. Corre a cargo del director de la Institución y a ella asisten todos los residentes y miembros del E.T. de guardia en ese momento.

Se observó, en efecto, que el sábado era el día en el que solían surgir -probablemente, la proverbial «depresión por contraste» del fin de semana- el mayor número de problemas. Era la respuesta «actuante» a la depresión del sábado: el día en el que normalmente salen los jóvenes a las discotecas, fiestas, etc., mientras que ellos estaban «recorridos» en la Comunidad. Surgía, a veces, la necesidad de aumentar la medicación puesto que se llevaban a cabo múltiples «actuaciones». Espontáneamente comencé a ir a la Comunidad el sábado por la noche y me sentaba con ellos a charlar de temas varios después de cenar. Poco a poco, y a su demanda explícita o implícita, se fueron instrumentando estas tertulias en una línea intermedia entre problemas específicos de realidad y dinámicos.

Muchas de estas tertulias comenzaron a ir precedidas por charlas formativas de orientación dinámica para aclarar problemas comunitarios concretos y evitar con ello esa especie de «contracultura psicoanalítica» que los malentendidos y resistencias de los propios residentes llegan a la larga a crear. Después se abre un coloquio en el que cada uno expone sinceramente sus problemas personales y opiniones generales al respecto. La experiencia ha demostrado que este tipo de tertulia aclaratoria ayudan al mantenimiento de la clima terapéutico de la Comunidad y, sobre todo, que salen al paso de determinados riesgos de «actuación» individual o comunitario.

«...deben ser desenmascaradas todo tipo de actitudes antiterapéuticas mientras estén aún 'in statu nascendi'...» (E. Simmel, 1929, 43).

2.3. Permanente atención a la unitaria convergencia entre el equipo técnico y todo este tipo actividades institucionales de tipo comunitario

Es sumamente importante, a este respecto, el continuo contacto entre todos los miembros del equipo técnico y los responsables de estas tres actividades comunitarias para que pueda ser aprovechado en forma convergente el trabajo que se realiza en esas tres instituciones. Debe existir, para ello, un fuído movimiento informativo circular entre los diversos estamentos terapéuticos. Si a nivel de realidad se está tratando un conflicto y allí se está instrumentando la solución, en el grupo se debe analizar las raíces de ese mismo conflicto y en las tertulias aclaratorias exponer adecuadamente los supuestos teórico-

técnicos y aclaratorios, aun de razones de realidad, subyacentes a determinadas vías propuestas de carácter terapéutico -psicoterapia de grupo- o de naturaleza meramente práctica: reuniones de realidad.

También es sumamente importante que exista un funcionamiento unitario entre estas tres instituciones -coordinadas por el propio director que debe marcar los puntos comunitarios de mayor urgencia- pues de lo contrario las fuertes resistencias inconscientes de los pacientes aprovecharán esa falta de coordinación para zafarse de aquellas denuncias «in status nascendi» de problemas cuyo enfrentamiento les resulta angustioso o, simplemente, incómodo.

En lo que a este respecto se refiere, el E.T. tendría, pues, una doble función: «preoperatoria» y «postoperatoria», como diría Gear, Liendo y Scott (1989, p. 154):

- a) Informar puntualmente sobre lo que está pasando en la clínica para que las tres instituciones antedichas trabajen sobre el mismo tema y para que el director proponga síntesis y dé directrices al respecto.
- b) Seguir trabajando en forma de permanente recordatorio a partir del momento en que instrumentadas las pertinentes consignas se haya abordado el tema en las respectivas reuniones institucionales.

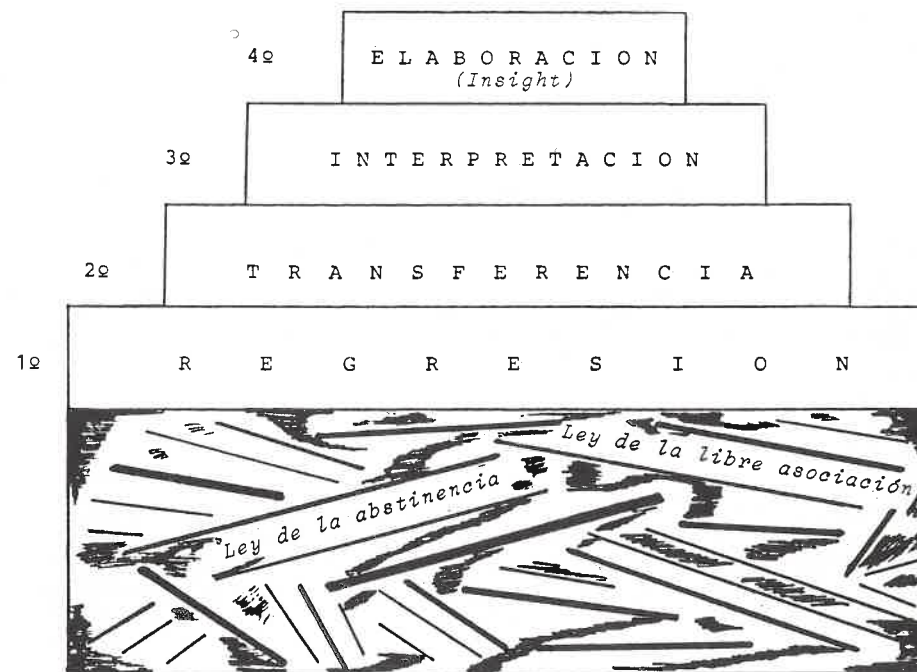
Este refuerzo unitario y convergente de consignas coordinadas por la Dirección, desde la perspectiva del seguimiento de los «pactos» del estado general de la clínica y de las mismas sugerencias de los analistas individuales (y, en su caso, grupales) es absolutamente imprescindible para un trabajo comunitario verdaderamente operativo. Si no se da este feedback constante y convergente de planteamientos unitarios en los que todo el equipo se apoye, las consecuencias pueden ser, en el mejor de los casos, de absoluta inoperancia. De ahí la importancia de los «libros de informes» y de las «directrices terapéuticas», propuestas en las tertulias aclaratorias. No hay que olvidar que estamos tratando con psicóticos a los que sólo se les administra la medicación imprescindible y todo pasa por la verbalización. Si los pacientes perciben la más mínima situación de descoordinación o disociación, en un momento determinado se puede producir una reacción en cadena de episodios psicóticos que en forma de «actuaciones» incontroladas e incontrilables tiren por tierra el ambiente terapéutico de la Clínica.

«Aquí tenemos un grado mucho más elevado de responsabilidad sobre la situación general de nuestros pacientes que cuando los estamos tratando fuera de la clínica. La enfermedad de nuestros neuróticos es más peligrosa y el peligro de suicidio es, en general, más serio.» (E. Simmel, 1929, p. 45).

DOCUMENTOS

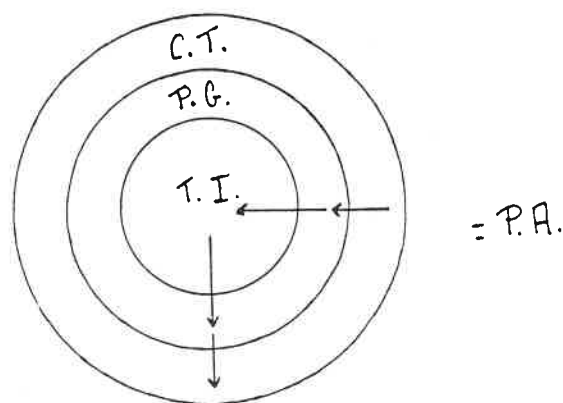
FACTORES TERAPEUTICOS Y LEYES FUNDAMENTALES

(Secuencia psicodinámica)



Intento de Estructuración

a) Gráfico



b) Siglas

T.I.: Tratamiento individual

P.G.: Psicoterapia de Grupo

C.T.: Comunidad Terapéutica

P.A.: Psicoterapia analítica (en Comunidad Terapéutica)

c) Texto de apoyo

"Nuestro esfuerzo en Tegel fue el siguiente: a través de una adecuada regulación del medio ambiente del paciente dentro del Sanatorio, intentamos reconducir concentricamente el campo de las transferencias, a saber, dirigirlos a la relación última entre el analizado y el analista." (E. Simmel, 1937, trad. esp., p. 63)

Factores terapéuticos y leyes fundamentales (Cuadros ilustrativos)

4.1. Libre asociación + Permanente	4.2. Abstinencia + Intensa
4.3. Regresión + Profunda	4.4. Transferencia + Diversificada
4.5. Interpretación + Reforzada	4.6. Elaboración + Radical

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1) BALINT, M.: «La falta básica» (*The basic fault*, 1979), trad. esp., ed. Paidós, Barcelona, 1982.
- 2) BLEGER, J.: *Simbiosis y ambigüedad*, (1967), ed. Paidós, Buenos Aires, 1978.
- 3) CAPARROS, N.: «Correspondencia de Freud» (tesis doctoral), Universidad Complutense, Madrid, diciembre de 1986.
- 4) FERENCZI, S.: «Elasticidad de la técnica psicoanalítica» (*Die Elastizität der psychoanalytischen Technik*, 1928), trad. esp., en: «Psicoanálisis IV», ed. Espasa Calpe, Madrid, 1984, pp. 59-72.
«Principio de relajación y neocatarsis» (*Relaxationsprinzip und Neokatharsis*, 1930), trad. esp., en: «Psicoanálisis IV», ed. Espasa Calpe, Madrid, 1984, pp. 91-108.
«Análisis de niños con los adultos» (*Kinderanalysen mit Erwachsenen*, 1931), trad. esp., en: «Psicoanálisis IV», ed. Espasa Calpe, Madrid, 1984, pp. 109-125.
- 5) FREUD, S.: «Estudios sobre la histeria» (*Studien über Hysterie*, 1895), trad. esp., en: O.C. I, pp. 39-168.
«El psicoanálisis 'silvestre'» (*Über 'wilde' Psychoanalyse*, 1910), trad. esp. en: O.C. II, pp. 1571-1574.
«La dinámica de la transferencia» (*Zur Dynamik der Übertragung*, 1912), trad. esp., en: O.C. II, 1648-1653.
«Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico» (*Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*, 1912), trad. esp., en: O.C. II, pp. 1654-1660.
«Recuerdo, repetición y elaboración» (*Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten*, 1914), trad. esp., en: O.C. II, 1683-1688.
«El 'Yo' y el 'Ello'» (*Das Ich und das Es*, 1923), trad. esp., en: O.C. III, pp. 2701-2728.
«Construcciones en psicoanálisis» (*Konstruktion in der Analyse*, 1937), trad. esp., en: O.C. III, pp. 3365-3373.
- 6) GARCIA BADARACCO, J.E.: «Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar» (1990), ed. Tecnipublicaciones, Madrid, 1990.
- 7) GABBARD, G.O.: «El tratamiento del paciente 'especial' en un hospital psicoanalítico» (*The treatment of the 'special' patient in psychoanalytic Hospital*, 1986), trad. esp. en: «Libro anual de Psicoanálisis 1986», pp. 311-325.
- 8) HUGH ERDELYI, M.: «Psicoanálisis» (*Psychoanalysis: Freud's Cognitive Psychology*, 1985), trad. esp., ed. Labor, Barcelona, 1987.
- 9) KLEIN, M.: «Contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos» (*A contribution to the psychogenesis of maniac-depressive states*, 1934), trad. esp. en: O.C. 2, ed. Hormé, Buenos Aires, 1974, pp. 253-278.
- 10) RANK, O.: «El trauma del nacimiento» (*Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die psychoanalyse*, 1924), trad. esp., ed. Paidós, B. Aires, 1972.
- 11) VILLAMARZO, P. F.: «El yo y los mecanismos de defensa», ed. ISEF, Madrid, curso académico 1982-1983.
«K. Abraham. El tema de la clínica psicoanalítica», ed. ISEF, Madrid, curso académico, 1985-86.
«Características generales del método psicoanalítico», ed. ISEF, Madrid, 1987.
«Las técnicas freudianas activas en psicoterapia analítica, perspectiva freudiana», en: «Clínica y análisis grupal», n. 40, abril-junio, 1986, pp. 290-313.
«Temas clínicos», en: «Cursos sistemáticos de formación psicoanalítica», tomo III, ed. Marova, Madrid, 1991.

«TECNICAS PSICOCORPORALES EN UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA DE ORIENTACION PSICOANALITICA»

por Francisco García Esteban

Tradicionalmente, la teoría psicoanalítica ortodoxa ha observado las técnicas psicocorporales con prevención, pues suponía que favorecerían la actuación y descarga de impulsos inconscientes, desencadenando una catarsis que produciría una sensación de alivio en el sujeto, pero dificultaría la toma de conciencia de dichos impulsos y su consiguiente elaboración. No tendría lugar una modificación de la estructura de personalidad del sujeto, sino simplemente una descarga de tensión, que, al no haberse producido cambios estructurales, volvería a acumularse de nuevo, requiriendo catarsis periódicas.

Desde esta concepción, la incorporación de técnicas psicocorporales al baluarte de recursos terapéuticos de una CT psicoanalítica, como la clínica Oskar Pfister, resultaría cuando menos problemática.

Por fortuna, aunque la anterior crítica de las técnicas psicocorporales es válida en algunos casos, no lo es en todos. En la medida en que a su uso subyazca una profunda comprensión dinámica del funcionamiento del ser humano, pueden constituir instrumentos de cambio, ya sea utilizados independientemente, o en conjunción con otras terapias exclusivamente verbales, como la psicoterapia dinámica, analítica o incluso el psicoanálisis. Evidentemente, en el caso de su utilización como psicoterapia se requiere, además de una conceptualización dinámica de las mismas, una correcta comprensión de su articulación con la terapia verbal, de modo que juntas constituyan un sistema coherente que potencie el tratamiento global del individuo, en vez de ser una fuente de conflictos, por trabajar en diferente direcciones o por crear interferencias en las respectivas dinámicas de las terapias.

En el caso de la Clínica-CT Oskar Pfister, con su orientación freudiana, y en la que el tratamiento se articula de modo principal sobre las sesiones individuales de análisis, el uso de cualquier otro tipo de técnica ha de estar dirigido fundamentalmente a potenciar el análisis individual, así como a complementarlo en aquellas áreas en las que pueda incidir de forma más específica. Ello se refleja en la estructuración de la CT, tema desarrollado con amplitud por Pedro F. Villamarzo en una ponencia de este Symposium, por lo que solo lo trataré aquí sucintamente.

En la práctica, los recursos terapéuticos de la clínica se estructuran básicamente de la siguiente forma. Junto a las sesiones de análisis individual ocupan un lugar destacado las sesiones de grupo, constituyendo ambas el núcleo de recursos más estrictamente psicoanalíticos. En torno a ellas existen un grupo de técnicas complementarias, de inspiración analítica, como el psicodrama, terapia ocupa-

cional, técnicas psicocorporales, que, con un enfoque más activo y una mayor participación del cuerpo, tratan de potenciar el proceso analítico. En un ámbito más amplio estarían la propia convivencia comunitaria, y los instrumentos que buscan enriquecerla (Actividades Culturales), y abordar los conflictos y situaciones reales que pudieran darse (Reunión de Realidad).

Una vez precisado el lugar que ocupan las técnicas psicocorporales en la estructura de la CT paso a exponer brevemente algunas características teóricas y técnicas que constituirían lo más específico de las mismas, ilustrándolas en ocasiones con viñetas clínicas extraídas del trabajo con residentes de la comunidad.

Aunque todas las técnicas complementarias utilicen en mayor o menor medida el cuerpo, en las aquí llamadas técnicas psicocorporales, éste desempeña un papel preeminente. La teoría y técnica del análisis bioenergético, desarrolladas por alexander Lowen sobre el trabajo previo de wilhelm Reich, constituyen su eje principal, pudiendo en realidad conceptualizarse como una extensión del psicoanálisis al ámbito corporal. Pongamos un ejemplo irreal, pero ilustrativo, que puede ayudar a clarificar la situación. Imaginemos por un momento que Freud hubiera desarrollado el psicoanálisis sin abordar el tema de los sueños. Necesariamente, más pronto o más tarde, surgiría alguna persona que se plantease qué relación guardan los sueños con la personalidad del sujeto que sueña, y cómo se pueden utilizar en terapia. Ello no supondría necesariamente una teoría diferente al psicoanálisis, sino más bien una extensión del mismo al campo de los sueños. (Por supuesto sí puede haber otras teorías de los sueños incompatibles con el psicoanálisis). De modo semejante nos podríamos preguntar si existe una relación entre algunas características del cuerpo de un individuo y su personalidad, y en qué medida se puede utilizar el cuerpo para alcanzar los objetivos que se planteen en una terapia. Aunque a lo largo de la historia se han propuesto diferentes tipologías o caracterologías (Kretschmer, Sheldon, ...) que buscaban describir la relación entre mente y cuerpo, aquí me limitaré a considerar el tema únicamente desde una perspectiva psicoanalítica.

El psicoanálisis atribuyó significado a una serie de fenómenos (actos fallidos, sueños, síntomas neuróticos, ...) que previamente aparecían sin sentido; mostró que cumplían una función, o eran el resultado, el efecto secundario, de procesos que desempeñaban una función. El análisis bioenergético propone que algunas variables corporales, como determinadas tensiones musculares crónicas o el tipo y amplitud de la respiración, desempeñan asimismo una función; no son de un modo determinado por casualidad, sino que el sujeto obtiene una ganancia de patrones de respiración o tensiones que a primera vista parecerían molestos, o simplemente irrelevantes.

¿Qué función desempeñarían, pues, las restricciones en la respiración y las tensiones musculares crónicas? Servirían para suprimir impulsos que de experimentarse generarían angustia, vergüenza, culpa u otra emoción displacentera. No se es consciente de los impulsos, porque desaparecen, pierden fuerza.

La pulsión tiene un componente biológico, supone un impulso a la acción. En la infancia, cuando los impulsos resultan especialmente fuente de conflictos, el niño aprende a controlarlos. Ello se lleva a cabo básicamente de dos formas. Una, bastante genérica, reduciendo la vitalidad general, y consiguientemente la fuerza del impulso en cuestión. Otra más específica consistente en la contención de su expresión mediante tensiones musculares que impiden los movimientos con los que espontáneamente se descargaría el impulso.

El modo en que se lleva a cabo la contención de impulsos se aprecia claramente en el «nudo» que se forma en la garganta cuando uno tiene ganas de llorar pero se controla. El «nudo» es una tensión muscular que impide la emergencia del sollozo. en el momento en que nos permitimos llorar, el «nudo» desaparece. Además de la tensión en la garganta, se produce también una constricción en la respiración. esta se hace más superficial. se respiramos más profundamente, el impulso cobra fuerza, las ganas de llorar aumentan y tenemos que hacer verdaderos esfuerzos para controlar el llanto.

La contención, pues, se lleva a cabo, limitando la respiración y tensando la garganta. Ambos mecanismos provocarían un empobrecimiento energético, y una limitación de la expresividad del individuo. Por ello el sujeto vería reducida su capacidad para trabajar y gozar. Tendría menos energía disponible para producir (trabajo) y descargar (placer), y al mismo tiempo, su capacidad de descarga (expresividad) se vería también disminuida. Su sentimiento de identidad estaría asimismo reducido, vivenciándose todo ello como sensaciones de vacío y depresión (falta de energía).

En el análisis bioenergético, cuando el sujeto está preparado para poder experimentar una emoción o deseo que tiene reprimidos, se emplean diversas técnicas, las opuestas a las que la persona utiliza para contenerlos.

Así pues, se profundiza la respiración, con lo que la vitalidad general y la fuerza de los impulsos aumenta.

«A. era una chica con una respiración muy superficial. Toda su motilidad estaba inhibida, caminando y moviéndose muy lentamente. con ejercicios orientados a ampliar su respiración, se avivaron sus deseos de relacionarse con los demás residentes de la comunidad, experimentando dichos deseos como fuente de conflictos y displacer, en tanto que suponía reconocer sus necesidades, así como sus limitaciones para conseguir lo que deseaba. Quedaba patente cómo había inhibido su vitalidad para evitar esos sentimientos que le resultaban tan intolerables.»

Por otro lado, con diversos ejercicios se reducen las tensiones musculares crónicas con las que el sujeto controla la descarga de los impulsos.

«B. tenía el cuello muy tenso, quedándosele a veces bastante rígido, produciéndole dolor y angustia. En ocasiones, cuando estaba acostado, no podía relajarlo y dejar que la cabeza descansara en la almohada. En el curso del trabajo corporal, fue siendo capaz de soltar poco a poco la cabeza,

sobreviniéndole entonces temores a descontrolarse y defecar, orinar o eyacular. Estos Temores proporcionaron un material muy fructífero para sus sesiones de análisis individual.»

Se emplean asimismo ejercicios expresivos en los que la persona, en un comienzo de forma artificial, expresa corporalmente determinados impulsos (por ejemplo, agresivos), buscándose una resonancia en el individuo, que se producirá en el caso de que ese impulso exista en él y esté preparado para vivenciarlo.

«C. era un joven alto, fuerte y atractivo, pero con apariencia de niño grande, tierno e inofensivo. Con frecuencia su comportamiento era inhibido e infantil, teniendo grandes dificultades para estudiar, trabajar o relacionarse asertivamente con los demás.

En el trabajo corporal respiraba muy superficialmente, abriendo poco la boca y teniendo dificultades para emitir sonidos. Trabajando con ejercicios en los que se expresaba agresividad con patadas, golpes con los brazos y gritos, conectó con un intenso temor a descontrolarse y resultar tremendamente destructivo. Se dió cuenta de que inhibía su vitalidad y regresaba a posiciones infantiles para así evitar sentir esa fuerza descontrolada que causaría daños a sus seres queridos.»

El trabajo con estas técnicas, por otra parte, no sirve sólo para evocar determinados contenidos, sino que además, de modo paralelo, capacita progresivamente al sujeto para experimentar, contener y expresar deseos y emociones cada vez más intensos.

Lo expuesto hasta ahora constituiría lo que podríamos denominar el aspecto movilizador del trabajo corporal, su capacidad para avivar los conflictos internos del sujeto, de modo que puedan ser percibidos más fácilmente y trabajados más rápidamente. Evidentemente la intensidad de la movilización ha de ajustarse al estado de las funciones vitales del sujeto en el momento en que se encuentre, desarrollándose dichas capacidades a medida que el trabajo avanza. La elaboración del material surgido puede llevarse a cabo en la misma sesión en el caso de que el trabajo psicocorporal se lleve a cabo como terapia autónoma. Cuando, por el contrario, se realice en conjunción con una terapia verbal, como ocurre en la clínica, en la sesión de trabajo corporal se realizaría una primera elaboración del material, que continuaría en mayor profundidad en las sesiones de análisis. Existe un efecto potenciador recíproco entre el análisis individual y el trabajo corporal. En la medida en que en este último se destapan deseos, sentimientos, emociones..., el análisis se enriquece. En la medida en que esos contenidos se trabajan en el análisis, la capacidad del sujeto para entregarse al trabajo corporal y vivenciar sentimientos más intensos y conflictivos aumenta.

Como ya he expresado, lo tratado hasta aquí constituiría el aspecto movilizador del trabajo corporal. Existiría otra faceta complementaria que estaría más relacionada con procesos de aprendizaje. Los conflictos psicológicos del

sujeto, a lo largo de su historia, pueden haberle llevado a distanciarse del cuerpo y de sus sensaciones, existiendo en la actualidad una limitación en su capacidad para identificarlas. El sujeto no es consciente de sus tensiones, de la contención de su respiración, de su vitalidad reducida. Mediante el trabajo con el cuerpo se potencia su identidad corporal, se aumenta la capacidad de la persona para discriminar sus sensaciones corporales y el carácter placentero o displacentero de las mismas, lo cual ejerce un efecto motivador muy importante en la terapia. Estar relajado es más agradable que estar tenso; sentirse expandido más placentero que percibirse contraído, constreñido. Estar vital, si la vitalidad no es fuente de conflictos, es más gratificante que sentirse débil, con poca energía.

Para el fortalecimiento de la identidad corporal es interesante también el trabajo con un espejo o con vídeo. La imagen que un paciente tiene de sí mismo puede contrastar bastante con la que le devuelve el espejo o el monitor de TV.

«D. se consideraba una persona dinámica, llena de energía, con una gran capacidad de expresión verbal y con unos ademanes exquisitos. A pesar de que se le había expresado repetidas veces -en sesiones de grupo, en entrevistas con el director y en la convivencia- que la realidad era muy distinta, hasta que no se vió en vídeo no aceptó plenamente que la imagen que proyectaba era más bien de persona impulsiva, que hablaba atropelladamente y que sus poses y movimientos eran amanerados. Ello cooperó a que se decidiese a ser más espontáneo y natural, preocupándose más por sus vivencias y por sentirse a gusto que por la imagen que daba al exterior.»

El siguiente caso ilustra bastante bien la interacción existente en el curso del trabajo psicocorporal entre factores de aprendizaje y de análisis.

«E. era un chico bastante atolondrado, con dificultades para controlar sus impulsos y con el consiguiente miedo al descontrol. Tenía también grandes deseos de ser querido y aceptado, lo que le llevaba a estar continuamente alerta, deseando a toda costa hacer las cosas bien, pero realizándolas de forma precipitada, en su afán por mostrarse competente.

Cualquier ejercicio que se le proponía constituía un reto para él, algo que «tenía que hacer bien», experimentando anormales dificultades para meterse en el ejercicio y ver qué significaba para él. Su obsesión era ver si estaba haciendo bien determinada postura, no pudiendo percibir cómo se sentía en ella, ni si al modificarla tenía sensaciones diferentes.

Requirió bastante tiempo que fuera desarrollando una confianza en sí mismo, en vez de estar pendiente de las reacciones de su entorno. Poco a poco fue siendo capaz de relajarse, de sentirse firmemente asentado en el suelo, de expresar sus sentimientos de forma asertiva y controlada, de tener conciencia de sus sensaciones corporales y de disfrutar con ellas, de buscar la sensación de bienestar físico, de relajación y serenidad. Para lograr todo esto fue necesario trabajar también en las sesiones de trabajo corporal, y de forma más profunda en sus sesiones de análisis individual, con los miedos

a descontrolarse, a agredir física o sexualmente, a resultar inadecuado, ... que surgían cuando comenzaba a relajarse.»

Este caso muestra claramente los beneficios que se pueden derivar de la utilización integrada de técnicas psicocorporales y una psicoterapia verbal. Por un lado facilitan la emergencia en el individuo de nuevas sensaciones placenteras como la relajación o el bienestar corporal, que normalmente no le resultan accesibles, al haberse habituado a lo largo de los años a un estado de tensión y alerta elevados. Por otro, evocan sentimientos de los que el sujeto se protege mediante el estado de tensión y la inhibición de su vitalidad, facilitándose en consecuencia su análisis, lo que revertiría en una mayor capacidad para relajarse y aumentar su vitalidad en el trabajo corporal, y abandonarse a las sensaciones, emociones y pensamientos que surjan, dinamizándose así el proceso terapéutico global, y alcanzándose cada vez mayores cotas de bienestar, que actuarán como elemento motivador para sobrellevar los sufrimientos inherentes a todo tratamiento de orientación dinámica.

Una CT como la Clínica Oskar Pfister constituye un ámbito óptimo para llevar a cabo una integración exitosa de técnicas psicocorporales y psicoterapia analítica, al posibilitar el intercambio frecuente de opiniones entre los diferentes terapeutas, así como con el director de la clínica y equipo técnico, diálogo que se ve facilitado por la existencia de un marco teórico común.

«PSICODRAMA: OBJETIVOS Y FUNCIONES EN UNA COMUNIDAD TERAPEUTICA»

por Limberg M. Reyes Tomás

Os he traído dos protocolos de sesiones. Quiero evitar las conceptualizaciones y demostrar cómo se han desarrollado dos sesiones psicodramáticas. A partir de su lectura haré hincapié en que lo que interesa en psicodrama, no es tanto el diálogo grupal, como las representaciones, es decir, la escenificación de lo que va ocurriendo o los conflictos que van emergiendo en la sesión. Os voy a ofrecer los núcleos del psicodrama, pero retomando todas las situaciones teóricas que se plantean en torno al trabajo psicodramático.

1. LOS NÚCLEOS DEL PSICODRAMA.

El cuerpo, la acción, la mirada son elementos fundamentales. Se puede decir que el marco teórico del psicodrama sigue el siguiente proceso: del cuerpo a la palabra, de la palabra al lenguaje, del lenguaje al inconsciente. Es imaginarizar el cuerpo para simbolizar. Romper la ilusión grupal creada por las identificaciones. Este es una de sus funciones y el objetivo es movilizar eno sólo lo verbal sino además la mirada, lo auditivo, lo táctil, el movimiento etc. Estos elementos iremos señalando a lo largo de lo que vamos experimentando. Podríamos decir a modo de resumen que: la función y el objetivo del Psicodrama están en reabrir el espacio, los fenómenos y objetivo transicionales que Winnicott dejó como legado al psicoanálisis.

A) La mirada: Un primer punto del psicodrama, a diferencia de la terapia grupal y el análisis individual, es la mirada. La mirada promueve la identificación y ésta lleva consigo una especularidad: «te elijo -dice un paciente- como mi madre porque tienes el mismo color de ojos». Veremos en los protocolos que se van eligiendo rasgos significantes en los que se identifica uno con el otro.

Hacemos una disgregación teórica y para ello tomamos lo que nos dice J.D. Nasio: «La imagen es el yo... el yo no sabe, desconoce... que forma parte de la imagen y que la imagen forma parte de él... el yo no percibe cualquier imagen, percibe sólo aquellas en las que él se reconoce». -Sigue diciendo Nasio- «Si yo veo esta jarra y digo: esta jarra la veo como imagen pregnante, ¿en qué caso sería una imagen pregnante esta jarra? Sería una iagen pregnante si de pronto digo: esta jarra tiene una forma curva y me hace pensar en un cuerpo humano», o digo: «me gusta porque cuando la agarro -tiene una agarradera incluso se trata de un problema táctil, la cosa está en agarrar- es igual a la jarra de mi abuela con la que sería jugo en el jardín», o «de esta jarra me gusta el ruido del agua al caer». -Todas ellas son imágenes pregnante aunque esto lleva al problema del sonido y el tacto. El yo percibe todas las formas imaginarias, sean sonoras, táctiles y, sobre todo, visuales, en las que él se reconoce». -Reconocerse quiere decir que ese objeto cobra un sentido ligado al yo... reconocer en la imagen de ese objeto

algo que está ligado a mi historia, a mi impresión, a mi sensación» (J.D. Nasio «La mirada en Psicoanálisis», Ed. Gedisa).

Como podemos observar, Nasio habla de formas imaginarias de tipo visual pero señala también los aspectos sonoros y táctiles de la función perceptiva. Aquí nosotros privilegiamos los apuntes de Didier Anzieu sobre «El yo-piel» y los trabajos de Piera Aulagnier sobre el yo y el proceso identificador cuerpo, acción mirada. La Función del Psicodrama es proporcionar una posibilidad de que emerja la multiplicidad semiótica del cuerpo en acción. Y se pueda recrear en el proceso psicodramático. Recrear o tratar de crear una envoltura sonora, térmica, musical, rítmica. Posibilitar un Yo-piel suficientemente protectora para liberar las escenas inconscientes paralizadas. Vivimos permanentemente en un universo sonoro y visual (audio-visual) aunque ambos tipos de percepciones son de naturaleza dispar. El sonido por ejemplo supone el movimiento contrariamente a lo visual. La vista trabaja espacialmente y el oído temporalmente y como hemos dicho añade la percepción del movimiento. (M. Chion (La audiovisión», Ed. Paidós, B. Aires).

«Porque si el ser vivo es un todo, por tanto asimilable al todo del universo, no es en cuanto sería un microcosmos tan cerrado como se supone lo está el todo, sino, por el contrario, en cuanto está abierto a un mundo, y el mundo, el universo, es él mismo lo Abierto. Allí donde algo vive, hay, abierto en alguna parte, un registro en que el tiempo se inscribe.»

Las relaciones no pertenecen a los objetos, sino al todo, a condición de no confundirlo con un conjunto cerrado de objetos. Por obra del movimiento en el espacio, los objetos de un conjunto cambian de posiciones respectivas. Pero, por obra de las relaciones, el todo se transforma o cambia de cualidad. De la duración misma o del tiempo, podemos decir que es el todo de las relaciones.

No ha de confundirse el todo, los «todos», con conjuntos. Los conjuntos son cerrados, y todo lo que es cerrado está artificialmente cerrado. Los conjuntos son siempre conjuntos de partes. Pero un todo no es cerrado, es abierto; y no tiene partes, salvo en un sentido muy espacial, puesto que no se divide sin cambiar de naturaleza en cada etapa de la división. «El todo real muy bien podría ser una continuidad indivisible.» (Gilles Deleuze, Ed. Paidós)

Dice Anzieu: «Toda actividad psíquica se apoya en una función biológica. El Yo-piel encuentra su apoyo en las diversas funciones de la piel. Esperando proceder más adelante a su estudio sistemático, señalo aquí brevemente tres de ellas (a las que me limitaba en mi más importante artículo de 1974). La piel, primera función, es el cosa que contiene en su interior lo bueno y lo pleno que la lactancia, los cuidados y el baño de palabras han acumulado en él. La piel, segunda función, es la interfaz que marca el límite con el afuerz y lo mantiene en el exterior, es la barrera que protege de la penetración de las afecciones y agresiones que provienen de los demás, seres y objetos. La piel, finalmente, tercera función, al mismo tiempo que la boca y por lo menos tanto como ella, es un lugar y un medio primario de comunicación con el prójimo y de

establecimiento de relaciones significantes; es, además, una superficie de inscripción de huellas que ellos dejan.»

Pero Anzieu trata de precisar más sus aportes teóricos y nos dice: «Paralelamente al establecimiento de las fronteras y de los límites del Yo como interfaz bidimensional apoyada en las sensaciones táctiles, se constituye el Sí-mismo por introyección del universo sonoro (y también gustativo y olfativo), como cavidad psíquica preindividual dotada de un esbozo de unidad e identidad. Asociadas, durante la emisión sonora, a las sensaciones respiratorias que le proporcionan una impresión de volumen que se vacía y se llena, las sensaciones auditivas preparan al Sí-mismo para estructurarse teniendo en cuenta la tercera dimensión del espacio (orientación y distancia) y la dimensión temporal.»

No sólo se trata de la mirada, de lo visual, sino también de lo táctil, lo sonoro y de todo aquello que se denomina envolturas corporales (la envoltura sonora, músico-verbal, envoltura térmica, etc.). El Yo-piel, de Anzieu, tiene una función de envoltura continente, unificadora del Sí-mismo, de barrera protectora del psiquismo. Así como la piel envuelve todo el cuerpo, el Yo-piel envolvería todo el aparato psíquico.

El significante formal, según Anzieu, se inscribe dentro de una fantasmática originaria. El significante formal es una teorización de Rosolato quien distingue entre significantes lingüísticos y significantes de demarcación asimilable al concepto de representación-cosa de Freud. Se origina en la infancia y antes de la adquisición del lenguaje. Se imponen a la psique como inefables, con un peso de impregnación que pueden generar un valor de signo por su conexión con ciertos significados. Para dar mayor claridad a lo que comentamos cedemos la palabra al propio Anzieu quien nos dice: «El significante formal tiene una estructura diferente del fantasma. La secuencia escénica fantasmática, característica de la neurosis, está constituida sobre el modelo de la frase: pone a esta en imágenes esencialmente visuales y, en consecuencia, es posterior o contemporánea a la adquisición del lenguaje; en efecto, incluye un sujeto, un verbo, un complemento de objeto; el sujeto y el objeto son personas (o animales que las figuran); en general se agrega un espectador de la acción, que representa al sujeto de la enunciación en tanto es distinto del sujeto del enunciado: la acción se desarrolla en un espacio de tres dimensiones. La investidura pulsional se compone de sexualidad y de agresividad. El ejemplo típico es: pegan a un niño, donde se sobreentiende que es el padre quien le pega.

Los significantes formales, en cambio, están constituidos por imágenes propioceptivas, táctiles, cenestésicas, kinestésicas, posturales, de equilibración; no están referidas a los órganos de la percepción distal (la vista, el oído); su puesta en palabras se limita al sintagma verbal, es decir, a un sujeto gramatical y a un verbo; la frase que los traduce no tiene complemento; el verbo es en general reflexivo; no pertenece a la voz activa ni a la voz pasiva; el sujeto gramatical es una forma física aislada o un trozo de cuerpo viviente, no una persona entera; no se sabe si el sujeto está afectado por un adjetivo posesivo

(mi) o por un artículo impersonal (el, la, un, una); no se trata de una escena ni en el sentido teatral ni en el arquitectónico, sino de una transformación de una característica geométrica o física de un cuerpo (en el sentido general de una porción del espacio), transformación que trae consigo una deformación, y hasta una destrucción de la forma; esta transformación se desarrolla sin espectador, y a menudo es experimentada por el paciente como ajena a él; se desarrolla en un espacio bidimensional; estas transformaciones obedecen principalmente a los diversos tipos de confusión adentro/afuera (mientras que las acciones de las secuencias escénicas obedecen a la confusión imaginario/real); los significantes formales son monótonos, repetitivos, idénticos en un paciente dado (no suscitan variantes, como en cambio sucede en el caso del fantasma, con sus permutaciones de lugares y de personas); el significante formal patológico sufre una deformación que se experimenta como irreversible y que nutre a la reacción terapéutica negativa.» (Tomado de D. Anzieu: «Las envolturas corporales», Ed. Amorrortu, B. Aires.)

B) La transferencia: Sobre este punto no vamos a entrar en detalles.

C) El discurso del inconsciente: En psicodrama no se trata de fantasmas globalizantes, sino de demandas y significantes que circulan, haciendo que todos los comentarios, reflexiones y silencios deban ser tomados por respuestas. El terapeuta debe hacer progresar la interrogación. (M. Safouan)

Pero no sólo nos quedamos en los aportes Lacanianos sobre el discurso. Tratamos de valernos de las aportaciones de la lingüística y de la filosofía del lenguaje. Algo que nos preocupa teóricamente son las investigaciones de Wittgenstein sobre el lenguaje y los del «Círculo de Viena». Nosotros estamos trabajando en una semiótica de las escenas psicodramáticas tal como se realiza con el teatro y el cine.

D) El juego, la escenificación y la representación: El juego modifica radicalmente las dimensiones temporal-espaciales del grupo. La representación hace revivir los personajes ausentes como en el juego de la bobina del nieto de Freud. Otra característica del juego es el retorno. Un retorno sobre un fondo de ausencia, duelo. El «yo auxiliar» toma el lugar de la bobina. Pero en psicodrama el «yo auxiliar» también responde. Solamente se hace duelo de lo que ha sido, el duelo que se hace en psicodrama no tiene nada que ver con el olvido. Gracias al retorno del pasado, el recuerdo hace la paz con aquello que trae el deseo. Junto a estos elementos añadimos la conocida catarsis, integración, insight dramático, elaboración verbal en psicodrama, aunque privilegiamos las dramatizaciones o representaciones descriptivas, trabajamos en la CT con representaciones expresivas y elaborativas para movilizar el material, analizar las defensas y las resistencias del paciente, y en lo posible trabajamos con la elaboración, porque cuando emerge un contenido hay que elaborarlo en el pleno sentido del concepto psicoanalítico que se otorga a esta palabra.

El paciente empieza a elaborar por ejemplo un duelo y esto lo lleva a su análisis y el material de su análisis lo elabora en psicodrama bien escenificando las

resistencias, clarificando mejor el contenido por elaboración y vuelve a la cadena asociativa-conectiva que circula en la Comunidad.

2. PRIMERA SESION

Asisten una terapeuta, una observadora y los participantes. El marco físico es el salón en que se realizan las sesiones grupales.

2.1 Primer psicodrama

2.1.1 Relato de la escena.

Hay un silencio inicial.

Eduardo: «A mí me gustaría saber la opinión el grupo sobre el mito de la caverna de Platón. Llevo tiempo pensando en el significado de este mito; sobre la organización social, qué es la justicia, qué es la verdad, qué es la realidad. La verdad y la injusticia nos viene de los padres, de pequeños, e dónde vienen los conceptos, sentimientos, provienen del conocimiento.»

(Silencio)

Eduardo es un psicótico, tiene un delirio, es importante tener en cuenta la primera asociación y los restos diurnos. Se podría decir que como en el sueño, casi todo el discurso grupal va a depender de esta primera asociación. Aquí surge el primer significante que movilizará el resto de los significantes que han de circular en el grupo. Aislado dicho significante, invitamos a los participantes a que lo lleven a sus sesiones individuales y grupales; sobre todo subrayamos determinados gestos, sentimientos, expresiones de cara, tono de voz y, sobre todo, determinadas palabras y frases. El psicodrama privilegia lo que el Dr. Anzieu llama «Las envolturas corporales». El Yo-piel, etc.

José Antonio: «Mi madre ha sido muy controladora, fría, distante y poco afectiva. Mi padre, que está muerto, también ha sido muy distante, siempre estaba ocupado. Antes de salir de viaje siempre nos decía: «tenéis que salir bien comidos, bien cagados, bien meados» porque le molestaba parar en el camino. Me acostumbré a retener la orina hasta llegar a dolerme. (Vuelve a hablar de su madre). Era una persona muy distante. Muy distante alude a una envoltura fría, poco sonora. Incluso cuando yo ya era mayor se metía en mi habitación bajo cualquier pretexto. Entraba sin decir nada. Esto me angustiaba, su silencio, su mirada, me sentía no sé por qué, sentía la necesidad de escuchar algo como esto. Es mejor algo, claro, es peor la suposición. Es mejor una palabra al silencio, la suposición no tiene límites. (La suposición es que José Antonio pensaba que la madre pensaba algo de él, eso es lo que le angustiaba). Tenía la fantasía de que mi madre podía leer mi pensamientos, de que podía adivinar todas mis fantasías». (Ideas delirantes).

2.1.2 Representación de la escena.

Se toma este fragmento del relato para representarlo. José Antonio escoge a Rosa como la que puede representar el papel de su madre porque la vive como fría, distante, absorbente. Esto siente cuando Tosa lo mira controladora como su madre. José Antonio enfatiza el rasgo absorbente y como capaz de adivinar sus fantasías. Rosa es una paciente muy resistente y resistencial.

De este modo se aísla, de este fragmento, unos significantes o rasgos significantes que José Antonio encuentra en la madre y vuelve a reencontrar en Rosa. Esto es lo más importante. También es importante subrayar la demanda que hace el paciente, la necesidad de escuchar la frase: «te pillé». Toda demanda es una demanda de amor. Se podría preguntar qué pide José Antonio. No se trata de descubrir el significante que representaría la verdad del sujeto, sino el significante que actúa como imagen y de ese modo como tapón y detiene en un punto la cadena de significantes.

Estos rasgos actúan como oferta ante la demanda de alguien, de algún miembro del grupo, José Antonio demanda la mirada de Rosa que le ofrece una mirada fría. El necesita esta mirada fría, censora, adivinadora que Rosa-mamá le ofrece: deseo desde el deseo del otro. Los ojos fríos de Rosa-mamá se presta a la proyección de los objetos internos de José Antonio-hijo. A su vez la mirada fría actúa de tapón resistencial. En el fondo la demanda de adivinación es una regresión a lo pre-verbal con intención inconsciente de anular la mediación de la palabra.

La realidad y lo imaginario se encuentran en la zona transicional que describe Winnicott. Veremos como Rosa-mamá se transforma en un objeto transicional: en función del «yo auxiliar» es como la madre del chico de la bobina. Muestra una cara que se ofrece a la realidad y otra al mundo interno, imaginario; dónde está esa mirada? Está en Rosa y está dentro en la madre internalizada de J.A. Pero, dónde se encuentra esa mirada? Está en esa zona intermedia, ni totalmente fuera ni totalmente dentro. Se encuentra en ese momento en el espacio que se cava, en el espacio transicional de Winnicott. En la clínica cada vez cobran mayor importancia los aportes Winnicottianos, la riqueza de su enseñanza dista aún de ser comprendida totalmente.

Volvemos al grupo, juego de la escena. Juan Antonio cuenta que estando en su habitación, notaba los pasos de su madre en la casa y luego como se iba acercando a la puerta de su habitación. Cabe preguntarse si el paciente estaba acaso pendiente de los pasos de la madre, deseaba que su madre acudiese a su habitación. Todo parece indicar que estaba pendiente de los pasos de su madre.

Juan Antonio: «Sentía los pasos y notaba como me subía la angustia, notaba como abría la puerta, como entraba, era como una explosión, algo así -no sabe describir más-... Una vez en mi habitación hacía como que buscaba algo, yo le miraba de reojo, todo esto pasaba en silencio, yo sentía cada vez más angustia, una angustia insoportable, entonces es

cuando me venía a la cabeza la necesidad de que me dijera: «te pillé». Esta demanda es importante, nunca se produjo esto en la realidad con la madre. Pero Juan Antonio la lleva en su cabeza como si necesitara esta frase para cerrar una pregunta.

En el escenario en que se juega la escucha hay una ventana con las cortinas cerradas.

Juan Antonio: Estoy angustiado porque está la ventana así. Yo tengo que tener la ventana abierta, ahí donde estoy, una ventana abierta es como una posibilidad de escapar, porque con la ventana cerrada me siento atrapado; la ventana abierta para mí, es algo abierto hacia lo infinito, como algo que no tiene límites. Podríamos pensar aquí que estamos ante la proyección del deseo sin límites, por eso la necesidad de la frase «te pillé», para poder atar el encuentro con ese deseo infinito y sin límites. El deseo y su relación con lo ilimitado desarrollamos en otro trabajo.

Juego en la escena. Rosa juega la escena según indica J.A. y pronuncia la palabra «te pillé».

Juan Antonio: «Lo hice con tono suave, pero, la forma de como ha entrado, como abría la puerta, el sigilo con que se mueve, sobre todo su mirada me recuerda a mi madre, pero cuando dijo «te pillé», no.» Aclaremos, la frase te pillé nos es posible de reproducir, no estuvo en la realidad nunca.

Hay una repetición que es otro elemento del psicodrama. El busca la mirada de la madre y demanda una palabra. Por eso la mira de reojo, aunque no dice nada. Hay un significante en juego. En la escena Juan Antonio mira de reojo a la madre eso se comprueba.

Inversión de roles.

Se cambian los papeles. Juan Antonio-hijo pasa a ser madre y Rosa pasa a ser hijo. Cuando hacemos una inversión de roles? Cuando el actor principal no está satisfecho con la representación. En este caso dice: «la palabra «te pillé» es muy suave». Muchas veces el «yo auxiliar» no puede imitar a papá, mamá o hermanos; entonces, el camino del «yo auxiliar» es la de inventar el rol, pasar a la espontaneidad, creatividad... También se invierten los roles cuando se pronuncia una palabra importante para el paciente.

Resulta imprescindible que este «yo auxiliar» posea alguno de los rasgos del personaje que se quiere representar. Rosa juega bien el rol de mamá: riñe, es fría y genera agresividad en el grupo. Esta identificación con el rol de mamá, ofrece una resistencia seria a jugar el rol de niña, siempre en todas las escenas.

En la inversión de roles Juan Antonio-madre, se mueve -según describe- como ha de realizarse dicho papel; pero, casi de forma precipitada se acerca a Rosa-hijo y le dice: «te pillé». Cuando pronuncia esta frase se acerca casi

hasta el oído de Rosa y se acerca corporalmente. A nivel de realidad Juan Antonio es un residente que guarda mucha distancia: procura evitar un encuentro afectivo y por supuesto corporal. Después de esta frase, se aleja.

2.1.3 Comentario de la escena.

Una vez finalizada la escena se pasa al comentario que es el tercer paso de una sesión de psicodrama.

Juan Antonio: «Necesitaba esa frase culpabilizándome, necesitaba sentirme culpable pero no sé de qué. Es el silencio y la mirada lo que no soportaba de mi madre. He tenido que decir la palabra te pillé, porque si no me hubiese sentido más angustiado. Es peor la suposición pero mi madre nunca dijo eso, es ahora cuando lo puedo decir o puedo escuchar.» Es decir, el paciente en realidad se escucha a sí mismo, escucha la frase que está en su cabeza verbaliza su fantasía cuasi-delirante.

Aquí nos preguntamos por qué Rosa dijo te pillé, cuando en el calentamiento de la escenificación Juan Antonio había dicho que se madre jamás pronunció esa frase en la realidad. Eso se matizó bien antes de pasar a la representación de la escena; como veremos Rosa pone una parte suya como es inevitable. Ella tiene necesidad de repetir.

Esa parte que pone ella en la representación va a generar en lo imaginario y en la realidad toda una serie de enganches afectivos. Todos le colocan en el rol de madre por su carácter frío, distante, manipulador y agresivo. Esto es muy importante en psicodrama. Si todos la ven con ese rol, ella va a quedar fijada a ese rol y hay que tener en cuenta que en otros psicodramas cuando alguien elige a Rosa por madre se le dice que no. De lo contrario estaríamos en una repetición continua y es necesario alguna modificación. Existen mamejos más profundos que no vamos a entrar en detalle.

Ricardo: «Para mí Rosa representa un papel de madre que me exige, la exigencia de ser perfecto, como que me pide lo mejor de mí, er como un ver Paidreao «gentleman». Me recuerda a mi madre por la exigencia, todo tenía que ser perfecto para ella, un precio muy caro.»

Angel: «Para mí Rosa representa como el desprecio, el desprecio que me tiene y lo camufla con su sonrisa. Pero, siento que me mira con desprecio, eso veo en su mirada y creo que es una realidad; creo que no estoy equivocado, me mira con desprecio.»

Fernando: He visto la mirada de Carmen, la terapeuta observadora, me ha cortado lo que pensaba decir. Sentía fantasías de agresividad hacia Rosa, pero, la mirada de Carmen me ha cortado - (Fernando necesita la mirada de Carmen, que de un modo ella lo oferta, para frenar su agresividad.) Esto me recuerda la mirada de mi madre. He visto la mirada de mi madre así. Recuerdo que estamos en la casa de mis tios de visita. Era pequeño y quería irme y le dije que quería irme. Me miraba con esos ojos que atrapan y ordenan, como diciéndome cállate.»

2.2 Segundo psicodrama

2.2.1 Relato de la escena.

Se escoge el relato de Fernando del psicodrama anterior para representar. Fernando elige a Juan Antonio para escenificarla. Es curioso que también este último paciente tiene esa mirada fría, controladora y vigilante.

Fernando: «A veces Juan Antonio se me queda mirando sin decir nada, no sé, lo notó como vigilante, controlador, muy frío. Siento que me mira con frialdad y dureza, me pone nervioso, así me miraba mi madre, creo yo». -Fernando coloca esta mirada en Juan Antonio, le recuerda a la madre fría. Pero hay otra mirada desplazada hacia la terapeuta observadora.) Cuando dice: «La mirada de Carmen me ha cortado».

2.2.2 Representación de la escena.

Se juega la escena. Juan Antonio-madre mira fijamente a su hijo Fernando, éste le muestra inquieto y dice: «madre, vámonos ya.» La madre le responde: «niño, cállate» y sigue mirando a Fernando-hijo en silencio. Fernando no tolera esta escena y dice: «no» (la escena se corta).

Inversión de roles.

Fernando hace de madre y Juan Antonio hace de hijo. Mira en silencio a Juan Antonio-hijo y dice tímidamente: «madre, vámonos ya.» Fernando-madre responde: «cállate niño» con tono muy agresivo y duro. Siempre se juega mejor el rol del otro.

2.2.3 Comentario de la escena.

Fernando: «La mirada de mi madre es omnipotente. Como diciéndome, cállate, cierra el pico, desaparece y la mirada es omnipotente, absorbente, culpabilizadora.»

Juan Antonio: «En el papel de la madre he mirado y no he visto. En el papel de hijo te he podido mirar como madre.» Está como identificada la mirada de la madre.

María: «Todo esto me recuerda que había momento que a mi madre no la reconocía. Una vez estaba jugando y yo jugaba a escaparme, corría y ella venía detrás. Una de las veces le dije to quién eres, tú quién eres, muy confusa y ella me dijo tu madre.» (María es una psicótica que ha tenido alucinaciones visuales y auditivas de una máquina. Le resulta extraña la madre. Aquí apuntaría a un delirio de filiación, pero, no es un delirio de filiación, hay una pregunta: ¿tú quién eres? Hay una extrañeza. Hay psicóticos que no reconocen a su madre, su madre es otra. La pregunta a la madre ¿quién eres? es otro significativo que se aísla, en este entramado la pregunta esta entre-dicha que representa para mí, mi propia madre... Pérdida de la pregnancia familiar de la madre. (¿Madre máquina?).

Jaime en otra escena recuerda algo parecido y dice: «Al llegar de una excursión, me encontré con que en mi casa no había nadie, no me esperaban. Esto me produjo una gran angustia y al poco tiempo llegó el sereno, no, el alguacil y me preguntó: ¿quién eres?» (El esperaba a sus padres. Sólo contestó que a su padre. En realidad esperaba que sus padres estuvieran allí, sobre todo su padre y se sintió decepcionado y defraudado por esto). «Mi padre -continúa- nunca ha estado cerca de mí. Cuando preguntó que quién era me asusté, me dijo que en la zona habían robado. Yo pensé que el podía creer que había sido yo, yo le respondí soy hijo de fulano de tal y eso no sirvió, no pude evitar que la angustia me dominara. -(Esta pregunta ¿quién eres? viene de la escena anterior y termina en un intento de definición del Yo-imagen (Moi) es un intento de definición fallido, de momento)- Creo que fue el comienzo de mi enfermedad.» Se hace un soliloquio con la pregunta ¿quién eres tú?, ¿quién eres tú?, yo soy, yo soy empieza contestarse. Yo soy una mierda, se echa a llorar. Hay como una especie de catarsis, pero existe un fondo melancólico que se viene trabajando desde hace tiempo. La pregunta ¿quién eres? lleva a la respuesta yo soy... una mierda cierra de este modo un interrogante que hay que volver a reabrir.

3. SEGUNDA SESION

El segundo protocolo lo vamos a exponer brevemente. Se trata de Dunia, una paciente que tiene un problema de simbiosis con la madre muy profundo y demuestra tendencia a «actings». Estuvo casada y tuvo un hijo; más tarde se separó. Presenta una sintomatología fóbica bastante seria.

3.1 Relato de la escena

Dunia: «La casa de mis padres era una encerrona. Estaba siempre encerrada en mi habitación, comiéndome el coco todos los días. Yo viví fatal estando sola. Vivía por la noche. No me acostaba hasta las seis de la mañana; pasaba el aspirador y guisaba, estaba totalmente sola y mi hijo no me llenaba. Estaba durmiendo y tampoco hay que buscar que un hijo te llene; era lo único que tenía, la encerrona está en mí misma, nada me llena, busco encontrarme a mí misma.»

Juan: «A mí me pasa algo parecido. Pensaba de dónde venimos y adónde vamos, yo estaba siempre solo.»

Dunia: «Mi familia me exige mucho, tenía que hacer todo bien. No permitían ningún fallo. Hasta BUP saqué buenas notas, luego cambié y fue todo lo contrario. Cuando me quedé embarazada, mi padre me dijo que tenía que abortar y yo le dije los cojones y ahora te vas a enterar. Ahora iba a hacer lo que yo quería que era tener un hijo. Yo tenía diecisiete años, sabía que no quería abortar, pero pensé: ahora te vas a joder, tu hija maravillosa mira por donde te ha salido. Mi padre me montó un número increíble, me dijo, no sé, algo muy fuerte, una puta y casi me quería forzar a abortar. Se lo decía a mi madre y mi madre me

lo decía a mí. Mi madre no quería que yo abortase, me preguntó qué es lo que yo quería hacer. Fue un numerito, fue mi madre la que se dio cuenta de que estaba embarazada. Estaba ya de tres meses, para que veáis el nivel de inconciencia que yo tenía. No sabía lo que era tener un hijo. Yo creo que era para decirles: mirad lo que habéis hecho de mí, ahora sufrid vosotros, os vais a enterar.

3.2 Representación de la escena

Se juega una escena. Dunia está en la piscina, llega la madre. Se escoge la escena cuando comunica a la madre que está embarazada. (Se cambió la cinta). Dunia escoge a Carmen -la psicóloga- como «yo auxiliar».

Carmen-madre: «Si estás embarazada, tu padre no quiere que lo tengas y traigo una lista «de sitios para abortar».

Dunia-hija: «No puedo hacer la escena. (Le ocurrió lo mismo. Se emociona y llora). Tengo muchas ganas de llorar porque no sé si hice bien en tener a mi hijo. Cuando me lo dijo me seté y me puse a llorar, esto ocurrió.»

Inversión de roles

Dunia-madre: «Estás embarazada».

Carmen-hija: «No puede ser».

Dunia-madre: «Tu padre no quiere que lo tengas. Te traigo una lista de clínicas de Londres para que abortes.»

Carmen-hija: «No, os vais a joder. Ahora os voy a hacer sufrir como vosotros me habéis hecho sufrir a mí.»

(Ella sale de la escena en ese momento. Se va a un sillón. Se derrumba. Se pregunta por qué razón ha tenido a su hijo. Hace un soliloquio).

Carmen-hija: «Yo quería joder a mis padres, pero, ahora, no me arrepiento de lo que hice. Nunca lo había pensado. No me quería dar cuenta. Si yo con mi hijo tengo una buena relación, es lo mejor que ha pasado en mi vida. (Baja la voz como hablando consigo misma). Pero, la forma de tenerlo era para joder a mis padres. (Llanto).»

(Puede verse que desde el lugar de la madre no resiste, el verse así permite distanciarse y darse cuenta de que ella había tenido un hijo como si fuera un muñeco. Ella lo había expresado antes: «en mi casa yo era una muñeca de mis padres; un muñeco.»)

3.3 Comentario de la escena

Durante un momento Carmen en lugar de Dunia fue un espejo donde pudo verse. Lo que le hace llorar y tomar conciencia de que su hijo no fue un hijo del amor, del deseo de ser madre, sino del odio, de la violencia.

La dramatización permite conectar lo disociado, lo aislado. Todas las asociaciones del grupo en torno a la escena antes jugada, representan que

Jaime en otra escena recuerda algo parecido y dice: «Al llegar de una excursión, me encontré con que en mi casa no había nadie, no me esperaban. Esto me produjo una gran angustia y al poco tiempo llegó el sereno, no, el alguacil y me preguntó: ¿quién eres?» (El esperaba a sus padres. Sólo contestó que a su padre. En realidad esperaba que sus padres estuvieran allí, sobre todo su padre y se sintió decepcionado y defraudado por esto). «Mi padre -continúa- nunca ha estado cerca de mí. Cuando preguntó que quién era me asusté, me dijo que en la zona habían robado. Yo pensé que el podía creer que había sido yo, yo le respondí soy hijo de fulano de tal y eso no sirvió, no pude evitar que la angustia me dominara. -(Esta pregunta ¿quién eres? viene de la escena anterior y termina en un intento de definición del Yo-imagen (Moi) es un intento de definición fallido, de momento)- Creo que fue el comienzo de mi enfermedad.» Se hace un soliloquio con la pregunta ¿quién eres tú?, ¿quién eres tú?, yo soy, yo soy empieza contestarse. Yo soy una mierda, se echa a llorar. Hay como una especie de catarsis, pero existe un fondo melancólico que se viene trabajando desde hace tiempo. La pregunta ¿quién eres? lleva a la respuesta yo soy... una mierda cierra de este modo un interrogante que hay que volver a reabrir.

3. SEGUNDA SESION

El segundo protocolo lo vamos a exponer brevemente. Se trata de Dunia, una paciente que tiene un problema de simbiosis con la madre muy profundo y demuestra tendencia a «actings». Estuvo casada y tuvo un hijo; más tarde se separó. Presenta una sintomatología fóbica bastante seria.

3.1 Relato de la escena

Dunia: «La casa de mis padres era una encerrona. Estaba siempre encerrada en mi habitación, comiéndome el coco todos los días. Yo viví fatal estando sola. Vivía por la noche. No me acostaba hasta las seis de la mañana; pasaba el aspirador y guisaba, estaba totalmente sola y mi hijo no me llenaba. Estaba durmiendo y tampoco hay que buscar que un hijo te llene; era lo único que tenía, la encerrona está en mí misma, nada me llena, busco encontrarme a mí misma.»

Juan: «A mí me pasa algo parecido. Pensaba de dónde venimos y adónde vamos, yo estaba siempre solo.»

Dunia: «Mi familia me exige mucho, tenía que hacer todo bien. No permitían ningún fallo. Hasta BUP saqué buenas notas, luego cambié y fue todo lo contrario. Cuando me quedé embarazada, mi padre me dijo que tenía que abortar y yo le dije los cojones y ahora te vas a enterar. Ahora iba a hacer lo que yo quería que era tener un hijo. Yo tenía diecisiete años, sabía que no quería abortar, pero pensé: ahora te vas a joder, tu hija maravillosa mira por donde te ha salido. Mi padre me montó un número increíble, me dijo, no sé, algo muy fuerte, una puta y casi me quería forzar a abortar. Se lo decía a mi madre y mi madre me

lo decía a mí. Mi madre no quería que yo abortase, me preguntó qué es lo que yo quería hacer. Fue un numerito, fue mi madre la que se dio cuenta de que estaba embarazada. Estaba ya de tres meses, para que veáis el nivel de inconciencia que yo tenía. No sabía lo que era tener un hijo. Yo creo que era para decirles: mirad lo que habéis hecho de mí, ahora sufrid vosotros, os vais a enterar.

3.2 Representación de la escena

Se juega una escena. Dunia está en la piscina, llega la madre. Se escoge la escena cuando comunica a la madre que está embarazada. (Se cambió la cinta). Dunia escoge a Carmen -la psicóloga- como «yo auxiliar».

Carmen-madre: «Si estás embarazada, tu padre no quiere que lo tengas y traigo una lista «de sitios para abortar».

Dunia-hija: «No puedo hacer la escena. (Le ocurrió lo mismo. Se emociona y llora). Tengo muchas ganas de llorar porque no sé si hice bien en tener a mi hijo. Cuando me lo dijo me seté y me puse a llorar, esto ocurrió.»

Inversión de roles

Dunia-madre: «Estás embarazada».

Carmen-hija: «No puede ser».

Dunia-madre: «Tu padre no quiere que lo tengas. Te traigo una lista de clínicas de Londres para que abortes.»

Carmen-hija: «No, os vaís a joder. Ahora os voy a hacer sufrir como vosotros me habéis hecho sufrir a mí.»

(Ella sale de la escena en ese momento. Se va a un sillón. Se derrumba. Se pregunta por qué razón ha tenido a su hijo. Hace un soliloquio).

Carmen-hija: «Yo quería joder a mis padres, pero, ahora, no me arrepiento de lo que hice. Nunca lo había pensado. No me quería dar cuenta. Si yo con mi hijo tengo una buena relación, es lo mejor que ha pasado en mi vida. (Baja la voz como hablando consigo misma). Pero, la forma de tenerlo era para joder a mis padres. (Llanto).»

(Puede verse que desde el lugar de la madre no resiste, el verse así permite distanciarse y darse cuenta de que ella había tenido un hijo como si fuera un muñeco. Ella lo había expresado antes: «en mi casa yo era una muñeca de mis padres; un muñeco.»)

3.3 Comentario de la escena

Durante un momento Carmen en lugar de Dunia fue un espejo donde pudo verse. Lo que le hace llorar y tomar conciencia de que su hijo no fue un hijo del amor, del deseo de ser madre, sino del odio, de la violencia.

La dramatización permite conectar lo disociado, lo aislado. Todas las asociaciones del grupo en torno a la escena antes jugada, representan que

son hijos no del amor, sino de la pornografía, del odio, de la violencia. Se va trabajando la fantasía de los orígenes.

Dunia se cuestiona, se pregunta por la relación con su hijo. Esto es lo que va a procurar el cambio; parece que a partir de esto se va a trabajar qué sentido y significado tiene su hijo para ella ahora. Ella estaba muy apegada a su madre y ahora está muy apegada a su hijo. Hay una simbiosis madre-hija y ella con su hijo. Repetición. ¿Qué es ese hijo para ella? ¿Un hijo de la violencia y del odio? Pero hay algo más... Recordemos los tragajos de Piera Aulagnier sobre este tema.

4. CONCLUSIÓN

Una imagen representada lleva a otra y esta otra imagen cobra sentido para perderse en el sinsentido de otra. Es una cadena de imágenes que E. Pavlovsky denomina multiplicación dramática o liberación del pensamiento en escena de F. Noccio. Cuando se queda fijada en una imagen y no se produce el paso a otra, este congelamiento del cual no puede salirse, es lo que produce la resistencia. La imagen actúa como un tapón paralizando toda posibilidad de despliegue de la película interior por así decirlo. El Yo-imagen atrapa la representación-imagen que mejor lo oculta y sirve de defensa. La Historia universal es testigo del poder y la fuerza de lo imaginario.

La permutación de roles es en realidad una identificación terapéutica que invita al sujeto a rehacer en sentido inverso el camino de una primera identificación. Se puede observar que en todos los casos se puede representar mejor el rol del otro y no es causal que así sea, el otro es el mismo.

Al proyectar su deseo sobre el otro, se había borrado el deseo de uno mismo, pero, de ese modo, había suprimido al otro. Se encontraba entonces desposeído al mismo tiempo de su propio deseo y de la presencia del otro.

En psicodrama la representación del actor se enfrenta mediante el «yo auxiliar» a un tercer personaje, rompiendo de este modo la relación dual.

En psicodrama se representa a la madre o al padre como a un «él». Como alguien que le habla a un tercero y no como él se presenta a sí mismo. Se logra una distancia debido a que frente a él o ella no se encuentra con su madre, ni con su padre, sino con el «yo auxiliar». El o ella no es sólo el actor, sino también el actor de la escena. El actor tiende a repetir su rol habitual, el «yo auxiliar» conserva su posición de testigo, no es prisionero del rol, no siente ninguna compulsión a repetir, el yo auxiliar se mueve por imitación, por creación, por identificación.

El actor principal se mueve por automatismo de repetición como en el juego de la bobina. Donde hay un niño autor de la representación, un niño dos que es actor y un niño tres que es la madre carrete y un cuarto personaje que es el padre que retiene a la madre. Esto nos lleva al problema del movimiento del cuerpo en la escena. Las investigaciones de autores como Bergson, Heidegger, Deleuze, Sami-Ali, Acoturier, F. Dolto etc. y otros, sobre el movimiento nos

llevaría a tratar a fondo este hecho. El cuerpo se expresa en movimiento. Se mueve en un espacio, hay un gesto, una sonrisa, un movimiento de las manos mientras se habla. Hay acercamientos, alejamientos, etc. Hay movimiento, ritmo, cadencia, rigidez, etc., en el cuerpo. Hemos señalado la relación entre el oído, el movimiento y el tiempo.

COLOQUIO

Alumno: ¿Hay algo específico del psicodrama analítico que converja en el análisis individual?

Respuesta: Si, por ejemplo una elaboración. Sobre todo analizar las resistencias y luego a veces elaborar el duelo. Esto es el psicodrama restaurador y los contenidos que emergen reenviarlos al análisis individual y grupal.

A: ¿No sería una contradicción en el sentido de que el psicodrama sería un banco para actuar en contraste con la psicoterapia y el análisis?

R: Actuar, pero no actuación. es como, si es una representación. Por eso se evita un psicodrama estilo moreniano con una descarga afectiva tan profunda; sobre todo que vaya integrando la palabra más que la actuación. Una cosa sería la acción dramática donde el cuerpo, gestos, movimientos que se vayan nombrando, se vayan simbolizando.

Hay una regla. Si el actor necesita un cigarro, no se le da el cigarro, sino que hace como si tuviera el cigarr, es decir, no debe tocar la realidad. El que quiera dar un puñetazo hace como si da el puñetazo, pero no lo da y si lo da, sale del psicodrama hasta que lo elabore. Esta es una regla de juego muy importante que se esclarece al principio.

A: ¿Cuántas veces se hace psicodrama a la semana?

R: Dos.

A: Los que no son actores, ¿qué hacen?

R: Son participantes. todos miran la representación. En el psicodrama todos son terapeutas e incluso los pacientes pueden decir que hay una identificación y una transferencia colateral. Al estar los participantes viendo la escena, la pregunta sería: ¿qué escena ha movido dentro de él o ella?, ¿qué le recuerda? Si surge una escena parecida se juega esa escena y así se puede jugar escenas y escenas. Todos los demás van referir qué es lo que le ha movido por dentro, qué han recordado.

«EXPERIENCIAS DE UNA COMUNIDAD TERAPÉUTICA EN MINORIDAD»

por Oscar Strada

*a Jorge Candeloro, que murió
en la tortura de la dictadura
militar del gral. Videla.*

Esta comunicación tiene 18 años de retraso. Es por lo tanto una presentación diferida. Diferencia que la convierte en relato.

Relato entonces, de la primera Comunidad Terapéutica realizada en un Instituto de Menores del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia e Buenos Aires, entre los años 1971 y 1975. Fué la primera comunidad terapéutica de Minoridad en la República Argentina.

La experiencia tuvo lugar en el Hogar Dr. Carlos de Arenaza de la ciudad de Mar del Plata, cuya dirección tuve a mi cargo desde el año 1968 hasta el año 1975. La tarea se interrumpió por tener que abandonar el país en junio de ese año debido a la persecución de las tres A que se hizo extensible a otros miembros colaboradores de dicha experiencia, algunos de los cuales fueron asesinados más tarde.

El retraso en la comunicación de la experiencia se debe a estos antecedentes objetivos y a la incapacidad subjetiva que durante todos estos años me ha impedido poder hacerlo. La decisión de escribir hoy sobre ella es efecto de un deber moral para mis compañeros de viaje y para los menores que participaron en la CT.

Tampoco lo habría hecho, si no hubiera retomado el contacto con Hanne y Juan Campos, a quienes tuve la fortuna de conocer hace varios años, y reencontrarlos en el seno de la SEPTG.

Quizá el valor de esta comunicación resida simplemente en estas consideraciones. Espero no obstante, que algunas conclusiones puedan elevar el relato más allá de lo anecdótico. En este sentido puede ser ilustrativo explicitar las reflexiones metodológicas de lo que nosotros considerábamos la fase final de la experiencia.

Se puede decir que lo que tratamos de explorar aquí son los límites del método.

La fase de la articulación comunitaria. El Hogar Arenaza era el único Instituto de Menores en la ciudad de Mar del Plata en los años de referencia. Los Institutos de Menores eran generalmente de dos tipos: cerrados y abiertos. La caracterización «cerrados» correspondía a aquellos en los que los menores realizaban tareas laborales y educativas en el mismo establecimiento y no gozaban de la posibilidad de salir habitualmente, si no lo disponía el Juez de Turno. Los establecimientos abiertos eran aquellos en los que estas actividades se realizaban fuera de él.

El Hogar Dr. Carlos de Arenaza era un Hogar de adolescentes internos, de régimen abierto. Se alojaban entre veinte y veinticinco menores, con edades que oscilaban entre los 14 y 21 años. Su ingreso se producía por vía judicial o administrativa de la Dirección de Menores. Judicialmente se catalogaban como Penales o Sociales.

Para los que allí trabajábamos, eran considerados en su totalidad, más allá de la existencia de delitos, efecto de causas y factores socioeconómicos.

Los Institutos de Menores constituían depósitos humanos, en los que se les procuraba alimentación, vestimenta, pautas disciplinarias, determinadas verticalmente y aplicadas por los celadores. Estos no constituían un cuerpo técnico y administraban las pautas establecidas de manera diversa y por lo general, inadecuada. Los Institutos de Régimen Cerrado procuraban a los menores una educación elemental y el aprendizaje de algún oficio como ejercicios de rutina. Llamados comunmente «reformatorios o correccionales», constituían centros de aislamiento en los que no se atendía a la heterogeneidad de su población y por lo tanto la indeterminación de los supuestos tratamientos era un eufemismo.

El manejo vertical de la autoridad en el marco del aislamiento social se presentaba a los menores como única fuente de seguridad frente a la discriminación, reproducida desde dentro de la misma Institución y ejercida como presión para acentuar la sumisión. La única alternativa posible para el menor era la fuga. Esto se corroboraba por el incesante ingreso, fuga, reingreso y traslados a los que eran sometidos los menores. Circuito infernal legalizado por las intervenciones de Juzgados, Administración y Policía Tutelar de Menores. Desde el punto de vista grupal tradicional, y en términos de Bión, se oscilaba entre la Dependencia y la Lucha y Fuga.

En este contexto de las políticas de Minoridad tuvo lugar nuestra experiencia. Elegimos el método de CT, porque nos parecía el más adecuado para posibilitar una toma de conciencia de las posibilidades críticas de los menores y para analizar las contradicciones del propio sistema en el cual estaban inmersos. La dialéctica hegeliana del Amo y El esclavo nos ayudó a entender y dar sentido a los conflictos de los menores en tanto éstos, como otras personas, tienen una representación del status del otro y de sí mismo. REpresentación imaginaria respecto a la posición en que es ubicado el otro, como semejante colocado en inferior o superior posición social. El fantasma respecto a la influencia y poder social se enlaza con la representación del semejante respecto al falo.

Nuestra actitud de entonces era entender la angustia de los menores, no sólo en relación a la castración sino también en relación a la posición social. Definíamos la CT como el conjunto de actividades que se programan y articulan en una institución asistencial, reformulado como representante de la sociedad, con instrumentos que permitan reconocer en sí mismas las pautas de la comunidad en la que está inmersa.

La participación en bse a la deliberación común y las posibilidades terapéuticas del grupo se garantizaban por las asambleas y el trabajo del Equip Interdisciplinario. El Equipo lo constituían cuatro psicólogos, un médico y un asistente social. En las asambleas participaban la totalidad del personal.

En los cuatro años que duró esta Comunidad se produjeron notables logros, tales como reducir a cero el número de fugas, a partir del segundo año; instituir un régimen de salidas diarias reguladas por la propia asamblea y llevar a cabo una efectiva integración comunitaria, no sólo en el entorno físico de su ubicación sino en el resto de la ciudad.

Este último punto de la articulación comunitaria, justamente, lo que nosotros consideramos el mayor éxito, fue también la causa de la destrucción y desaparición del Hogar Arenaza, tal como lo concebimos.

A finales de 1974 sufrimos una intervención en la que se pretendió transformarlo en un Hogar de Tránsito, donde los menores fueran clasificados, evaluados y destinados a instituciones fuera de la ciudad. A partir de esa fecha comenzaron las persecuciones parapoliciales de los escuadrones de la muerte.

Durante el año 1975 tres miembros tuvimos que exiliarnos fuera del país y dos colaboradores nuestros fueron asesinados: el Psicólogo Roberto Sanmartino, el 5 de Junio de 1975 y mi amigo y compañero Jorge Candelero, Abogado Laboralista, murió en la tortura en la Base Aeronáutica, dos años más tarde. Había sido capturado junto a su compañera y también psicóloga miembro del Equipo, Marta García en la Pcia de Neuquen.

La CT del Hogar Arenaza encontró su real imposible en la articulación comunitaria. Voy a explicitar el porqué.

La articulación de la CT a la acción comunitaria se realiza a través de los sectores de la población que puedan participar en relación con el tipo y composición de cada comunidad. La articulación siempre es específica. En nuestro caso, se trataba de articular nuestra tarea con aquellas instituciones con las que interactuábamos: Tribunales de menores, Sindicatos, Policía Tutelar, Escuelas y Medios de comunicación, preferentemente. En la medida en que los menores se preparaban para la rehabilitación social, no recibían solamente educación y trabajo sino que se planificaban tareas formativas sobre Derechos Laborales, papel de la Justicia, participación en las reivindicaciones sociales, etc.

A medida que se avanzaba en la elaboración de aspectos de la realidad social, se invitaba a representantes de estas instituciones a participar en las asambleas y reuniones formativas. El resultado inmediato fue la discusión de dictámenes y medidas judiciales y administrativas por un lado y, por otro, la participación efectiva de los menores en manifestaciones y concentraciones sindicales y políticas.

Representantes sociales asistían a la CT, comenzando a funcionar como Terapia Comunitaria, y nuestros menores asistían y participaban vivamente en

la Comunidad Social.

En ese momento en que la CT se afirma como método y se articula con la comunidad, se produce la debacle. Sé que la comunidad a la que hago referencia es una experiencia singular y que las condiciones sociopolíticas de Argentina eran particularmente difíciles. Las luchas de grupos armados, la descomposición institucional, hacían vivir una sensación de estado pre-revolucionario, cuya respuesta fue la dictadura militar que inició un genocidio sistemático en marzo de 1976.

Pero por otra parte es una experiencia paradigmática en el sentido en que una CT que pretenda articular su acción en la sociedad, deberá pasar operativamente por situaciones que comprometan el sistema de valores conceptuales en que ésta se inscriba. Esto es igualmente válido para una CT que se implante en una clínica o en un centro hospitalario que no comparta sus premisas. O con una administración sanitaria, que considere la CT como un método clínico entrenado y no como una concepción radical.

Esto significa que paradójicamente la comunidad en su sentido más amplio es el Otro de la CT en tanto concepto.

Para finalizar este relato, comunicaré el final que tuvo esta CT, final impredecible. Casi diez años después de terminar abruptamente la experiencia, en el año 1984 y con el retorno de la democracia en Argentina, los entonces menores tenían ya 30 años y constituyeron una Asociación de Ex-menores del Hogar Dr. Carlos de Arenaza. Llevaron a cabo acciones divulgativas en los medios de comunicación ejerciendo una crítica de la política gubernamental en materia de Minoridad y propugnaban como solución, la implantación de CCTT en todo el ámbito nacional.

El grupo tiene un real que siempre retorna.

Un oportuno e involuntario viaje en esas fechas a Argentina, me permitió participar en una de esas emisiones junto a los ex-menores, crecidos, sin duda en el marco de una CT.

II HOSPITALES Y CLÍNICAS DE DÍA

«VICISITUDES QUE IMPLICAN A LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL EN EL DESARROLLO DE SU PRACTICA»

por José M^a Ayerra Balduz

En el presente trabajo trato de realizar una reflexión en torno a las dificultades que tenemos que sortear los terapeutas en la diaria confrontación con la patología grave, en el seno de las instituciones públicas y más concretamente en un servicio de psiquiatría extrahospitalario llamado anteriormente «Area Experimental Uribe-Costa» y hoy «Centro de Salud Mental Uribe», dada la integración del Servicio en Osakidetza y la ampliación de la comarca sanitaria a cubrir.

En un trabajo previo que realicé hace dos años y que titulé «Comunidad Terapéutica: ¿realidad o ficción?» y en el que suponía que en la actual asistencia psiquiátrica pública española, la Comunidad Terapéutica concebida como recurso accesible en momentos precisos del curso evolutivo de nuestros pacientes graves, es más una anécdota, una bonita idea, una legítima aspiración, una excepción a la regla, que una realidad tangible a corto y medio plazo.

Cambiamos el mundo cuando somos capaces de concebirlo de otra manera. La estructura manicomial, hoy prevalente en España y en otros países desarrollados, no es solo una estructura física, cuanto una estructura mental que trasciende sus muros ejerciendo su influencia en el resto de los servicios extrahospitalarios y comunitarios. La respuesta a la enfermedad mental se encuentra mediatizada por la ideología subyacente, actualmente caracterizada por el pesimismo terapéutico (la locura no tiene cura), su evolución hacia la instauración de un autismo que se va haciendo mayor con el paso del tiempo, los conceptos de deterioro y cronicidad como ineludibles en estas circunstancias, la indescifrabilidad de sus comunicaciones, la absurdidad de sus conductas...; con estos aprioris ¿qué posibilidades les quedan a nuestros pacientes de una evolución más favorable?. Acaso no nos preocupamos ante las predicciones catastrofistas de una madre con respecto a su niño de corta edad, o los efectos indeseables derivados en las personas cuando en su nacimiento se les imponen los nombres, expectativas y atributos de un familiar idealizado, generalmente fallecido, en el que ni puede llegar a ser «el otro», ni lo que es peor, puede desarrollar un «sí mismo» verdadero, imposibilitándosele una vida satisfactoria. El paciente no puede resolver la problemática vital en la que se encuentra atrapado por sí mismo, ni siquiera puede en la mayoría de las situaciones ser ayudado eficazmente por los familiares más próximos, no por falta de ganas, ni por un malvado deseo de abandonarlo en las instituciones, sino porque son arte y parte de la problemática, necesitando a su vez ser ayudados desde el exterior, requieren de alguien que pueda devolver el sentido al aparente

sinsentido instaurado por la acumulación de conflictos no resueltos y por una historia de intensos sufrimientos que mediatizan la visión y oscurecen el entendimiento, complicando lo sencillo, que es como entiendo la patología psíquica.

Pese a creer en la casualidad de algunos acontecimientos, tengo que reconocer que ésta no ha influido en la elección del contenido de dicha reflexión. Mi momento personal, no ajeno al momento institucional que estamos viviendo, en el que una gran parte de los avances realizados, merced a unos altos niveles de ilusión y una implicación que iba más allá de un compromiso administrativo regido por convenios laborales, se han visto estancados y diluidos en el momento presente, la integración en el Servicio Vasco de Salud y la pérdida de las circunstancias específicas, así como nuestras señas de identidad más valiosas y originales, han supuesto de hecho una desintegración, una pérdida que supongo en poco tiempo difícilmente reparable.

En los momentos de crisis, la necesidad de un alto para la reflexión en profundidad se hacen más necesarias, en estas situaciones, en mi manera de ver, el entendimiento es la única salida posible, la corrección de las expectativas, la adaptación realista de los objetivos, son la forma de preservarnos en definitiva de la amenaza siempre presente en el desarrollo de nuestro quehacer profesional, como trabajadores de salud mental, amenaza, que no es otra, que la instauración de un proceso de cronificación personal y profesional que diluya los niveles de ilusión necesarios para el sostenimiento diario de nuestra difícil tarea.

A continuación, expondré algunas de las dificultades que en mi práctica he encontrado en el abordaje psicoterapéutico de los pacientes que me han sido asignados, sin distinción al grado de gravedad, aunque lógicamente los efectos más perjudiciales recaigan una vez más sobre los más globalmente carenciados.

Comenzaré describiendo las dificultades más cercanas, por tanto las más accesibles a ser modificadas por el propio terapeuta, para finalizar por las más alejadas (institucionales o suprainstitucionales) también presentes y determinantes del devenir de nuestros tratamientos. Del profundo conocimiento de nuestras dificultades y de lo que cada uno de nosotros seamos capaces de hacer con ellas, se derivará la eficacia de nuestros objetivos terapéuticos, haciendo de nuestra intervención una experiencia creativa y enriquecedora tanto para el paciente como para el propio terapeuta o equipo terapéutico, que se verán capacitados para encarar de forma más satisfactoria las dificultades vitales en un caso y profesionales en otro.

A) DIFICULTADES PROVENIENTES DEL TERAPEUTA

Una de las primeras experiencias que condicionó toda mi futura trayectoria profesional podría resumirla de la siguiente forma: «fui al manicomio en busca de locos y me encontré con personas»; este mero acontecimiento ha marcado todo mi desarrollo profesional que en definitiva no ha sido otro que mi propio desarrollo personal. Pronto pude entender que el querer reducir mi trabajo a una mera técnica era simplemente un simplismo, un canto de sirena atractivo y

tranquilizador en el momento, pero, engañoso y frustrante a medio y largo plazo. Teniendo en cuenta que el contexto terapéutico es un contexto relacional, donde el paciente es una parte del mismo, siendo el terapeuta la otra parte, los avatares del tratamiento se verán influidos por ambas partes. Demasiado frecuentemente obviamos este hecho, atribuyendo el pronóstico al diagnóstico psicopatológico, cuando, a mi modo de ver, en éste influyen de manera decisiva factores externos, como el terapeuta que asume la situación, la incorporación operativa de otros miembros del Equipo cuando el proyecto terapéutico así lo requiere, la posibilidad de contar con la implicación de miembros significativos de su propia familia, el tiempo transcurrido, la adecuación de la institución que se hace cargo de dicha demanda, etc. Quizás, el reconocimiento de este hecho pueda resultar abrumador en un principio, pues supone aceptar un reto de ponerse en el lugar en el que el paciente se encuentra atrapado, para desde allí y a través del entendimiento de las circunstancias atrapantes posibilitar nuevas salidas, experiencias correctoras, que rompan el círculo repetitivo de las situaciones traumáticas. Tengo que reconocer que el nivel de esfuerzo e implicación que este tipo de intervención requiere de nosotros es importante, como importante (valga la redundancia) son los resultados que obtenemos en forma de entendimiento de las necesidades básicas del ser humano, las diversas formas de expresarse el sufrimiento, etc.

Con frecuencia quedamos fascinados por los textos de diversos autores, a los que merced a la idealización, les atribuimos una importancia capital, desvalorizando las observaciones provenientes de nuestra experiencia clínica cotidiana. A este respecto, creo conveniente recordar que los textos originales se encuentran en las personas que atendemos y que dependerá de nuestra habilidad en la escucha de los acontecimientos, el desarrollo de nuestro propio texto que condicionará nuestro hacer, el cual considero personal e intransferible: en ese sentido, presupongo que una dificultad personal consistente en cierta fobia hacia el estudio me ha precipitado históricamente a aprender de mi práctica, a la que debo la mayoría de mis conceptualizaciones.

Los primeros contactos con la tarea los considero claves, dado que la persona recién venida se encuentra en una situación de perplejidad e indefensión psicológica, que hace de estos primeros tiempos tengan una importancia capital en el devenir profesional. El terapeuta novel sigue contando en la actualidad con demasiadas circunstancias adversas para el desarrollo de su ejercicio profesional entendido desde la perspectiva anteriormente expuesta.

1) La edad, habitualmente joven, que lleva implícita la falta de experiencia vital necesaria para el entendimiento de muchas de las problemáticas con las que se tendrá que confrontar. Ni qué decir tiene, que la madurez personal adquirida a través de su propia historia, el grado de confortabilidad de su momento personal, serán circunstancias favorcedoras o dificultades sobreañadidas a la complejidad inherente a la tarea como trabajadores de Salud Mental.

Considero que es relativamente fácil la adquisición técnica de los conocimientos en un titulado que cuente con una estructura de personalidad adecuadamente constituida, pero contrariamente, cuando hay fallas importantes de personalidad, aún en técnicos con amplios conocimientos y curriculum brillante, la dificultad resultará enorme, lo que no quiere decir insalvable, pues por suerte, considero a la luz de mi experiencia, que nuestro oficio si bien presupone una oportunidad para las personas que atendemos, lleva también implícita una oportunidad previsiblemente buscada inconscientemente para nosotros mismos como seres humanos. A modo de ejemplo, cabría señalar cómo personalmente pasé muchos años de mi vida profesional en la duda, de si merecería o no el costo tan importante implicado en el desarrollo de mi trabajo.

La respuesta la encontré a la vuelta de los años, cuando una circunstancia de mi vida personal me puso frente a una situación, que difícilmente hubiese podido resolver sin la experiencia acumulada en el contacto diario con los cientos de personas atendidas; agradecí entonces no haber sido lo que en mi fantasía tantas veces añorada: arquitecto, ingeniero, etc.

2) La formación adquirida a lo largo de los años.

Todavía recuerdo de mi época escolar el convencimiento con que cada profesor exponía su asignatura considerándola la más importante y útil de todas. El sistema escolar adolecía de esa visión de conjunto que presupone la educación. Aunque han transcurrido muchos años desde entonces y hay un replanteamiento pedagógico, basta con juntarse en un claustro de profesores de cualquier colegio (generalmente por aspectos preventivos, etc.) para vislumbrar que las situaciones que se daban en mi sistema escolar no están tan lejanas, aunque hay indicios de irse avanzado en la corrección de las disociaciones anteriores.

La formación universitaria posterior es, a mi modo de ver, insuficiente, y lo que es peor, alejada a la necesidad de conocimientos que uno va a requerir en su práctica; por no extenderme en este punto, simplemente señalaría anecdóticamente un primer acto fallido científico con que generalmente se comienza el estudio de la Psiquiatría y que no es otro que: «denominamos **neurosis** (causalidad neurológica) a las enfermedades cuya causalidad posterior **presupondremos psicológica** y **psicosis** (causalidad psicológica) a las enfermedades que posteriormente se estudian como de una **presumible causalidad orgánica**».

Condensaría en este acto fallido muchos de los conceptos teóricos que actualmente se siguen sosteniendo en los Programas Universitarios y que, a mi modo de ver, son difícilmente sostenibles hoy al hilo de la experiencia práctica.

3) El lugar asignado en general por las instituciones para los recién llegados.

Hoy todavía son los últimos en llegar a las instituciones psiquiátricas quienes habitualmente ocupan los lugares más comprometidos y que conllevan un mayor grado de exigencia. Históricamente, se ha dado por bueno que los niveles de implicación en los proyectos institucionales se comportaban en relación inversa al lugar que jerárquicamente ocupaba. Ni qué decir tiene, que esta situación siendo perjudicial para el desarrollo de los servicios, se traduce en forma de incomfortabilidad y sufrimiento en las personas en las que recaen los mayores pesos. La impronta generada por estas primeras experiencias puede condicionar el devenir profesional, generando en muchos profesionales posteriormente un objetivo inconsciente, consistente en la huida del abordaje clínico de la patología mental grave.

Ejemplificaría este apartado reproduciendo el comentario que me realizaba en una conversación informal un amigo psicoanalista que se dedicaba fundamentalmente en su trabajo a la patología grave y que consistía en: «los peores psicóticos son los que se encuentran generalmente en la cabeza de los psicoanalistas». Si bien él lo refería a personas por él conocidas con las que compartía la formación y el ejercicio de su profesión, lo mismo cabría decir de otras muchas escuelas y corrientes en las que nos pertrechamos, para la descalificación de otras formas de entender y encarar nuestro trabajo.

En realidad, estos hechos no son más que la dificultad en el reconocimiento y aceptación de la parcialidad que supone y la dificultad por nosotros de la aceptación de la pequeñez, soledad e indefensión en la que uno se encuentra frente a nuestra complicada tarea. De la aceptación de esta última realidad, se abre la posibilidad de la cristalización de un equipo terapéutico operativo en un proceso de apoyo y aprendizaje mutuo de sus miembros.

4) La incomfortabilidad habitual de los Equipos de Salud Mental en los que nos encontramos incluidos.

En los espacios de reflexión de tarea o de supervisión que realizamos habitualmente con miembros de diferentes Equipos, frecuentemente acabamos dedicando una y otra vez la mayor parte del tiempo a análisis de los diferentes conflictos provenientes de los Equipos en los que se encuentran incluidos.

Tengo que reconocer que la incomfortabilidad general de los Equipos de Salud Mental es manifiesta, no en balde frecuentemente hay autores que consideran que el final de los mismos es «El Equipo Quemado».

A la luz de mi experiencia, si bien es cierto que con demasiada frecuencia los Equipos confluyen en un final caracterizado por el reconocimiento de la impotencia terapéutica, la desesperación y la desintegración, no es este el único camino.

Habiendo sostenido en artículos precedentes la posibilidad del «Proceso Terapéutico del Equipo», como un proceso de crecimiento gradual de sus

miembros que pueden mantener a lo largo del tiempo un grado de ilusión, fiabilidad entre los mismos y coherencia interna, que les capacitan más y más para el sostenimiento de la tarea. El Equipo Terapéutico condensa en su seno un número elevado de conflictos provenientes de:

- Las características de sus componentes.
- De la difícil tarea que tienen que encarar.
- La mayor o menor adecuación de las estructuras institucionales que los contienen.
- La mayor o menor coherencia de las líneas asistenciales suprainstitucionales.

Si la capacidad de metabolización de los conflictos que condensa el Equipo se encuentra sobrepasada, es cuando se inicia el camino hacia el deterioro, perdiendo su funcionalidad.

En nuestra concepción, el Equipo Terapéutico tiene una trascendencia fundamental, pues la inmensa mayoría de los procesos terapéuticos de pacientes graves van a implicar a varios de sus miembros.

B) DIFICULTADES PROVENIENTES DE LAS INSTITUCIONES

Tengo el convencimiento de que si incluimos a una persona cuerda en un contexto loco, acabará con el tiempo actuando locamente, inversamente ocurre cuando un paciente mental lo incluimos en un contexto adecuado, acaba implicándose con las partes más saludables de sí mismo.

Tradicionalmente, hasta hace todavía poco tiempo, la mayor parte de los profesionales de psiquiatría ejercían en torno a los hospitales psiquiátricos. En la actualidad, un número cada vez más elevado son requeridos para otro tipo de instituciones como cárceles, comunidades de toxicomanía, reformatorios, etc.

Ni qué decir tiene, que son lugares enormemente inhóspitos, si no se cuentan con los apoyos suficientes para contrarrestar los efectos perjudiciales derivados de los mismos.

C) DIFICULTADES SUPRAINSTITUCIONALES

Si bien en los profesionales que ejercen en estructuras totales como manicomios, cárceles, etc., la influencia del contexto social es escasa, no así en los profesionales que nos encontramos ubicados en el extrahospitalario; en el contexto de Equipos que frecuentemente se denominan comunitarios nos vemos más influidos por los avatares sociales.

Tenemos que operar en un contexto anómico sobre la base de la desconfianza mutua interservicios y con unas líneas asistenciales todavía no definidas, contradictorias, etc.

Con frecuencia los planificadores psiquiátricos son personas con escasa experiencia, provenientes de afinidades políticas, sin formación administrativa y una escasa experiencia clínica, insuficiente para el entendimiento de la tarea cotidiana. Marcan objetivos no acordes con los recursos destinados para su

realización y que son asumidos por los profesionales, hoy en número creciente de paro, con el fin de poder acceder a un empleo o poder mantenerse en los mismos.

De esta manera, los servicios se verán abocados a una situación de conflicto permanente ante la imposibilidad de acometer una tarea adecuada a sus momentos y capacidades, pero teniendo que compartir un engaño, reflejado en general en cifras estadísticas vacías de contenido como única manera de supervivencia.

En la vida cotidiana, y en mi experiencia clínica, he podido comprobar los efectos destructivos en los niños, que ha supuesto una expectativa grandiosa e irrealista por parte de la madre, en general, el devenir final de este tipo de desarrollos suelen tener consecuencias catastróficas para dichos niños.

Igualmente dañinos son este tipo de planificaciones que no tienen en cuenta a las personas que componen los Equipos institucionales, ni a la dificultad intrínseca de una tarea larga, difícil y comprometida que supone la asistencia.

No quisiera finalizar esta reflexión dando una falsa impresión de pesimismo, pues mirando retrospectivamente, los avances son evidentes, los recursos hoy disponibles se han triplicado en los últimos años, quizás este crecimiento en tan poco tiempo sea la resultante de tanto conflicto.

Tengo que admitir que la cabeza va unos metros por delante que los pies y si bien es condición «sine qua non» imaginar la realidad de otra manera para la posibilitación de un cambio, es condición indispensable, pero no suficiente. La materialización y concreción de algunas de estas ideas en la realidad, conllevará importantes dificultades con las que hay que contar, para evitar incurrir en el frecuente engaño del «como si», espectacular, rápido y fantástico, pero desgraciadamente falso, cambio que se diluirá en el tiempo dejando tras de sí una estela de impotencia, frustración y fracaso.

Ni qué decir tiene, que con la misma ingenuidad se han vendido un sin fin de proyectos psiquiátricos que han desaparecido en el tiempo, como diluidos por la feroz y aplastante prueba de realidad que no da tregua a la fantasía, discriminando con el sentido común inherente a las necesidades humanas representadas en sus grupos, la realidad de la ficción, el movimiento lento, callado, anodino y costoso que implica el cambio real.

«EL HOSPITAL DE DÍA. UNA REFORMULACION NECESARIA»

por Oscar Strada

Después de casi cincuenta años de experiencias sistemáticas en CCTT dentro del campo de la salud mental, es posible hacer una evaluación de esta concepción y sus dispositivos.

Nuestro propósito es replantear la función y el estatuto teórico-conceptual de uno de estos dispositivos: El Hospital de Día.

Existen razones suficientes para abordar esta tarea.

La primera y general: toda concepción grupal es un emergente del exogrupo social del que surge. El Otro social pre-existe a las concepciones tecno-empíricas a través del cual éste se mediatiza. El desarrollo de la ciencia y de las ideas se sustenta en este supuesto para poder historizarse.

La demanda que dió origen al nacimiento de las CCTT expresaba la necesidad imperiosa de una renovación conceptual de profesionales y especialistas del campo de la salud mental. Fué necesario la creación de nuevas instituciones que asumieran la función de encargo social y rehabilitaran a disfuncionales psíquicos en el plazo más breve posible para reintegrarlos a la sociedad.

El proceso de reinserción se dirigió inicialmente a las actividades bélicas, luego a las actividades productivas y a la articulación social.

La necesidad de la reconstrucción europea de postguerra, hizo imprescindible la articulación teórica y práctica del discurso terapéutico con el discurso social. El trabajo fue la mediatización que surgió como un bien necesario y terapéutico al mismo tiempo.

El papel del trabajo en los hospitales de día tomaban en cuenta las críticas marxistas proclamándose como trabajo no alienado, y el producto del mismo no se consideraba el excedente de la plusvalía del amo. Por lo contrario la renuncia al plus de goce del delirio y del cuerpo permitía al enfermo su reconocimiento social.

La industria apoyaba la instalación de estas nuevas estructuras terapéuticas. Así por ejemplo el Hospital de Día de la CT de la Sozial Psychiatrische Klinik de la Universidad de Heidelberg, experiencia de la que participé como miembro del Equipo Terapéutico, durante los años 69 y 70, recibía válvulas para los motores de los coches Volkswagen, para ser limpiadas y pulidas manualmente al salir del proceso de fabricación automatizado. Otras de las grandes empresas que enviaban productos para su manufacturación eran las fábricas de cartón industrial. Estas actividades lucrativas las realizaban los pacientes del Hospital de Día.

De esta forma, el producto socializado del marginado retornaba a la sociedad convertido en producto útil y objeto de uso para el confort ciudadano. El reconocimiento del Otro social estaba garantizado y se afirmaba la sacrosanta función del trabajo y de sus efectos terapéuticos.

Es evidente que en la actualidad el Otro social ha variado sus demandas y sus urgencias no son las mismas. Las condiciones del trabajo han variado en la sociedad. El excedente de la producción mecanizada y las limitaciones del mercado sobre los productos manufacturados, presentan un mercado saturado de oferta y acuciado por el paro y la desocupación. Este excedente no puede esperar tampoco a la incorporación potencial de usuarios y consumidores, debe producirlos y generarlos en cualquier rincón del planeta.

La existencia de guerras locales o regionales no espera en su inmediatez, la rehabilitación de ningún combatiente. Escoge los más aptos en el mercado internacional.

Los excedentes de producción y la crisis petrolera del 73, impulsaron la formulación de una filosofía del ocio y la búsqueda de propuestas alternativas fuera del mercado tradicional, relanzando los talleres de creatividad al cambiar la relación de esas unidades laborales con la teoría del valor.

Todos estos factores dejaron al Hospital de Día sin el soporte del reconocimiento social que otorgaba anteriormente a su inscripción en el mundo laboral a través de los procedimientos terapéuticos.

Es necesario recordar la relación de la CT con el orden social, ya que no tiene sentido hoy, ni nunca lo tuvo, el considerarla como una isla democrática o burbuja social experimental. La CT como tal debe estar instalada en el orden social como un instrumento capaz de dar las respuestas adecuadas al sistema, justamente porque éste contribuye a generar los efectos con lo que ella debe trabajar. El Hospital de Día constituye un espacio privilegiado en el proceso de la rehabilitación social de los pacientes. Sin embargo, y de manera paradójica, se ha caracterizado por representar teóricamente, un lugar vacío. Este vaciamiento teórico ha sido llenado por las llamadas «prácticas terapéuticas auxiliares», procedimiento metonímico que constituyó al mismo Hospital de Día, en una técnica auxiliar de la CT. Este hecho se ha debido principalmente a que la concepción de la CT ha obrado como concepto ordenador asignando lugares en nombre de un Universal, e inscribiendo, hegelianamente, al Hospital de Día como un Particular. No debe entenderse que el Hospital de Día es algo diferente a la CT, o un anexo de la misma. El Hospital de Día, es un instrumento de la CT y por lo tanto es él mismo CT.

De esto se desprende una objeción de identidad. Es lo mismo, pero es otra cosa. Esta es la cuestión. El HD es un instrumento de la CT, uno de sus dispositivos, como el Hospital de Noche, el Pabellón de Asistencia, la Asamblea Comunitaria y los Pisos Protegidos. La propia CT genera luego otros ámbitos, como los Clubs o Peñas, por ejemplo la famosa Carlos Gardel desarrollada por Alfredo Moffat (1) en los años 70 en el Hospital Borda de Buenos Aires o el actual frente

de Artistas del mismo Hospital. Cada uno de estos instrumentos, aunque participan de los criterios generales de la CT, tienen connotaciones conceptuales y objetivos terapéuticos diferenciales.

El punto de nuestra reflexión es epistémico. Las categorías conceptuales de la CT, en tanto metódica, no pueden ser aplicadas a cada uno de sus dispositivos particulares sin especificar su propia particularidad. Este es el objetivo central del trabajo que presentamos.

Pensamos que el HD funcionando con una teorización general subrogada, ha producido un cierto efecto de devaluación de sus actividades. Un ejemplo de esta aseveración la tenemos en la instrumentalización del programa de Salud Mental de la Comunidad Valenciana. El decreto 148 del 24 de noviembre de 1986 del Consell de la Generalitat Valenciana, en su artículo 6º, prevee la existencia de estructuras intermedias entre la asistencia ambulatoria y la hospitalaria. El decreto define asimismo los Servicios de Salud Mental que se configura por Áreas de Salud, con estructuras flexibles organizadas operativamente en cuatro órdenes de unidades básicas:

- a) Unidad de Salud Mental.
- b) Unidad de Hospitalización en Hospitales Generales.
- c) Hospital de Día.
- c) Unidad de Rehabilitación.

El Plan dota recursos de personal a cada área, que debe contar mínimamente con 5 psiquiatras, 3 psicólogos, 3 ATS, 6 auxiliares de enfermería, 1 terapeuta ocupacional, 1 trabajador social y 1 administrativo, por cada 100.000 habitantes. En lo que se refiere al HD, el programa prevee la dotación de 20 plazas cada 150.000 habitantes. En lo que se refiere al personal, debe ser atendido por el mismo Equipo de Salud Mental señalado anteriormente.

A pesar de la economía evidente que supone atender un HD para una población de 100.000 habitantes con el mismo equipo que atiende la Unidad de Hospitalización y la Unidad de Salud Mental de esa misma población, hasta la actualidad, es decir casi siete años después del citado decreto, solo se han planificado dos HHDD en la provincia de Castellón, que son los únicos del Servicio Valenciano de Salud, en toda la Comunidad Valenciana.

Añadamos algo más. Esta es prácticamente la única instancia del Plan de Salud Mental de la Comunidad Valenciana que no se ha instrumentado aún. Las Unidades de Hospitalización en Hospitales generales están ya funcionando y cumplen perfectamente los objetivos de desmanicomización e ingreso de los pacientes en las áreas de salud que correspondan a su domicilio, para evitar la separación familiar y favorecer la pronta reinserción familiar. Es evidente entonces que la Administración ha relegado al último lugar dentro del Plan General, la creación de los HHDD.

No se trata de falta de recursos económicos, porque cuando los había, tampoco se crearon. Se trata simplemente, de la ausencia de significación e importancia dentro del programa terapéutico. En todo caso, se infiere que los HHDD figuran

en el último lugar en el orden de prioridad sanitaria en materia de Salud Mental. Existen dentro de la estructura del Servicio Valenciano de Salud, HHDD en el ámbito de la Asistencia Especializada, o sea para pacientes con trastornos orgánicos que reciben asistencia intensiva sin ocupar cama de ingreso. Dentro del campo de la Salud Mental encontramos HHDD dependientes de las Diputaciones Provinciales, que han surgido en el seno de los Hospitales Psiquiátricos y que por lo general han trabajado con crónicos con rigor metodológico variable y careciendo de evaluaciones fiables.

No desconocemos la existencia de experiencias en HD, absolutamente válidas, tanto en España como en el extranjero, como se refleja en los trabajos presentados en el XIX Symposium de la SEPTG en Vitoria y recogidos en la Monografía de la Sociedad publicada en el año 1991. (2)

Exhaustivas y demostrativas en cuanto a la dificultad de integración de técnicas diversas o la ausencia de un ECRO definido son las experiencias de Enrique González Duro (3). En nuestra memoria están presentes no sólo los relatos de las experiencias pioneras e históricas (ver por ejemplo los trabajos de José M^a Maturana y de Hanne y Juan Campos en la Monografía citada anteriormente) sino también las ejemplares como las del Hospital Borda en Buenos Aires, las que condujo García Badaracco, y la de Wilbur Grimson (4) en el Hospital Esteves o las de la CT

de la Sozial Psychiatrische Klinik de la Universidad de Heidelberg, que dirigió Heinz Häfner entre los años 1968 y 1975. (5)

Lo que cuestionamos son los parámetros teóricos con los que se procesan dichas experiencias. Los cuestionamos, no porque pensemos que son equivocados o erróneos, sino porque resultan insuficientes por efecto del proceso de adaptación conceptual permanente que arrastran las mismas concepciones grupales (ver también en este punto la reflexión del aporte del Colectivo Barcelona a las Conclusiones de la Ponencia del VIII Symposium de la SEPTG).

Pero si a este efecto añadimos el desplazamiento de estas concepciones a las actividades grupales de un HD, tendremos idea del riesgo de la dimensión repetitiva, no compulsiva, sino aparentemente inevitable, con que nos enfrenta el trabajo comunitario. Es conveniente recordar que es un deber moral del trabajo grupal considerarlo siempre como una provocación y un reto. La tendencia del humano a dormir, tal como la definió Freud en Más allá del Principio del Placer, y años antes en La Psicología de los Procesos Oníricos (6), «el hombre no sueña más que en seguir durmiendo», es válida también para las actividades grupales. La prevención freudiana de la instalación del principio de Nirvana y la relación con el goce, que Lacan puso de manifiesto, es suficiente para levantar la bandera del Despertar como la primera condición ética del analista y de los grupoanalistas.

Existen fundadas sospechas prácticas y teóricas para estar alerta frente a tendencia tan humana en el ámbito grupal. Las consabidas variables teóricas de

la «Contención» y de la «Comprensión», pueden y deben ciertamente conducir a la «Elaboración» grupal, pero una detención en cualquiera de esos momentos puede ser verdaderamente catastrófico, en términos de dirección de la cura.

Hay otra razón contemporánea, es decir del Zeitgeist de la época que nos induce a esta reformulación y es la declinación de los discursos globalizadores e integradores que denuncian la precariedad existencial del ser parlante y sitúan los discursos en la provisoriedad de los objetos discretos.

La consecuencia inmediata en el tema que nos ocupa, es el hecho evidente y verificable, de las dificultades actuales para la implantación de una CT, tanto más cuanto pretenda formularse como «Terapia de la Comunidad».

La segunda consecuencia que extraemos de este nuevo hecho es que los HHDD han dejado de ser ya, «pars pro toto» de esas concepciones globalizantes, y tienen su oportunidad en sí-mismos como una instancia discreta que encierra los principios generales de aquella.

Estos criterios fundamentan nuestro replanteamiento. Desarrollaremos el tema recordando los conceptos básicos de la CT en tanto método y concepción general, precisando luego las particularidades y mecanismos terapéuticos del HD.

COMUNIDAD TERAPÉUTICA:

La CT es concepto integrador de prácticas y dispositivos diversos constituidos bajo los ejes de la horizontalidad y participación de personal sanitario y pacientes en el proceso de la cura.

La existencia de medios sociales patógenos fue verificada de manera aguda con la descripción de las Neurosis de Guerra. Freud fue contundente en este punto y en 1915 (7). Los estudios contemporáneos de Hollinshead y Redlich (8) sobre la relación entre status social y algunas psicosis, ratificaron esa observación para los procesos psicopatológicos no agudos. De este modo, la verificación de las posibilidades patógenas e iatrogénicas de la Institución, llevó necesariamente a la idea de la construcción de un medio apto. Esta convicción marcó la descalificación de las tradicionales instituciones manicomiales y el acta de nacimiento de las modernas CCTT.

Los principios que debían regir, por lo tanto, estas nuevas estructuras fueron los siguientes:

1. Creación de un medio no patológico.
2. El nuevo medio se estructura sobre la base de espacios diferenciados.
3. Estos espacios procuran una integración de servicios.
4. Garantizar la continuidad del tratamiento, asumiendo el ingreso agudo hasta la reinserción social del crónico.
5. Es necesaria la integración de los recursos sanitarios y sociales.
6. La metodología de trabajo se basa en la **Interdisciplinariedad y en la**

Participación Democrática de todos los miembros que integran la comunidad, pacientes y personal sanitario en el proceso de la cura.

7. Se prestará especial atención a las estructuras familiares y se procurará integrarlas al tratamiento de los pacientes.

8. La concepción de CT exige la sensibilización del entorno social en que ésta se desarrolla y su articulación con recursos y estructuras no específicamente sanitarias de tipo laborales, culturales y asociativas que faciliten la reinserción social.

9. El abordaje de estas tareas se realiza por medio de un Equipo o Team interdisciplinario sometido a una evaluación permanente de sus procedimientos.

Resumiendo los conceptos claves alrededor de los cuales se estructura una CT, estos son: participación de todos los estamentos implicados en el proceso de la cura, democratización en la toma de decisiones, integración de servicios, continuidad de tratamiento, trabajo en equipo, planificación y evaluación de actividades y necesaria articulación social de la CT.

Los procedimientos que emplea y con los que trabaja toda CT son subsidiarios de conceptos dinámicos grupales. La CT es una concepción fruto de los desarrollos de la psicología y psicoterapia grupal.

Si acordamos entonces que estos son los ejes conceptuales generales de las CCTT y que por lo tanto son aplicables a cualquiera de sus dispositivos, definamos ahora los criterios específicos del Hospital de Día.

HOSPITAL DE DÍA:

Existen varias maneras posibles de definir el HD.

1. El HD es un dispositivo intermedio entre la consulta externa y la internación institucional. Se destaca en esta definición el lugar que ocupa dentro de una estructura. Es por lo tanto una caracterización topológica, que señala la alternativa de localización del paciente dentro de un conjunto.

Al mismo tiempo el hecho de estar situado entre uno y otro dispositivo le otorga un carácter de transitividad.

2. Situado topológicamente desde el punto de vista terapéutico se caracteriza por la intensidad del tratamiento en un espacio de tiempo determinado por el ritmo nictameral.

3. Su finalidad específica es evitar la internación y la desintegración familiar.

4. Sus objetivos son básicamente la resocialización y rehabilitación.

5. Desde una perspectiva terapéutica, los ejes de todo tratamiento posible son cuatro:

5.1 La planificación de actividades para los pacientes desde un enfoque rehabilitador.

5.2 Evaluación de la administración de psicofármacos y de sus efectos primarios y secundarios u otras medidas de control de la salud.

5.3 Prestar especial atención metodológica a la función de soporte social en el tránsito cotidiano del afuera y adentro institucional y su expresión en las terapias pertinentes.

5.4 Integrar a la familia en los procedimientos terapéuticos programados.

En tanto y tal como definimos anteriormente el HD tiene una implicación lógica con los principios generales de la concepción de CT, es conveniente que los precisemos de modo operativo, o sea respecto a sus metas, que incluirán necesariamente las siguientes:

a) Proporcionar al paciente experiencias que minimicen su distorsión de la realidad.

b) Posibilitar un intercambio significativo con otras personas que permita alcanzar grados posibles de satisfacción, seguridad psicológica y autoestima.

c) Reducción de la ansiedad y angustia acompañante a los cuadros clínicos que justificaron su ingreso en el dispositivo.

d) Los procedimientos terapéuticos tratarán de lograr una comprensión e historización de la perturbación del paciente y su conflictividad.

e) Movilizar al paciente hacia el desarrollo de sus capacidades de expresión y de su realización personal.

Las consideraciones precedentes son suficientes para situar al HD como un dispositivo que resume en sí los aspectos generales y específicos de la CT en tanto modelo de tratamiento.

Proponemos a continuación una particularización del HD desde una lectura psicoanalítica para precisar la dirección de la cura posible en este dispositivo, con el propósito de contribuir a una reflexión renovadora que haga serie con las aportaciones de otros especialistas en esta línea de trabajo.

En primer lugar hay que destacar el significativo Día, que más que predicar, sustantiva la función. ¿Porqué Hospital de Día? Se responde que sus funciones son diurnas. Sin embargo, más que diurnas, el significativo Día remite a diario, o sea a lo cotidiano.

Día, deriva del latín Dies, que significa diario y diana. Lo específico no indica el abordaje horario desde las 9 de la mañana a las 17 horas, sino la preparación puntual y cotidiana para sostenerse y mantener el contacto necesario con la realidad. Diariamente el paciente del HD debe dar en la diana tocado en el centro de su existencia por la perturbación que lo coloca en un lugar paradójal. Lugar paradójal porque por estructura, si se trata de un psicótico, se representa a sí mismo como un S1, como Uno, una experiencia al menos de ser único, o haber sido luego de la remisión de una experiencia delirante primaria o un brote. La paradoja es que en el HD le espera una serie por construir. Deberá aprender a conocer la existencia del dos, a manejarse con su presencia y también a saber que no hay dos sin tres.

La huella que labrará la relación al semejante fomentada por el grupo deberá regularse por las normas y reglas establecidas.

Si algo falló en el significante del Nombre del Padre, en el representante paterno, La Ley se representará en ese lugar, aunque sea en uno de sus aspectos, como reglas, normas, horarios. Es decir, todo lo que haga obstáculo al goce infinito de ser Uno.

El significante Día remite también a una cuestión de espacio. El día, finalmente, es el **espacio de tiempo** que tarda la tierra en dar una vuelta completa alrededor del sol. Efectivamente, para los que participan en la experiencia cotidiana del HD, se trata de compartir un espacio día a día buscando el calor y la luz.

Pero la ética profesional hace que el HD deba ofrecer algo más que calor y luz. Es decir, algo más que Contención y Comprensión.

Día, es una palabra que si nos permitimos descomponerla nos ofrece algo sugerente: Di/a. Di es un prefijo latino que significa separación y a, es simplemente, una letra, la primera del alfabeto. Pero a designa también uno de los términos que matematiza eso que para el sujeto neurótico se coloca en el lugar del objeto que causa su deseo. El otro término es naturalmente el Sujeto. Se trata de una construcción lógica, una fórmula simbólica, que conocemos como la lógica del fantasma, $S \diamond a$.

A través del losange, del muelle que sirve de separación y lazo al mismo tiempo del sujeto con el objeto a, causa de su deseo, el neurótico negocia su relación con el goce. En el psicótico esta fórmula choca con un obstáculo. Falta el muelle. El psicótico ha hecho del objeto a parte de su ser. Su ser es un ser de goce y se ha hecho cuerpo en el delirio y en los fenómenos elementales. Fusionado con el objeto a, invadido, succionado-o falicizado ha concluido que él es el objeto a.

La vieja dama de la psiquiatría clásica se obstinaba en que el psicótico soltara y se desprendiera de ese objeto de cualquier forma. Con agua fría, electrochoques, o chalecos de fuerza, para que por lo menos, si no lo soltaba, que no escapara. La nueva psiquiatría, sabiendo que de todos modos por ahora no lo soltará, ha decidido que es mejor adormecerlo con tranquilizantes mayores, los neurolépticos.

Si redefinimos entonces el significante Día y lo tomamos al pié de la letra, sabemos que la tarea es tratar sobre esa separación gramatical, Di/a.

Separar el psicótico de la posesión diabólica de ese objeto precioso de goce es el reto a lo que el HD tiene respuestas que ofrecer.

¿Qué puede ofrecer el HD al paciente? Ofrece una transacción. O al menos, la posibilidad y el espacio para una transacción. Le pide que ceda algo del goce o del resto que conserva a cambio de ofrecerle un abanico de talleres y de atención grupal e individual continua. Le ofrece un espacio para que tengan lugar experiencias de significación absolutamente personal, que tomen el lugar de aquellas «krankhafte Eigenbeziehung» (relaciones patógenas consigo mis-

mo), designadas por Clemens Neisser, expresión que Freud utilizó en su manuscrito K para poder trabajarlas en un contexto terapéutico. El HD ofrece la posibilidad de construir un lugar de referencia y de pertenencia, un Otro lugar, que no podrá metaforizar el «Andere Schauplatz» (la otra escena) del escenario inconsciente, pero si de poder operar una conjugación de los efectos de significación personal y la confrontación con el semejante y las normas.

Dentro de este marco hay dos cuestiones privilegiadas que se posibilitan en este dispositivo. Una es la reconstrucción de las relaciones familiares y la otra es la posibilidad de que se opere una apertura a la cuestión del sujeto en los pacientes. Esta última es la que determina la culminación y el límite del tratamiento en regimen de HD.

Los pacientes que ingresan son disfuncionales psíquicos y sociales que han dejado atrás los episodios agudos y otros cuyos procesos terapéuticos ambulatorios o de internación se encuentran en una fase de detención no dialectizable ni permutable. En estos puntos de detención donde hacen tope los tratamientos anteriores actúa el HD. Situar estos puntos es una condición esencial en la dirección de la cura.

Tomamos entonces del lado del ingreso los momentos de detención en tratamientos anteriores a la incorporación en el dispositivo y colocamos el límite del tratamiento posible en la producción de efectos de sujeto.

¿Qué significa producción de efectos de sujeto? Los pacientes llegan al hospital acompañados por sus familiares, derivados por otros profesionales, remitidos en una posición de objeto. Entregan su cuerpo y su tiempo a una institución y unos profesionales colocados por los familiares, no por el paciente, en el lugar del Saber sobre esos objetos. No están en principio interesados en saber sobre sus síntomas, sus trastornos o el origen de sus conflictos. No están en relación a un Otro del saber, adonde remitir sus preguntas, básicamente porque no suelen traer preguntas, sino más bien respuestas. Abrir la posibilidad de que formule preguntas a un Otro, situado como S2, es lo único que puede permitir que se establezca una hiancia, un agujero entre él y el otro y surja la condición de sujeto cortado por el no saber, por la misma hiancia, por la falta necesaria para que pueda comenzar a hacer serie.

Esto no significa que el psicótico deje de ser psicótico, ya que la estructura es incurable, pero sí que a partir de hacer existir a un Otro del lenguaje, se determine un lugar adonde remitirse y posibilite un efecto de significación que haga contrapunto al fenómeno de «Eigenbeziehung» (relación consigo mismo). Ahí en ese lugar se instala la presencia del analista. Esta presencia se justifica por la posibilidad de que se pueda establecer una demanda. En este punto el encuadre grupal dinámico da la oportunidad a la particularización de cada caso. Sin este paso no habrá verdadera resocialización.

Lo que hay que rehabilitar es al sujeto. Más aún, para algunos pacientes el HD puede ser la única posibilidad de encarar el tránsito hacia una subjetivación de sus conflictos. No se trata entonces de centrar el empeño en adornar de talleres

y actividades un horario matutino-vespertino sino de procurar por medio de técnicas grupales y dinámicas de construir una vía principal para que el paciente de HD sea capaz de formular una demanda que le permita acceder a la categoría de sujeto. Esta es la dirección del tratamiento posible del paciente del HD.

Como llegar a este punto es la tarea del equipo a través de los mecanismos terapéuticos que moviliza el hospital. No se puede mantener ya como principio terapéutico central la idea de retorno del paciente a un tipo de actividad o posición anterior al ingreso en el dispositivo. Si este principio que encarna el ideal social se cumpliera, no haría otra cosa que recrear las condiciones etiopatogénicas que favorecieron o desencadenaron el trastorno. Probablemente esta sea una de las causas recidivantes del carrousel de reingresos.

Por todo ello no debe confundirse esta meta con el intento de logros en el plano de la realidad y especialmente en actividades laborales o intelectuales, para reintegrarlo compulsivamente al seno de situaciones conflictivas anteriores. Se trata más bien de construir situaciones nuevas y creativas a partir de haber recibido un paciente y reintegrar un sujeto.

La Re-invenición del Hospital de Día nos espera.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Moffatt, Alfredo, «Psicoterapia del Oprimido», Ed. ECRO, 1975 Bs.As.
2. Boletín de la SEPTG, Monografía I Comunidad Terapéutica, Ed. SEPTG, Barcelona 1991
3. González Duro, E., «Distancia a la Locura, Teoría y Práctica del Hospital de Día», Ed. Fundamentos 1982
4. Grimson, Wilburg, Cuadernos Argentinos de Psiquiatría, No. 1, Bs.As. 1968
5. Häfner, Heinz, Jahresbericht der Sozial Psychiatrischen Klinik der Univ. Heidelberg, 1971
6. Freud, S. Obras Completas, Tomos I y III, Biblioteca Nueva, Madrid, 1948 y 1968
7. Hollingshead y Redlich, «Clase Social y Enfermedad Mental», John Wiley, 1958, Nueva York.

«EL PSICOTICO CRONICO ALREDEDOR DE LA PALABRA. LA PALABRA COMO PELIGRO O COMO APERTURA Y VINCULO.»

por Pascale Bardouleau y Mercedes Hidalgo

PLANTEAMIENTO TEORICO

TIPO DE GRUPO

Coincidamos en que no fuera interpretativo de los conflictos internos en un sentido psicoanalítico, por temor a un desbordamiento de nuestro marco institucional. Lo que se termina privilegiando es el hecho mismo de poder utilizar con espontaneidad una palabra comunicativa, que permita sentirse y sentir al otro sobre las experiencias cotidianas.

Los que llevamos el Grupo, hemos de combatir contra la invasión de palabras desenfundadas, así como contra el silencio demasiado compacto, ambas situaciones tan frecuentes en el enfermo psicótico.

Esta especificidad quisimos recogerla al, para nosotras, maldenominarlo GRUPO DE RELACION. Continuamente los pacientes lo denominan «grupo de terapia». Nosotros intentamos presentárselo como Grupo de Palabra.

DIFERENCIACION DE LOS OTROS GRUPOS

- No hay un tema concreto que aglutine como objeto intermediario. Potenciamos la espontaneidad de la palabra.
- Ponemos en resonancia lo que se deposita, favoreciendo las asociaciones.
- Modulamos los afectos.
- No hacemos de animadores, aunque esté presente. Hemos de retornarles lo que se expresa en un plano más simbólico, metafórico, aunque no interpretativo en un sentido analítico.
- Damos importancia al contenido de lo que no se verbaliza: el gesto, el espacio que ocupa, cómo modula la distancia hacia el terapeuta, hacia los otros, hacia la puerta...
- Intentamos leer los contenidos de los silencios incorporándolos a la dinámica del grupo.
- Hemos de saber aguantar las ansiedades, los ataques, así como las fuertes cargas depresivas y melancólicas.

LO QUE HEMOS DE INTENTAR NO HACER

- Huir de la ansiedad del otro por lo que me despierta, así como de aquellas situaciones que normalmente nos resultan difíciles de contener.
- Cuidar la tentación de hacer de consejeros ante sus sentimientos y emociones, ante sus dificultades y actuaciones.

Cada uno (y nosotros también somos «unos»), y el grupo mismo ha de hacer su evolución y no la nuestra.

ORIGEN

Existe cierta oscuridad alrededor del nacimiento de este Grupo. Se da la circunstancia de que todas las actividades del Centro se sustentan principalmente sobre <el Grupo>:

grupos para hacer: en los talleres semi-laborales y de expresión.

grupos para hablar: sobre lo que nos une; el trabajo, el objeto, el piso donde se convive.

grupos para programar actividades específicas de relación: salidas, fiestas, colonias, etc.

En el '89, debido a una mayor exigencia terapéutica y asistencial, se crea este nuevo espacio transinstitucional donde el grupo se aglutina alrededor de la libre palabra, aunque se intenta potenciar la expresión de las vivencias relacionadas con su paso por el Centro. A partir del '90, de los terapeutas que nos hacíamos cargo, solo 3 quedan con disponibilidad al marcarse otras prioridades. Al final hemos quedado como pareja terapéutica estable dos mujeres, psiquiatra y psicóloga, con una empatía personal y una mayor identificación con los desarrollos teóricos y vivenciales de la línea analítica.

DENTRO DE LA INSTITUCION

En este encuadre institucional su aparición se vive más como deseo de unos profesionales, que como un programa integrado con las demás actividades del Centro, lo cual queda enseguida reflejado por la omisión de la participación en él de pacientes cuando valoramos su proceso clínico aún ahora, después de 4 años.

Situación que se potencia además por cómo la Administración de la Salud Mental en Cataluña entiende los Centros de Día, como servicios cuya principal función será la de acogida de los pacientes crónicos, que contenga y no dinamice la patología de sus usuarios, alejando la posibilidad de ingreso en los hospitales psiquiátricos.

Este sustrato pondrá en movimiento sentimientos y actitudes por parte del equipo:

- . Interés y temor de que en él pudiera removerse más lo patológico, poniéndose los participantes más enfermos y más agudizados. Por parte de los terapeutas temor a que esta movilización desbordara el marco institucional.

- . Duda de que los pacientes utilizaran este grupo de manera positiva sirviéndoles de algo.

- . División entre los que se cuidan de lo terapéutico y de lo laboral, entre lo masculino y lo femenino. Aumentado por el hecho de ser mujeres las portadoras del Grupo.

Esta dinámica nos ha traído la fantasía de aquellas mujeres que en otras épocas curaban, mas eran consideradas brujas histéricas y que terminaron quemadas en la hoguera. Es una fantasía que nos provoca la risa, mas al mismo tiempo viene acompañada con un cierto estremecimiento.

BUSQUEDA DE ENCUENTRO

A través del Coordinador Asistencial se han intentado salidas de esta tendencia a la escisión que tan constitucional parece ser en todos los que trabajamos en instituciones con psicóticos. Salidas a veces no claras por el tipo de planteamiento.

Así,

- . englobar todas las actividades que el paciente realiza en el Centro en un proceso terapéutico, desde su entrada hasta su salida, es un tiempo total considerado como tratamiento.

- . Para preservarlo del ataque, situarlo al mismo nivel de los demás grupos.

- . Participación como observadores de miembros del equipo. Dirigido principalmente al personal más antagónico de cara a juntar polos en estos aspectos más opuestos. Así mismo intento de que se conozcan estos espacios vividos como misteriosos y deseo de que al compartir potenciase un enriquecimiento, podríamos decir, homeostático.

Como es normal, ha habido este acercamiento por parte de aquellos compañeros que ya por empatía personal, como por su actitud ante el trabajo ya estaban más próximos. Más toda vivencia compartida facilita un conocimiento y entendimiento que repercute en todo el equipo.

- . Separación de las portadoras del Grupo, ruptura de la pareja femenina, para «rentabilizar» nuestro ? en el Centro.

No hay unas necesidades reales estudiadas y programadas que lo justifique. Precisamente hemos estado entre los que potenciamos la puesta en marcha de unos grupos diferentes, que completarían las necesidades existentes en el Centro, a lo que no se da respuesta ni viabilidad, cayendo en el silencio.

En la actualidad sentimos este espacio más integrado dentro de nuestra dinámica, aprovechándose incluso mejor sus posibilidades. Así mismo, va siendo investido por parte de los compañeros de algunos valores buenos.

INFLUENCIA EN LOS PACIENTES

- . Moviliza los afectos. Deja de ser la palabra vana, fría, vacía que tan frecuentemente se describe del paciente psicótico.

- . Este afecto pasa a ser compartido, llegándose a una cierta intimidad por la expresión de ansiedades, de preocupaciones, de vivencias, de sueños y, sobre todo, de interés por el otro.

Intimidad que se extiende incluso a los que presentan mayor dificultad de verbalización; el grupo les permite conectar con vivencias suyas que les resulta imposible expresar mediante sonrisas, entristecimientos u otras manifestaciones emotivas.

- . Han podido vivir actitudes de ataque parcialmente dirigidas a algún paciente o a algunas de las figuras terapéuticas, que no han dominado el grupo, no se han negado y se les ha acompañado a una cierta elaboración de dicha expresión.

- . Aumenta la participación espontánea.

. Facilita el ordenamiento del discurso pasando de la palabra monopolizadora y evacuativa a la más comunicativa y de incorporación del OTRO.

. Se establece una buena vinculación, incluso para aquellos que les resulta difícil en otros espacios. (Se nos ha dado el caso de que hagan el esfuerzo de levantarse para venir a «terapia»).

Es visible como pueden vivirlo como cobijo, viniendo antes de la hora, a través del recorrido espacial hacia dentro que algunos establecen, etc.

. Expresan actitudes de ayuda y protección a compañeros que se presentan al grupo con apariencia desvalida y autística.

. En algunos despierta deseos de hacer cosas nuevas fuera del Centro aumentando su nivel de relación. Ello suele ir acompañado a un aumento en la valoración vivencial de sí mismos. Se sienten queridos por otros, pueden regalarse objetos de valor.

INCIDENCIA EN LOS COTERAPEUTAS

Cada comienzo de <un grupo de palabra> es para nosotros una aventura que se mantendrá tres cuartos de hora semanales de Enero a Diciembre con las correspondientes vacaciones por medio. Pero cada vez más se convierten en una aventura confiada e ilusionada, pues cada comienzo viene precedido de un final en el que año tras año hemos podido disfrutar de la intimidad grupal a la que nos referíamos.

. Nosotros también nos sentimos funcionando de una manera diferente, más sueltas en la expresión de nuestras reacciones, de nuestras asociaciones y en algún momento de nuestras fantasías.

Sentimos palpable el vínculo que nos llevará a un mayor silencio el último día, a una cierta dificultad en verbalizar un adiós, a pesar de saber que cada encuentro en los otros espacios institucionales reforzará nuestro vínculo y sentiremos la complicidad depositada y que trasciende aquel espacio terapéutico compartido.

LOS LIMITES QUE PLANTEA EL «GRUPO DE RELACION»

Nos encontramos con dos situaciones: una relacionada con los bloqueos de la capacidad de elaboración de los pacientes, con los cuales tenemos la impresión de haber llegado a un punto difícilmente superable en cuanto a las posibilidades de nuestro trabajo, y la otra relacionada con los límites del propio grupo tal como está pensado y de los recursos existentes en la asistencia psiquiátrica pública, especialmente la destinada a los llamados «pacientes psicóticos crónicos» o «neocrónicos».

I) Los bloqueos a los que nos hemos referido se manifiestan de diversas maneras, las cuales solo señalaremos:

- Repetición por parte de los pacientes de las mismas vivencias bajo la forma de frases que escanden constantemente las sesiones, frases como «me siento deprimido», «no llego a hacer nada», a las cuales como terapeutas no llegamos a dar la vuelta.

- Incapacidad de salir de estos estribillos y que se inicie un trabajo de asociación a partir de estos sentimientos depresivos, los cuales pueden llegar a crear un

sentimiento grupal de vacío y, según como, una agresividad de parte nuestra que no podemos trabajar en el marco establecido, en el cual -recordémoslo- no se interpretan -ni los contenidos ni los afectos ligadas a la transferencia y contratransferencia.

- Cuando intentamos estimular las asociaciones recurriendo a elementos de anamnesis o de sueños, o a juegos de palabras, nos encontramos con ataques por parte de algunas pacientes, entre otros, bajo la forma de frases como: «¿qué quiere decir con eso?», «no me ayuda», «es demasiado general». Dificultades para el paciente de pasar de un pensamiento concreto a un pensamiento más simbólico.

- Otro obstáculo que se nos presenta, el de la manipulación de un discurso abstracto, pseudo-filosófico, desprovisto de afecto y difícilmente autorreferencial, que dentro del grupo tiene efectos de desmovilización de la palabra de los otros participantes, los cuales se quedan perplejos.

- Un grupo de pacientes del Centro no llegan a utilizar el «grupo de relación» por el hecho de que se sienten en vía de «normalización» y tienen una actitud negadora en cuanto a la patología. Viven lo que se dice en el grupo como unas «chorradas» que no les conciernen. Adoptan una postura fuertemente defensiva que nos podría recordar a resistencias más próximas a defensas neuróticas. Algunos prefieren identificarse de manera superficial a elementos de conducta más que trabajar su mundo fantasmático, el cual por cierto puede resultar muy pobre.

- También nos encontramos con una actitud provocadora que pone a prueba el marco instituido a través de un rechazo al hablar (proclamación de principio: «yo soy esquizofrénico y eso es todo») y de unas actuaciones perturbadoras, actitud que conduce a abandonar el grupo cuando se acoge y se retorna este comportamiento, más perverso que psicótico.

- Otro bloqueo difícil de trabajar lo constituye el mundo «autista», el cual puede manifestarse de dos maneras opuestas: una casi total ausencia de palabra o un exceso:

. Un mundo autista robotizado, marcado por rituales, donde la palabra resulta casi imposible, incluso a un nivel psicomotriz, y respecto al cual la movilización tanteada por los terapeutas mediante una postura solicitadora puede resultar violenta de la misma manera que los contenidos depositados en el grupo por los otros o por el propio paciente, atrapado dentro de su mundo. Plantea más bien la continuidad de un trabajo en el que gesto y palabra vayan unidos.

. Un discurso abocador de un flujo de palabras cargado de rabia o de ansiedad, el cual se vomita sobre el grupo al principio de su constitución y no puede ir más allá por su imposibilidad de escucha, de soportar la palabra de los otros, y que conduce a la ausencia al cabo de pocas sesiones y al abandono del grupo.

II) El «grupo de relación» nos ha podido parecer problemático en el sentido que constituía para algunos pacientes una etapa «despertadora» de un proceso encallado, un retorno a la propia historia, una recuperación de una capacidad asociativa sin que se pueda ir más allá por la falta de recursos existentes.

Tenemos la sensación de que el trabajo en el grupo ha permitido reanudar flujos de vida que al mismo tiempo pueden poner en peligro al paciente por la agudización de su conciencia en cuanto a su historia estropeada. Tenemos la sensación que éste se encuentra en un punto frágil por el mismo hecho de los pasos dados hacia adelante y que requiere una atención particular, la cual en la mayoría de los casos no se le proporciona.

Por ello tenemos la tendencia a alargar el tiempo de estar en el «grupo de relación». Al principio lo habíamos planteado por un año y ahora frecuentemente llega a los tres años.

Todo ello pone en cuestión los límites tan marcados por la propia psicosis como por la identidad del mismo grupo y su encuadre institucional, en el sentido restringido del Centro de Día y en sentido más amplio de la Red de la Psiquiatría Pública en las condiciones actuales.

A pesar de las dificultades, hacemos una valoración positiva de esta experiencia, la cual nos lleva a reflexionar sobre el tema de la cronicidad y del deterioro psicótico. Frecuentemente se presenta la psicosis con años de evolución como una patología desprovista de movilidad, que ha llegado a un grado de enquistamiento irreversible. Frente a esta visión, la experiencia del «grupo de relación» despierta por lo contrario sorpresa ante las posibilidades de los pacientes llamados «psicóticos crónicos». Estos pacientes llegan a tener acceso a una experiencia más íntima de la palabra, a compartir ansiedades, a plantear preguntas que les preocupan, a opinar en cuanto a las vivencias de los otros, a sentirse acogidos y acogedores. Resaltamos las posibilidades de evocación de su propia historia y de la vivencia personal actual, la capacidad de poner en contacto elementos afectivos y más simbólicos, de manifestar una lucidez en cuanto a su enfermedad al mismo tiempo que un sentido crítico, incluso irónico. Pensamos que bastantes pacientes mantienen vivo un recuerdo de la experiencia compartida, el cual se manifiesta en los detalles de las relaciones cotidianas con las figuras terapéuticas del grupo.

Todo ello pone en cuestión los límites de la asistencia a los pacientes psicóticos crónicos tal como se plantea, mediante Centros de Día organizados alrededor del concepto de rehabilitación y de espacios de talleres Ocupacionales principalmente o expresivos para entretenimiento, para llenar desde fuera, centros que tienden a sustituir el concepto antiguo y poco puesto en práctica de 'comunidad terapéutica'.

Parece que hayamos pasado de la época del manicomio a su desmantelamiento sin que se hayan creado recursos realmente alternativos, a pesar de todos los planteamientos teóricos de los años 70 en el propio ambiente profesional. Después del encierro detrás de los muros nos encontramos frente al riesgo de la ocultación del sufrimiento psicótico tras una gestión de la invalidez y de unos programas de readaptación, los cuales pueden tapar preguntas abiertas no hace tanto tiempo alrededor de la naturaleza de la psicosis y de su vínculo con el estado de «lo social» en que vivimos.

«INCIDENCIA DE UN TALLER DE PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL EN EL PSICOTICO CRONICO»

por Mercedes Hidalgo

PREAMBULO

Después de muchos años he ido definiendo mis pasos hacia el trabajo terapéutico con enfermos mentales. En él he ido integrando mis vivencias ante la música y la danza, con mis deseos de acompañar a la apertura a aquellas personas que, de uno u otro modo, se han refugiado en sí mismas, en un «sí mismo» atemorizado y a veces vacío. Y, he querido llevarlo a cabo a través de lo que desde un principio, poseemos como cámara de resonancias: nuestro cuerpo. En él se globalizan emociones y significados, al mismo tiempo que se abre o se repliega a la relación, relación con los otros y con uno mismo.

EL POR QUE DE UN TRABAJO CON EL CUERPO

En el paciente psicótico observamos a un nivel perceptivo:

- rigidez.
- desmembramiento
- pobreza expresiva
- desconexión entre emoción y gesto o tono acompañante.

A nivel de sus vivencias y percepciones sensoriales:

- un cuerpo que no está estructurado en una unidad conocida
- falta de límites:
 - «de herirme y robarme una parte de mí, tu mirada puede introducirse en lo más profundo para dominarme,
 - tus dientes quieren devorarme,
 - tus pensamientos roban y dominan mis pensamientos; en una palabra, tú quieres existir sobre mi cadáver».

En un principio este trabajo a través del cuerpo lo desarrollaba siguiendo lo que es definido como EXPRESION CORPORAL. Como se entiende por su nombre, ponía como prioritario el que aquellos cuerpos rígidos expresaran: cualquier movimiento fuera de la carcasa, tenía para ellos y para mí un valor.

Posteriormente he ido dándome cuenta que para los pacientes psicóticos este trabajo hay que encuadrarlo en lo que ha sido más afectado: las primeras relaciones. Acompañándoles a través de una relación espontánea, a la que se confían, en la que se sientan contenidos y protegidos, puedan como el niño volver a vivir su cuerpo como significado, restituyéndose de nuevo en él el deseo, la demanda y la expresión.

Ahora bien, constataremos con frecuencia que suele darse en él:

1/ AUSENCIA DE DESEO CONSCIENTE

Que puede significar en su fantasía el elegir a lo que se siente incapacitado tantas veces: de quedar unido e indiferenciado con la madre a separarse con peligro de «muerte» para ambos.

En la estructura familiar no existen 2 diferenciados: la figura paterna o ha sido excluida o, a pesar de su presencia, está ausente. Y menos podemos hablar de la existencia de 3 individuos; por lo tanto la relación edípica generalmente no ha podido ser instaurada ni superada.

2/ EN LA APARICION DEL DESEO

- . dificultad en reconocerlo
- . dificultad en mantenerlo
- . sentimiento de culpabilidad ante su vivencia.

3/ EN SU EXPRESION

- . bloqueo o expresión pulsional: con dificultad en su control.
- . y a veces de asumir la espera, proceso necesario para la realización del deseo.

La expresión le será más fácil:

- . a través de la imitación, (como el niño). No tiene modelo interno.
- . actuando lo concreto que vive
- . actuando juegos conocidos
- . en ciertos momentos, actuando contenidos delirantes.

La orientación con la que estoy dirigiendo mi trabajo la he encontrado más recogida en la PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL de André Lapierre y aquí en Cataluña con Nuria Franch y sus colaboradores.

ENCUADRE

El taller de Psicomotricidad Relacional está encuadrado dentro del Centro de Dña Pi i Molist que asiste a psicóticos adultos crónicos a partir de los 18 años, con el objetivo de conseguir junto con los otros profesionales que tratan a cada paciente dentro de la Red Psiquiátrica, una mejor rehabilitación e inserción social. Para ello tenemos como herramientas concretas distintos talleres «laborales», de artesanía y de expresión, grupo de relación y el club psicosocial.

El Taller de P. R. se desarrolla durante una hora semanal en un espacio específico. Los pacientes que en él participan asisten a otros espacios del Centro y, en algunos, establecen conmigo otro tipo de relación.

El grupo puede estar formado por 10 pacientes, hombres y mujeres, con una media de 6, la mayoría entre 20 y 35 años, aunque puede integrarse alguno de mayor edad.

Para el Centro me encuentro a su cargo como una cuidadora más, aunque hace tiempo que, por la importancia que veo que tiene como herramienta terapéutica

(junto con los otros talleres de expresión plástica que llevo), me esté especializando como psicoterapeuta de talleres.

Trabajo con supervisiones individuales y de grupo de las sesiones recogidas por escrito y algunas con material audiovisual.

El espacio del Taller de P.R. resulta por sí mismo impactante.

No hay objetos concretos para hacer, como en los otros talleres, que hagan de intermediarios en el hacerse. Unas sillas, un espejo, un radiocassette y, a veces, algunos materiales lo menos definidos posibles. En él se encuentra mi YO con un objeto más próximo y, no por eso, vivido como más lejano: mi cuerpo. En él, a través del mismo, puede uno expresarse o ponerse en relación de manera libre, con una limitación: hacerse daño o romper algún elemento del taller. Por todo ello la entrada en relación con este espacio despierta ansiedades mayores que se irán expresando de distintas maneras: boicots al inicio, necesidad de salirse en un momento dado, ausentarse en la sesión siguiente, a través de la expresión de ataques directos a la figura del terapeuta, etc. Mas también es un espacio particular en el que se puede dejar que salga las distintas cargas pulsionales negadas o reprimidas muchas veces fuera de aquí, descarga en la que va a sentirse acompañado, recogido, y que la mayoría de las veces le permitirá terminar el taller relajado. Creo que esto es lo que les impulsa a seguir viniendo, incluso, a los que les resulta más difícil vincularse en los otros espacios.

La sesión la estructuro en 4 tiempos:

Acogida: momento de encuentro en el que se verbalizan los distintos estados internos y que me orienta sobre la dinámica que predomina en el grupo.

Juego y expresión: a través de una consigna amplia o integrando deseos verbalizados o corporales que se expresan.

Relajación: como momento de sentir, guardar en mí y ponerme en contacto con lo expresado y vivido.

Verbalización: como puesta en común de lo que ha acontecido fuera y dentro de cada uno.

Nivel de intervención:

En el P.R. el psicomotricista interviene en el momento de juego corporal si lo ve necesario o se le requiere, así como en el momento de verbalización para hacer comprensible y, poco a poco, reconocible como propio lo que el grupo ha puesto en juego.

Es este estar presente y cercano a lo que se manifiesta lo que convierte el espacio en contenedor y estructurante. Con el paciente no será suficiente una consigna concreta de juego, el espacio de diferenciación simbólica no ha llegado a ser construido. Por lo general, necesita de nuestro modelo, de nuestro acompañamiento, como en otros espacios, para ser capaz de... para llegar a...

Uno suele temer que quede enganchado simbióticamente de nuevo a nosotros

o que no salga de la imitación. A través de la lectura de su tono muscular, de su implicación, iremos dándonos cuenta de cómo modular nuestra presencia/ausencia, nuestra acogida o provocación.

MODO DE INCIDENCIA DE LA PSICOMOTRICIDAD RELACIONAL EN EL PROCESO PSICOTICO

Es por todos conocido como el trastorno psicótico hace que el individuo se aparte de una realidad que vive normalmente como extraña y peligrosa. La P.R. va a acompañarle en este «volver a entrar en contacto»:

CONTACTO CON EL ESPACIO TALLER

A través de:

- música agradable
- espacio de acogida dirigido a poder expresar verbalmente cómo nos encontramos.
- en un principio, si lo desea, poder contactar: a través de la mirada, poder entrar en contacto acompañado, poder retirarse de este contacto cuando lo necesite.

CONTACTO CON MI CUERPO

Si no hay un contacto corporal definido que marque y enmarque nuestra piel, nuestra imagen corporal no encuentra sus límites. Las vivencias psicóticas de sentirse con un cuerpo abierto, desarticulado, incluso roto, además de extraño y no reconocible, suelen ser habituales.

En las sesiones he intentado que viviesen fundamentalmente su cuerpo como lugar de bienestar, a través de:

- ejercicios dirigidos al esquema corporal
- interiorización de la vivencia, de la imagen
- integración
- a través de despertar un placer psicomotriz con el juego, el masaje.
- descargando nuestra energía para volver a recogerse en uno mismo, esta vez, conectado con el va-y-ven de mi respiración que me acompaña y me conduce a un estado de relajación
- poniendo mi cuerpo como terapeuta en apertura a su contacto, a menudo mis manos en sus manos como punto de apoyo para calmar su ansiedad.

CUERPO Y SEXUALIDAD

La sexualidad es vivida como confusión, extraña y perseguidora. Se encuentra poco separada de la sexualidad infantil con expresión de la libido por todo el cuerpo. Esto marca una mayor dificultad en la apertura corporal y puede contribuir a un empobrecimiento en la amplitud del campo expresivo.

Debido a veces a la edad y, en general, a la carencia de vínculos afectivos-sexuales, los contactos en este campo pueden caer con más facilidad en el campo de lo real más que en el simbólico. Por ello trabajamos con un reconocimiento de la vivencia y demanda expresada, mas limitamos su satisfacción, vigilando que nuestro cuerpo no sustituya tampoco en la búsqueda de una relación erotizada.

CONTACTO CON MI AFECTIVIDAD

Los sentimientos se mueven a un nivel de narcisismo primario, busca la fusión para confundirse - fusión donde sólo cabe el placer y los límites son rechazados con violencia, expresan la violencia pulsionalmente o la reprimen. La trabajo principalmente a través de:

- poder ordenarla y expresarla; han de sentir que no van a ser ridiculizados ni castigados por ello;
- poder recibir la energía afectiva en ciertos momentos en exclusividad;
- y poder sentir los sentimientos de amor y de odio sin sentirse vaciado, sino enriquecido.

CONTACTO CON MI AGRESIVIDAD

La fragilidad del YO se siente fuertemente atacada. Genera una mayor carga agresiva que puede ser violentamente expresada principalmente sobre las personas en las que han depositado el rol de protección, o puede ser reprimida y dirigida hacia ellos de manera destructiva: autolesiones, intento de suicidios, etc.

Incido a través de:

- introyectar la estima del otro hacia mí, para poder generar una estimación hacia y de mí mismo: autoestima;
- favorezco para que juegue con sus sentimientos agresivos dentro de un marco de contención que le protege y le protegerá a los otros.

La FRUSTRACION ha de ser estructurante. La utilizo poniendo límites o resistencias en la satisfacción del deseo, siempre después de haber conseguido con el paciente un vínculo seguro, para o bien cambiar una actitud demasiado repetitiva o ritualista o para que asegure su deseo reforzándolo.

INCIDENCIA EN SU VISIÓN PARANOICA

Con todo ello el enfermo psicótico habrá podido confrontar su fuerza agresiva, mas también compartir con aquel «otro peligroso» situaciones en las que han construido juntos, se han ayudado a equilibrar sus fuerzas, divertido y emocionado, ha llegado a confiarse en él.

CONTACTO CON MIMENTE. Desarrollo de la FUNCION SIMBOLICA

Las dificultades ante el vínculo se reflejan inevitablemente a nivel mental.

El pensamiento se desarrolla de manera inconexa. Continuamente se ve

invadido por otros pensamientos que son, a su vez, empujados por la fuerte carga emocional que les resulta difícil controlar; asimismo se interrelacionan continuamente con una actividad delirante. Aquellos pensamientos que no pueden ser reconocidos se proyectan siendo integrados como elementos que les hablan desde el exterior: VOCES. Con estas características existen unas limitaciones para que haya un buen desarrollo del pensamiento secundario, lo cual, unido a la difícil diferenciación entre lo interno y lo externo, dificulta para que se establezca la función simbólica.

La falta de piel que contenga también es vivida a este nivel: los pensamientos no solo pueden ser leídos, sino también robados. La persona se mueve con un pensamiento concreto, sobre y para lo que hace lo que le ofrece una base segurizante.

En la P.R. incido a través de:

- por el no conocimiento anticipado de lo que uno va a hacer; Este no saber abierto a... lo que salga, pone por sí mismo en movilización una búsqueda a nivel de lo que siento, deseo o pienso. Ya por ello choca con lo concreto más ritualizado del psicótico.
- del tener que completar a veces lo que hace el otro respondiendo a su demanda o respondiendo a lo que yo asocio a lo que el otro me comunica incide en la estructura del pensamiento desarrollando un proceso de elaboración más secundario.
- al integrar lo que siento, vivo, expreso y pienso a través de la palabra en mi comunicación al grupo.
- por último, a través del desarrollo de la capacidad creativa en la expresión, disfrutando en lo imaginario individualmente y en grupo.

Es este nivel de lo simbólico en que puede hacerse más difícil este trabajo con el enfermo psicótico. Con facilidad les encontramos actuando sus transferencias, incluso sus delirios. Es por lo que hace necesario que la persona que se haga cargo sea terapeuta: con análisis corporal a ser posible finalizado y con soporte de ser supervisado.

A pesar de esta dificultad, entendemos que la expresión espontánea del sujeto posee por sí misma un contenido simbólico.

CONTACTO CON ... CONSTRUYENDO UNA IDENTIDAD

El paciente psicótico o no se ha formado una imagen de sí mismo o ésta está construida sobre una base débil, incluso ambivalente. Normalmente ha recibido mensajes contradictorios que le han conducido a una inmovilización en el campo del hacer, del pensar, incluso del sentir. La fragilidad en la identificación hace que necesite continuamente al OTRO como referencia, como espejo.

La he trabajado más directamente en la devolución de un reconocimiento, que pueda ser introyectado de nuevo.

RECONOCIMIENTO

INTROYECCION 3 ejes fundamentales en la P.R.

INTEGRACION

Por todas las vivencias aquí expresadas vemos como el psicótico se «abre» al OTRO de manera desconfiada, retenida. Uno siente en este camino hacia él un espacio materializado de defensa que uno ha de cuidar en no traspasar, sobre todo en los primeros momentos. Cuanto más uno lo traspasa, más huye, se retira, aunque sea sin moverse.

Para la Psicomotricidad Relacional será LA RELACION la base sobre la que se asienta. Relación primero con uno mismo. Desde lo individual a lo grupal, pasando por la dualidad. Más suele ser normal en el psicótico, por el grado de desintegración de este uno mismo y la ausencia del reconocimiento que necesite establecer una dinámica diferente en la entrada en contacto. Ello marcará una fuerte diferencia en la puesta en marcha de la Psicomotricidad Relacional, ya que la expresión individual le lleva más a la paralización debido principalmente al vacío interno, a la ausencia de la identidad; no tanto por la resistencia al hacer, aunque también exista.

Necesita mucho ser acompañado por el terapeuta, privilegiando la relación dual en la que se encuentra más asentado por el conflicto de una relación simbiótica con la madre.

Esta toma de contacto con el OTRO le va permitiendo tomar conciencia de sus modos de relación y, a partir de esta relación dual, el pasar a una relación con los otros y consigo mismo le será más fácil. El sentimiento de pertenencia al grupo termina desarrollándose con fuerza a través de este trabajo, lo cual es suficientemente conocido por aquellas personas que han compartido este tipo de experiencia. Mas en el paciente psicótico la vivencia de unas energías destructivas de dentro y de fuera de él, así como el bloqueo y desconexión de la emoción y su expresión, hace que al percibir que nada ha sido destruido, que ha podido disfrutar y sentirse relajado, genera una excitación positiva que trasciende sus propios límites para vincularse con los otros.

En el taller iré trabajando:

- Relaciones de acompañante/acompañado, cuidar/ser cuidado
- Relaciones de investimento
- Relaciones de construcción
- El triángulo
- El grupo como modo de compartir, de complementar, huyendo de las situaciones de confusión.

JUNTO A SU EVOLUCION, MI EVOLUCION EN MI MANERA DE ESTAR

Ante sus dificultades en moverse y expresarse simbólicamente, he mantenido al principio una actitud bastante directiva, aunque, desde el comienzo, he ido integrando bastante sus propuestas. La ansiedad que me podía despertar su pobreza de expresión, ha ido calmándose al comprobar que a ellos no les desestabilizaba, ni aburría, y sobre todo al surgir poco a poco lo que son capaces.

Esto me permite estar más confiada, pudiendo incorporar en ciertos momentos una actitud pasiva o mi atención más individualizada.

EN MI FORMA DE ACTUAR

He estado al principio demasiado pendiente de los posibles rechazos o ataques al taller que iban siendo expresados durante este proceso, lo cual me ha llevado a utilizar bastante los juegos, los objetos intermediarios como defensa, aunque también para moverme en la distancia que marca siempre el paciente psicótico y que queda más palpable en este espacio corporal.

A medida que sus defensas se han ido haciendo más flexibles, ha ido aumentando en mí una cercanía, una mayor espontaneidad, permitiéndonos expresar entre nosotros un componente afectivo.

EN MI FORMA DE INTERVENIR

Al afianzarse el grupo, me ha sido más fácil el poner unos límites ante las actitudes desintegradoras de un ritmo o ante los intentos de sustituir mi liderazgo, ante los intentos defensivos de sólo hablar o jugar, ante los contenidos delirantes.

Acompañándoles y conduciendo su expresión pulsional, sobre todo la invasora y agresiva, hemos conseguido edificar un vínculo entre ellos, entre ellos y yo, por último, entre ellos y este espacio, tan diferente del resto.

«CUERPO Y PSICOSIS DESDE LA ORGONTERAPIA CARACTEROANALITICA»

por Xavier Serrano Hortelano

« El esquizofrénico no vuelve al útero materno, lo que hace en realidad es caer víctima de la misma escisión sufrida en la coordinación de su organismo cuando se hallaba en la amortiguada matriz de su madre, pues ha conservado esa escisión por toda la vida »

W. Reich, 1947

« El esquizofrénico puede decirnos exactamente donde está ubicada esa disfunción (parte del cuerpo extraño) si no nos negamos a prestar atención a lo que dice, Y A COMPRENDER SU LENGUAJE DE EXPRESION EMOCIONAL, ES DECIR, BIOENERGETICO. »

« Confío sinceramente que el movimiento de higiene mental pueda algún día cortar las alas de los psiquiatras legalistas y de hospital, y obligarles a prestar atención a esfuerzos médicos nuevos y promisorios. Todo el esfuerzo de muchos meses con esta paciente corría peligro de derrumbarse debido a estas acciones por parte de algunos funcionarios... no puede haber auténtica higiene mental mientras estas cosas se permitan. »

W. Reich, 1947

CONCEPTO DE ETIOPATOGENESIS

Wilhelm Reich influido por la obra de uno de sus maestros, Paul Federn, las prácticas clínicas de juventud con P. Schilder y su propia experiencia con el psicoanálisis y la orgonterapia caracteroanalítica escribe un artículo en 1.947 titulado «La escisión esquizofrénica» donde a partir -todavía- de una nosología psiquiátrica clásica introduce una teoría y una forma de abordaje clínico con la psicosis totalmente revolucionaria, siendo precursor de la Antipsiquiatría y con algunas similitudes con C. Jung (categoría de lenguaje «psicótico») siendo precursor de la Antipsiquiatría de Laing-Cooper (viaje metanímico).

F. Navarro, dentro de nuestra actual Escuela post-reichiana, habla de la psicosis y no de distintos tipos de psicosis, pues la génesis y las bases estructurales son las mismas en todos los cuadros psicóticos, aunque las formas externas sean distintas, diferenciando núcleo psicótico; estructura psicótica; crisis psicótica y estado esquizofrénico (biopatía degenerativa con diversas modalidades).

En nuestra experiencia clínica privada, la mayoría de ocasiones, -dentro de este aspecto- nos encontramos con estructuras psicóticas o con personas con núcleo psicótico compensado, con ciertos rasgos de carácter más o menos mimetizados, más o menos estructurados que marcarían la diferencia entre la E. psicótica compensada y la E. de carácter borderline dentro del diagnóstico estructural

(D.I.D.E.) de corte epistemológico (Serrano, 1.990), y el abordaje clínico se realiza con la orgonoterapia caracterioanalítica desde una concepción post-reichiana. Esta conlleva una concepción holístico-energética de la persona y de la enfermedad y la salud unas bases analíticas profundas y un abordaje clínico donde el cuerpo-estructura de la persona- ve facilitado su proceso de crecimiento y recuperada su capacidad de pulsación bioenergética nuclear facilitando así una integración de funciones psicosomáticas con una actuación terapéutica diferencial que en el caso de la psicosis se centra en crear estructura, en facilitar el pasaje por el «infierno» de un organismo «no nacido» (según el concepto de Mahler de nacimiento del humano) y fijado a un pánico primitivo con una angustia nuclear que le escinde los procesos perceptivos de los autoperceptivos produciendo la típica sensación de extrañeza, enajenación y pérdida de contacto.

A partir de nuestra práctica clínica, podemos hipotetizar que la génesis básica de la psicosis se debe a un disturbio en el organismo intra extra útero por una fuerte situación de distress de la madre durante el período de embarazo, parto y postparto, produciendo un fuerte disturbio en la función pulsatoria celular (ver estudios actuales de Sontang, W.; Hattunen y Niskanen y Sameroff-Zax, así como dentro de la corriente reichiana: Reich, Navarro, Conia, Pinuaga, Serrano) acompañado del desarrollo dentro de una estructura -sistema familiar- donde la proximidad, separación tanto a nivel de lenguaje corporal como de discurso verbal (doble vínculo de Bateson) es algo constante a nivel cotidiano y donde, por regla general, la figura del padre suele estar ausente. Esto condiciona los rasgos fundamentales de la estructura psicótica que menciono brevemente:

Baja densidad energética del propio yo (hipoorgonia, hipotonía motriz) que se concreta en

a) Bloqueo del segmento diafragmático arcaico y primitivo (intrauterino), bajo nivel de pulsación vital y un bajo nivel de metabolismo basal (estudios de Hadkins).

b) Un bloqueo principal del primer segmento (telereceptores) que denota una hipertensión occipital provocando una contracción muscular local en la base del cerebro, concretamente en el polígono de Willis, de las arterias basílicas, provocando una falta de pulsación neurona y un disturbio funcional cerebral con descoordinación del sistema de integración funcional cerebral (Luria), afectando al quiasma óptico con la consiguiente escisión de la sensación (excitación) y de la percepción, -demostrado por Holtzman en cuanto que hay un fracaso en la sincronización inhibitoria de los sistemas de integración (ver el experimento péndulo)- que va acompañado de una hipersensibilidad sensorial, con la consiguiente hipersensibilidad a los receptores dopaminérgicos -efecto del haloperidol como consecuencia de la desorganización funcional hipotalámica hipofisaria, que junto a la disminución de la pulsación y a una hipooxigenación va favoreciendo un proceso degenerativo y progresivo. Por eso, en la esquizofrenia hablamos

de biopatía como proceso extremo de la psicosis, siendo multifactorial. Por cuanto que afecta a la función unitaria con una clara dinámica degenerativa recordemos que los neurolépticos tienen una acción bastante específica sobre el complejo del cuerpo estriado (base cerebral).

c) Y junto a esto, y como consecuencia de ello, un campo orgonótico-energético difuso (campo aúrico fruto de la pulsación-luminación) y extenso. No se viven los límites de la piel de ahí los fenómenos de la percepción extrasensorial o fenómenos paranormales, que se pueden producir en estas estructuras, relacionados con respuestas de la glándula pineal -melatonina- a través de la excitación del campo orgonótico, teniendo en cuenta la vinculación que hay entre la alteración del triptófano y los fenómenos de alteración de la conciencia.

Por eso, la psicosis no es un trastorno mental, sino funcional sistémico. La esquizofrenia, como decía Reich, no es una enfermedad psicológica, es una enfermedad biofísica que abarca también el aparato psíquico.

El núcleo psicótico, observado en algunas estructuras fronterizas, se formará, fundamentalmente, en los momentos extrauterinos de maternaje con el impedimento de la distinción del yo-no yo a través del objeto parcial-total- y de una fuerte alteración en la fase oral primaria. Por ello, -siguiendo a Waelhens- el psicótico/a no accede al Edipo sino como reflejo sociocultural. Mientras que el neurótico nunca sale de él.

EVOLUCIÓN Y PROGNOSIS

El miedo a la locura, presente en todos/as los neuróticos/as, incluidos/as los propios/as terapeutas, es un límite social y coyuntural a la hora de abordar el problema de la psicosis. Al mismo tiempo, las características antes mencionadas del abordaje clínico, es siempre duro y profundo, exigiendo una fuerte inversión de tiempo y economía que, a nivel institucional, hoy por hoy no se facilita. El contacto a nivel clínico con la E. psicótica también supone un fuerte desgaste energético existencial del/la terapeuta, como he descrito en otro texto (1992) y, exige por la propia salud del terapeuta y, para facilitar la capacidad de contacto con el discurso, con la vivencia, con la expresión del/la psicótico/a en pasaje por un análisis profundo, en nuestro caso, por una orgonoterapia personal previa, que se realiza en el proceso de formación.

Partiendo de mi experiencia y de mi Escuela postreichiana, estaríamos de acuerdo con Reich cuando dice: -la orgonoterapia puede aplicarse con éxito a ciertos casos de esquizofrenia y a la E. psicótica, cuando los demás métodos pueden fracasar. Nuestra media de tratamiento es de 6-7 años, con dos sesiones semanales durante los dos primeros años, o el primer año por lo menos, teniendo como resultado estadístico un 80% de resolución de crisis psicóticas y, dentro del proceso terapéutico, un 60 %, en el que conseguimos desarrollar lo que denominamos «proceso de neurotización» de las estructuras, con los objetivos antes descritos.

INTERVENCIÓN CLÍNICA-COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Necesitamos un espacio para que se produzca el viaje metanímico del proceso psicótico (Laing); y para el desarrollo de esta progresiva estructuración yoica caracterial (W. Reich-F. Navarro). Una comprensión del lenguaje psicótico expresivo emocional energético y una relación que favorezca la psicosis transferencial (Searles), que yo prefiero llamar vínculo terapéutico, y de resolución de la posible contratransferencia psicótica (Echegoyen-Winnicott), teniendo presente el diagnóstico diferencial utilizando parámetros referenciales de las relaciones objetales históricas de la persona, y parámetros del grado de estructuración de funciones y segmentos musculares bloqueados (somático-corporales) y teniendo también en cuenta la propia respuesta visceroafectiva del/la terapeuta (contratransferencia) para evitar confusiones con posibles procesos o estructuras histeroactivas bastante frecuentes y que suelen confundirse con estructuras psicóticas. Facilitando un encuentro ordenado dentro de unas coordenadas concretas que permiten un proceso terapéutico, un proceso de crecimiento. Todo esto exige unos factores primordiales en la actuación:

a) Facilitar la cercanía y la empatía energético-corporal con una actitud de maternalidad (Racamier) estructurante con un espacio cálido, uniforme, «uterino» que le permite empezar a relacionarse con el objeto primitivo (Tausk, Rank, Serrano).

b) Si vemos necesario el neuroléptico, entrará dentro de este tipo de relación objetal como prolongación del cuerpo del/la terapeuta junto al propio efecto puntual del fármaco, así como ocurre con otros objetos que el/la paciente coge o pide al terapeuta, propios del terapeuta, en un momento posterior, y que estaría vinculado al concepto de objeto transicional de Winnicott. El tratamiento con neurolépticos se puede evitar al máximo cuando hay un apoyo cotidiano al estar afincado en una comunidad terapéutica activa como ahora describiré.

c) Compromiso y disponibilidad del/la terapeuta (aspectos contratransferenciales) que a pesar de lo dura de esta «crianza primitiva» (sentimiento de odio descrito por Winnicott), de dependencia por un tiempo indeterminado y con una disponibilidad extraterapéutica muy grande (que rompe los esquemas de la relación terapéutica ortodoxa), asume la continuidad del proceso. El cual, una vez llevada a la persona a la fase de neurotización, será interesante derivar a otro/a terapeuta para evitar mimetismos referenciales (como afirma F. Navarro). Asimismo será el momento de comenzar de insertar al paciente en un grupo de vegetoterapia caracterioanalítica para combinar el trabajo terapéutico individual con el grupal.

d) Es necesario contar con un apoyo afectivo exterior por parte de un amigo o familiar que esté en contacto con el/la terapeuta siguiendo la idea de Reich y de Federn, que hacen hincapié en que éste sea una mujer.

e) Es fundamental para el adecuado proceso, contar con la **residencia en una comunidad terapéutica** donde exista una clara vinculación en la forma de hacer y en la visión teórica de los trabajadores/as residentes y con la del terapeuta responsable del caso, que no necesariamente tendrá que residir en dicha comunidad. Existiendo claramente una diferenciación de funciones dentro de los profesionales de la comunidad, sin jerarquía, pero con reconocimiento de dicha función para, trabajando en equipo, facilitar el proceso y el viaje a este tipo de personas. Soy partidario de que en dicha comunidad, existan espacios de libre actuación en el/la paciente, que, en muchos momentos, supondrá la rotura de moldes cívico-culturales por actuaciones verbales o corporales propias de su momento existencial que, estarán siempre vinculadas a una lógica funcional conocida, no sólo por el/la terapeuta sino también por el resto de profesionales de la comunidad, y que favorecerá poniendo, en determinados momentos, límites no desde la óptica de la represión del proceso, sino desde una óptica estructurante. Asimismo, durante el día, se realizarán trabajos de laborterapia, arteterapia, siguiendo las directrices indicadas por Pankow entre otros. La colaboración co-profesional entre el/la terapeuta responsable y el resto del personal debe ser intensa denotando la necesidad del trabajo en equipo, aconsejando que los profesionales que trabajen en dicha comunidad junto a una formación teórica interdisciplinaria psicoterapéutica, hayan realizado también un análisis personal profundo. Junto a las experiencias realizadas por Laing y Cooper, nosotros incluiríamos la atención continuada dentro de un espacio terapéutico desde la orgonterapia caracterioanalítica. Todo esto con la finalidad fundamental de continuación de espacio terapéutico uterino al dejar la relación terapéutica y de separación del paciente del núcleo familiar durante un periodo en el cual no es capaz de integrarse-situarse en éste y que por el contrario, al permanecer en dicho núcleo, en la mayoría de las ocasiones, se reactivan experiencias que agudizan su escisión por su propia debilidad yoica (Federn). La convivencia cotidiana del/la paciente en la comunidad terapéutica no impide que no se lleve también una actuación con la estructura familiar histórica, en el caso de que exista, o con los miembros familiares responsables como referente de apoyo, siguiendo la idea de García Badaracco. Teniendo en cuenta de que, en cuanto que no disponemos de una comunidad terapéutica específica, las experiencias realizadas han sido en colaboración con centros residenciales que se han prestado para este tipo de experiencia. Siendo uno de los objetivos de nuestra institución llevar adelante el proyecto de comunidad terapéutica desde una óptica postreichiana.

f) Dentro del tiempo de la sesión terapéutica individual, junto al empleo del lenguaje, desde la óptica metacomunicacional, y como medio para facilitar esa «anidación interina» que le permitirá dejar estímulos externos favorecedores a la escisión, también empleamos medios que entran en contacto directo con su estructura corporeo-energética. De estar sentados con la mesa -a estar sentados frente a frente- a estar frente a él/ella y cerca

de él/ella que está tumbado en el diván es todo un proceso progresivo. Contacto epidérmico paulatino y acompañado de acciones neuromusculares, la zona de los oídos, la zona ocular del/la paciente, dentro ya de la tradición ortodoxa reichiana de la vegetoterapia caracterioanalítica con la sistemática elaborada por Federico Navarro. Así, por ejemplo, abriremos y cerraremos nuestras manos sobre los oídos del/la paciente (estímulos que permiten acceder a la formación reticular -centros segmentarios de la médula espinal con la consiguiente conexión talámico-límbica y corteza tonificando los músculos de la respiración y reduciendo la presión arterial del polígono de Willis reactivando, al mismo tiempo, la vivencia de maternage en una matriz acogedora); indicaremos, adoptar posturas fetales, realizando el llamado masaje umbilical facilitando procesos regresivos intra extra úteros; indicaremos al/la paciente que focalice la luz de una linterna que nosotros mantendremos a la altura de los ojos, estando abiertas las sensaciones, provocando una inhibición de la melatonina (segregada por la glándula pineal) presente en las alucinaciones esquizofrénicas que se ve estimulada por la luz, y a través de ésta con el quiasma óptico puede llegar una respuesta equilibradora del sistema hipotalámico hipofisario. No solamente por la acción mecánica, sino también por la reactivación visceroemocional que provoca dichos estímulos, que recuerdan en gran medida espacios vividos a nivel primitivo y que reactivan las experiencias vividas en dicho periodo dentro de un espacio benefactor que transforma dicha experiencia traumática.

Este abordaje clínico con el cuerpo -estructura de la persona- a través de actings o respuestas neuromusculares y de una actuación específicamente energética, facilita el aumento del nivel de pulsación celular, la expansión vegetativa, el aumento del nivel de carga bioenergético y el proceso gradual de funcionalidad encefálica al trabajar insistentemente y fundamentalmente sobre el primer segmento en el cual está vinculada toda la fijación de la estructura psicótica y que es la base neuromuscular del disturbio esquizofrénico al haber una disfunción de los telerreceptores.

Dinámicamente hablando, vamos favoreciendo un investimento libidinal por todo el cuerpo de la persona (se producen cambios vegetativos y aumento y distribución de temperatura, coloración de la piel, tono muscular) desde la zona cefálica a la caudal del objeto primitivo al objeto parcial y de ahí al objeto total con la diferenciación «no-noyo», de la psicosis al neuroticismo que supone una estructuración en contacto con la realidad circundante, teniendo en cuenta que, no ejercemos acciones sobre el cuerpo del paciente, sino que estamos con él/ella respetando su ritmo biológico y con un abordaje personalizado, aunque con una visión metodológica común, que viene muy favorecido siempre que la persona recibe el apoyo de la convivencia en una comunidad terapéutica.

Como vemos, hay una actuación somato-energética, una integración de sus sensaciones, un «encarnamiento yoico» a través del cual verbalizar, y no sólo hablar, toma fuerza y concreción.

g) Desde nuestra experiencia clínica es peligroso, en estas estructuras, trabajar provocando catarsis corporales desde fuera, a través de acciones corporales. E incluso dentro del propio proceso observamos un peligro en la dinamización de otros segmentos que no sean el primero (ocular) sin haberse, previamente, centrado en éste, y por tanto en todo el proceso metanímico primitivo intra extra útero de la persona. Asimismo, no se realizará normalmente análisis del carácter ni de la resistencia, pues no hay resistencias en el sentido psíquico del término. Hay reacciones al pánico de sentir su pánico. No des estructuramos la coraza como en el caso de la estructura neurótica sino que facilitamos la estructuración movilizandolos núcleos estáticos de la base del cerebro y aumentando la carga visceral diafragmática. Es decir, facilitamos su comprensión de lo que «ocurre», a partir de sus expresiones y de su progresiva capacidad de comprensión. Y donde el factor interrelación es la base del proceso en cuanto que el/la terapeuta pasa a ser el espacio intrauterino favorecedor de dicho nacimiento, siendo nuestro objetivo prolongar ese espacio al de la comunidad terapéutica.

h) A partir de que se ha creado el vínculo terapéutico se debe combinar el proceso de la orgonoterapia con la audiopsicofonología (método del Dr. Tomatis) que trabaja con sesiones de escucha con sonido filtrado para favorecer la acción auditiva intra útero que veíamos antes. Así como sesiones con el OR.AC. (acumulador de Orgón de W. Reich), de probada eficacia, al favorecer la pulsación plasmática celular del/la paciente.

Y, a sabiendas de las causas que provocan la disociación psicótica y la fijación en el mundo ano-objetual, el discurso de la profilaxis en la primera infancia es decisivo para el/la orgonoterapeuta. Si bien existe una satisfacción por nuestra parte, porque con varios años de terapia el sufrimiento psicótico se transforma por el bienestar y satisfacción de una persona que pasa a ser «sujeto de la historia», con los límites sociales vigentes, lo es mucho más cuando ponemos los medios para que el futuro adulto/a no se quede anclado en ese estadio primitivo. Para ello debemos modificar actitudes sociales fuertemente arraigadas, tanto en los profesionales de la salud, como a niveles de comportamientos cotidianos familiares que van desde la importancia del periodo de embarazo, la importancia del nacimiento sin violencia y la importancia de un maternage donde la madre y el padre tienen sus funciones correspondientes. Y, para ello, en nuestra Escuela, trabajamos con la orgonoterapia prenatal donde, con las «parejas embarazadas» (padre-madre) comenzamos una labor de profilaxis que, pasando por la atención al parto tipo Leboyer, continúa con la supervisión de los niños/as, ya en el sistema familiar, hasta la adolescencia. Esto debería ser algo constante para retomarse en las instituciones sociales en general, y que tuviera necesariamente, un impacto masivo. Porque, si bien una parte de la psicosis se puede transformar lo que sí estamos seguros y nuestra práctica profiláctica lo demuestra, es que, se puede evitar la psicosis.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIAL

- BATESON, G. «Pasos hacia una ecología de la mente» (1969) Ed. Carlos Lohle
- CARBALLO, R. «Teoría y práctica psicósomática» ed. D.D.B.
- COLODRON «La Esquizofrenia. S. XXI»
- ESPINA, A. «El cuerpo en la psicosis desde el psicoanálisis» Revista Clínica y análisis grupal no. 17, 1979
- FEDERN, P. «La Psicología del yo y la psicosis» Recopilación de artículos de 1926 a 1935. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. 1984
- GARCIA BADARACCO, J. «Comunidad terapéutica psicoanalítica de estructura multifamiliar» Ed. Tecnipublicaciones. 1989
- JACKSON, D. «Etiología de la esquizofrenia» Ed. Amorrortu (especialmente el art.: «posible relación del medio prenatal con la esquizofrenia». L.W. Santangel, 1960)
- JUNG, C. «El contenido de la psicosis» ed. Paidós 1990.
- KONIA, C. «La 'biopatía de la esquizofrenia'» Rev. Journal of Orgonomy. Vol 15, 1981
- LAING, R. «El yo dividido» (1960)
- NAVARRO, F. (1988) «La alteración biopática» Rev. Energía, Carácter y Sociedad. vol.6 no.1, 1988. Valencia
- NAVARRO, F. (1989) «La Somatopsicodinámica sistemática reichiana de la patología y la clínica médica». Publicaciones Orgón 1989. Valencia
- NAVARRO, F. (1993) «Metodología de la Vegetoterapia Carácter-analítica», Publicaciones Orgón 1993. Valencia
- PANKOW G. «El hombre y su psicosis.» Ed. Amorrortu. 1969.
- PINUAGA, M.S. «Estudio clínico de la percepción a partir del modelo del funcionalismo orgonómico» Rev. Energía, Carácter y Sociedad. Vol. 4, no. 1 y 2 Publicaciones Orgón. Valencia. 1986.
- RASCOVSKI, A. y cols. «Niveles profundos del psiquismo» (en particular el art. «Marco y proceso psicoanalítico en la psicosis de Jaime Szplika») Ed. Sudamericana. Buenos Aires, 1971.
- REICH, W. (1947) «La escisión esquizofrénica» Tercera edición del análisis del carácter. Paidós 1980,
- REICH, W. (1940) «El Lenguaje expresivo de lo vivo en la orgonoterapia» Tercera edición del análisis del carácter. Paidós 1980.
- REICH, W. (1948) «La biopatía del cáncer» Ed. Nueva Visión 1985. Buenos Aires
- REICH, W. (1954) «El asesinato de Cristo» Ed. Bruguera. Barcelona 1980
- RESNIK, S. «La experiencia psicótica» Tecnipublicaciones 1986
- SEARLES, H. «Escritos sobre esquizofrenia» Ed. Gedisa 1986
- SERRANO, X. (1988) «Perspectivas orgonoterapéuticas de la vida intrauterina» Rev. Energía, Carácter y Sociedad. Vol. 6, n. 1 Publicaciones Orgón. Valencia
- SERRANO, X. (1988) «Perspectiva orgonoterapéutica del pasaje intra extra útero: el parto» Rev. Energía, Carácter y Sociedad. Vol. 6, n. 2 Publicaciones Orgón. Valencia.
- SERRANO, X. (1989) «Acercas de la paranoia: actitudes paranoides y la plaga emocional» Rev. Energía, Carácter y Sociedad. Vol. 7, n. 22 Publicaciones Orgón. Valencia.
- SERRANO, X. (1990) «El diagnóstico en la orgonoterapia desde la óptica post-reichiana» Rev. Energía, Carácter y Sociedad. Vol. 8, n. 2 Publicaciones Orgón. Valencia.
- SERRANO, X., (1991) «La psicosis desde la vegetoterapia carácter-analítica postreichiana» Rev. Información psicológica. N. 45, 1991. Valencia
- SERRANO, X. (1992) «El D.O.R. en el espacio terapéutico en el trabajo con la Estructura psicótica» Rev. Energía, Carácter y Sociedad. Vol. 10, 1. 1992 Publicaciones Orgón. Valencia.
- WAELEHNS, A.D. «La Psicosis» Ed. Morata.
- WINNICOTT, «El odio en la contratransferencia» Del libro escritos de Pediatría y Psicoanálisis. Ed. Laia.

«EL CENTRO DE DIA VILAFRANCA. OBJETIVO TERAPEUTICO Y EVOLUCION»

por Fina Virgili i Miró, Lluís Bullit Guasch et al.

PRESENTACION DEL CENTRO DE DIA

Es un centro nacido en marzo de 1992, se presenta como una propuesta intermedia dirigida al tratamiento y reinserción de pacientes psiquiátricos adultos, a fin de conseguir su mayor autonomía.

Nuestro centro tiene la capacidad de diez enfermos, abarcando un sector como es el de las comarcas del Alt Penedés y Garraf, en la provincia de Barcelona, con una población de 148.000 habitantes. Su ubicación está en Vilafranca del Penedés, capital de la comarca del Alt Penedés. Consta de un equipo profesional formado por un coordinador (media jornada), un psicólogo (una jornada) y dos monitores (40 horas semanales). El centro depende del Instituto Psiquiátrico de Pere Mata de Reus, provincia de Tarragona.

El sistema de trabajo está dirigido a fin de ofrecer una actividad terapéutica variada y amena, distribuida en áreas de limitadas que conforman un horario, así no s encontramos que los espacios marcados promueven diferentes fines de tratamiento.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
9					
10,30	Monitor	Monitor	Monitor	Monitor	Monitor
11	Tertulia	Tertulia	Tertulia	Tertulia	Tertulia
13,00	Paseo	Taller manualidades	Taller conducido	Deporte	Psicodrama
13,30					Taller libre
14,00	Monitor	Monitor	Monitor	Monitor	Monitor
15,00	Tertulia		Tertulia	Tertulia	Tertulia
15,30		Asamblea			
16,00					
17,00	Taller manualidades	Taller libre	Relajación	Taller conducido	Taller manualidades
17,30					Limpieza
18,00	Monitor	Monitor	Monitor	Monitor	Monitor

Los pacientes acuden de 10,30 a 13.30 y de 15 a 17,30.

Espacio monitores. Organización de los talleres, selección del material, información sobre talleres y su estructura. Resumen diario de los acontecimientos del día. Entrevistas familiares en el centro o en el domicilio. Resumen en cada historial de los pacientes, haciendo contar con ella las observaciones personales. Revisión de objetivos de cada paciente. Trabajos administrativos varios para el funcionamiento del centro. Reunión semanal con el equipo terapéutico y asistencia un día a la semana al Hospital Pere Mata.

Tertulia. Espacio de acogida, conversación acerca de las anécdotas, comentarios ya de asuntos personales como de noticias sociales.

Taller conducido. Area propuesta a fin de que el paciente se sitúe en un espacio real y que se han relacionado con las fiestas tradicionales, en las que el trabajo tenga una vinculación a una tradición popular y que dé base a una información del entorno social. Las manualidades o labores tienen como base un mismo tema, dependiendo de la festividad más próxima y con una confección a nivel grupal, en las que todos los pacientes puedan colaborar.

Taller de manualidades. Propuesta para el trabajo manual como puedan ser talleres de dibujo, barro, plastilina, madera... y en las que desenvolver la labor a nivel grupal o individual, viniendo la propuesta por los mismos pacientes y que organizan este espacio dentro de un marco limitado.

Taller de relajación. Para un autoconocimiento corporal. Se hacen ejercicios respiratorios y de psicomotricidad dirigidos por el monitor. Diálogo sobre las propias dificultades de cada paciente, sean físicas, de falta de concentración, rigidez, y que varían según el grupo a tratar.

Taller libre. Actividades varias escogidas por el paciente.

Psicodrama. Dirigido por el psicólogo, con la elección de asistencia, si no pasa a taller libre.

Deporte. Asistencia al polideportivo para su práctica.

Cuadro actual de pacientes

Número total: 10; 7 varones y 3 hembras.

Edades: 3 entre 18 y 30 años, 4 entre 31 y 40 años, 2 entre 41 y 50 años, 1 entre 51 y 60 años.

Población de origen: 8 de Cataluña y 2 inmigrantes.

Población de residencia actual: 6 de la localidad del Centro y 5 de poblaciones circundantes.

Diagnósticos: 9 esquizofrenias, 2 psicosis paranoide, 1 ansioso delirante y 1 descompensación maníaca.

Nivel de estudios: 5 Básica, 4 FP o BUP.

Trabajos realizados: 4 Laborales no cualificados, 5 cualificados, 1 servicio comestico.

Nivel económico actual: 5 bajo, 4 medio-bajo, y 1 bueno.

Capacidad actual de trabajos manuales observada en el Centro: 3 baja y 7 media.

Capacidad de relación social, observada en el Centro: 3 baja y 7 medio-baja.

OBJETIVO TERAPEUTICO Y EVOLUCION

Cuando se nos presenta a un paciente para el ingreso al Centro de Día, nos viene referenciado por un informe donde se incluye un objetivo terapéutico y un período estimado de asistencia en que intentar conseguir una evolución. Dicho objetivo traza al monitor una sutil línea de trabajo que con el paso del tiempo provoca un trato personal al paciente y una atención especial en el tratamiento a fin de provocar una nueva conducta. Esta será más o menos compleja dependiendo, en gran medida, de las circunstancias, deterioro, carácter y entrono del enfermo.

El paciente entrará en un marco de horarios, en el que se habrán seleccionado cuidadosamente, áreas de trabajo tan diversas como el corporal, de expresión y de manualidades, con el que conseguir ampliar su capacidad por una supuesta reinserción laboral o domiciliaria, así como el tratamiento conjunto de sus relaciones familiares y sociales.

Durante su estancia en el centro, se incorporará a una dinámica diaria y habitual, incrementando paulatinamente un esfuerzo por superar o mejorar sus limitaciones como enfermo, ampliado por encontrarse en un colectivo protegido por profesionales.

En su informe nos aconsejan una estancia aproximada, en la que apreciar un cambio conductual, que nos indique oportuno dirigirlo a su terapeuta de referencia y valorar su evolución con la que terminaría nuestra labor como Centro de Día. En nuestro caso, el terapeuta forma parte del equipo del CAP en salud Mental, colectivo que nos ha derivado al paciente.

Debido al trato diario de monitor-paciente, se tiende a valorar un proceso general, en el que podrían pasar desapercibidos cambios significativos, y que necesitan, por nuestra parte, una gran atención para observar objetivamente esta evolución y considerar su seguimiento o su revisión. Ya que si no, tenderíamos a darle una importancia relativa y considerarlo conjuntamente con el propio conocimiento personal del paciente.

A destacar, con mayor hincapié, en enfermos que debido a un gran concepto de enfermedad o por una buena predisposición a prestarse a una terapia, se integran sin demasiados «conflictos» a un nuevo reto como es el de estar en un Centro de Día.

Las revisiones de objetivos pueden hacer reconsiderar al equipo o al terapeuta de referencia el tratamiento o la estancia en el Centro. Para esta coordinación, los monitores hacemos una valoración quincenal de cada paciente, que anotamos en el historial y que cada dos meses presentamos su resumen en las reuniones del equipo, anticipándolo si se cree conveniente.

Presentamos dos ejemplos, en los que se observan una estancia de 5 meses:

Paciente de 22 años, con antecedentes psiquiátricos desde la infancia, diagnosticado de Síndrome de la Tourette, dado de alta de un ingreso hospitalario que duró 5 meses y que posteriormente se aconseja la entrada al Centro de Día.

Los objetivos marcados son: Horario completo. Trabajo de la rigidez, obsesiones... Control de aspecto familiar a cargo del psicólogo. Haber un lugar intermedio para acceder al mundo laboral.

Vemos que es un paciente que tiene dificultad en seguir el curso de una conversación. Casi no se integra al grupo por soportar mal cualquier cambio, como pueda ser el ingreso de un nuevo paciente, con comentarios como «¿qué viene a hacer éste aquí?». Persona que da gran cantidad de consejos pero que cuando ha de elaborar un trabajo, todo son excusas. «Estoy cansado, hoy ya he hecho algo, les he dicho un taller que pueden hacer.» Le cuesta registrarse por horarios, «mi madre no me ha llamado hoy». Y caso sólo le paeten paseos o salidas del Centro.

Difícil relación familiar con desestabilizaciones periódicas. «No le digo nada a nadie, salgo y ya está», «no quieren que vaya con la moto, dicen que me dan demasiado dinero para gasolina», «mi madre siempre me da la paliza para que limpie la habitación». Con relativa y poco creativa capacidad para ocupar su tiempo libre.

A los dos meses de estancia vemos una mejor agilitación en su diálogo, con comentarios en la tertulia de salidas o encuentros con amigos, «fuimos a la bolera donde un grupo grabaron canciones, y no eran profesionales, pero tacaban bien», nos lleva un cassette grabado para que podamos oírlo. Apreciamos una mejoría en sus trabajos manuales, pero que son realizados cuando sólo está predispuesto, mayormente cuando está en el taller libre. Le cuesta la realización de ejercicios físicos, en el deporte por no mostrar interés, «esto es fácil, no tiene nada de extraordinario». En contra cuando hacemos relajación entra en la sala y trabaja los ejercicios respiratorios verbalizando que después nota bienestar y está tranquilo. Hay más participación por su parte en la asamblea, como si fuera una prueba para la confirmación de parte del psicólogo, de los trabajos y, retrayendo a sus compañeros su falta de colaboración, con comentarios de reproche. Nos trae nuevos cassettes grabados por oír música que le gusta durante los talleres.

A los 4 meses se relaciona bastante bien con el grupo, y pregunta a sus compañeros al volver, en caso de ausencia, como se encuentran. Se observa cierta dificultad de ponerse a nivel grupal con continuidad, y le cuesta coger los compromisos por su parte, por falta de interés, «no sé porqué estoy aún aquí», «quiero al alta y buscar trabajo, aquí me aburro». Más flexibilidad en el diálogo. Buena presentación e higiene personal. Soporta bien el cambio de compañeros y parece que fuera del Centro de Día hay salidas con amigos. Tiene trabajo durante los fines de semana en un restaurante desde hace aproximadamente un mes. Mejor relación familiar, aunque a veces difícil; come en casa de su

hermana una vez por semana y parece que se entiende bien con ella y su marido. Consideramos la posible entrada al mundo laboral, pero con dudas acerca de su constancia, de acuerdo con su conducta desinteresada en el Centro de Día. Mejoría en su capacidad de adaptación a los cambios que se producen en su entorno.

Paciente de 42 años que padece una psicosis paranoica con brotes agudos. En la entrada al Centro se marcó un horario de mañanas y los objetivos eran: Trabajar el constante aislamiento del paciente, que cada vez parece más acusado. Trabajar la sintomatología depresiva mediante técnicas ocupacionales. Ofrecer un espacio donde poder elaborar su situación actual tanto a nivel relacional como laboral.

Persona con gran consideración de enfermedad, pero sin iniciativa propia. con mucha dificultad para hacer un trabajo continuado de tipo manual. Había ejercido de oficial 1º en la construcción. No tiene casi actividad social fuera del Centro. Separado de su esposa durante el último año, viviendo actualmente en el domicilio paterno.

No apreciamos ningún tipo de esfuerzo por cambiar su estado laboral, cobra baja de enfermedad por una operación de hernia discal, la que según el traumatólogo, no causa ningún tipo de impedimento de movilidad, pero a la que el paciente alega «minusvalía», «no puedo doblar la espalda, me operaron hace poco y ya no puedo trabajar».

Al mes de estancia, el cumplimiento de horarios de asistencia al Centro de Día son de toda la jornada, propuesta por iniciativa propia, que después de valorarlo con el equipo terapéutico, es aceptada, ya que se aprecia mejoría en su estado depresivo. Se observa, también, una creciente dependencia con el Centro, pero sus actividades en casa son limitadas, «en casa veo McGivver y me meto en cama, total no hacen nada de bueno por la tele». Sale el fin de semana a una discoteca con unos conocidos, «he bailado en la pista, pero solo, no conozco a las chicas, tomo una consumición y luego a casa». Llega a sobresalir en el grupo de modo autoritario, respeto a la conducta de sus compañeros. Incrementa su actividad motriz, siendo ésta más desenvuelta, con supuestas dificultades en la espalda, para la realización de ejercicios físicos, que antes de intentar verbaliza que no puede, en el espacio de deportes. Cuando hacemos relajación se queja por no poder estar echado sin doblar las piernas, «no puedo mantener los ojos cerrados». Pero con buen seguimiento en ejercicios leves como el paseo, que es uno de los que trazan el itinerario.

Después de unos dos meses de estancia se denotan síntomas depresivos y un aumento de la rigidez psicomotriz que son confirmadas por el paciente, «no puedo dormir, aunque me acueste temprano», «ahora mismo me sudan mucho las manos y me bailan las piernas», «no puedo hacer esto, no puedo estar sentado, no me responden las manos, me tiemblan, ¿no véis que lo hago mal?». Notamos dificultades físicas, llegando incluso a una incontinencia urinaria e intestinal. «Ayer tuve que irme de la discoteca, notaba que no podía contener las ganas de orinarme, ¿qué me está pasando?».

Proceso diagnosticado por el terapeuta de referencia como de regresión y que dura en su fase aguda unos 20 días, en los que aumenta la atención personalizada por nuestra parte. Evolución lenta y con una mejoría progresiva, en la que nos habla de su separación matrimonial y dando las culpas a su mujer del último ingreso, retrayéndole que no le cuidara personalmente, verbalizando miedo a perder sus hijas.

A los 2 meses de la regresión sigue mostrando dificultades en la ejecución de trabajos manuales, por las que requiere una presión del monitor, no obstante, valoramos de su parte, un esfuerzo por intentarlo y mejorarse. Se deduce demasiada dependencia al centro de Día, con dificultades en su relación social, «conozco a mucha gente por mi trabajo, pero no hablo mucho con ellos». Sigue yendo a la discoteca los domingos, con la misma actitud de hace 4 meses. Demasiado protegido por la madre y con una relación con su hermana a la que acompaña a su hija, con síndrome de Down a la escuela con automóvil. Mejoría con sus hijas, apreciando un interés paternal por su educación.

Actualmente se le propone que asista al Centro de Día, sólo media jornada, con el fin de provocar un cambio en su ámbito social y conseguir una mejor responsabilidad hacia su estado actual y laboral.

III COMUNIDADES HUMANAS

«VICISITUDES, IMPACTOS Y HUELLAS DEL MOVIMIENTO DE LAS CCTT EN LA ASISTENCIA PSIQUIATRICA ESPAÑOLA EN LOS AÑOS SETENTA»

por José Luís Montoya Rico

1. SITUACIÓN DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA PÚBLICA ESPAÑOLA EN LOS AÑOS 70.

Esta situación, arraigada tanto en razones histórico-sociales como en el reflejo de la situación sociopolítica vigente entonces en el país, se caracterizaba esencialmente por:

La **orientación esencialmente manicomial** de nuestra asistencia. Las perspectivas, apoyadas en los llamados Planes de Desarrollo, iban en la dirección de reforzar esta orientación: ampliación y «reforma» de los manicomios existentes, construcción de otros nuevos («la política de ladrillos»). Estos centros, en los que eran evidentes sus condiciones de inhabitabilidad, insalubridad y hacinamiento, eran gobernados por los **principios de autoritarismo** (a través de una comunicación unilateral se ordenaba el régimen de los internados por unas pocas personas de la Administración).

La autoridad estaba **centralizada** en las Diputaciones (su Presidente o el Diputado en el que delegaba) o en las Ordenes Religiosas. Es decir, personas alejadas física y funcionalmente de la vida y situaciones cotidianas de la asistencia emitían órdenes para regularlas. Citamos como ejemplo el caso en el que un proyecto de reforma asistencial de un hospital psiquiátrico de una de estas Ordenes Religiosas, elevado por la Dirección del centro y apoyado por la mayoría del personal, incluso el religioso, fue descartado en una reunión del órgano rector general de la Orden... celebrada en un país hispanoamericano.

La organización era, y sigue siendo, rígida, estereotipada, burocrática, inhibiendo cualquier iniciativa del personal asistencial (... por supuesto las propuestas o protestas de los internados o sus familiares no eran siquiera escuchadas) condenando a este personal a una actitud de pasividad, sumisión y tolerancia hacia las condiciones inhumanas e injustas que soportaban los internados.

El equipo directivo de estos centros tenía como principal misión el mantener el orden manicomial con procedimientos «a imagen y semejanza» de la autoridad por la que habían sido designados. Así, con la cooperación de algunos y escasos miembros del personal, designados como puestos de confianza, se orientaba la vida manicomial para que cumpliera las funciones de orden, contención, aislamiento y custodia que prevalecían sobre cualquier consideración terapéutica o rehabilitadora.

En esta situación tanto el personal cuidador como los internados se agrupaban entre estas tres tendencias:

1. Plena sumisión e identificación con la Administración y el equipo directivo dedicándose a reforzar el orden manicomial, con la esperanza de obtener privilegios (turnos de trabajo fijos, promoción a categorías superiores, etc., en el personal; mayor libertad de movimientos y otras prebendas entre los pacientes).
2. Sumisión absoluta, con renuncia a cualquier expectativa de cambio («... adaptado y tranquilo»). En el personal cuidador se le describe como «un buen enfermero, pero sin ninguna iniciativa, como la mayoría». Dentro de los internados, es el paciente tipo crónico institucionalizado, «con hospitalismo», que se resiste ante cualquier cambio en su situación («aquí todo está tranquilo, doctor, como en una balsa de aceite», nos decía ante la puerta de un pabellón la monja enfermera).
3. Otros se rebelan o critican el orden establecido. Si se trata de personal son etiquetados de «reivindicativos, conflictivos, politizados», y son marginados, represaliados (destinados a los trabajos peor considerados, a los turnos no deseados) o expulsados del centro. A los pacientes con actitudes o conductas no conformistas o pasivas se les asignan epítetos como «agresivo, fuguista (en muchos pacientes la evasión o intento de escapar es un signo de salud mental) y al que proceden a degradarlo aún más (retirada de cualquier «privilegio» o libertad, sujeción o aislamiento, aplicación indebida de diversas terapias biológicas y la reafirmación de que no puede ser externado).

2. CRÍTICAS Y REFORMAS EN TORNO A LA INSTITUCIÓN Y AL MODELO ASISTENCIAL.

Después de la II Guerra Mundial surgen en la población y en los gobiernos una mayor ocupación por lo social, incluyendo la atención a grupos que hasta entonces habían sido marginados o represaliados, así como un mayor énfasis de cómo las condiciones ambientales influyen sobre la salud y la conducta humana.

Esto explica, junto a las denuncias realizadas por los ciudadanos, medios de difusión de algunas organizaciones sociales o científicas, el mayor interés de bastantes profesionales (sociólogos, junto a psiquiatras y psicólogos de orientación social) por estudiar la dinámica interna de las instituciones psiquiátricas y la situación de los internados. Así surgen los estudios sobre cómo la interacción entre los profesionales afecta al bienestar y la conducta de los internados (STANTON Y SCHWARTZ, CAUDILL), sobre el proceso de degradación individual, en favor de la obligada adaptación conformista y totalitaria de la institución manicomial (GOFFMAN), así como la neurosis institucional (BARTON) y los mecanismos de institucionalización y de desinstitucionalización entre los internados (WING y BROWN).

Particular interés tiene para nosotros la experiencia en Italia de BASAGLIA y otros miembros de la corriente llamada Antipsiquiátrica institucional (¿no sería

más correcto Psiquiatría antiinstitucional?) que, en otro lenguaje «niegan» la institución manicomial y ponen en marcha otras alternativas centradas en la comunidad, tal como la experiencia de Trieste, acercándose al modelo actual de programas de Salud Mental con equipos multidisciplinarios integrados en los dispositivos de atención a la Salud general.

3. LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA.

Al igual que BASAGLIA, Maxwell JONES inicia la transformación de la asistencia dentro de la institución para expandirla posteriormente a planteamientos e intervenciones dentro de la comunidad. JONES partiendo de experiencias con pacientes ingresados en Hospitales Generales con problemas psicosomáticos y, posteriormente, con trastornos caracterológicos, traslada esa experiencia a la institución manicomial (Hospital de Dingleton) con pacientes de diversas patologías, incluyendo psicóticos. Así surge en la década de los 60, prácticamente en la mayoría de los países europeos y americanos, el llamado movimiento de la comunidad terapéutica. Se atribuye a David CLARK con su «terapia administrativa» la extensión de los principios que JONES inició en el pabellón o unidad hospitalaria al ámbito de la organización general y dirección de los servicios asistenciales, siguiendo, con mayor énfasis en uno y otro, una serie de postulados generales en los que se apoyan la teoría y praxis de este movimiento:

- a) Una estructura administrativa liberal y permisiva, que no ofrece barreras burocráticas que impidan aceptar y apoyar experiencias innovadoras y que otorgue la suficiente autonomía al personal de cada unidad asistencial.
- b) El funcionamiento democrático del equipo asistencial, en contraste con la estructura jerárquica y excesiva división y aislamiento del trabajo de cada miembro por especialidades, profesiones o estamentos («estructura horizontal»).
- c) La apertura y mantenimiento de nuevos canales de información y comunicación, permitiendo por ejemplo, que tanto pacientes como personal de enfermería, tengan acceso a la información que hasta ahora era de uso privilegiado para la dirección y el estamento médico.
- d) La participación activa y responsable de los pacientes en el tratamiento y tareas organizativas que repercuten en su asistencia y en su vida diaria en el hospital. La existencia de las llamadas asociaciones o comisiones de pacientes es un ejemplo ilustrativo.
- e) La reunión diaria comunitaria y otras reuniones o sesiones de grupo con el personal y los pacientes del pabellón, pero con participación ocasional de directivos, de personal de dependencias no sanitarias, etc.

Estos y otros elementos (tal como la confrontación inmediata, «cara a cara», entre las personas implicadas en una incidencia, con el propósito de utilizarlo como experiencia de aprendizaje y maduración personal) son básicas en las llamadas comunidades terapéuticas ortodoxas. Más habitual es la implantación de lo que se ha venido a llamar «el estilo de la comunidad terapéutica», en los

que se utilizan sólo algunos de los elementos de este tipo de organización, como es el ejemplo que vamos a exponer a continuación.

4. LA EXPERIENCIA DE CONXO

A finales de los años 60 y durante las décadas de los 70 y los 80 se ponen en marcha experiencias aisladas, siempre por iniciativa del personal asistencial (es decir, sin formar parte de un proyecto coherente a nivel nacional o regional sobre la reforma de la asistencia psiquiátrica). La de Conxo ha sido una de ellas, quizás más reconocida entre las demás, aunque sea porque su mayor nivel de conflictividad con la Administración le dio más publicidad en una época de la historia de este país en que no eran admisible ésta o cualquier otra experiencia que contrastara con la actitud totalitaria y autoritaria del régimen político entonces imperante.

Hasta 1969 el Sanatorio Psiquiátrico de Conxo era una institución psiquiátrica privada (la Mitra Compostelana era su propietario), que aunque situada en Santiago de Compostela, entre sus más de 1500 internados, los pacientes habían sido derivados desde las provincias de la Coruña, Pontevedra, Orense y León por las respectivas Diputaciones que se hacían cargo del coste de su estancia. En el año citado fue adquirido (instalaciones, personal y pacientes) por la Diputación Provincial de la Coruña, que para facilitar su funcionamiento lo convirtió en Fundación Pública de Servicios, con un Consejo de Administración (compuesto en su mayoría por miembros de esa Diputación) y un Gerente al frente.

El autor de este informe se incorporó como Gerente en 1971, pudiendo contar posteriormente con la incorporación de algunos de los profesionales (médicos, asistentes sociales y personal de enfermería que se habían destacado en una experiencia anterior: la del Hospital Psiquiátrico de Oviedo). A diferencia de ésta última que estuvo programada de antemano en casi todos los aspectos organizativos, aquí decidimos señalar objetivos y líneas generales de actuación:

a) Descentralización asistencial. Se pusieron en marcha medidas para que sólo los pacientes de la provincia fueran atendidos allí, incluyendo planes para que todos los dispositivos asistenciales, incluyendo la hospitalización estuvieran ubicados dentro de cada una de las áreas en que quedó dividida la provincia. Se pusieron en funcionamiento dispensarios o clínicas ambulatorias en las diversas comarcas a la que se desplazaba periódicamente nuestro propio personal se iniciaron intervenciones a nivel domiciliario por parte de los equipos asistenciales y se buscó la colaboración-participación de familias y agentes de influencia en la comunidad (Ayuntamiento, Parroquias).

b) Un elemento básico fue la creación de tres equipos multiprofesionales (Médicos psiquiatras, asistentes sociales, personal de enfermería y un auxiliar administrativo en cada equipo o sector) que posteriormente se aumentaron a cinco equipos. Todos los profesionales trabajaban a dedicación exclusiva y el área asistencial asignada a cada equipo se refería tanto a

instalación y pacientes dentro del Sanatorio como la demarcación geográfica y población correspondiente («Psiquiatría de Sector»).

c) Estos equipos gozaron durante los primeros cinco años (hasta que se cortó la experiencia) de un nivel cada vez mayor de autonomía a nivel asistencial, organizativo y, en algunos aspectos, hasta de gestión, interviniendo la Gerencia casi exclusivamente en aquellos asuntos comunes a los tres equipos o en aspectos de gestión complejos. Así fue posible asignar algunas partidas presupuestarias específicas para cada equipo (actividades de socioterapia, ropa de pacientes, que acabaron comprando directamente los pacientes en las tiendas de la ciudad, etc.), incluso que el personal de enfermería de cada unidad pudieran organizar sus turnos de trabajo. En las Comisiones de Selección para la incorporación de nuevos trabajadores hubo, siempre, al menos un representante del estamento correspondiente.

d) Se estimuló la dinámica y trabajo en equipo de todos sus componentes, a fin de facilitar ideas nuevas para elevar el nivel asistencial o para crear soluciones a los múltiples problemas que iban surgiendo. Destacó de forma especial la motivación del personal de enfermería (compuesto, sobre todo, por auxiliares psiquiátricos y monitores de laborterapia) para trabajar de esta forma, completar su formación y aportar creatividad, iniciativa y esfuerzo, fundamentales en algunas tareas que desarrollaron, tal como la adquisición de habilidades sociales en grupos de pacientes crónicos institucionalizados, la intervención a domicilio en situaciones de crisis, el apoyo a familias con pacientes psicóticos externados en su domicilio (por ejemplo, permaneciendo varias horas en el domicilio del paciente), etc.

e) Se abrieron sistemas de participación de los internados, creándose reuniones de pabellón, regulares y diarias en algunos, esporádicas y más distanciadas en otros. Desde ellas se determinaron los aspectos organizativos del pabellón o del sector, tales como las excursiones, el sistema abierto o semiabierto de la unidad, el apoyo a otros pacientes con menor capacidad de autonomía en sus salidas a la ciudad. Se formó una Comisión de Pacientes con miembros elegidos entre ellos que intervenía, entre otras cosas, en el funcionamiento del Club Social, los menús y precios de la cafetería, las remuneraciones y sistemas de trabajo en los talleres de laborterapia.

Junto a algunos logros incuestionables, tal como la reducción del censo de internados a menos de la mitad del existente en 1971 y la mayor autonomía de los pacientes (a lo que no era ajeno su rendimiento laboral en Laborterapia), hubo un mayor o menor acercamiento a estas líneas según la composición de cada equipo y del que llevaba el rol de líder, y, sobre todo, hubo conflictos abiertos de toda clase (entre los miembros de un equipo, entre los diversos equipos y entre éstos y la Dirección o/y la Diputación), conflictos que abocaron en 1978 a una serie de medidas regresivas y represivas, incluyendo el despido de todos los líderes que apoyaban y trabajaban en estas líneas.

Dejamos para el coloquio cualquier otra información general o particular que se estime oportuna sobre la experiencia relatada o sobre la vigencia actual de los principios de la comunidad terapéutica en la organización y realización de actividades asistenciales, formativas y de evaluación.

«REFLEXIONES SOBRE ALGUNOS AGENTES CURATIVOS DE LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS»

por Julian Ibañez de Opacua Andueza

1. INTRODUCCION

El tema de esta comunicación surge de un sentimiento de duda y de cierta confusión cuando hablamos de CCTT. Se da por sentado (quizás demasiado alegremente) que la CT es algo bueno, que ayuda a sus miembros y que contribuye a la realización profesional y personal de los que trabajan en ella. Pero al hablar de CT, ¿estamos hablando todos del mismo tipo de institución? y, quizás más importante, ¿estamos todos de acuerdo en qué es lo que convierte a las CCTT en «terapéuticas»?

En las reflexiones siguientes he intentado extraer algunos de los conceptos e ideas que, en mi opinión, contribuyen a que los individuos se beneficien de su estancia en una CT. Para ello ha sido fundamental mi experiencia en las CCTT y el Centro de Crisis, todos ellos servicios de tipo residencial, de la Arbours Association (Londres); la mayor parte de los ejemplos que proponga provenirán de dicha experiencia pero, no obstante, considero que estas ideas pueden ser útiles para toda institución que se considere terapéutica.

Considero que el carácter «terapéutico» de un servicio no se consigue simplemente llamándolo así (1), sino que hay que ganárselo, y a continuación me gustaría esbozar algunos de los aspectos que, en mi opinión, contribuyen a alcanzar dicho título.

2. EL ENCUADRE FISICO

Toda CT debe tener un lugar físico definido en el que realizar sus actividades, bien sea una casa, un piso, una sección de un hospital, un centro de día, etc.

Es importante que el espacio físico en el que se ubica la CT este **humanizado**, es decir, que esté hecho a medida de las personas que lo van a utilizar y no a la inversa. Las instituciones demasiado grandes tienden a convertir a las personas en meros números y a jerarquizar y burocratizar las estructuras.

El espacio debe ser, además, **digno**. Debe existir un mínimo de confort, de calidad de ambiente, o por lo menos los residentes deben percibir que se están realizando los esfuerzos para que esto sea así.

La CT debe **posibilitar el encuentro y la interacción entre personas**, lo cual se consigue mediante la existencia en la misma de espacios que lo favorezcan: una sala de estar, una cocina amplia, salas de grupos, etc. Simultáneamente, las personas necesitan sentir que pueden conservar su propia **intimidad**, y retirarse a ella si lo consideran necesario. Los dormitorios individuales preservan al

máximo esta intimidad y al mismo tiempo pueden servir como una base concreta para comenzar a construir una individualidad que normalmente es muy débil (es normal que los residentes que viven en las CCTT decoren sus habitaciones o dispongan los muebles a su gusto, se rodeen de objetos emocionalmente significativos y se sientan especialmente sensibles frente a las intrusiones).(2)

El encuadre físico debe ser protector de los miembros de la CT y de las actividades que allí se desarrollan, de manera que se eviten las intrusiones, interrupciones provenientes del exterior, visitas inesperadas. De esta manera se podrá crear en la mente de todos los involucrados la idea de un espacio fuerte, seguro y finalmente contenedor.

- Louise, una residente del Centro de Crisis, tenía una relación muy simbiótica con su madre con intrusiones constantes por ambas partes. Ninguna de ellas podía soportar la separación y cualquier intento de una de ellas por independizarse y avanzar en la vida era respondido por la otra con reacciones muy agresivas: Louise tacaba la casa de sus padres tirando ladrillos contra las ventanas de su nueva casa y su madre inundaba de ansiedad, reproches y amenazas a los terapeutas que intentábamos ayudar a Louise. Durante su estancia en el Centro de Crisis, Louise vio cómo su madre irrumpía constantemente en su espacio mediante visitas inesperadas que incluían entrar en su habitación, ordenarla y llenarla de regalos. Este tipo de actuaciones tenían un efecto muy negativo en el proceso terapéutico de Louise. Se intentó regular este tipo de actuaciones mediante la Terapia de Familia e incluso prohibiendo a la madre (siguiendo los deseos de Louise) la entrada en el Centro excepto en las horas de sesión. El relativo fracaso de la estancia de Louise fue debido en gran medida a esta dinámica que no favorecería en absoluto el que Louise se sintiera protegida en el Centro.

- Mateo, otro residente del Centro de Crisis, recibió un mañana muy temprano la visita inesperada de su madre, con la que él tenía una relación bastante difícil. La puerta fue abierta por uno de los Terapeutas Residentes conocedor de la situación. Antes de permitir la entrada en el centro de la madre, el terapeuta preguntó a Mateo si quería ver a su madre, y él respondió que no, que ella debía avisar antes de venir y acordar la visita con él. El terapeuta respetó estos deseos y se lo comunicó a la madre, a la que hizo entrar en una sala aparte y a la que escuchó durante unos minutos.

Muy relacionado con este punto es la idea de que la CT debe ser también un espacio físico **protegido**. Es decir, deben ser cuidado, reparado, mantenido en buen estado de funcionamiento. La responsabilidad de este mantenimiento debería ser de todos los miembros de la Comunidad, pacientes y trabajadores, de manera que se promueva un sentimiento de responsabilidad y de orgullo hacia el entorno. Sin embargo, la responsabilidad última de este aspecto recae sobre los responsables de la Comunidad. En épocas de crisis, de poca cohesión grupal, de depresión y retraimiento o de gran agresividad, el entorno físico puede ser dañado o descuidado, y puede que la motivación de los residentes sea extrema-

damente problemática. En estos momentos los profesionales deben responder con una actitud reparadora y de cuidados, de considerar que es importante el mantener las instalaciones. Esta capacidad cuidadora se intentará, cuando las condiciones lo permitan, que se instaure de nuevo en los residentes. (3)

Es muy fácil el imaginar el poder emocional y simbólico del entorno físico y de las actitudes para con el mismo, para todos los miembros de la Comunidad. Su importancia radica en su función facilitadora de las actividades terapéuticas y en la capacidad que tiene de constituirse en objeto emocional en sí mismo, al que se otorga características (contenedor, amenazante, destruido, valorado, desvalorado, etc.) transferenciales propias. (4)

- David permaneció un año en el centro de Crisis. Externamente siempre se mantuvo como un persona aislada y rígida, con poca capacidad de expresar sentimientos. Una vez que se marchó y después de hacer limpiar su habitación concienzudamente, nos dimos cuenta que persistía un olor desagradable. El carpintero que examinó la habitación nos confirmó que David había estado orinando durante varias semanas en el suelo de su habitación y que el olor había penetrado en las maderas que formaban la estructura de la casa. Sometió a la madera a un tratamiento para eliminar el olor, lo cual consiguió con bastante dificultad. El olor era un recuerdo constante de David, de su presencia en la casa y de la agresividad que le había despertado el tener que abandonar el Centro, como si quisiera decimos: «No penséis que va a ser tan fácil el libaros de mí».

3. MODELO TEORICO-FILOSOFICO

El modelo teórico-filosófico constituye el bagaje ideológico con el que se enfrenta el trabajo en cualquier contexto; es el encuadre interno que nos sirve para entender, planear, estructurar, etc.

En mi opinión, es muy importante que los trabajadores de una CT tengan, **lo más claro posible**, dicho modelo. En la mayoría de los casos la adopción de un modelo determinado es el producto de un largo proceso de evolución y aprendizaje, por lo que no se trata aquí de defender la idea de un modelo rígido e inmutable. Sin embargo, desde el comienzo del funcionamiento de una CT es importante el intentar establecer un marco común y consensuado de funcionamiento, que permita la evolución y el desarrollo individual e institucional, pero que también proporcione cierta seguridad y sentido de dirección en el trabajo diario.

El modelo teórico-filosófico de una CT va a enfrentarse a infinidad de cuestiones a las que debe dar respuesta, tales como: las causas del sufrimiento psíquico, la dinámica de la patología mental, el proceso de tratamiento, los factores terapéuticos, lo individual en relación con lo grupal y lo familiar, el trabajo en equipo, las relaciones pacientes-trabajadores, los límites, etc.

Evidentemente, la formación teórica de los profesionales que trabajan en la CT será un factor importante a la hora de establecer dicho modelo. Pero éste no es el único factor, ya que es totalmente posible compartir un mismo modelo

teórico y tener actitudes y maneras de entender este tipo de institución muy diferentes.

4. LA ACTITUD TERAPEUTICA

La actitud terapéutica es un concepto que se deriva muy directamente del modelo teórico-filosófico. Aún así hay que tener en cuenta las distintas actitudes personales de los individuos que trabajan en la Comunidad, que hará que unas personas fomenten un aspecto más que otro o se encuentren más cómodos en un apartado del trabajo terapéutico que en otros.

La actitud terapéutica hay que adquirirla, no se nace con ella. Aún cuando haya personas con mayor predisposición que otras, ésta requiere un esfuerzo y un aprendizaje considerable en el que la comunicación sincera con los compañeros es fundamental.

Es importante resaltar que la actitud terapéutica no debe ser exclusiva de la relación trabajador-paciente, sino que debe fomentarse también en las relaciones entre los miembros del equipo terapéutico y en las relaciones que establecen los residentes entre sí.

Considero que la actitud terapéutica debe incluir los siguientes apartados:

- RESPECTO

Los pacientes han de ser considerados como seres humanos y como tal es necesario tratarlos. Han de aplicarse las mismas reglas de educación y cortesía que se aplican con otras personas. Existen multitud de detalles en la vida diaria de una CT que indican el nivel de respeto que existe: llamar al entrar en una habitación, pedir excusas por un cambio de horario de última hora o por llegar tarde a una reunión, consultar a los residentes sobre cambios, proyectos, etc., el contacto físico, los chistes o bromas sobre los residentes, dar las gracias, dar explicaciones, responder a preguntas, etc.

- ACEPTACION

En la CT van a surgir conductas, actitudes, fantasías, etc., que nos pueden resultar extrañas, repulsivas, ansiógenas, seductoras, etc. Es importante el fomentar una actitud de aceptación de todo tipo de material que surja dentro del entorno de la Comunidad. La aceptación significa no rechazo, una actitud de permeabilidad frente al otro, de dejarse afectar, de no establecer barreras y actitudes defensivas excesivamente rígidas. Es el primer paso para establecer una contención efectiva.

- Elena, una residente del Centro de Crisis, anunció a su llegada que se había enamorado a primera vista de uno de los terapeutas del Centro. El terapeuta reaccionó con gran frialdad frente a Elena, se mostraba rígido en su presencia e intentaba continuamente convencer a ella y a los demás sobre lo irracional de un sentimiento semejante, en lugar de analizar lo que significaba para Elena el haber iniciado su estancia en el Centro.

Aceptación no significa renunciar a la posibilidad de cambio, ni tampoco el dejarse invadir.

- NO JUZGAR

Este aspecto equivale a evitar etiquetajes del tipo bueno-malo. Existen otros mucho etiquetajes que continen connotaciones de tipo moralista: homosexual, agresivo, gitano, etc. Algo parecido puede decirse de ciertas etiquetas psiquiátricas que parecen tener una vida propia independiente de las personas a las que se aplican, tales como esquizofrénico o histérica. (5)

Los etiquetajes de estos y otros tipos pueden llegar a encorsetar la relación incluso antes de entablarla directamente. Pueden también hacernos adoptar una actitud frente a la persona que incluya el presionarle para que «no sea así, por que eso no está bien».

Es imposible pretender que podamos liberarnos de todos los prejuicios y del bagaje social, cultural y profesional que todos llevamos encima. Lo que sí se puede intentar es el darnos cuenta cuando ese bagaje nos está influenciando y cómo.

- ESCUCHA

La escucha terapéutica es algo distinto del oír lo que el otro tiene que decir. La actitud de escucha necesita de que exista cierto espacio para la misma; un espacio físico, es decir que exista tiempo suficiente y condiciones apropiadas para la conversación y el encuentro entre trabajadores y residentes, y un espacio interno, es decir que el que escucha debe ser capaz de ponerse a disposición del otro para que éste deposite su historia, sus experiencias, su miedo al futuro, etc.

Un aspecto interesante de la escucha es el escuchar lo que no se dice, los silencios, las ausencias, e intentar facilitar la expresión de los mismos cuando las condiciones lo favorezcan. La observación del aspecto físico y del comportamiento no verbal del otro es también una forma de escuchar, ya que se trata de una modalidad de comunicación sumamente efectiva. Un aspecto especial de la escucha es lo que se denomina **empatía**. La empatía es ponerse en lugar del otro, intentar conectar con el estado emocional de la otra persona para entenderle mejor. La actitud empática no significa el perder la propia perspectiva de la situación. La empatía puede llegar a sentirse por la otra persona, ya que a menudo damos señales y comunicamos dicha actitud de manera no verbal.

- CONTENCION

La contención es el esfuerzo de aceptación y de recogida de lo que no es digerible por el paciente o el grupo: confusión, pesimismo, desesperación, etc. El establecimiento de una atmósfera contenedora en la CT es una condición indispensable para que se realice cualquier trabajo terapéutico. La contención es el resultado de factores mencionados anteriormente como la escucha, la aceptación, etc.

- En una CT vivía un residente que se encontraba muy agitado, entraba y salía constantemente, daba protazos, se cambiaba de ropa continuamente y tenía un tono general de ansiedad y de agresividad. En esos momentos era

muy difícil establecer una conversación con él. Cuando uno de los terapeutas tenía algo de tiempo libre se sentaba en la sala y permanecía allí durante un rato. Este residente entraba y salía de la sala continuamente hasta que, al comprobar que la presencia del terapeuta era algo estable y que éste no le presionaba para nada, podía sentarse unos minutos y charlar.

- ESTABLECIMIENTO DE LÍMITES

Los límites son algo sumamente necesario en toda relación terapéutica. El establecimiento de límites dentro de la CT puede estar incluido en el llamado Contrato Terapéutico, que incluye las normas, obligaciones, responsabilidades, etc., mediante las que la Comunidad se rige. Es importante que los límites sean claros y que se expliciten tan pronto como sea posible. Existirán, sin embargo, numerosas ocasiones en las que haya que establecer nuevos límites o en las que éstos sean retados o transgredidos. Los límites contribuyen a la sensación de seguridad y contención de la Comunidad, y facilitan el establecimiento de límites internos en aquellos individuos con personalidades muy desorganizadas o confusos. Los límites pueden ser vistos como algo vengativo y persecutorio, por eso es muy importante explicar el porqué de los límites e intentar no caer en la fantasía de muchas personas para los que los límites, en lugar de preservar y organizar la relación, la destruyen y la hacen imposible.

- LA NO COLUSION

La colusión es la actuación que mantiene o fomenta las características patológicas de otra persona, con lo que no se produce un verdadero proceso terapéutico, sino precisamente todo lo contrario. Una actitud no colusiva puede dar lugar a reacciones de enfado o agresivas por parte de la otra persona, actitud ésta que se puede contrarrestar mediante el empleo de la escucha empática e intentando entender la dinámica en juego. La no colusión refuerza la parte sana de la persona.

- Ana llegó al Centro de Crisis con la intención explícita de «hacer una regresión» y, por lo tanto, desde el primer momento permaneció en su habitación metida en la cama. El equipo que la atendía accedió a sus deseos y no le animó para que se relacionara con el resto de los residentes. Más aún, uno de los miembros del equipo era el encargado de hacerle compañía en su habitación y de llevarle comida: pan, queso y leche. Cuando llegó el final de su estancia, Ana no podía entender porqué «le estábamos echando de esa manera» y reaccionó de una manera muy violenta.

Ana volvió al Centro para una segunda estancia, y esta vez el equipo, con la experiencia de la estancia anterior, no favoreció ningún tipo de regresión. Ana apenas estuvo a solas en su habitación, se relacionó con los otros residentes y terapeutas y se marchó habiendo tenido una experiencia mucho más positiva y terapéutica.

- BÚSQUEDA DE SIGNIFICADO: PENSAR

La actividad de la CT debe estar dirigida hacia el entender acciones, actitudes, etc. Esto pasará por entender cuál ha sido el proceso personal que ha llevado a

acada uno de los miembros de la Comunidad a la situación en la que se encuentran, y a entender las relaciones que establecen entre sí. Se trata de potenciar el pensamiento sobre la acción impulsiva y automática. Esta búsqueda de significado no es un ejercicio meramente intelectual: para que se de esto se necesita la creación de un ambiente contenedor y debe estar avalado por la experiencia de las relaciones de todo tipo que se establecen en la Comunidad.

- ACTITUD INTEGRADORA

La actitud integradora de la CT tiene dos aspectos:

- 1) Abarcar los distintos aspectos del individuo: intrapsíquico, interrelacional, familiar y social,
- 2) Integrar todos los aspectos de la vida en la Comunidad: lo estructurado (reuniones, terapias, etc.) y lo no estructurado (comidas, espacios libres, noches) debe formar parte del material de reflexión y de comprensión de los fenómenos de la Comunidad. **El trabajo en equipo** es fundamental para integrar estos distintos aspectos: trabajar en equipo con todos los profesionales que componen el entorno de la persona dentro y fuera de la Comunidad, y trabajar en equipo de manera que las distintas actividades del individuo (terapia, actividades lúdicas, espacios no estructurados, etc.) sean puestas en común a servicio del progreso terapéutico.

- ELABORACION

La elaboración es un concepto muy relacionado con el anterior, ya que se trata de la devolución del material impensable, insoportable, inaceptable, pero ya digerido, pensado, asimilado. La elaboración es producto de la actitud pensante y de la búsqueda del significado de los fenómenos de la Comunidad.

- ESPACIO LUDICO

La CT debe proporcionar un espacio lúdico, entendido como la potencialidad para desarrollarse, para experimentar, equivocarse, rectificar, disfrutar y crecer. La estancia en una CT supone probablemente una oportunidad única para este tipo de experimentos, debido a que la permisividad y la aceptación es mayor que en la sociedad en general, y esto debe ser aprovechado.

Se entiende este concepto como el de Winnicott de «estar sólo en presencia de la madre», es decir el de poder desarrollarse sabiendo que existe alguien (en nuestro caso la totalidad de la CT) que está presente. Este es un momento necesario dentro del desarrollo del niño, que posteriormente internalizará la presencia de la madre, convirtiéndose en una madre simbólica interna, cuyas capacidades habrán pasado a formar parte de las capacidades propias del niño.

- Carlos, un joven adolescente residente en el Centro de Crisis, había desarrollado una sintomatología de tipo autista y catatónico como respuesta al divorcio de sus padres. Durante su estancia en el Centro, Carlos pasó por un período en el que nada parecía cambiar en su estado. Las sesiones terapéuticas se sucedían sin que se lograra sacarle de su mutismo y de una gran preocupación por el estado emocional de los demás. Su evolución

estuvo marcada por su actividad fuera del Centro. Comenzó a pasar fines de semana con sus amigos y a tocar en un grupo de música, a menudo faltaba a sus sesiones y comenzaba a abrirse un poco a los demás. El equipo entendió que su estado de inmovilidad anterior había dado paso a una fase de cierta rebelión adolescente que no era sino la continuación de un proceso que las circunstancias de su vida habían detenido, y el equipo y el resto del Centro seguían allí para velar que ese proceso se movilizara.

- Cosme, que residía en una CT, había vivido en un ambiente muy conservador y hostil frente a todo tipo de cambio e innovación. En ese ambiente las palabras sexo, y más aún homosexualidad, y ser de izquierdas eran tabú. Durante su estancia en la CT, Cosme comenzó a experimentar con esas nociones, estableció una relación heterosexual con una residente de la Comunidad que no duró mucho, y entablaba conversaciones y discusiones con su terapeuta y el resto de los trabajadores varones sobre la masculinidad, la agresividad, etc. Cosme también se sentía atraído por los dirigentes de la organización a los que consideraba inicialmente como comunistas y revolucionarios. Todas estas nociones dejaron de ser tabú y objeto de miedo porque pudieron ser exploradas en un ambiente que lo permitía.

5. EL GRUPO

El grupo es un elemento terapéutico fundamental en las CCTT. Este elemento se instrumentaliza a través de reuniones o terapias grupales de distinto tipo. Pero no hay que olvidar tampoco el valor del grupo fuera de las reuniones, el compartir un espacio y el salir del aislamiento y comenzar a compartir e intercambiar dentro de una atmósfera que lo potencia y que protege.

6. LA TRANSFERENCIA

Durante la pertenencia a una CT, todos sus miembros se relacionan transferencialmente con la misma. La Comunidad se convierte en objeto materno contenedor y nutricio, en objeto paterno proveedor de normas y facilitador de la socialización, o bien se la siente como objeto frustrante, vacío, perseguidor, etc. Sea cual sea el caso, estos fenómenos son utilizables desde el punto de vista terapéutico y muchas veces son la expresión de las distintas fases por las que pasa la persona dentro de la misma. La CT se ofrece como objeto transferencial. (6)

7. LOS TRABAJADORES

Es importante mencionar a los trabajadores de la CT, ya que forman una parte fundamental de la misma. Como ya he mencionado anteriormente, los trabajadores son los máximos responsables de potenciar los factores terapéuticos de la Comunidad y de establecer una actitud terapéutica.

Es muy importante el intentar lograr que exista una estabilidad de los trabajadores implicados en una CT, ya que el proceso de aprendizaje y de sentirse

dentro de un grupo de estas características es lento y, además, los cambios frecuentes producen un sentimiento de inestabilidad que no favorece la contención.

Las personas que trabajan en la CT deben practicar intensamente la autoobservación para evitar caer en actuaciones y para mantener la actitud terapéutica siempre viva. La autoobservación se consigue mediante la potenciación de los espacios grupales propios de los trabajadores en los que éstos se sientan contenidos para expresar sus dudas y dificultades. La manera en que los trabajadores afrontan conflictos y situaciones difíciles, y el tipo de trabajo en equipo que se lleve a cabo van a ser percibidos por los residentes, y se producirá un aprendizaje por observación que es una forma muy importante también de potenciar el cambio terapéutico: la primera experiencia de las dificultades, potencialidades, alegrías, miedos u horrores de la vida en pareja que tiene el niño es gracias a la observación de sus padres tal y como funcionan como pareja.

8. CONCLUSION

Espero que los puntos expuestos sirvan para fomentar la reflexión sobre los aspectos terapéuticos de las CCTT. Evidentemente, la lista no es exclusiva y el énfasis dado a uno y otro punto es anecdótico, ya que considero que la capacidad de ayudar de una institución depende de la combinación de dichos factores, y que en una situación específica habrá que dar más énfasis a un punto que a otro.

Los descritos pertenecen a un modelo de funcionamiento muy específico que ha sido desarrollado y variado a lo largo de más de veinte años. El modelo no es lo más importante, lo que es fundamental es el **ejercicio de reflexión** que cada individuo e institución deben hacer para clarificar su forma concreta de trabajar.

NOTAS:

(1) Sirva como triste ilustración la noticia surgida recientemente en la prensa sobre la muerte por malos tratos de un toxicómano, miembro de una «comunidad terapéutica» en Italia.

(2) Las CCTT de la Arbours Association (Londres) están establecidas en casas pequeñas donde viven de 7 a 9 personas. Las casas no se diferencian en nada del resto de las casas del vecindario. Cuentan con un amplio jardín, cocina y sala de estar en la planta baja y habitaciones individuales.

(3) La política del Centro de Crisis en este aspecto era la de la de realizar reparaciones o cambios de material dañado de una manera rápida. Los responsables de esto eran los Terapeutas Residentes, que también debían fomentar la discusión sobre lo que había dado lugar a los desperfectos. Se considera que el no hacerlo así daba una impresión de desidia y de que habíamos perdido nuestra capacidad cuidadora y reparadora.

(4) En un reciente congreso, unos compañeros trabajadores en una CT de Málaga, expresaban vívidamente la relación existente entre la Comunidad como espacio físico y sus miembros. Contaban como los grupos comenzaron a realizarse en la Comunidad cuando ésta no estaba acabada todavía: la creación del espacio físico de la Comunidad se estaba haciendo al mismo tiempo y en el mismo lugar que la toma de conciencia mental y emocional de que un grupo de personas configuraban una

Comunidad. También compartieron con nosotros los terribles momentos cuando el tejado de su Comunidad se vino abajo, y cómo ésto afectó de manera dramática su actividad.

(5) En el Centro de Crisis se comenzó a utilizar la expresión «cutter» (del inglés «to cut» = cortar), para designar a un tipo de residentes del Centro: éstas eran mujeres jóvenes, que se automutilaban cortándose los brazos, con problemas de alimentación y generalmente con historias de institucionalización y abuso sexual. Este tipo de residente causaba una gran ansiedad a los terapeutas ya que su contención era muy difícil. Al cabo de un tiempo, cada vez que una persona de este tipo era derivada al Centro, se le denominaba con el adjetivo «cutter», lo que ya nos ponía a todos en guardia para recibir a una especie de monstruo que nos iba a torturar noche tras noche con sus actuaciones, o por lo menos eso era la fantasía. Lo que el adjetivo «cutter» producía era una insensibilización y un distanciamiento frente a una persona nueva a la que no conocíamos en absoluto.

(6) La comida en las CCTT condensa simbólicamente gran parte de lo que ésta significa para una persona en un momento concreto. Las distintas actitudes hacia la misma: rechazo, apreciación, nunca hay lo suficiente, comerla y vomitarla, cocinar para los demás, etc. representan en muchos casos las actitudes frente a la Comunidad y la relación que se ha establecido con la misma. No es raro que lo que se de sea una evolución en dichas actitudes: se pasa de un rechazo o de sospechas hacia lo que se ofrece para comer, a un comer voraz y competitivamente hasta llegar a veces a ser capaz de preparar comida para los demás y disfrutar haciéndolo.

«INTENTO DE 'TERAPIA DE UNA COMUNIDAD HOSPITALARIA' A PARTIR DE UNA VISION PSICOANALITICA Y GRUPOANALITICA»

por Susana Jover e Isabel Admetlla

INTRODUCCION

Nuestra experiencia se ha desarrollado en un Hospital de Barcelona. En la última Memoria de este Hospital (1) se lo describe como «un hospital general y universitario del más alto nivel de acreditación (nivel III)». Es una fundación privada integrada en la red hospitalaria de utilización pública de Catalunya, con un 95% de sus prestaciones dirigidas a los beneficiarios de la Seguridad Social, y está acreditado como una instalación del máximo nivel de especialidades, de alta tecnología y con funciones asistenciales, docentes y de investigación. En este momento dispone de 850 camas de hospitalización que permiten asistir anualmente a unos 25.000 enfermos ingresados, más de 100.000 urgencias y a unos 300.000 pacientes de consulta externa (1).

EL HOSPITAL COMO COMUNIDAD HUMANA

Un hospital es ante todo una comunidad humana: hay personas que trabajan en él y personas que acuden para solventar problemas de salud. Idealmente el primer grupo está para ayudar a resolver los problemas del segundo, pero sin embargo, tiene también sus propios problemas y conflictos.

Siguiendo a Maxwell Jones (2) podemos pensar que el hospital que hemos descrito funciona en muchos aspectos como un sistema cerrado: está altamente jerarquizado, las vías por las que circula la información y la comunicación formales e informales no son funcionales y la comunicación en todas las direcciones tropieza con importantes trabas. Este funcionamiento cerrado perpetúa una forma de entender el ser humano y la organización social del hospital caracterizadas por la disociación y la parcialización: enfermos-sanos, cuerpo-mente, lo psíquico-lo social, éxito-fracaso (terapéuticos). Pero también se dan otras divisiones: médicos-enfermeras, enfermeras-auxiliares, pacientes-familias, hombres-mujeres, adultos-niños, curar-ser curado, lo científico/técnico-lo «humano». Estas divisiones, expresión de la disociación, tienen como efecto rupturas de las cuales no se toma conciencia y que, en consecuencia, funcionan como obstáculos para la comunicación y para el cambio.

EXPERIENCIA GRUPAL EN UNA COMUNIDAD HOSPITALARIA

Antecedentes históricos

En un trabajo anterior (3) dimos cuenta de nuestra experiencia en el hospital hasta ese momento y hacíamos mención de lo que llamábamos «la prehistoria»

de nuestro quehacer actual. Estamos trabajando en la institución desde hace más de 18 años y casi desde un comienzo nuestras preocupaciones giraron en torno a cómo salvar las disociaciones que advertíamos y a interrogarnos sobre nuestro lugar en el grupo de trabajo y en la institución. Nuestros intentos de llevar estas preocupaciones a la reflexión grupal no hallaron respuesta y, por el contrario, produjeron un efecto de aislamiento en relación con nuestro trabajo. Las consecuencias fueron que durante un tiempo nuestra actividad profesional se centró exclusivamente en la práctica clínica aunque intentando repetidamente comprometer a otros profesionales (médicos, enfermeras, asistentes sociales) en esta tarea, con la idea de lograr una mayor integración en la atención al paciente. Aquí de nuevo tropezamos con resistencias no sólo individuales sino grupales («equipos», «estamentos», «jerarquías», «profesiones»), las cuales incidían dificultando el compromiso de las personas para integrarse en una tarea común compartida. Estas dificultades no pudieron ser interrogadas grupalmente porque no se había logrado crear un verdadero grupo multidisciplinar donde revertirlas y reflexionar sobre ellas.

Esta manera de enfocar y realizar la colaboración multidisciplinar encuentra innumerables obstáculos y resistencias individuales, grupales e institucionales, ya que la posibilidad de cambio implica la necesidad de cambio individual, social o de ambos. Estos han sido los escollos que han determinado que nuestro proyecto de colaboración interdisciplinaria se haya llevado a cabo con períodos de impasse. A partir de un cierto momento, marcado por nuestra propia reflexión en relación a nuestra posición, nuestro quehacer grupal sólo se ha dado a partir de demandas de otros colectivos del hospital.

Una demanda de trabajo grupal

Hace 5 años, en marzo de 1988, Formación Continuada de Enfermería nos pidió colaboración a partir de la demanda de dos grupos de enfermeras y auxiliares que tenían problemas en relación con la asistencia a pacientes graves. Manifestaban que no querían clases ni bibliografía sino otro tipo de ayuda; de hecho, lo que planteaban era la necesidad de reflexionar sobre su propia implicación en la relación con los pacientes y sus familiares. A partir de aquí se organizaron grupos de reflexión que han seguido procesos diferentes, marcados por situaciones que determinaron algunos cambios en nuestros planteamientos. Estos cambios han tenido efectos en relación al lugar que la institución ha otorgado al trabajo grupal y al saber. En el trabajo anterior, antes mencionado, (3) damos cuenta de este proceso.

Investigación sobre la motivación a través de una experiencia grupal

Hace 3 años la Asociación Profesional de Enfermería (A.P.I.) decidió transmitir a la Dirección de Enfermería su preocupación por los sentimientos de desmotivación de sus asociados, agravados por una huelga muy traumática, y le propuso sostener un estudio para conocer las causas de esta desmotivación. Se decidió hacer este estudio conjuntamente a través de Formación Continuada (F.C.) y se pidió a Hanne Campos la coordinación del mismo.

Para poder desarrollar el esquema del proyecto, que en un principio la A.P.I. pensó basar en la realización de una encuesta, se creó una comisión formada por los dos representantes de la Vocalía de «humanización y apoyo en el reconocimiento de la enfermería como profesión» de la A.P.I., la responsable de F.C. como representante de la dirección, Hanne Campos como coordinadora del proyecto y nosotras dos.

En esta comisión pudimos discutir esta idea inicial de la encuesta y reformular el proyecto de investigación, basándolo en un trabajo grupal de 9 meses de duración, al final de los cuales se entregaría un documento escrito con el análisis de la experiencia y las conclusiones correspondientes. Este primer período no estuvo exento de obstáculos. Muy pronto hubieron elecciones en la A.P.I. en las que se designó una nueva vocal en sustitución de las anteriores, motores iniciales del proyecto. La decisión de la A.P.I. de añadir a la comisión a esta nueva vocal provocó que las antiguas representantes decidieran abandonar el proyecto porque sintieron que no contaban con la confianza de la Asociación.

A finales de 1991 se inició la investigación que se planteó a tres niveles:

- 1.- Dos grupos de experiencia formados cada uno por unas 20 enfermeras y auxiliares y en los que se incluían personas con cargos de responsabilidad (supervisoras y jefas de área), que se reunían una vez a la semana en sesiones de 1 hora y media y co-conducidos por nosotras. También asistían la responsable de F.C., la enfermera de F.C. y la representante de la A.P.I.
- 2.- Un grupo de reflexión que se reunía semanalmente constituido por la representante de la A.P.I., los miembros de F.C. ya mencionados, H.C. como coordinadora y nosotras dos.
- 3.- El grupo de supervisión que hacía reuniones quincenales, formado por Hanne Campos y nosotras dos.

EL PROCESO GRUPAL

Los primeros tres meses estuvieron marcados por la necesidad de utilizar las sesiones para manifestar las quejas y el deseo de que éstas fueran escuchadas en algún lugar. Por lo tanto, lo primero que se evidenció fue la gran necesidad de tener un espacio donde manifestar y compartir las preocupaciones, a veces angustiosas pero inevitables, de la tarea diaria. La carencia de este tipo de espacios en la situación real de trabajo les imposibilitaba salir del círculo vicioso de la queja. Nuestro primer objetivo fue escuchar e intentar analizar grupalmente estas quejas para facilitar un proceso que permitiera transformarlas en interrogantes que las trascendieran. Las quejas se agrupaban en torno a cuatro cuestiones (4): carencias en la infraestructura y funcionamiento hospitalarios, falta de unificación de criterios, sentimientos de falta de reconocimiento profesional y de las diferencias individuales, tanto por parte de la institución como de ellas mismas, y el no trabajar en equipo ni disponer de tiempo ni espacio para reflexionar sobre el trabajo.

Al final del primer trimestre, pero sobre todo en el segundo y a partir de haber podido expresarse, comienza a verse un cambio en el proceso. Los miembros de los grupos empiezan a hacerse preguntas y a cambiar su posición en relación a las quejas. Pasan de una actitud pasiva, victimista en relación a unas circunstancias que sienten que son ajenas y sobre las que no tienen control, a otra más activa y comprometida, que les permite interrogarse sobre sus dificultades para implicarse en la búsqueda de soluciones a los problemas de los que se quejan. Este giro les permite advertir el proceso resistencial: tanto la proyección en la institución de sus propias resistencias al cambio, como el reconocimiento de su propia participación en esas resistencias. Las resistencias son muchas y a todos los niveles, y la posibilidad real de un cambio depende de una predisposición y una actitud facilitadora en todos los estamentos de la estructura. El cambio pasa por la confianza y la comunicación en la institución.

Durante esta etapa del proceso algunas personas abandonan los grupos, posiblemente porque no pueden ir más allá de la queja, mientras otras comienzan a hacer escritos donde plasman y transmiten sus reflexiones personales y los traen al grupo.

La esperanza en la posibilidad del cambio lleva a los grupos a considerar cuáles son los instrumentos adecuados y necesarios para promoverlo: los espacios de reflexión y el trabajo en equipo. Ambos se piensan como medios para intentar subsanar las carencias en la comunicación y en la relación tanto entre los miembros de los «equipos» de los servicios, como entre los de las diferentes jerarquías de la estructura institucional. Entre los miembros que abandonaron la experiencia se encuentran dos de las tres supervisoras y la única jefa de área que llegó a incorporarse a la experiencia tuvo una asistencia irregular y cada vez más esporádica. En el proceso de los grupos se repetía la situación que se da a nivel institucional: la dificultad de las jerarquías para participar y al mismo tiempo sostener lugares donde escuchar los problemas, reflexionar conjuntamente y promover los cambios necesarios para que la articulación y la coordinación de los diferentes objetivos, ámbitos y estamentos sea posible.

Durante todo el segundo trimestre y al principio del tercero se llevaron al grupo los escritos que cada quien producía y que eran discutidos conjuntamente. En ellos se intentaba analizar los factores que incidían en la desmotivación de enfermería, casi siempre ligados a sentimientos de insatisfacción que con frecuencia llevaban al desinterés. En ese sentido apuntaron que la desmotivación a veces sirve como resistencia al cambio.

La lectura de los escritos permitía identificar factores personales, socio-profesionales e institucionales como determinantes del malestar y de la desmotivación. Estos ponen en evidencia la urgente necesidad de promover un cambio a diversos niveles del funcionamiento del hospital.

El último trimestre se dedica al análisis del contenido de las sesiones y de los escritos a fin de elaborar el documento que recogiese los resultados de la investigación. La tarea común de análisis y elaboración del documento hace

surgir en los dos grupos la idea de hacerla conjuntamente, durante la etapa final de la experiencia. El escrito documento plasmaba claramente fallos importantes en el funcionamiento institucional tanto en lo organizativo como en lo relacional. El pasar de unos escritos comentados sólo dentro del grupo a un documento escrito para la institución despertó ansiedad en algunos miembros del grupo que se manifestó en sucesivas sugerencias en relación al lenguaje utilizado y a la exclusión de algunas palabras. Por esta razón, el documento final es el resultado de cinco o seis tentativas diferentes. Esto creemos que se debió a la necesidad de los miembros de poderse identificar con lo que se decía en el escrito colectivo y por otra, al temor de que como co-autores del documento pudiesen ser objeto de represalias institucionales.

El escrito se entregó a la Dirección de Enfermería y a la A.P.I. en el plazo previsto (julio de 1992). Debido a la falta de respuesta, en octubre se hizo llegar una copia del documento también al gerente del hospital. La directora hizo su primera reunión con el grupo a principios de noviembre y parecía dispuesta a iniciar un trabajo con él, a partir de una comisión a constituir a tal fin. La directora fue destituida pocos días después. En este momento hay una nueva directora de enfermería que se ha puesto en contacto con la coordinadora del proyecto en Abril 1993 en un intento de informarse sobre este trabajo y sus objetivos y posibilidades.

ANÁLISIS DEL PROCESO

Pensar el hospital como una comunidad humana implica poner énfasis en lo colectivo y en la necesidad de que los diferentes grupos que forman la institución se impliquen y se articulen con los objetivos comunes de ésta.

La presente experiencia grupal de 9 meses de duración nos ha permitido advertir la dificultad inicial de los miembros del grupo de vivir el hospital como una comunidad, de sentirse miembros de ella.

Para nosotros el hospital es también una comunidad terapéutica en el sentido de que nuestro trabajo en la institución tiene como objetivo intentar promover el cambio. Se ha de tener en cuenta que cualquier proyecto de cambio comporta inevitablemente la emergencia de múltiples resistencias individuales, sociales e institucionales, conscientes o inconscientes, que si no se analizan colectivamente funcionan como obstáculos para este cambio que se pretende impulsar.

Es por esto que los instrumentos básicos para impulsar el cambio son los espacios de diálogo y reflexión conjunta en los diferentes ámbitos de la institución y la formulación escrita de los objetivos elaborados, que permitirá reelaboraciones y reformulaciones sucesivas.

En el grupo con el que hemos trabajado se han dado cambios actitudinales y en relación a la motivación, cambios que contribuyen fuertemente a mantener el compromiso de sus miembros en dar continuidad a la tarea que comenzaron. Ya no sienten que su trabajo terminaba con la elaboración y presentación del

documento ni con la simple lectura de éste por parte de la institución, sino que lo piensan como el punto de partida para promover y colaborar en iniciativas que faciliten un cambio. Esto es gracias a que han podido reflexionar sobre sus propias resistencias personales y grupales al cambio y en este sentido se dice en el documento que «el cambio no es un hecho puntual sino un proceso continuo de adaptación creativa de los miembros individuales y de los subgrupos funcionales de la institución a las exigencias de las tareas profesionales y de la convivencia».

Nos preguntamos sobre las posibilidades de que un trabajo de este tipo cuya finalidad es promover el cambio personal, grupal e institucional, pueda tener continuidad en una institución asentada sobre una organización fuertemente jerarquizada, con jefes y subordinados, y que funciona como un sistema cerrado donde, tal como dice M. Jones (1) el control se ejerce desde arriba.

Si bien en el hospital existen vías formales de comunicación y de transmisión de la información, en la práctica se advierte que éstos no son funcionales y dejan con frecuencia a las personas que ocupan puestos subordinados en una situación de indefensión y anomia. La toma de decisiones se da en la cúpula de la jerarquía y la demanda es de sumisión a unos objetivos formulados sin la intervención de los miembros de la organización. La reflexión sobre esta experiencia nos ha hecho pensar que llevar a término un proyecto de este tipo en el ámbito institucional depende en gran parte de la capacidad de las personas dirigentes de visualizar la doble vertiente de su función en la institución: por un lado asegurar que se cumplan las normas y por otro llevar a cabo una función facilitadora de espacios de diálogo donde sea posible la elaboración de criterios de cambio, y donde pueda hacerse efectiva la comunicación entre las personas comprometidas en una tarea común.

REFERENCIAS

- 1.- Sant Pau. Memoria 1991. Pág. 7. Ed. Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Servei de Relacions Públiques, Barcelona.
- 2.- Jones, Maxwell. La Comunidad Terapéutica, ¿sobrevivirá o crecerá?. Boletín de la S.E.P.T.G. Monografía 1, 1991, pp. 8-18.
- 3.- Jover S. y Admetlla I. Una Experiencia Grupal con enfermeras en un hospital general. II Jornadas de S.E.G.P.A. sobre Modelos Grupales en Psicoterapia: Aspectos Teóricos y Técnicos. En la ponencia sobre Modelos, Aplicaciones y Reformulaciones Grupales en la Práctica Pública. Octubre de 1990. Madrid.
- 4.- Comunicació sobre l'Experiència Grupal al voltant del tema: La motivació d'infermeria. Hospital de Sant Pau. Juliol 1992. Barcelona.

«RELACION TERAPEUTICA Y ACTITUD PERSONAL»

por Victor de Dios Galocha

«El sentido de la propuesta que hacíamos en el pre-programa de este Symposium de Valencia está ligada a nuestro convencimiento de que aun que estemos asentados en diferentes ideologías técnicas y existenciales, sin embargo podemos «estar juntos», cercanos, en cuanto al factor básico de la «actitud humana» que es la música de fondo de toda relación psicoterapéutica».

¿Por qué cambia el paciente? Porque a través de la relación con una nueva figura, el terapeuta, de la que se siente querible y querido, y en quien confía, es capaz de ir desmontando sus defensas, de reconciliarse con su mundo interno y, en suma, de establecer una NUEVA RELACION DE OBJETO.

Pero esta nueva relación objetual, esta experiencia emocional correctora y la restauración consiguiente, se apoya en la doble significación que para el paciente tiene la figura del analista: de TERAPEUTA y de PERSONA.

Como terapeuta, apoyado -en nuestro caso- en la técnica psicoanalítica, que favorece y desarrolla de forma central la relación transferencial, en la medida en que en ésta se actualiza genéticamente la enfermedad y es a través de ella que se producen los cambios estructurales más profundos, a la vez que sirve de soporte privilegiado al crecimiento.

Pero el terapeuta no podrá lograr que el paciente entre en su proyecto técnico si no es capaz de lograr una actitud personal adecuada que facilite el auténtico encuentro entre ambos. Técnico y persona tienen que estar integrados para que realmente -a nivel profundo- el analizado pueda vivirle como una nueva figura, digna de afecto y de confianza, y que pueda servir de «objeto intermediario», de soporte estructural, a su necesidad de identificación, internalización, restauración, en una palabra, de CAMBIO. Como dice M. BALINT en su magistral obra de «La falta básica»:

«El analista debe estar dispuesto a sostener o llevar al paciente no de una manera activa, sino así como el agua sostiene al nadador o la tierra sostiene al caminante; el analista debe estar allí presente para su paciente, para ser usado por él sin resistirse demasiado a ser usado».

Cualquier analista experimentado habrá podido llegar a la conclusión de que el principal agente o factor de cambio, tanto en la psicoterapia individual como en

la de grupo, es la propia persona del analista, en la medida en que sepa y pueda mantener con el paciente -además de unas reglas técnicas- una relación afectiva adecuada, que facilite una nueva relación de objeto.

Como diría Saacha NACHT, el principal agente de cambio sería la actitud interior profunda del analista, tanto su actitud interna como inconsciente:

«Por ello, además en la relación analista-analizado en la que se basa todo trabajo terapéutico, lo que el analista es en lo más profundo de sí mismo, importa más que lo que decide ser de manera racional al lado del enfermo».

Podemos apoyarnos en este gran autor, que aunque de origen rumano estudió y ejerció en París, siendo como nos transmite FDEZ.-VILLAMARZO, «una figura clave en la ortodoxia institucional francesa y un valiente introductor de una equilibrada flexibilización de la técnica psicoanalítica clásica». Viene a decir Nacht que ningún paciente se arriesgaría a la aventura de la relación personal y transferencial que el psicoanálisis supone «si no estuviera seguro en la relación no verbal de inconsciente a inconsciente».

Ya Nacht nos aporta su descubrimiento de que, más allá de las fantasías proyectivamente distorsionantes, en todo paciente existe un nivel objetivo de trauma. Esto ocurre en cualquier tipo de paciente, y con mayor motivo en los psicóticos, que constituyen el componente fundamental de nuestros tratamientos. En ellos se observa una profunda herida narcisística, que se manifiesta a través de actitudes diversas, como agresividad, aislamiento, desesperanza, rencor, sadismo y masoquismo, entre otras. Y para ayudarles a superar esta actitud suicida, que les impide afrontar adecuadamente sus traumas y heridas afectivas, el paciente necesita, aparte de la ayuda técnica, llegar al encuentro con una persona:

. que me acepte

. que sea depositaria de sus miedos y angustias, de su dolor y su drama, en definitiva, que le tranquilice y reasegure.

. que represente una figura amorosa parental que reaccione de manera diferente que los propios padres. Dicho en palabras de Nacht:

«que la actitud gratificadora del analista experimentada como el amor esperado de los padres, constituya lo que denominé entrega reparadora indispensable, sin la cual nada puede modificarse en la estructura de los enfermos».

. que con su «presencia reaseguradora» estimule al paciente que confía en él a perder sus miedos y celos y a lanzarse a la gran aventura de crecer, madurar y sanar.

Esta Presencia afectiva y securizante es preconizada, tanto en la psicoterapia individual como en la de grupo, por la gran mayoría de los autores especializados en técnica psicoanalítica. Podríamos citar al respecto numerosos ejemplos, pero nos limitamos sólo a dos autores con los que estamos particularmente identificados en esa árdua tarea que es la flexibilización de la técnica

psicoanalítica: FERENCZI y el citado NACHT. Los cuales son partidarios, especialmente en la terapia de este tipo de pacientes psicóticos con los que tratamos, de hacer que predomine el «amor» sobre la «técnica» y el «ser» sobre el «hacer», como principales factores o motores de cambio.

FERENCZI fue, sin duda, el gran pionero de esa búsqueda humana y técnica cara al establecimiento de una relación terapéutica adecuada que, centrada en el encuentro, en la presencia del analista como posteriormente van a defender M. Balint y S. Nacht, fuera el punto de arranque para el crecimiento y la recuperación de la salud del enfermo. Este apasionado autor, que logra la primera cátedra de psicoanálisis en Hungría, que fue el gran amigo y pionero colaborador de Freud, es el símbolo de la aventura por lograr una postura terapéutica idónea, a medio camino entre la rigidez de la técnica psicoanalítica clásica y la excesiva flexibilización de la misma. Y a pesar de que en su tercera etapa técnica neocatártica llega a una posición desmedida, debido a lo cual es criticado por todos, incluso por el mismo Freud, provocándose la gran ruptura entre hermanos en la Sociedad Psicoanalítica Internacional, es indudable que apuntó un camino para que los terapeutas posteriores buscasen y siguiesen buscando una actitud terapéutica ecuánime. Incluso de esa desmedida etapa neocatártica ferencziana podemos extraer algunas citas de textos que avalan su sensibilidad técnica y humana en la búsqueda de esa «presencia adecuada del analista», como es ésta de «El principio de relajación y neocatarsis»:

«Lo que en realidad necesitan estos neuróticos es ser adoptados y gozar, por primera vez en la vida, de las ventajas de una crianza normal. Tal vez el tratamiento psicoanalítico con internación, recomendado por Simmel, si se le adaptara especialmente, podría ser útil en estos casos».

BALINT Y NACHT son los continuadores, fieles pero ecuánimes, de las «Experiencias ferenczianas», intentando hacer una reflexión de la técnica psicoanalítica pero sin salirse de la ortodoxia freudiana. Las citas ya apuntadas de Nacht reflejan claramente este intento por lograr una actitud terapéutica y personal idóneas.

Es evidente, como todos sabemos, que cualquiera que sea la técnica que utilicemos, es el paciente quien se cura, quien hace el insight, la elaboración, la restauración, en la medida que va logrando la ruptura de sus defensas enfermas.

Pero siempre, y en la base de todo tratamiento individual y grupal, estará la ACTITUD HUMANA como factor terapéutico central. Actitud, que podrá facilitar un nivel de comunicación, de confianza, de afecto, una «experiencia emocional correctora», que estimule al paciente su deseo de reconstruirse, su deseo de vivir. Es en último extremo como nos apunta FDEZ.-VILLAMARZO, la profunda actitud del analista respecto al paciente, la que va a hacer que los factores terapéuticos del psicoanálisis disparen los mecanismos de cambio en el analizado. Un triple tipo de «presencia del analista», que según el momento del análisis sería fundamentalmente «reaseguradora» al principio, «reparadora» en la parte central del análisis, y «estimulante» al final del mismo.

En este proceso, el terapeuta es lo de siempre: un técnico «psi» más bien limitado, que ayuda a desentrañar y canalizar los conflictos, un hombre que se ofrece como intermediario, catalizador, apoyo,..., como punto de referencia objetual.

Pero la «actitud humana» que hemos intentado describir - y que está en la base de toda relación terapéutica - es un gran ideal, fácil de expresar pero difícil de llevar a efecto. Realmente es casi una heroicidad tener una capacidad técnica adecuada y más todavía una actitud de entrega y de afecto suficiente para lograr ser ese «catalizador» que necesita el paciente para cambiar. Porque:

- . como nos sugiere FERENCZI: ¿hasta qué punto somos capaces de transmitir a nuestros hijos (pacientes) que merece la pena vivir?
- . o como nos repite FDEZ.-VILLAMARZO: ¿hasta qué punto somos capaces de amar?, porque «no ama el que quiere sino el que puede».
- . o como nos remata NACHT: «nadie puede curar a los demás si no tiene un auténtico deseo de ayudarlos. Y nadie puede tener el deseo de ayudar si no ama, en el sentido más estricto del término».

Por todo lo explicitado, siendo sinceros y realistas, creemos que solamente desde una postura vital positiva y flexible, de aceptación de nuestras insuficiencias e impotencias y desde un reto permanente de reciclaje técnico y humano, podemos ayudar a estos enfermos que vienen a nosotros, que sufren, que dicen estar mal y que nos suponen más sanos que ellos.

BIBLIOGRAFIA DE APOYO

- ALEXANDER, F. y FRENCH, T.: «Terapéutica psicoanalítica» Ed. Paidós, 1965.
 BALINT, M.: «La falta básica» Ed. Paidós, 1982.
 DE DIOS GALOCHA, V.: «La madurez afectivo-sexual: Sistematización de posibles indicadores», Ruta, Educadores, no. 146, 1988.
 FERENCZI, S.: 1928: «La elasticidad de la técnica psicoanalítica» Ed. Espasa Calpe, Psicoanálisis IV, Madrid, 1984.
 FERENCZI, S.: 1929: «Principio de relajación y neocatarsis» Ed. Espasa Calpe, Psicoanálisis III, Madrid, 1984. «El niño no deseado y el instinto de muerte» Ed. Espasa Calpe, Psicoanálisis IV, Madrid, 1984.
 KERNBERG, O.: «La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico», Ed. Paidós, 1979.
 NACHT, S.: «La presencia del psicoanalista» Ed. Proteo, 1967.
 «curar con Freud» Ed. Fundamentos, Madrid, 1972.
 FDEZ.-VILLAMARZO, P.:
 1985 - 1986: S. NACHT o «Los factores de cambio en psicoanálisis», en «curso monográfico de autores psicoanalíticos». Ed. I.S.E.F., Madrid.
 1985 - 1986: S. FERENCZI o «El tema de las variaciones técnicas», en «curso monográfico de autores psicoanalíticos», Ed. I.S.E.F., Madrid, 2 Vols.
 1986: «Las técnicas activas en psicoterapia analítica. Perspectiva freudiana». Rvta. Clínica y Análisis Grupal, no. 40.
 1989: «Reflexiones epistémicas sobre la incidencia de la técnicas activas en psicoanálisis grupal». Rvta. Clínica y Análisis Grupal, no. 50.

«GRUPO DE PSICOTERAPIA, UNA EXPERIENCIA INTERRUMPIDA»

por Victor Ortega Zarzosa

Desde 1976 vengo atendiendo a un Cupo de Asegurados en la Sanidad Pública, hoy Osakidetza, como Médico de Cabecera o General, en un barrio de Vitoria.

La actitud Clínica que he procurado mantener en este tiempo, dentro de este contexto es la Actitud Analítica. La mayoría de los Pacientes la aceptan y respetan, mostrando su conformidad entre otras maneras de una forma que es la más valiosa en esta actividad: su relativo estado de salud.

Se trata de un planteamiento de atención psico-somática, contemplando los aspectos psicodinámicos individuales y grupales de la relación del Paciente con su enfermedad y con su demanda, y de la relación Médico-Paciente, sin descuidar la influencia de aspectos psicodinámicos grupales más amplios: Sociedad, Sistema Sanitario, Familias etc... que también interactúan.

Este trabajo de relación por mi parte, con un gran grupo de personas, con el proceso psicodinámico establecido y con el esfuerzo y compromiso de todos, tuvo como consecuencia el que en Octubre de 1992 (ahora caigo que fue la onomástica del V Centenario), empezase a trabajar semanalmente con un grupo de 12 personas (doce de Octubre). Los miembros acudían voluntariamente a las sesiones de grupo e, incluso, alguno se permitía faltar algún día. El Cupo consentía con su respeto a esta experiencia vivencial y terapéutica de un subgrupo que lo integraba.

Mi interés como técnico no era hacer un grupo con unos cuantos Pacientes del Cupo que tengo que atender, sino haber actuado durante estos años de forma que mi presencia no impidiese, por más que mi esfuerzo facilitase, los recursos naturales para sanar del propio interés individual y colectivo de esta gente, en intentar conseguirlo.

La Actitud Analítica supone una apertura al reconocimiento del inconsciente individual y colectivo o grupal; de esta forma se posibilita en el Paciente su ser íntegro y equilibrado, en la medida de su esfuerzo, para asumir su grupo interno y reconocerlo. El proceso personal conlleva participar con otros formando un grupo de trabajo para la salud, reconocible por el grupo más grande, en este caso el Cupo. Me planteé un trabajo en grupo para sensibilizar a los Pacientes en los aspectos psicodinámicos, grupo de psicosisomática.

Desde hacia dos años acariciaba la idea y en Septiembre del 92, me decidí. La demanda que generaba el Cupo en esos momentos, era de alrededor de veinte Pacientes para atender cada día, en las dos horas y media, de los cuales cinco eran programados para revisión, doce o trece por demanda espontánea, más alguno urgente, o algún domicilio. Los promedios de Pacientes por día atendidos en los otros Cupos de la Zona venían siendo superiores a cuarenta.

Y otro dato que venía a confirmar el planteamiento Analítico, era que el promedio de gasto farmacéutico de este Cupo estaba por debajo de la mitad de la Zona en general.

Repartiendo los programados del Miércoles, entre los días restantes, solicitando a los que iban a volver para lecturas de análisis, partes de ILT, etc. que respetasen los Miércoles, y contando con las posibilidades del setting, la propia sala de consulta con las sillas del pasillo de espera, calculé para este grupo una capacidad para doce personas, trece contándome a mí. El Miércoles suele ser un día tradicionalmente tranquilo, con menos demandas espontáneas que los otros.

Frecuencia semanal, los Miércoles, de tres a cuatro y veinte, quedando de dos a tres y de cuatro y veinte a treinta para espontáneos o urgentes. Duración de Octubre a Junio. Criterios de selección de Pacientes: Polisintomatología, ILT prolongada, Infartos, Anginas, Neoplasias, Hipertensos jóvenes (menores de cuarenta años), Miembros de familias con abundante patología general, otros... Pacientes que conozco y me conocen desde hace años.

Durante el mes de Septiembre, les fui ofreciendo el trabajar en grupo, y en caso de que se decidiesen lo confirmaran antes de acabar el mes. Siete Pacientes lo rechazaron cuatro comunicándolo y tres sin responder. Nueve Pacientes confirmaron su participación dentro del plazo acordado. En Noviembre se añadieron dos, y uno de los primeros se excusó por falta de tiempo.

El último Jueves de Octubre, me llamó el Director, y el primer Jueves de Noviembre su actitud me hizo decidir suspender las sesiones del grupo, avisando a los participantes. La interpretación de una norma administrativa por parte de la Dirección, con respecto a la Cita Previa, fue el motivo que produjo la orden de que suspendiese la terapia de grupo, y esto está condicionando el que esta experiencia de trabajo en grupo continúe.

Resulta muy difícil mantener la Actitud Analítica con respecto a la Institución de la que uno mismo forma parte. Para comprender los mecanismos defensivos individuales y grupales, Bion, al analizar el grupo en su conjunto, explica el Supuesto Básico como mecanismo defensivo grupal frente a la ansiedad que produce en el grupo el enfrentarse a la tarea de pensar, de analizar, de descubrir.

Estaba tan entretenido en que el Cupo tolerase y respetase la experiencia grupal de un subgrupo que lo integra, y en que esta fuese posible por la participación de los miembros del grupo de psicósomática, los Miércoles, que me cogió por sorpresa la reacción de la Institución, Osakidetza, grupo aún más grande, del cual los otros forman parte.

Como ya he referido antes, escribiendo esto hago la asociación con el doce de Octubre y el V Centenario del Descubrimiento, que hasta que fue un hecho, había sido considerado una locura, o poco menos.

La Crisis económica llega también a la Sanidad y produce gran alarma el gasto imparable del consumo sanitario. Se pretende contener el gasto con nuevas

medidas de Gestión, racionalizando el consumo de fármacos, servicios diagnósticos etc., y con medidas anti-fraude, campañas publicitarias para advertir a Pensionistas, Médicos y Farmacéuticos. Emparejamiento (Aristocrático), Dependencia, y Ataque-Fuga.

Falta dinero, se dificulta la tarea y el grupo recurre a los Supuestos Básicos. Pues la gran ansiedad que tiene que manejar la Institución Sanitaria, es mayor aún en tiempos de crisis, la gente no sana por ello, al contrario, se producen tensiones difíciles de contener.

Bion señala, Emparejamiento: Aristocracia; Dependencia: Iglesia; Ataque-Fuga: Ejército. Los Supuestos Básicos del gran grupo social, son delegados en subgrupos que los asumen como tarea.

¿Qué Supuestos Básicos delega el grupo social en la Institución Sanitaria? o, también, ¿qué Supuestos Básicos interfieren en el trabajo de la Institución?

Emparejamiento. Una nueva Aristocracia político-gestora administrativa, que se añade a las anteriores élites generadoras receptoras de fantasías mesiánicas, por ejemplo los clínicos investigadores, los equipos asistenciales de élite, la Patronal y los Sindicatos, la Universidad y las Sociedades Científicas, el Ministerio y los Colegios Profesionales.

Ataque-Fuga. Se lucha contra las Enfermedades, lucha contra el Cáncer, contra las Venéreas, contra el Virus del Sida, contra las Drogas. Contra los defraudadores suplantes de Pensionistas, que no pagan las medicinas. Contra los contratadores que no pagan al personal lo debido, contra el personal que no rinde lo esperado. Contra las Empresas que no cotizan a la Seguridad Social, contra la Seguridad Social que no paga a las Empresas suministradoras. Contra la mala práctica profesional, contra las neurosis de renta.

Dependencia. Alguien tiene que solucionar todo esto, para que continuemos solucionando las enfermedades Orgánicas, para que continuemos pagando a los Laboratorios y no decaigan sus agresivas técnicas comerciales y científicas. ¿Falla la Organización y se hace Medicina Orgánica y ¿o se hace Medicina Orgánica y falla la Organización? ¿Falla la Persona o sus Organos? Las personas dependen de que el sistema arregle sus órganos, o se los cambie si no tienen arreglo, y hay otros disponibles en el mercado, oferta y demanda. Se consumen fármacos en cantidades alarmantes, desde el punto de vista económico, y se pretende racionalizar su consumo, para que sea menos gravoso, cuando precisamente la racionalización de los gravosos sentimientos y de las ansiedades que generan, es lo que dispara su consumo exagerado. Se «consume» Sanidad, pero la ansiedad no se contiene.

En la base de la Institución se tiende a aumentar la Dependencia. Decía el titular de un periódico, por error naturalmente, que los Médicos de Atención Primaria ocupan más tiempo a sus Pacientes, y explicaba que los no reconvertidos Médicos de Zona atendían dos Pacientes más cada día que los anteriores, en consultas de dos horas y media, mientras que los reconvertidos trabajan siete

horas al día en la Institución. En la Habana, consultorio del barrio, trabajamos nueve Médicos de Zona y cuatro pediatras, compartiendo locales con un Equipo de Atención primaria, compuesto por cinco Médicos. Compartimos otras cosas además, cuatro practicantes, dos Zonas de Salud indefinidas en la práctica aunque definidas en el Boletín Oficial, y todo el personal auxiliar, catorce A.T.S. y ocho Administrativos etc., según convenga a la gestión de recursos humanos del centro, pues no suele contratarse a eventuales si hay ausentes.

He procurado mantener la Actitud Analítica, aunque la experiencia está siendo interferida y por ahora el grupo de los doce interrumpido, por una orden sin fundamento legal, basada más en los Supuestos Básicos de la Institución, que en sus propias normativas escritas para facilitar la labor. Espero no dejar de mantener esa actitud, intentando que revoquen esa orden.

«UNA COMUNIDAD DE TERAPEUTAS O TERAPEUTAS PARA LA COMUNIDAD. EXPERIMENTOS EN COMUNICACIÓN SOCIAL: PROMOVER CULTURAS GRUPALES VS. IDENTIFICACIÓN GRUPAL»

por J.Campos y M. Martínez-Torres
Grup Gran Barcelona

No podemos exponer nuestro proyecto sin referirnos brevemente al proceso del grupo que representamos, ya que ha sido nuestro proceso vivencial como grupo y la reflexión desarrollada en su seno la que nos conduce a la búsqueda de otras normas de intercambio comunicativo grupal e intergrupal.

Nos llamamos Grup Gran por el origen de nuestro grupo. Este se constituyó apartir de unas jornadas de trabajo nacionales convocadas en Barcelona en 1988 y en el seno del Symposium de la SEPTG en Pamplona, con Pat de Maré miembro fundador de la Sociedad y del Instituto de Grupo Análisis Británico y pionero en investigaciones grupoanalíticas en grupo grande o grupo mediano.

Al final de las Jornadas Pat de Maré nos animó a continuar la experiencia, cosa que así hicimos quienes vivíamos en Barcelona. Por aquel entonces el grupo estaba constituido por 37 miembros de diferente procedencia disciplinar (psicólogos, psiquiatras, psicoanalistas, sociólogos, enfermeras, profesores, etc), aunque mayoritariamente los componentes del grupo eran profesionales de la atención psicológica.

Nuestro grupo empezó siendo un grupo sin tarea, con tantos objetivos como miembros tenía el grupo. Llevó un largo proceso, más de tres años, a cercar objetivos y aceptar las pérdidas individuales que ello suponía. Pero quizás es el propio grupo quien mejor expresa el proceso en el documento redactado para el «Symposium-Laboratorio Intergrupal sobre METAMORFOSIS DE NARCISO: desde la identidad de grupo al cultivo de una cultura grupal», celebrado el pasado Abril en Barcelona:

«Nos resulta difícil hablar de nuestro proceso grupal por carecer de un referente simbólico, un marco de referencia, que permita decir algo sobre la identidad del grupo en términos habituales en que se identifican los grupos en nuestra sociedad. Precisamente, hemos intentado evitar una señal de identidad que funcione como elemento de identificación o contra-identificación a las personas que deseen formar parte del grupo. Nos hemos propuesto como objetivo la reflexión, desde diferentes ópticas vitales y profesionales, los problemas actuales -acuciantes- que consideramos comunes para todos nosotros en cuanto a humanidad. Esta ausencia de señal de identidad ha conllevado obstáculos y problemas en el acontecer del grupo que comentaremos a continuación.

Nuestro proceso grupal se podría pensar en diferentes etapas. Un primer momento haría referencia al comienzo del grupo a partir de una convocatoria amplia dirigida a personas, de diversas disciplinas y de diferentes lugares, interesadas en el trabajo grupal y que fue conducido por Pat de Maré, autor de una línea teórico-práctica de grupo grande. Este grupo lo constituyeron 37 personas. Este comienzo constituyó durante largo tiempo un referente mítico.

Un segundo momento se refiere a la continuación de la experiencia de manera regular, manteniendo a una persona como responsable de la convocatoria con una cierta retribución económica. Durante aproximadamente dos años la asistencia, ya solo de Cataluña, variaba en número entre 30 y 20 personas. También hubo vaivenes entre entradas, salidas y vueltas al grupo. La preocupación por la identidad del grupo era recurrente y nos parecía que la presencia de una persona responsable de la convocatoria alimentaba la ilusión de ser algo que nos distinguía. Por otra parte, hacíamos hincapié en conocernos, relacionarnos e identificarnos a través del mismo proceso grupal, hasta el extremo de no presentarnos con nuestros nombres a los recién llegados. También había cierta norma explícita de evitar los discursos de disciplina y hacer énfasis en la búsqueda de un lenguaje compartido. Durante este tiempo se mantenía, por un lado, la referencia a aquella primera etapa mítica y, por otro, existía un alto nivel de narcisismo grupal. Una decisión importante en esta etapa fue pasar la responsabilidad de la convocatoria a todos los miembros del grupo y no mantener más ni este lugar diferenciado ni una persona que cumpla esta función. Esta decisión inicia otra etapa.

En esta tercera etapa, lo más llamativo es la progresiva reducción en el número de miembros. En aquel momento se evidenciaron más las necesidades narcisísticas de cada uno y las expectativas no satisfechas. En retrospectiva, parece que no habíamos encontrado aún el modo de cuestionarnos sobre las problemáticas comunes -particularmente la violencia generalizada en nuestro mundo- de manera que resultara motivador a los miembros. Las pérdidas de esta etapa y la amenaza a la existencia y supervivencia misma del grupo nos empujó a buscar a otros con quienes seguir nuestro cuestionamiento y a concretar más el objetivo de nuestra preocupación. Esto se cristalizó en la propuesta de un Symposium/Laboratorio y, específicamente, en el tema del mismo.

La última etapa del proceso empieza a partir de esta propuesta y nos preguntamos si la idea de un encuentro intergrupal y de un grupo de grupos no pudiera significar una cierta metamorfosis en nuestro funcionamiento colectivo. En esta etapa el número de miembros se redujo al actual de nueve. El contacto con los otros grupos, el intercambio de información y documentos de trabajo y el análisis y la lectura de éstos actualmente ocupan gran parte de nuestros encuentros, hecho que suscita la necesidad de grabar y transcribir nuestras sesiones para no perder ni la riqueza de contenido ni el hilo del propio proceso. De algún modo desaparece la preocupación primera sobre nuestra identidad grupal y aparece una cierta consolidación del quehacer colectivo.

En todo nuestro proceso, la escritura ha jugado un papel específico que, entre otro, precisamente nos ha permitido una reflexión sobre nuestro proceso en un análisis continuado, damos cuenta de las cuestiones narcisísticas y obstáculos al cambio en juego y a dar los pasos sucesivos.

A diferencia de las primeras etapas cuando de algún modo evitamos el uso de lenguajes de disciplina con todo lo que conlleva, actualmente buscamos encontrar el lenguaje común estimulando que cada cual aporte su visión desde su posición personal-profesional-cultural propia, aunque en este momento el grupo cuenta con menos diversidad de aportaciones en este sentido. Más que señas de identidad, vamos generando valores de funcionamiento en el sentido, por ejemplo, que concebimos una primera frontera del grupo como la frontera de reflexión.

Estos párrafos expresan el proceso interno del grupo y algunos de los elementos de reflexión que se han destacado en el mismo pero el grupo siempre ha deseado abrir la experiencia a otros individuos y a otros grupos ya que la diversidad y el intercambio comunicativo son dos elementos esenciales de evolución. Un primer intento lo hizimos con ocasión de XVIII Symposium de la SEPTG en Madrid (1990) en forma de taller que duró dos sesiones y bajo el título de «un Nuevo paradigma de encuentro: El grupo grande». El segundo ha sido el mencionado «Symposium-Laboratorio Intergrupal sobre METAMORFOSIS DE NARCISO».

En 1948 el grupo que se reunía alrededor de Foulkes en Londres sometió al IV Congreso Mundial de Salud Mental un trabajo titulado «Un estudio de comunicación en un grupo hecho por un grupo». Nuestro propósito, inspirado quizás en la misma ideología, al organizar el último Symposium-Laboratorio, iba un poco más lejos. Se trataba de llevar a cabo un experimento de comunicación a través de tres fronteras:

- La del lenguaje más institucionalizado, es decir en su forma escrita, con la de su más libre expresión oral como libre discusión flotante en un grupo cara a cara relativamente pequeño.

- La del desarrollo de la comunicación en el seno de grupos pequeños de discusión con sesiones frecuentes y continuadas seguido por un encuentro en grupo grande donde además de los miembros de dichos grupos se suman otros miembros que no habían participado previamente.

- La relevancia de este tipo de experiencias para el desarrollo del tejido social en la comunidad en su sentido más amplio, y no solo como es costumbre entre profesionales de la Psicología.

Tal como expresábamos en el documento que presentamos en el Symposium: «Mientras la 'investigación operativa' de nuestro Grupo Grande tenía lugar, el mundo, naturalmente, no se quedó quieto ni permanecía quieto. Los cambios radicales que han tenido lugar durante este lustro, no nos resultaban ajenos: el final de la guerra fría, el hundimiento del socialismo real y el desencanto con la revolución conservadora, el mercado libre y la unión europea, el derrumba-

miento del muro de Berlín y la reunificación alemana, el desmantelamiento de la unión de repúblicas soviéticas y yugoslavas y el rabioso rebrote de los nacionalismos, fundamentalismos y guerras de religión, las crisis de Medio Oriente, la Guerra del Golfo, el neo-colonialismo de los estados policía, los cuatro jinetes del Apocalipsis cabalgando a finales del siglo y del milenio. Todos estos cambios, si existe una mínima conciencia colectiva, no son fáciles de asimilar ni como ciudadanos corrientes ni como profesionales.

Este año de 1993, con la entrada en vigor de la última fase del Acta Unica, la Comunidad Europea pasará a ser un espacio sin fronteras donde, salvo que permanezca la mentalidad de algunos países-isla, la circulación de personas y el ejercicio de las profesiones quedaran asegurados al igual que la libre circulación de mercancías, capitales y servicios.

No hemos permanecido ajenos ni al acontecer social del mundo, ni a los avatares de nuestras profesiones, sino que han estado presentes mientras se desarrollaba nuestra experiencia. Quizás la reflexión sobre la guerra y la violencia social, por un lado, y la dificultad de avanzar propuestas interdisciplinarias por otro nos llevaron al tema de las jornadas y en buscar fórmulas de comunicación inter- e intragrupal diferentes.

De hecho, uno de los vínculos de unión del grupo es esta preocupación por la violencia social, no sólo como elemento de reflexión sino pensando posibilidades de intervención en nuestro ámbito profesional que generen formas de convivencia más cooperativas, menos competitivas, donde tengan cabida las diferencias (diferentes lenguas, profesiones, culturas...) y el diálogo.

Nuestro Symposium/Laboratorio fue acogido por el Centre Civic del Barri del Coll (Gracia), que nos brindó no sólo sus instalaciones sino, además, un contexto cívico bien inspirador. El contraste entre la experiencia y la realidad social del barrio resultó bien impactante. Hasta ahora la mayor parte de experiencias en grupo grande y/o talleres de este género han sido llevadas a cabo por grupos de expertos, en especial de psicólogos o terapeutas profesionales. Pensamos que ha llegado el momento de devolver el grupo grande al lugar a quienes pertenece, la «gente corriente».

El «barrio del Coll», según nos informa el coordinador del centro cívico, es uno de esos muchos barrios de la periferia urbana donde el aluvión de la inmigración y el urbanismo arrancaron raíces y deshilaron las tramas sociales y culturales. ¿Sería posible tejerlas de nuevo? ¿Cabría intentarlo con sólo palabras? ¿Serviría aquí un grupo grande para hacer algo más que terapia de masas o mera ciencia? Este es nuestro empeño. Este nuestro reto pendiente! Para contaros de estas cosas, no dirigimos a Valencia.

«DIFICULTADES EN LA ASISTENCIA PUBLICA EN ASUMIR EL MARCO DE REFERENCIA APORTADO POR LAS COMUNIDADES TERAPEUTICAS»

por Hanne Campos

En los comentarios editoriales a la Monografía I expresé mi creencia o, mejor dicho, mi convicción 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 el presente espacio esperaba que el equipo asistencial de un CAP del Circuito Asistencial del área de Barcelona, cuyos proyectos grupales de asistencia llevé supervisando estos últimos tres años, presentara su trabajo como una comunidad terapéutica que de hecho, creo yo, constituía. Desafortunadamente, esto no es posible ya que el equipo recientemente suspendió la supervisión. Seguramente las razones son múltiples, pero creo que en parte tenía que ver con el reto demasiado ambicioso -por parte de la supervisora- de presentarse públicamente como colectivo. El poder pensarse como comunidad terapéutica significa identificarse colectivamente con una actitud analítica. Estaría de acuerdo con Tom Main cuando dice que «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.» El equipo demandaba técnica; respuestas específicas a problemas específicos. Main afirma que, «La marca distintiva (de una comunidad terapéutica es) **una cultura de interrogación.**» Aquí no se trata ya de un cambio paradigmático conceptual, sino de **un cambio cultural, es decir de maneras de comunicarnos.** Y Maxwell Jones, quien equipara comunidad terapéutica con sistema abierto, nos advierte que «necesitamos tener paciencia si creemos en sistemas abiertos, ya que éstos se relacionan con crecimiento y salud más que con enfermedad... 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 arriba-abajo y vice versa.» Es verdad, las condiciones reales están muy lejos de poder favorecer un tal desarrollo y muchas veces quisiera forzar la marcha.

Entre colegas (1), que hace años trabajamos en instituciones juntos o por separado, hemos llegado a concebir la función analítica como una función de frontera. Trabajamos sobre la hipótesis que para el hombre existen fundamentalmente tres fronteras fundacionales que sucesivamente marcan el proceso de

sus identificaciones, de las estructuras narcisistas resultantes y las articulaciones de un antes con un después de haber franqueado estos límites en su desarrollo:

1. entre organismo biológico e individuo,
2. entre individuo y grupos primarios y
3. entre discursos que identifican diferentes colectivos y grupos.

Por otra parte, pensamos que la posibilidad de cambio, tanto individual como social, depende de la porosidad de las fronteras -simbólicas, imaginarias y reales, articuladas entre sí- y de cómo concebimos la función analítica en estas fronteras.

Hemos pensado la frontera como límite y como espacio. Si pensamos **la frontera como límite**, la consideramos como estableciéndose a partir de la experiencia, desde lo principalmente imaginario: la familia, la escuela... Otras veces la frontera aparece como efecto de lo simbólico: los discursos, las disciplinas, las teorías. Estas fronteras son las que nos son más difíciles de cuestionar por la identificación imaginario con esas teorías, disciplinas o discursos. La convergencia de lo imaginario con lo simbólico hace más difícil el cuestionamiento.

Cuando abordamos **la frontera como espacio** lo hacemos desde lo simbólico. Hablamos de frontera como un lugar de análisis, cuestionamiento y articulación. La frontera como un espacio, la concebimos como un lugar donde la función analítica está enmarcada dentro de una posición ética. Esta posición implica la inclusión del otro, de lo colectivo, y la hipótesis de una articulación. La construcción de este espacio fronterizo, según nuestra concepción, tiene como condición el generar la necesidad de un compromiso plural, en donde el individuo se encuentra impulsado a articularse con los otros, con lo diferente y con lo colectivo. Esta articulación es difícil porque está en juego algo que es del orden de la asunción de la castración simbólica. La capacidad de asumir un compromiso plural ya es el resultado de un proceso de cambio individual y grupal imprescindible para poder llevar a cabo cualquier objetivo colectivo, cualquier cuestionamiento. ¿Qué implica por tanto este cambio? Implica poder dejar algunos de los apoyos narcisísticos que sustentan nuestra identidad y nuestra subjetividad en aras a un objetivo colectivo, pero que incluya al mismo tiempo esa subjetividad, es decir la diferencia en sus diversas formas: individuos, discursos, generaciones, grupos, culturas... La experiencia nos enseña que es extremadamente difícil que se sostenga la necesidad de este tipo de cuestionamiento. Esta dificultad se explica por diversas razones, entre otras, la propia existencia del inconsciente, las resistencias inconscientes al cambio, sean individuales o sociales, y las diferentes posiciones subjetivas frente a lo simbólico -neurótico, psicótico y perverso.

Recurrimos al análisis cuando tenemos problemas, cuando hace falta cambiar. La función analítica entendida como función de frontera nos permite demarcar un espacio transicional en la frontera que a su vez nos permite considerar ambos

laos de la frontera, cuestionar su permeabilidad, su posibilidad de cambio o su resistencia a él.

Podemos pensar que la comunidad terapéutica surgió como un espacio transicional, un lugar de análisis individual y social, cuando en nuestra civilización cada vez más seres humanos no franquean operativamente y constructivamente la frontera entre organismo biológico e individuo/sujeto humano, ni entre individuo y grupos primarios. Aunque no podemos aquí entrar en detalles, de manera resumida podríamos decir que franquear de manera incompleta la primera frontera en el proceso de sujeción del ser humano al lenguaje y a un mundo simbólico conlleva trastornos a los que solemos referirnos como psicóticos, es decir que lleva a un funcionamiento donde las palabras adquieren un sentido unívoco, fijo, incapaces de vehicular una vida subjetiva, de deseo, de motivación propia. Franquear de manera incompleta la segunda frontera en el proceso de subjetivación de la persona humana conlleva trastornos a los que solemos referirnos como perversos. En este caso el lenguaje sirve, por un lado, para borrar la función de la diferencia sexual en cuanto inscribe a la persona como perteneciente al colectivo hombre o mujer y como hijo o hija perteneciente a una generación de la especie y, por otro, para apropiarse del lenguaje mismo en función de la identidad propia fundándola en la diferencia como tal a través de la manipulación arbitraria, no consensuada del lenguaje.

Los efectos socialmente destructivos de estos fallos de maduración surgen del hecho que para el ser humano es posible identificarse o ser identificado desde lo simbólico, de manera inhumana para decirlo de algún modo, sin que el individuo se sienta impulsado a articular esta identidad con los presupuestos fisiológico-imaginarios que le vinculan a sus congéneres y a la especie.

Para que la comunidad terapéutica pueda proveer un espacio transicional para la maduración -dentro de los límites de cada cual- y la adaptación de los individuos, tal como lo prueban las contribuciones de la presente monografía, en principio no existen problemas epistemológicos, aunque sí económicos.

El gran interrogante es que, en cuanto sociedad, en cuanto humanidad, el desarrollo de las pulsiones, al menos en Occidente es exclusivamente individuocéntrico. Así que en otras especies, el comer asegura la supervivencia del individuo y el copular la supervivencia de la especie, en el hombre tanto la comida como la cópula, por intervención de un mundo simbólico, se vehicularizan en función de pulsiones individuales. Hasta el presente, no existe para el hombre pulsión de especie. Esta cuestión sí es el verdadero reto de la comunidad terapéutica: crear una cultura solidariamente humana.

En última instancia no hemos progresado desde los tiempos de Freud. El primer paso para que el «Psicoanálisis pudiera ser proclamado como teoría de los procesos mentales no directamente accesibles a la conciencia, como psicología profunda» había sido dado ya en el estudio de los sueños, pero quedaba otro paso por dar «para que el Psicoanálisis pudiera ser aplicado a casi todas las

ciencias del espíritu». Este paso, dice Freud en el *Kurzer Abriss* de 1923, es el que está en la transición que va desde la actividad mental del hombre individual a las funciones psíquicas de las comunidades humanas y de los pueblos, es decir, desde la psicología individual a la psicología social. Sin embargo, queda aún otro paso íntimamente relacionado con éste último que es establecer la articulación entre lo normal y lo patológico en el ámbito psicosociológico humano. Aunque en cuanto a las neurosis sociales, Freud no se muestra demasiado optimista en *Malestar en la Cultura* cuando dice «... de qué servirá el análisis más correcto de las neurosis sociales si nadie tiene autoridad para imponer tal o cual terapia al grupo?» Mi respuesta sería que esta autoridad solamente la puede tener el propio grupo.

Autoridad y liderazgo son unos de los grandes temas que surgen de los desarrollos epistemológicos grupales a partir de los años treinta y particularmente después de la segunda Guerra Mundial y el movimiento de comunidades terapéutica. Dice Maxwell Jones: «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... lo mismo aplica a maestros... 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...».

Durante un reciente proyecto grupal sobre motivación del personal de enfermería de un hospital general (2), llegamos a pensar que las personas que sostienen los lugares de autoridad en la institución deberían ejercer una doble función: por un lado, el asegurar que se cumplan las normas y leyes establecidas y, por otro, facilitar unos espacios de diálogo donde sea posible elaborar criterios de cambio si fuera necesario. Si, como profesionales «psi» colaboramos en una institución, podemos asumir este segundo aspecto de la función siempre y cuando la persona en autoridad nos cede este derecho. Esta cuestión es importantísima para que sea posible un funcionamiento social e institucional creativo. Aquí lo social se diferenciaría claramente de lo familiar. En la familia ambos aspectos -la autoridad y el amor-reconocimiento- coinciden en una misma persona. Se pueden diferenciar debido al estilo personal pero no por función. En la convivencia colectiva esto no necesariamente es así, hasta operativamente puede ser necesario que estas funciones se diferencien y alternativamente sean sostenidas por diferentes personas. De hecho, en parte, aquella supervisión se suspendió porque había entrado en el CAP a través de una persona que no era el director y al irse aquel colega, descuidé de renovar los acuerdos de base con la dirección, que además tendía a rehuir la autoridad.

REFERENCIAS

- (1) «Frontera, Diferencia y Cambio», del Grupo 'Psicoanálisis: Ciência Fronteriza' Admetlla, Jover, Campos et al, en Documento de Trabajo para el Symposium/Laboratorio Intergrupar sobre «Metamorfosis de Narciso: Identidad Grupal o Cultura Grupal», Barcelona, Abril 1993
(2) «Comunicació sobre l'Experiència Grupal al Voltant del Tema: La Motivació d'Infermeria», Juliol 1992

In Memoriam: Recuerdo de Miquel Andreu de Hanne Campos

Hace pocos días nos alcanzó la triste noticia de la muerte de Miquel Andreu, colega y amigo de muchos de nosotros.

Conocí a Miquel en el Symposium de Vitoria donde había traído un trabajo conjunto con Maite Pi y Pilar Sales sobre «¿Quién tiene cura de quién?...» que hablaba del origen del Hospital de Día de Tarragona y el proceso seguido entre el equipo terapéutico y el grupo de pacientes, publicado en la Monografía I. Para mí, Miquel fue un hombre tranquilo, amable, ecuaníme, un buen compañero. Seguramente otros también apreciaban el contacto con él, porque en la Asamblea General del año pasado le persuadimos que aceptara ser Vocal de la Zona Este de la SEPTG. Nos resultará difícil asumir el sinsentido de su ausencia, sostener este vacío entre todos.

En Vitoria participé en un taller de máscaras que Miquel llevaba con Maite Pi e Isabel Perez. A la máscara que se había pintado cada cual, el grupo le daba nombre, la describía con una frase corta. Quisiera recordar a Miquel con el texto grupal que surgía como 'máscara de nuestra comunidad terapéutica':

¿Qué tal están ustedes?
Ambiguo, porque está el arlequin agotado
y una guerrera
contra el viento y la tempestad
pidiendo a gritos lo normal,
de espaldas al mundo y con miedo.
Allí os dejo y me voy.
¿Qué pasa? y ¿quién sois?

Hasta siempre, Miquel!