

Dr. Saúia Ibáñez

SESION CLINICA INSTITUCIONAL

"LA PSICOTERAPIA DE GRUPO EN LA INSTITUCION"

Dr. José García Ibáñez

Un tercio de los enfermos mentales graves son esquizofrénicos. El comienzo se sitúa entre la preadolescencia y los 30 años. Después de una infancia que frecuentemente transcurre sin particularidades mentales inquietantes (al menos no se patentizan ostensiblemente), el sujeto comienza su vida pública de esquizofrénico de manera variable.

En general el escándalo suele estallar repentina y violentamente en forma de delirio de persecución en el que la familia está implicada de manera dramática. El sujeto tiene miedo de ser asesinado o envenenado, o se cree que es Cristo que vuelve a la tierra para expiar los pecados del mundo. Esto último sobreviene después de una revelación sensible (palabras del más allá, visión) que trae consigo la necesidad de convertir el entorno, la posesión de dones y facultades sobrenaturales.

Esta vivencia alucinatoria tiene a veces una tonalidad eufórica. Más a menudo se acompaña de una angustia profunda, con impresión de catástrofe inminente: conmociones sociales o cósmicas, certidumbre de que el fin del mundo ha comenzado, que se ha declarado una guerra terrible...

Esta historia vivida en medio de la atmósfera de una pesadilla, llamada delirio paranoide, conduce a trastornos del comportamiento. El mundo familiar de los objetos, de la naturaleza, se vuelve extraño, escondiendo siempre una sorda amenaza. Nada es explícito, nada se reafirma en su sentido primero, común. Todo puede ocultar poderes agresivos y peligrosos para la vida o la integridad (sexual por ej.) del sujeto. En situación de pánico, sumergido en un mundo que se le hace incomprendible, puede volverse agresivo hacia su entorno, que él percibe como peligroso. A veces, intenta suicidarse para escapar de este clima de catástrofe, de dislocación del sentimiento de unidad individual. Esta experiencia alucinatoria persecutoria puede ir asociada a sensaciones de transformación del cuerpo. El sujeto percibe impresiones extrañas, indefinibles, los límites de su cuerpo se modifican, es manipulado por artimañas maléficas, se pretende envenenarle.

A veces se trata de una metamorfosis sexual: siente que se convierte en hombre o en mujer, o incluso las modificaciones más barrocas. Estas anomalías en la percepción del cuerpo pueden situarse a nivel

de rarezas viscerales más profundas: se siente no tener intestinos, se respira en la intimidad de su cuerpo un olor a podrido... Delante de un espejo se percibe raro, diferente, o incluso otro, desdoblado. En estas modalidades de comienzo de la esquizofrenia, el sujeto hasta entonces activo se hunde de manera progresiva en un desinterés total hacia todo lo que le rodea.

Expresa, con mucha frecuencia, dificultad de verbalización, impresión de vacío, distanciamiento, se siente como extraño a sí mismo. Se instala en una ensoñación distante.

Por último, pueden aparecer, sin delirio explícito, conductas extrañas y contradictorias. Los sentimientos se expresan con intensidad, con brutalidad (amor u odio) e invierten su tonalidad de la noche a la mañana sin razón aparente. El sujeto persigue intereses extraños sin justificarlos: lectura incesante de obras filosóficas, o místicas, repentino interés por el espiritismo y las ciencias ocultas, nuevas religiones, comienzo de estudios diversos muy pronto abandonados, afición desmesurada por las fórmulas abstractas esotéricas... Estos trastornos traen consigo habitualmente (salvo en los medios tolerantes) la llamada al médico, que lo remite al psiquiatra o lo envía directamente a un Hospital Psiquiátrico.

Con frecuencia el sujeto no se siente enfermo. Se niega a ver a los médicos. Teme toda maniobra que modificaría o invalidaría su palabra o su comportamiento. Su discurso delirante posee una verdad inconsciente, durante largo tiempo reprimida, que se expresa ahora de manera urgente. Siente perfectamente que lo que dice es un escándalo que los demás se esfuerzan por suprimir. Es en los delirios paranoides donde se plantean las mayores dificultades existenciales, si se decide evitar todo tipo de violencia con el enfermo.

Por el contrario, en las angustias de transformación corporal o en las posiciones depresivas, el sujeto se siente enfermo, con una terrible dificultad de ser él mismo, y acepta habitualmente consultar a un médico.

Se produce la hospitalización, unas veces voluntaria, y que no deja de ser, a veces, una hipocresía formal, pues el servicio de admisión es cerrado y el sujeto delirante y agitado no puede decidir real-

mente lo que le conviene, en particular rechazar los medicamentos.

Otras veces, los accesos delirantes de la esquizofrenia conducen a la puesta en marcha de un tratamiento coercitivo. El sujeto es conducido mediante una presión física más o menos marcada al pabellón donde le serán aplicados una serie de tratamientos de grado o por la fuerza, durante algunos días, hasta que se vuelva más dócil y comprenda el interés y la necesidad de continuar la terapia. Convencer a un sujeto que está viviendo un delirio paranoide de la necesidad de una asistencia es ciertamente una tarea difícil. La experiencia demuestra que hay que esforzarse siempre para lograrlo. A veces son necesarios muchos días para que un sujeto llegue a admitir confusamente que se tiene interés en escucharle en otra parte que no sea en el seno de la familia o en la calle. Toma, pues, una decisión casi libre ya que el médico, o la asistente social, o cualquier otro miembro del equipo no prolonga directamente la presión familiar o social.

Una idea falsa con miras a tranquilizar la conciencia consiste en pensar que el sujeto delirante no siente nada y que, por consecuencia no se acordará de la violencia pasajera de que ha sido objeto. En realidad queda marcado por el recuerdo de esa represión, repetida, a veces, varias veces en el curso de su existencia. Ello altera muchas veces definitivamente toda confianza en la relación psiquiátrica.

Las familias de esquizofrénicos demandan tratamientos activos que supriman las palabras delirantes y los comportamientos absurdos. La gente sabe que la locura no se cura, pero que se puede y se debe calmar. Una vez superado el acceso delirante, la familia recupera su enfermo (a veces tras un arduo trabajo de convencimiento y tratamiento del rechazo). Si sobreviene la recaída aparece nuevamente la demanda de otro ingreso, y a veces el traslado directo sin consulta previa, o hasta con el apoyo y soporte de un médico o un servicio de urgencias. En ocasiones va al mismo centro y en otras a otro diferente. Se puede así conocer a numerosos enfermos que han sido (y lo son todavía) llevados y zaran-deados de un lado para otro y que conocen a numerosos médicos, cuidadores y enfermeros, que con la familia se pasan la pelota de unos a otros. El rechazo a continuar semejante danza con los enfermos fué una de las razones fundamentales que cimentaron el espíritu y justificaron los in-

tentos de creación de lo que actualmente es la política de sector.

En la actualidad, existe todavía un número importante de enfermos esquizofrénicos que han sedimentado en los hospitales psiquiátricos. En el nuestro, a pesar del prolongado trabajo en el sector, todavía quedan muchos y lo que es más grave, cada día hay menos peticiones de trabajo y preparación de una salida de estos enfermos en las Reuniones de Sector.

Muchos de estos enfermos están encerrados en un autismo pobre. Esta regresión se ve interrumpida por periodos delirantes, al principio muy ruidosos y después cada vez menos expresados. Durante los periodos de calma, el sujeto se comporta como un buen enfermo, bien adaptado, aunque poco motivado para prestar servicios y todavía menos para trabajar en los talleres de laborterapia, lo que inspira una reprobación más o menos contenida. Cuando se produce una recaída, el personal sanitario se moviliza para calmarle como si se tratara de extinguir un incendio.

Como el objetivo del servicio psiquiátrico tradicional era la regulación mental, convenía mantener la calma. "sin novedad en el Alcázar, mi General" (Moscardó). Tras diferentes modos de contención, en el año 1.950 con la aparición de los neurolépticos, el equipo psiquiátrico recupera un mejor status, pues se puede contener con medios científicos. El espíritu terapéutico tendía a suprimir los paroxosismos de la locura y readaptar al enfermo a las reglas de la vida hospitalaria

Es preciso que consideremos la quimioterapia como un aspecto más del complejo tratamiento de la esquizofrenia, en el que tiene su justo lugar sin que haya de pretender la exclusividad.

Vemos pues como la psicosis sufrida por un sujeto es también un desarrollo colectivo. La influencia psicótica conduce a cada uno al plano de la ambivalencia: de un lado lo psicótico aparece como algo cerrado ante nosotros, de otro lado nos invita a ir en su ayuda. Podemos tener reacciones contradictorias: dejarlo (como el enfermo desea), ¿no dicen algunos que es una forma de estar en el mundo?, o ir hacia él (como el enfermo también desea). Nuestra sociedad, las leyes, incluso el Estado, se debaten hoy en esta ambivalencia, tomando posturas contradictorias: la llamada defensa de los derechos civiles del enfermo mental,

llevada al extremo del abandono terapéutico, o la creación de un sistema amplio de acogida terapéutica. Incluso en esta segunda opción la ambivalencia surge y reaparece de nuevo cuando el sistema asistencial, sarcásticamente denominado integral e integrado, no contempla la articulación de los diferentes espacios terapéuticos, la continuidad, el análisis de la evolución, de los cambios, de los significantes, ni en fin la posibilidad de institucionalizarse, de que el enfermo pueda reencontrarse siendo-él-mismo ¿Cómo llegar a la institucionalización dentro de un sistema que no permite la continua reinvencción, la revolución permanente, como señala Chaigneau?

¿Pero qué es esa psicosis que llamamos la PSICOSIS? Ese monstruo, esa hidra tentacular que nos encierra en su magia, sabemos que corresponde al fondo mismo de nuestro inconsciente, al conjunto de nuestras pulsiones, las más arcaicas, las menos controladas, que se trata, en fin, de nuestros fantasmas más primitivos. Pero, ¿cómo se agita ese monstruo? ¿Por qué mecanismos? ¿Cómo nos atrae y por qué reusamos a soltarnos?

Aquí estamos nosotros, el enfermo y todo lo que sucede en las relaciones dual y de grupo. Y la sociedad rechazando, mostrando una segregación atrozmente agresiva. Medicalización, psiquiatrización, hospitalización son las tentativas de desculpabilización en relación al juego expiatorio verdugo-víctima. El internamiento de almacenamiento y segregación, o su equivalente, los tratamientos silenciadores, son los homicidios simbólicos cometidos por el grupo social que formaliza así, a su nivel, la misma negación que la psicosis.

El trabajo psicoterapéutico consistirá esencialmente en un esfuerzo despsicotizante con relación a sí mismo y con relación al otro. Para que ello se pueda producir muchos cambios son necesarios. La despsiquiatrización no se puede abordar más que en la medida que el hospital psiquiátrico se vaya abriendo al mundo exterior y le vaya beneficiando de su técnica y de su humanismo. Pero a la par el propio hospital debe cambiar y tratarse él mismo. Hermann Simon entre otros, y Tosquelles insiste en ello, subrayan que es el medio el que es preciso cuidar y no el enfermo, y los trabajadores de la salud mental forman parte de ese medio.

Entre nosotros la apertura se está haciendo a través de la Sectorización, el trabajo en la comunidad, los esfuerzos por una incipiente Higiene Mental y la creación paulatina de medios de acogida y tratamiento. La transformación del hospital va tomando cuerpo mediante el desarrollo de la vida asociativa de los enfermos en el interior, estableciendo puentes de ida y vuelta con la vida social del exterior y facilitando la psicoterapia institucional. En definitiva el cambio de hospital-establecimiento al de Institución.

No es este el momento de revisar los antecedentes de Bleuler y Hermann Simón, ni de insistir en los planteamientos de Tosquelles sobre el papel del personal cuidador, la vida cotidiana y el ambiente socioterápico en la readaptación de los enfermos. Sí subrayar dos condiciones indispensables:

- Primero, que se ha de poner al enfermo en presencia de una vida social organizada y no simplemente frente a un establecimiento hospitalario distributivo.
- Segundo, que se ha de forzar su integración en esta vida social organizada, pues el enfermo no es capaz de dar el primer paso.

Para que el enfermo llegue a ser normal, es preciso readaptarlo a una sociedad normal. El hospital no es una sociedad normal pues está concebido para la enfermedad: readaptar el enfermo al hospital es hacer de él un buen crónico. Por contra el Club es una pequeña sociedad normal, injertada sobre el hospital psiquiátrico y abierta al mundo exterior. El hospital-establecimiento, no es una sociedad en miniatura porque en la vida social normal no hay de un lado los normales y de otro los anormales. El Club sí es una sociedad en miniatura porque en él no hay clases o castas: hay mezcla entre los diferentes tipos de enfermos y mezcla entre las categorías de personas (enfermos-cuidadores; médicos-cuidadores; enfermos-no enfermos). Todos cooperan en un mismo objetivo: la curación en el marco de una vida social organizada y autónoma en el interior del hospital.

Los enfermos, revalorizados por la organización autónoma del Club ejercen múltiples relaciones interhumanas, reafirman su personalidad bajo el control del personal. Pero el objetivo de éstos últimos es ante todo la emancipación progresiva de los enfermos frente al hospi-

tal y su administración y también frente a los médicos. Los Clubs terapéuticos contra el hospital psiquiátrico, como dice Phillippe Rappard, pero con una articulación por contrato como señala Oury.

Gurvitch precisa que cuando un grupo crea una institución, se encuentra de acuerdo con ella, pero cuando evoluciona su demanda cambia. Es necesario instaurar a menudo nuevas instituciones que corresponden a la demanda subyacente que es preciso situar siempre al día. La demanda del grupo aparece entonces como necesitando la creación de un sistema de mediaciones para restablecer el cambio.

Esta organización social que se va recreando continuamente, pasa a ser psicoterapia institucional cuando llega a generar, como dice Oury, una especie de superficie de vida. Un tejido interrelacional en el que la noción de campo social de Kurt Lewin, o de campo de significación de Bonnafé no son más que aproximativos. Sirve mejor para su comprensión la noción microsociológica de relaciones complementarias de Dupreel. Lo que es el objetivo, como dice Tosquelles, es favorecer la creación de redes vivas y concretas, no rígidas, que faciliten de modo transitorio constelaciones de complementariedad indirecta.

El hospital llega a tomar su verdadero sentido cuando ha creado esta red de instituciones, que facilitan el acceso a la palabra de los enfermos y el establecimiento de relaciones diferentes y de intercambios múltiples en los grupos. Deja de ser un simple reservorio y se transforma en un instrumento terapéutico del que se hace uso en momentos muy concretos del estado y evolución del enfermo, constituyéndose entonces en un agente irremplazable.

En nuestro trabajo con los grupos que operan en la red institucional hemos de considerar la afirmación de Elliot Jaques que los mecanismos de identificación proyectiva e introyectiva operan al vincular la conducta social e individual y añade desde una consideración social general que hemos de extender a nuestra práctica: "los elementos cohesivos primarios que reúnen individuos en asociaciones humanas institucionalizadas es la defensa contra la ansiedad psicótica. Puede considerarse que los individuos externalizan aquellos impulsos y objetos internos que de otra manera darían lugar a la ansiedad psicótica y los mancomunan en la vida de las instituciones sociales en que se asocian."

- En estos días un enfermo proponía hacer en la radio anuncios relativos



a las muertes que se producen en el Instituto como un medio de ganar dinero. El desencadenante en el plano real era la muerte de una enferma conocida y relacionada con muchos. Pero en planos más profundos la ansiedad se había movilizado ante su propia vida y su propia muerte, como días más tarde verbalizaría en otro ruedo institucional al manifestar que si el juez no le dejaba salir de alta antes de las Navidades se mataría. El conjunto de deudos de esta enferma (en un doble sentido, tanto porque a veces se toman como parientes ante la ausencia o huida de la verdadera familia, como porque la fallecida dejó importantes deudas económicas) trataron colectiva y socialmente la ansiedad de la muerte con la misa y un programa especial en la radio con recuerdo y oración fúnebre.

Freud en "Psicología de las masas" y "Análisis del Yo" ya apuntó estos mecanismos.

Freud toma como punto de partida en la psicología grupal la relación entre el grupo y su líder, a través de mecanismos de identificación de los miembros del grupo con el líder y de éstos entre sí. Estaríamos evocando formas muy tempranas de conducta: la identificación es conocida por el psicoanálisis como la expresión más temprana de un lazo emocional con otra persona. Freud distingue en su análisis de la vida grupal entre la identificación del yo con un objeto (identificación por introyección) y lo que denomina reemplazo del ideal del yo por un objeto externo.

Mecanismo este último en el que andan enzarzados algunos enfermos del Bar, que han sustituido su ideal del yo con el ideal de la gestión económica exitosa.

Melanie Klein ve la introyección como uno de los procesos primarios mediante los cuales el niño establece relaciones emocionales con los objetos. Pero considera que la introyección interactúa con el proceso de proyección en la realización de estas relaciones.

Habría que tener esto en cuenta al valorar las situaciones de crisis que aparecen en algunos enfermos cuando cambian de grupo. Un enfermo del Hospital de Día de Tarragona presentaba problemas importantes de adaptación, e incluso de asistencia. La visita en su domicilio por parte de la cuidadora que anima el grupo, debió de facilitar a través de un transfert muy positivo una identificación proyectiva que facilitó no solo una buena integración sino también la desaparición de trastornos psicóticos en la esfera del pensamiento y de las vivencias ("yo antes estaba atado por ideas que me obsesionaban, ahora me siento

libre"). Su paso a la Junta del Club y a la Asamblea General, donde no está dicha cuidadora (el objeto externo al que le había dado una parte de si mismo), determinó la aparición de ansiedad y de su sintomatología anterior.

La cooperación inconsciente en el nivel de fantasía (en el sentido de actividad intrapsíquica completamente inconsciente) entre miembros de una institución se estructura en términos de lo que E. Jaques llama la forma y contenido sociales fantaseadas de las instituciones. La forma y el contenido de las instituciones pueden así considerarse desde dos distintos niveles:

- el de la forma y contenido manifiestos y conscientemente acordados (incluyendo función y estructura), que, si bien posiblemente no reconocidos, están de todas formas en el preconscious de miembros de la institución, y de aquí son relativamente accesibles a la identificación por medio del estudio consciente. (Funciones explícitas o conscientemente aceptadas).
- el de la forma y contenido fantaseados, que son inconscientemente evitados y negados y puesto que son totalmente inconscientes permanecen no identificados por los miembros de la institución. (Funciones inadvertidas).

Ante todo esto, cómo situarnos en nuestro rol de animador y terapeuta dentro de los grupos. Burner señala que el psicoterapeuta de grupo, sea cual sea la técnica que utilice debe adquirir en la práctica, más que en la teoría, las nociones de catarsis de grupo, de dinámica de grupo, de interpretación de grupo, su manejo y sus efectos.

La historia de los grupos terapéuticos comienza con nuestro siglo en USA, J.H. Pratt, médico internista, en 1.907 trabajó con grupos de tuberculosos. En Europa, Moreno mucho antes de iniciar su técnica del psicodrama en el 23, había ya trabajado con grupos en 1.910. Desde entonces diferentes técnicas se han utilizado, y sin ánimo de reseñarlas todas, destaquemos:

- El psicoanálisis de grupo y terapéutica de grupo de orientación analítica de Alexander Wolff, en la que el grupo hace revivir conflictos familiares.
- Eric Berne introduce la terapéutica de grupo transaccional, abordando las interacciones del aquí y el ahora.

- Wolpe, basándose en la teoría del aprendizaje desarrolla la terapéutica de grupo conductista.
- La terapéutica gestáltica de grupo de Frederick Perls, se basa en el concepto de niveles de desplazamiento de conciencia dentro del sujeto.
- La psicoterapia centrada en el grupo de Carl Rogers facilita el desarrollo de la expresión sin crítica de los sentimientos entre los miembros del grupo.
- La terapéutica de grupo bioenergética de Alexander Lowen se basa en el uso del cuerpo y ejercicios motores.
- Finalmente la terapéutica de grupo interaccional estructurada de Kaplan y Sadok combina la teoría psicoanalítica con el condicionamiento operante.

Sea cual sea la técnica, el enfermo dentro del grupo va pasando por una serie de fases:

- 1ª fase de inclusión, que requiere el esfuerzo de los miembros para ser aceptados o queridos por el líder.
- 2ª fase del poder, cuando aparece la tentativa para conseguir la independencia del líder.
- 3ª fase del afecto, los miembros buscan ayuda uno al otro y todos dan o reciben ayuda.

Evidentemente no todos los miembros del grupo, en un momento dado, se hallan en la misma fase. Por otro lado determinados enfermos pueden saltarse una fase y otros pueden quedar fijados en cualquiera de ellas.

Los procesos de grupo, aparte de la identificación de la que ya hemos hablado son muy variados:

- la situación de grupo sirve como un foro de juicio de la realidad. Cuando la percepción de un miembro por parte de otro está distorsionada, otros miembros del grupo pueden aportar sus propias observaciones para poner de manifiesto la percepción equivocada. Como resultado acontece una constante valoración de la realidad.
- la transferencia. En la situación de grupo, algunos miembros desvían muchas de las emociones que de otra manera podrían dirigirse hacia el líder. Puede que uno de los pacientes del grupo tenga mayor parecido con una figura importante en la vida pasada del paciente y conver-

- tirse así en un objeto transferencial importante. Y el terapeuta de grupo no puede mantener la situación de incógnito del analista, la hoja en blanco, como en la terapéutica individual. Puede existir una transferencia múltiple y distintos miembros del grupo pueden representar personas importantes en una situación de la vida actual o pasada del enfermo. La transferencia colectiva es un fenómeno único que se da en la terapéutica de grupo y consiste en la personificación patológica del grupo como una única figura transferencial, generalmente el padre o la madre, por parte de un miembro. El terapeuta debe alentar al paciente a que responda a los miembros como individuos y a diferenciarlos uno de otro para elaborar esta distorsión.
- La cohesión es la capacidad del grupo de mantenerse unidos. Hay un sentimiento de "nosotros" por el hecho de que los miembros tienen una sensación de pertenencia. Cuanto más eficazmente pueda aumentar el terapeuta la cohesión de un miembro del grupo, más probable es que se consigan buenos resultados, puesto que el enfermo será entonces más receptivo a los mecanismos de terapéutica del grupo. Pero a veces los participantes pueden encontrar tal seguridad entre ellos que se pierde el objetivo terapéutico de un funcionamiento más independiente de cada uno de los miembros.
  - Según el grado en que un miembro se siente atraído a los demás miembros del grupo y el grado según el cual valore su pertenencia al grupo, es susceptible a las presiones del grupo para que se modifique su conducta, pensamiento o sentimiento.
  - La intelectualización es un proceso que comprende un conocimiento cognoscitivo de sí mismo, de los demás, y de las distintas experiencias vitales que explican el funcionamiento actual. Normalmente es un proceso defensivo.
  - La ventilación es la expresión abierta de los pensamientos y secretos más íntimos. Permite la mejoría de sentimientos de culpa y ansiedad. Estimula la asociación y las emociones en otros miembros.
  - La catarsis es la evocación de estados emocionales y sentimientos que pueden estar ligados a pensamientos o secretos ventilados.
  - La abreacción, es la revivificación de acontecimientos pasados, junto con sus sentimientos emocionales asociados. Parecida a la catarsis, es un proceso más acentuado en el que la descarga de afecto es mayor.

Todo este conjunto de procesos han de conducir a la elaboración psíquica por parte del sujeto. O como prefieren otros, al trabajo elaborativo, o a la per-elaboración como llama Tosquelles, porque existe una analogía entre el trabajo de la cura y el modo de funcionamiento espontáneo del aparato psíquico. El trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas conexiones asociativas. Después de ello vendrá la deducción del sentido latente existente en las manifestaciones verbales y de comportamiento del sujeto. Esto es, la interpretación que saca a la luz las modalidades del conflicto defensivo y apunta, en último término, el deseo que se formula en toda producción del inconsciente.

Actualmente la psicoterapia de grupo está polarizada entre los que dirigen su atención hacia el individuo dentro del grupo y los que se centran en el grupo como un todo. Quizás en nuestra práctica institucional ambas visiones deberían contemplarse al unísono, del mismo modo que aunamos la visión de los grupos y del colectivo. Si entendemos esquemáticamente por colectivo el conjunto que rige las numerosas instituciones, los diferentes grupos y espacios habitados por el enfermo, también dentro de cada grupo hemos de contemplar el efecto del mismo sobre cada miembro. Y aquí y allá cada miembro, cada persona-enferma como sujeto global que sufre, en un sufrimiento que es individualizado, con unas características nunca repetibles.

No quisiera terminar sin insistir una vez más que debemos situarnos, actuar e intervenir como terapeutas de grupo en todas las situaciones de la práctica institucional, tanto si estamos en una situación de grupo espontánea, como si es reglada, tanto en una reunión de pabellón como en una Comisión del Club, tanto si existe un objeto intermedio (terapias ocupacionales, laborterapia, etc.) como si es la palabra el único instrumento de la relación. Evidentemente cada una de estas situaciones es diferente, pero los fenómenos grupales se producen y aparecen siempre requiriendo de nuestra intervención.

Por otro lado un tejido tan complejo como en este momento tenemos precisa de nuestra intervención, la de todos, para recomponer el discurso troceado del enfermo, de un lado, y de otro analizar los significantes institucionales. Es decir tratar la enfermedad del paciente y tratar la enfermedad institucional. Una participación activa se

hace imprescindible en todas las reuniones, donde ya se han hecho las triangulaciones precisas, por parte de todos.

\*\*\*\*\*

## BIBLIOGRAFIA

- BACH, R. George.- "Psicoterapia intensiva de grupo" Ediciones Hormé. Buenos Aires 1.958
- BROUSTRA, Jean.- "La esquizofrenia" Editorial Herder. Barcelona 1.979
- BURNER, M.- "Psychothérapies de groupe". Encyclopédie Médico-chirurgicale. Paris Febrero 1.973
- GARCIA IBAÑEZ, LABAD, OTIN, VIRGOS y RODRIGUEZ.- "La formación progresiva de un Club psicoterapéutico (consideraciones sobre la historia crítica de la ludoterapia y de la socioterapia en el Instituto Pedro Mata)." Ponencia a las VI Jornadas de Interés Psiquiátrico. Publicaciones del I.P.M. Reus 1.973
- GARCIA IBAÑEZ, OTIN y VIRGOS.- "Presiones y depresiones en la historia de una institución psiquiátrica en cambio". Ponencia a las XI Jornadas de Interés Psiquiátrico. Publicaciones del I.P.M. Reus 1.978
- GARCIA IBAÑEZ, JIMENEZ, MEDINA y RODRIGUEZ.- "Evolución de los problemas y de las variaciones formales de las actividades del Club Emilio Briansó del Instituto Pedro Mata". Ponencia a las XVI Jornadas de Interés Psiquiátrico. Publicaciones del I.P.M. Reus 1.983
- GRIMBERG L., LANGER M., RODRIGUE E.- "El grupo psicológico". Editorial Nova. Buenos Aires 1.959
- LAPLANCHE J. y PONTALIS J.B.- "Diccionario de psicoanálisis". Editorial Labor S.A. Barcelona 1.971
- MARGAT P.- "El hombre psicótico". L'Information psychiatrique, volumen 60, nº 7. Septiembre 1.984
- MENZIES E.P. y JAQUES E.- "Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad". Editorial Paidós. Buenos Aires.
- OURY, Jean.- "Thérapeutique institutionnelle". Encyclopédie Médico-chirurgicale. Paris Octubre 1.972
- OURY, Jean.- "Exercices sur la psychothérapie institutionnelle". Connexions nº 7, 1.973. Epi Editeurs. Paris
- TOSQUELLES, Francesc.- "Education y psicoterapia institutionnelle". Hiatus Edition. Mantes-la-Ville 1.984
- TOSQUELLES, Francesc.- "A propos de psychotérapie institutionnelle" Connexions nº 6, 1.973. Epi Editeurs. Paris.
- TOSQUELLES, Francesc.- "Algunas precisiones sobre la terapia institucional". Clínica y Análisis grupal. Año 7, nº 33, 1.983
- TOSQUELLES, Francesc.- "Reflexions sur le mouvement "desaliénisse" de la psychoterapia institutionnelle et des "espaces thérapeutiques" saisis dans la perspective psychanalytique". L'Information Psychiatrique, vol 59. 1.983