

RESUMEN

SE ESTUDIA Y DISCUTE LA IMPORTANCIA DE LA ASAMBLEA GENERAL TANTO EN LAS COMUNIDADES TERAPÉUTICAS COMO EN LOS HOSPITALES DE DÍA. EL ANÁLISIS ABARCA LOS ORÍGENES DE LAS ASAMBLEAS, SU LÓGICA EN OPOSICIÓN A LA MANICOMIAL, LA FINALIDAD DE LA ASAMBLEA Y DIVERSOS ASPECTOS DE SU FUNCIONAMIENTO, ESPECIALMENTE LA DEL EQUIPO TÉCNICO. SE PLANTEA EL PROBLEMA DEL FUNCIONAMIENTO "PSICÓTICO" EN LA ASAMBLEA. SE CONCLUYE CON UN REFLEXIÓN ACERCA DE LA PRESENCIA DE LA FAMILIA DEL PACIENTE EN EL ESPACIO DE LA ASAMBLEA.

PALABRAS CLAVES: TERAPIA INSTITUCIONAL, METAENCUADRE, AUTOGESTIÓN, AUTOANÁLISIS.

ABSTRACT

THE IMPORTANCE OF THE GENERAL ASSEMBLY IN THERAPEUTIC COMMUNITIES AND DAY HOSPITALS IS STUDIED AND DISCUSSED IN THIS RESEARCH. THE ANALYSIS COVERS THE ORIGIN OF THE ASSEMBLY, ITS LOGIC IN COMPARISON TO THE LOGIC OF THE INSANE ASYLUM, THE PURPOSE AND SOME ASPECTS OF ITS OPERATION, SPECIALLY THE WAY THE TECHNICAL TEAM WORKS. THE PROBLEM OF THE "PSYCHOTIC" BEHAVIOUR IN THE ASSEMBLY IS TREATED. AT LAST, THE RELATION BETWEEN THE ASSEMBLY AND THE FAMILY OF THE PATIENT IS CONSIDERED.

KEY WORDS: INSTITUTIONAL THERAPY, METAFRAME, AUTOGESTION, AUTOANÁLISIS.

La asamblea general en comunidades terapéuticas

Horacio Foladori¹

Introducción

La Asamblea General constituye el centro de la Comunidad Terapéutica o del Hospital de Día. Por tanto, se trata de abordar esta instancia del trabajo comunitario para determinar sus condiciones de posibilidad, sus límites, así como sus acciones y propósitos; en todo caso, delinear sus alcances. Tal vez se pueda contribuir así a especificar las condiciones para su conducción, en tanto sus resultados han de ajustarse a ciertos propósitos. A través tanto de la teoría de los grupos como de los aportes del movimiento institucionalista se pretende elucidar en torno a su quehacer.

1. Sobre el encuadre y el meta- encuadre

Para Chazaud (1980:16), "La terapia institucional es aquella que se propone fundar, instaurar (o restaurar) el establecimiento de la asistencia en institución de estructuras de intercambio como lugar estable y fiable de una empresa y una alianza terapéutica en la que el "enfermo" pueda asumir una parte de responsabilidad". Esta alianza terapéutica solo puede ser explicada a partir de los conceptos de transferencia y contratransferencia desarrollados por el psicoanálisis. Pero en este caso la particularidad estriba en que la referencia

1 Horacio Foladori. Psicólogo. Psicoanalista. Creador y director de la Escuela de Psicología Grupal y Análisis Institucional Pichón Riviére. E.mail: foladori@vtr.net

transferencial tiene que ver con los procesos inconscientes que ocurren en los grupos y en las instituciones.

Pero entonces, el tránsito entre el manicomio y la comunidad terapéutica o el hospital de día (Bertrán 2004) supone la conceptualización ampliada de varios principios en torno a la idea de encuadre y de transferencia. ¿Cómo se puede utilizar la institución para producir salud más que para producir enfermedad? Será posible siempre y cuando se piense la estructura de la institución con similar rigurosidad a aquella que se utiliza para asentar la idea de encuadre psicoanalítico. ¿Qué “ampliación” hay que hacer del concepto de transferencia para que pueda ser utilizado en un espacio de una institución?

Sobre todo para el caso de los pacientes psicóticos y del trabajo con familias que funcionan con mecanismos muy primitivos (Sefcick 1998) se hace necesario contener de una manera más sistemática la relación terapéutica. Para ello, la institución es la instancia indicada si se logra que funcione ágilmente, ocupándose de una parte de la relación terapéutica para sostenerla. La otra parte quedará a cargo de los psicoterapeutas que abordarán al paciente de manera individual o en las actividades cotidianas, talleres, etc. Esto supone trabajar con la idea de dos encuadres superpuestos, a saber: El que establece el o los terapeutas con el paciente individualizado y con su familia y un meta-encuadre que es más amplio y abarca la parte del compromiso que la institución asume con la familia del paciente. Este doble sistema ha mostrado ser provechoso para evitar la deserción del paciente y reforzar -según los estudios de Jacques (1956)- al yo del paciente cada vez más amenazado y con menos posibilidad de decidir en tanto invadido por la locura.

Este sistema de doble contención supone a su vez un trabajo sobre el concepto de transferencia ya que la misma ha de ser pensada ahora no solamente como aquella relación con el terapeuta en la que se reproducen relaciones objetales de la primera infancia, sino que hay que trabajar tam-

bién con la noción de transferencia institucional. Este nuevo desarrollo ha implicado discriminar clínicamente que el paciente también guarda una relación emocional con la institución que lo acoge, lo que hace que todas las personas que funcionan en estos lugares institucionales (todo el personal de la institución) se inscriben ahora como “terapeutas” aunque no lo sean de hecho, y lo que hacen y dicen adquiere sentido en función de la institución que en ese momento representan y en el acto de sostener el proceso de cura.

La concepción de la transferencia en el medio institucional ha sido estudiada por diversos autores; entre ellos Barenblitt (1991:15) destaca: “...los pacientes de una organización psiquiátrica y otras, establecían múltiples transferencias laterales con sus iguales, con el equipo de enfermeras, de médicos, el equipo administrativo, con los jefes y también con la Organización como un todo: no apenas como establecimiento, figura arquitectónica, no apenas con los lugares y espacios donde desarrollaban sus actividades, sino también con la ideología de la Organización. O sea, el ideario, la carta de principios, el sentido que la Organización se daba para existir, su concepto de los servicios que prestaba y del objeto-usuario a quien encaiminaba su servicio.”

A su vez Fontaine (2004) destaca: “El director, los cocineros, las personas del servicio de aseo, las secretarías, los médicos, los contables, y el hombre de los trabajos menudos, participan todos del tratamiento, en la medida en que la transferencia no corresponde al estatus, pero sí al sujeto”. (...) Cada uno posee un coeficiente terapéutico, puede anudar una relación afectiva con un paciente y ayudarlo a invertir un proyecto de vida”.

2. El origen de la Asamblea

Es probable que el primero que haya utilizado la Asamblea General en un hospital de enfermos mentales haya sido W. Bion (1963:19), cuando se hizo cargo de un pabellón en la primera experiencia del Hospital Militar de Northfield. “Se

anunció también que todos los días a las 12:10 se pasaría revista para hacer anuncios y tomar otras disposiciones relativas al sector de entrenamiento. Sin saberlo los pacientes, la intensión implícita en esta reunión, estrictamente limitada a treinta minutos, era la de dar la oportunidad a los hombres para que salieran de sus respectivos marcos referenciales y consideraran sus propias actividades como si fueran nuevos espectadores. En suma, éste debía ser el primer paso hacia la elaboración de seminarios terapéuticos. (...) Las primeras reuniones de las 12:10 fueron poco más que intentos de juzgar la seriedad de las propuestas; más adelante comenzaron a formarse grupos dispuestos a colaborar a conciencia.”

Estas reuniones tenían un carácter organizativo y se fueron convirtiendo en el centro mismo de la actividad cotidiana del pabellón, en la que los diversos problemas eran planteados, discutidos y resueltos según las circunstancias. Bion no participaba como analista, es decir, no se trataba de un trabajo psicoterapéutico de un grupo grande; se pretendía constituir un espacio de encuentro, socio-político, en el sentido de que los participantes tenían que poder ir haciéndose cargo de sus propios problemas que la vida cotidiana genera e instrumentar los mecanismos apropiados para darle solución. En suma, realizar la experiencia de hacerse responsables progresivamente de su propia vida.

Si bien Bion era psicoanalista, no hay nada del psicoanálisis en este dispositivo desde la perspectiva de la técnica. El *setting* de la Asamblea es importado desde experiencias socio-políticas diversas, muchas de las cuales habían sido estudiadas desde hacía años tanto por Bion como por Rickman, como lo mostrara Foladori (2008). La Asamblea hace a un mecanismo de ejercicio del poder ya que cruza el deseo con una posible implementación del mismo en el medio institucional, si se logran acuerdos con otros y se toman decisiones. Así, deseo y poder instituyente se apoyan mutuamente en un proyecto innovador que se hace posible a través de la Asamblea general.

Años después, la Asamblea general permanente será la propuesta autogestionaria de la intervención socioanalítica animada por Lourau (1979)².

Esta Asamblea inaugurada por Bion pasó rápidamente a constituirse en el centro de la actividad de las comunidades terapéuticas instaladas por Maxwell Jones (1966:96) posteriormente. “Un aspecto básico de la organización social de una comunidad terapéutica es el establecimiento de reuniones comunitarias diarias. ...una reunión de toda la población de pacientes y equipo que están trabajando juntos...” Y también (p.100):

“Los Consejos de Pacientes están de moda y se encuentran en muchas organizaciones hospitalarias. La función de estos consejos de los pabellones varía considerablemente, pero según nuestra experiencia se limita principalmente a manejar detalles prácticos tales como privilegios, disposiciones para la limpieza de los pabellones, registros, etc. Sin embargo tienden con el tiempo a asumir crecientes responsabilidades”.

El modelo de la Asamblea General debe ser diferenciado de la utilización de grupos amplios conducidos por un equipo de psicoanalistas con finalidades “socioterapéuticas”, como señala Stuart Whitely (1975). Siguiendo el segundo experimento del Hospital Militar de Northfield comandado por Foulkes, en el cual se introdujeron grupos psicoanalíticos en todos los pabellones, se comienza a recurrir en hospitales psiquiátricos al Grupo amplio -de alrededor de 50 pacientes- coordinado por un equipo de psicoanalistas. La lógica que se sigue es la de ampliar el beneficio del grupo psicoanalítico pequeño y ya largamente estudiado a un número mayor de personas. En este movimiento se descubren algunos de los procesos que sobrevienen en los grupos amplios (por ejemplo, Turquet 1975), los que son muy diferentes a aquellos de los grupos pequeños relatados, por

2 Debe recordarse que contemporáneamente a las investigaciones de Bion, A.S. Neil propone en Summerhill (modelo de escuela basada en el deseo y la autogestión) la Asamblea General integrada por todos los alumnos y maestros de la institución, con poderes inusitados para los primeros, en el ámbito de una institución educacional.

ejemplo, por Bion. Más tarde, como lo reconoce Stuart Whitely, el grupo amplio implicó la reunión de la totalidad de la comunidad terapéutica. Si bien el mencionado autor destaca que el límite entre psicoterapia y “socioterapia” se borra en los grupos, subsiste el supuesto de que la cura solo proviene de la intervención psicológica especializada, concepción que es puesta en duda por el instrumento de la Asamblea General que rescata la participación socio-política, autogestiva, como forma de cura.

Si bien la Asamblea General es de hecho un grupo amplio, no es eso lo que importa, lo que no significa dejar de tomar en cuenta la producción de conocimientos que el grupo amplio ha ido arrojando a lo largo de los años. El énfasis en este caso está puesto en las formas de participación en el proyecto institucional, más que las raíces psicológicas de tal participación.

“Oury (Fontaine 2004) subraya también la congruencia de lo político y de lo psicoanalítico. Una decisión política tiene efectos psíquicos inconscientes inmediatos sobre la organización pulsional de cada uno. Este enmarañamiento pulsional entre organización misma del trabajo y el hecho psicopatológico tiene repercusiones directas sobre el tratamiento de los enfermos.”

3. La lógica del manicomio

Grinson (1983:163) advierte que “En la Asamblea puede ocurrir la desalienación que constantemente requiere una institución que se pretende terapéutica. Hemos señalado que la comunidad no es un logro sino una tendencia que en todo momento corre el riesgo de revertir a formas de atención tradicional”. O sea que toda comunidad terapéutica (se incluye también a los llamados hospitales de día) debe luchar diariamente contra esa tendencia a la alienación, contra esa fuerza que lleva invariablemente a la comunidad a convertirse en un manicomio tradicional, un asilo. Si bien la comunidad surge como una alternativa ante la lógica manicomial, no está libre de producir en

su seno, de distintos modos y a través de diversos mecanismos, los nefastos efectos reconocidos universalmente que producen los manicomios. Por tanto, hay en la cotidianidad de la comunidad un proceso latente que puede corroer de manera implacable nada más y nada menos que el principio terapéutico que la comunidad pretende sostener. Esta tendencia puede ser observada tanto en los miembros del equipo técnico como en las manifestaciones resistenciales de los pacientes (Chazaud 1980).

Ya Bleger (1966:90) señalaba que “Por responder a las mismas estructuras sociales, las instituciones tienden a adoptar la misma estructura de los problemas que tienen que enfrentar”. Y hablando particularmente de las instituciones que atienden enfermos mentales, enfatiza (p. 91): “...la institución tiende en su organización total a consolidar la alienación y la segregación del enfermo mental. Como en ningún otro caso, se hace aquí evidente el hecho de que la institución tiende a adquirir la misma estructura y el mismo sentido que el problema que se propone resolver. El asilo tiene en su organización la misma alienación que sus pacientes”.

Esta estructura que se impone inexorablemente como efecto de que el manicomio se constituye sobre el modelo institucional dominante y hegemónico promovido por el Estado, esta lógica de funcionamiento -que recuerda la lógica burocrática estudiada por Weber- tritura toda posibilidad de pensar y de pensarse por parte de aquellos que conviven en el espacio hospitalario. Y allí está involucrado en primer lugar el equipo técnico que al carecer muchas veces de una supervisión externa que le ofrezca otra mirada, se convierte en víctima de su propio proceso, resultando tan alienado como el grupo de pacientes que dice “tratar”.

La lógica de la comunidad terapéutica implica una radical ruptura con la lógica manicomial ya que el funcionamiento general comunitario sostiene principios autogestivos que implican procesos de recuperación de poder sobre el hacer cotidiano

que atentan contra la segregación denunciada por Bleger. Concluye (p. 110): “El punto culminante de este desarrollo de la asistencia psiquiátrica está dado por lo que en la actualidad se denomina comunidad terapéutica, que consiste fundamentalmente en modificar la estructura institucional artificial y alienada, con sus propias pautas, para convertir la organización y las relaciones que en ellas se dan en agentes positivos para los seres humanos que la integran”. Y es allí donde la Asamblea general autogestiva adquiere toda su importancia por ser el centro mismo del funcionamiento de la organización en la que piensa y se piensa en su propio devenir.

4. La finalidad de la Asamblea

En contraste con los talleres, grupos psicoterapéuticos y actividades recreativas, la Asamblea pone el énfasis en el aspecto socioterapéutico³. Se trata de “reconectar” al enfermo con aquellos procesos típicos de la vida social. Opina Chazaud (1980:76): “...entregado a sí mismo, el proceso de descatectización de la psicosis (pérdida del sentimiento de comunidad) tiende a agravarse si no se multiplican las tentativas de frenar la “atrofia” progresiva que acompaña a toda suspensión de función”. Por tanto, mantener al psicótico en contacto con la comunidad y con el entorno es una manera de revertir la “atrofia” de funciones que tiene que ver con el principio de realidad. Se recurre entonces a ciertas capacidades y responsabilidades existentes en su psiquismo, aprovechando el espacio protegido que ofrece la hospitalización.

Surge inmediatamente la lucha contra la tendencia natural en el equipo técnico de “hacerlo todo por ellos” y “hasta sufrir por ellos”, reconoce Chazaud, siendo imprescindible forzar al máximo

las posibilidades del yo del paciente para contrarrestar esta resistencia de los técnicos.

El espacio de la Asamblea aborda el problema de lo real. “...la reunión del pabellón es una oportunidad para intentar despejar la resistencia a la realidad, sin que por ello se la “analice”. La reunión del pabellón busca casualmente la realización y no la simbolización de cierto imaginario. Es el momento de la toma de decisiones y de la asunción de las consecuencias, de buscar lo posible como satisfacción, más allá de lo parcial que pueda resultar en los hechos. El principio de realidad no es opuesto al principio del placer, tan solo busca la oportunidad para hacerlo posible, persigue su realización según coordenadas témporo-espaciales que lo hacen viable.

Debe considerarse que la realización (parcial) abre a otras realizaciones posibles futuras, vale decir, potencia su mecánica con amplitud. El centramiento en la acción rebota sobre la Asamblea el asunto de la gestión, la que debe ser necesariamente concertada resultando en una propuesta re-socializante.

Importa señalar el efecto de poder (movimiento de recuperación del acto-poder, lo llama Mendel (1993)) que se produce sobre el cotidiano. La Asamblea resuelve y al hacerlo toma decisiones sobre materiales, actividades, horarios, proyectos nuevos, ingresos y egresos, sobre las regulaciones y normativas que rigen la vida de relación, etc., según sus propias capacidades. Pero este poder no es individual ya que la Asamblea opera como una totalidad en la que los individuos forman parte de la misma. Se trata, por tanto, de un poder colectivo.

En suma, se puede indicar que la Asamblea tiene una doble finalidad: psíquica y política. La primera por cuanto reproduce un espacio de pensar que, a través del discurso construido entre todos, opera como instancia de simbolización abordando cuestiones de la realidad, esto es, fijando un “cable a tierra” para todos los participantes, en especial los pacientes. Debe sopesarse

3 A diferencia de la definición de Stuart Whitely (1975), donde la socioterapia tiene que ver con el espacio de los grupos, es decir, el espacio de lo interpersonal, ahora socioterapia está usado para hacer referencia a la función curativa de la institución.

con cuidado la posibilidad de internalización de procesos de diálogo que puedan contribuir, sobre todo en el psíquico, a generar esta diferencia yo-otro. La finalidad política tiene que ver con el ejercicio del poder colectivo sobre la vida en común, con la construcción de una cotidianidad desde un espacio protegido, con el proceso que implica el análisis de situaciones puntuales que autoriza la toma de decisiones, así como la asunción de las consecuencias.

5. El funcionamiento del equipo técnico y su incidencia en la Asamblea

5.1. Bases generales

El equipo técnico está conformado por una multiplicidad de personas, las que a su vez tienen funciones especializadas en la vida de la comunidad. Desde el Director de la comunidad, pasando por los psicólogos, psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, profesores, coordinadores de talleres, personal de cocina y de limpieza, etc., todas las personas que son contratadas parcial o totalmente por la comunidad, conforman un grupo humano que debe funcionar como tal. Esto es, que más allá de las especialidades respectivas, la propuesta de trabajo en conjunto debiera conducir a la conformación de un esquema conceptual común que sirva para operar no como individuos aislados sino como grupo que resuelve una tarea.

Este aspecto es central ya que transmite a los pacientes un sentir particular que se visualiza en el acogimiento que el equipo técnico puede ofrecer. Por tanto, la manera en que el equipo técnico pueda ser visto como equipo y no como una suma de individualidades (no como colectivo) incidirá tanto en la vida cotidiana de la comunidad como en el desarrollo de la Asamblea.

Para M. Jones (1966) el primer problema a considerar es la actitud del equipo ya que va a ser fundamental para que la comunidad en general y la Asamblea en particular pueda cumplir su mi-

sión. Señala que (p. 97) "...las reuniones diarias de la comunidad sirven muy poco para mejorar la situación si todo el equipo, excluido el médico, siente que es una pérdida de tiempo y que puede crear más, y no menos perturbaciones entre los pacientes". Atribuye las dificultades a un cierto temor al cambio. Por tanto, las reuniones serán valiosas cuando el equipo comprenda que las Asambleas no solo están dirigidas a los pacientes sino también a ellos mismos.

Este asunto abre a una serie de problemas cuando se trata de salidas o ingresos de personal, ya que se producirán ajustes en el funcionamiento del equipo técnico, fisuras que muchas veces son puestas en tensión por actos de pacientes que aprovechándose de su sensibilidad "diagnóstica", pueden llegar a producir situaciones críticas en la comunidad.

5.2. La Tarea de la Asamblea

Si la Asamblea es el eje de la vida comunitaria, es el lugar privilegiado para estudiar el funcionamiento "social" de la comunidad y realizar en consecuencia la socioterapia. Es sabido que la Asamblea cumple un proceso definido ante cada problema; este incluye tres fases que son deliberación - decisión - normalización (Grimson 1983:165). Estas fases reproducen al interior de la comunidad la vida socio-política exterior a la misma. Así, los temas del orden del día, serán puestos a discusión tanto para que todos conozcan las distintas posturas sobre el mismo como para dar tiempo a la formulación de propuestas con carácter resolutivo. Este primer momento es el de la deliberación.

Una vez suficientemente discutido el punto sobreviene el momento del consenso o de la votación, vale decir, la toma de decisión. Nótese que el momento de la decisión supone contar con antecedentes y evaluar las repercusiones de la decisión: reconocer el pasado y proyectarse en el futuro.

Pero la resolución tiende a crear una cierta costumbre. La idea es que casos similares se resuelvan del mismo modo. Por tanto, la decisión crea historia, muestra el proceso de institucionalización y por ende normativiza no solamente el caso particular que se ha resuelto sino también otros casos posibles similares. Así, salvo variaciones puntuales necesarias por las circunstancias coyunturales, el todo social avanza en un camino hacia la normalización de sus comportamientos, lo que constituye la tercera fase.

5. 3. La Coordinación de la Asamblea

La tarea de coordinación de la Asamblea es central para que la misma pueda lograr su cometido. Si la Asamblea es un espacio de trabajo la coordinación tendrá la misión de facilitar las condiciones para que la Asamblea pueda abocarse a su tarea. Por tanto, es una función técnica.

Como tal la función podrá y deberá ser desempeñada por todos los integrantes del equipo técnico en tanto son los responsables de la institución. Sin embargo, también es deseable que sea coordinada por pacientes siempre y cuando exista una cierta experiencia acerca de la vida en la comunidad y de los objetivos que se persiguen. Dice Grimson (1983:163): “Quien coordina es alguien claramente identificado por la Asamblea como un portavoz de la cultura terapéutica de la institución”. Se trata de un asunto de compromiso tanto como de convicción en la fuerza terapéutica de los procesos que la Asamblea desencadena. “La Asamblea es el puente de mando de la embarcación comunitaria, que pretende estar navegando hacia puertos más saludables y que corre el riesgo de naufragar”, reflexiona Grimson (op. cit. p. 165). Por ello no es aconsejable correr riesgos innecesarios dejando el timón en manos que no cuenten con habilidades para sortear las tormentas que puedan ocurrir. De este modo, cuando la Asamblea decide que la coordinación puede recaer en un paciente, este nombramiento es de gran significación para la persona designada tanto como para el conjunto, que ha logrado una nueva alianza en el compromiso con la salud.

Es aconsejable que la coordinación de la Asamblea sea desempeñada por las personas designadas de manera rotativa ya que, como todo lugar de poder, es riesgoso que se fijen roles. La rotación permanente de funciones podría ser una condición para evitar las concentraciones de información que conducen inevitablemente a concentraciones de poder, atentando contra el principio autogestivo que guía el funcionamiento de la Asamblea.

Lo mismo podría afirmarse de casi todas las otras funciones que se desempeñan en la comunidad.

Jones sostiene que (1966:107): “Queda planteada la cuestión de si el consenso del grupo puede ser considerado como manera satisfactoria de resolver los problemas, si es que ello se logra alguna vez; pero el intento de examinar los problema en varias dimensiones es una buena experiencia de aprendizaje.” A su vez Rodrigué (1965:137) informa del funcionamiento de una comunidad terapéutica en la que se había decidido “tomar decisiones por consenso grupal”. Desde la teoría de los grupos puede sostenerse el argumento de que el consenso debe ser buscado y que es responsabilidad de la coordinación lograrlo. Si bien es inevitable que muchas veces las decisiones se tomen por mayoría, las votaciones terminan siempre dividiendo al grupo, produciendo vencedores y vencidos, lo que no ayuda a mantener el clima de unidad que permite unir a la comunidad en una lucha contra la enfermedad, como le gustaba decir a Bion. Una coordinación hábil tratará de hacer lo posible para lograr una decisión unánime y mantener así al grupo grande de la Asamblea unido.

5.4 Los temas de la Asamblea

Las temáticas de la Asamblea figuran en el orden del día. El listado de los temas garantiza mantener una estructura, aquella que permite darle continuidad a la misma. Hay una apuesta por la realidad, por la reflexión en torno a diversas problemáticas que atañen a la Comunidad.

Pero el asunto se vuelve más complejo cuando a partir de la intervención de los participantes, se comienzan a tocar temas que aparecen a simple vista como de la órbita estrictamente personal. ¿Es por tanto, la Asamblea un espacio en el cual se puede hablar de cualquier cosa? ¿Puede la Asamblea constituirse en reducto de tratamiento de asuntos individuales? ¿Qué hacer en estos casos?

No hay que olvidar que la Asamblea funciona como un grupo y en tal sentido se juegan allí, lugares, roles, angustias, fantasmas que son siempre colectivos aunque su apariencia sea personal. Se afirmó que la Asamblea es un espacio socio-político por lo que su temática tendrá que ver con problemas de la comunidad. El caso es que todo aquel que habla no puede dejar de hacerlo a título personal, lo que no significa que además no esté expresando cuestiones del conjunto. Es la idea del portavoz sobre la que tanto insistía Pichón-Rivière. Pero de ello la Asamblea puede tener poca conciencia. Alguien debe poder escuchar este desliz -de lo individual a lo colectivo- y ser capaz no solamente de rescatarlo sino también de “traducirlo” en términos colectivos al conjunto. Genis (1972: 69) sostiene que “el regulador de la rueda debe orientar hacia la colectivización y a la despersonalización de lo que se trate”.

Esta tarea recae en el coordinador de la misma, quien puede contar con esta capacidad adicional para re-definir ciertos relatos personales en términos de núdulos que la comunidad tiene que abordar. Este tipo de intervención tiene un efecto muy potente sobre el autor del discurso “individual” por cuanto su intervención aparece re-definida como un aporte a la problemática del conjunto.

5. 5. El registro de la Asamblea

El registro de la Asamblea (el Acta de la reunión) es otra tarea imprescindible que tiene que ver con la memoria de la misma. Temas, argumentos y sobre todo resoluciones, son necesarios para que la Asamblea construya una historia, para que la misma funcione de manera concertada.

Esta puede ser una función en la que los pacientes pueden entrenarse en conocimientos y experiencias acerca del cauce por el que va transitando el movimiento comunitario. Mientras la coordinación es una tarea del aquí y ahora, el registro permanecerá y será consultado innumerables veces.

Lectores especializados pueden descubrir lecturas sobre el acontecer de la Asamblea que aporten luz acerca de sus ansiedades y dificultades. No está demás indicar que el acta no es la transcripción de lo hablado en la Asamblea; si bien debe poder dar cuenta del espíritu de la Asamblea es conveniente que sea concisa para precisar fundamentos y resoluciones.

5.6. Las instancias de participación

¿Cuáles son los límites en el ejercicio del poder que tiene la Asamblea? Este aspecto es determinante en cuanto a la regulación de la participación. ¿Participar para qué? Esta pregunta que hoy por hoy está en el centro de la cuestión política es decisiva para comprender que la participación está directamente condicionada a la posibilidad de incidir de manera significativa en el rumbo de la vida cotidiana. Significativa significa que efectivamente se puedan realizar actos de transformación, proyectos y toma de decisiones que afecten a los participantes de la comunidad.

Si la institución no es autónoma, vale decir, si la institución a su vez depende de otras instituciones para su financiamiento y en cuanto a la designación de las autoridades y funcionarios, la participación tiene un techo. No es posible pretender una participación meramente simbólica, sin que tenga efectos directos en el quehacer de la comunidad. La Asamblea no puede funcionar “como si” tuviese poder, cuando las decisiones importantes se toman en otro lado.

Muchas veces aparece la pregunta por la no participación. En realidad, hay que suponer que la no participación es efecto de la represión.... o

del manipuleo. Las personas participan cuando tienen poder para decidir sobre sus vidas, ya que eso es algo que les interesa, que les atañe directamente. No lo hacen cuando se sienten manipuladas por discursos populistas o juegos de poder en los cuales resultan excluidas de las decisiones importantes de la vida comunitaria. El equipo técnico ha de tener buen cuidado de que su poder de decisión sustentado en “cuestiones técnicas” no sea decodificado por los pacientes como un intento para mantener y aumentar su cuota de poder en el todo comunitario.

Rodrigué (1965:137) advierte que “Una Comunidad terapéutica para que realmente funcione, tiene que ‘ir en serio’. La participación del paciente en el gobierno de la institución debe ser real y de peso. El paciente no puede entrar como un ‘ciudadano de segunda clase’”. Sin embargo ello no supone “igualar” a técnicos y pacientes, aunque esa pueda ser una tendencia populista. Rodrigué reconoce que hay algunos aspectos en el gobierno de una clínica que son médicos y concluye: “Creo que el impulso utópico de negar diferencias es tan perjudicial como la tendencia opuesta y reaccionaria a acentuar barreras, clases y la rigidez del escalafón jerárquico.”

6. El autoanálisis permanente

¿Cómo escapa la Asamblea a su propia burocratización? ¿Cómo hace la Asamblea para evitar adoptar la lógica de la locura, como lo señalara Bleger? ¿De qué manera es posible transitar en la producción constante de salud, cuando a su vez la comunidad se encuentra en un medio externo nocivo para su autonomía?

Guattari (1976) decía que hay grupos en sí y grupos para sí. Los primeros son aquellos que realizan su tarea eficazmente y de forma sistemática. Los segundos, además de realizar la tarea asignada se hacen preguntas acerca de cómo hacen lo que hacen. Los segundos son los grupos para sí.

La Asamblea debe ser entonces capaz de transitar hacia un grupo para sí, si no quiere reproducir la lógica de la locura. Para ello, la Asamblea ha de convertirse en una contra-institución, en el sentido de que su funcionamiento deberá estar sometido permanentemente a análisis acerca de su propia lógica. No solamente la Asamblea se autogestiona sino que ha de tener cuidado de que lo siga haciendo. Esto no es fácil ya que supone un trabajo disociativo-instrumental en el cual la Asamblea debe poder mirarse desde afuera como si fuese otra.

Una alternativa que no garantiza pero que ayuda es la posibilidad de contar con un supervisor externo que cada tanto tiempo pueda participar en la misma o pueda coordinar reuniones que tengan como cometido grupal el pensarse como Asamblea.

Dado que la responsabilidad del equipo técnico es mayor, es aconsejable que el mismo se someta a supervisión de manera constante. Esta supervisión conviene que sea realizada por un especialista que no esté implicado de algún modo con la institución con la que va a colaborar, a los efectos de poder mantener la distancia adecuada requerida para ejercer su función.

Los distintos integrantes del equipo técnico en tanto participan del cotidiano de la comunidad son objeto de proyecciones diversas. Los mecanismos de fragmentación descritos por Sprigmann (1974) se ponen en juego para disociar y controlar los diversos objetos psíquicos que resultan amenazadores para los aparatos psíquicos de los pacientes de la comunidad, y por que no, también de los miembros del propio equipo técnico. Kaës (1976) reconoce que para que los integrantes del equipo puedan recuperar su función alfa y restituir en ellos la capacidad de fantasear y de pensar es conveniente realizar el análisis intertransferencial cuya razón de ser es “el establecimiento y la continuación del proceso analítico”. De este modo “el análisis intertransferencial apunta a restaurar la capacidad alfa de los analistas manteniendo la situación analítica en cada uno de los intérpretes;

para lograrlo no hay otra vía que la que asegura la fluidez y el intercambio de los pensamientos y de los afectos en cada uno de los analistas entre sí”. Si bien Kaës se refiere a talleres de diversos grupos analíticos con fines de enseñanza, el concepto de análisis intertransferencial es perfectamente aplicable para el caso de equipos de comunidades terapéuticas.

Si el equipo técnico comparte un mismo enfoque sobre el devenir comunitario es probable que, en la medida en que se integra a su vez a la Asamblea, pueda generar un pensar sobre la misma que sea formativo en el sentido de poder sostener con los pacientes el movimiento de la Asamblea, hasta donde eso sea posible.

Pensarse es que todos puedan estar atentos tanto a la discusión de la temática del orden del día como acerca de la forma de intervenir en la Asamblea. Por ejemplo, muchas veces se pueden observar intervenciones sarcásticas, participaciones que descentran el trabajo de la Asamblea o incluso manifestaciones con gran carga afectiva que hace, ya que la Asamblea se convierta en un espacio catártico, ya que se polarice y divida en pugnas que transformen la Asamblea en un campo de batalla. Estos extremos muestran la dificultad de la Asamblea para pensarse, para introducir cierta racionalidad en su devenir cotidiano acercándose peligrosamente a la locura asilar.

7. La presencia de la psicosis

Lo señalado hasta ahora -y que refleja en parte el pensamiento de la bibliografía existente y de experiencias personales- da cuenta del funcionamiento de la Asamblea cuando hay un discurso compartible, esto es cuando la Asamblea puede ser conducida en una estructura básicamente neurótica. Pero hay otro tipo de fenómenos que escapan a esta conducción y a un discurso compartible. Por ejemplo, ¿qué hacer cuando algunos participantes deliran en la Asamblea? Hay pacientes que pueden tomar la palabra y pasarse hablando toda la Asamblea. Otros pueden desarrollar distinto tipo

de práctica masturbatoria durante la misma. Otros más pueden sentarse de espaldas a la Asamblea. Hay veces que la conducción de la Asamblea por un paciente paranoico puede transformarse en un suplicio para los demás. Es común ver pacientes que si bien están sentados uno al lado de otro, mantienen a todo lo largo de la Asamblea una actitud “catatónica”. Hay pacientes que llegan a la Asamblea porque así figura en el horario establecido, pero no se sabe si en realidad participan de la misma. Algunos pacientes se molestan cuando no son aprobadas sus propuestas. Etc.

Frente a estas situaciones se podría decir esquemáticamente que la actitud de los equipos de salud se divide en dos posiciones.

Algunos sostienen que la Asamblea debe funcionar como tal y es importante que así sea, por lo que estos comportamientos no serían tolerados. Los que exceden ciertos límites que amenazan el funcionamiento de la Asamblea son llamados al orden, se les dice cómo han de comportarse, se les interrumpe si no tienen un discurso propositivo inteligible y se les reubica en un rol que no imposibilite el trabajo de los demás. Así, se sostiene el principio de que la Asamblea debe normalizar a todo aquel que escape al patrón establecido.

Otros sostienen que la Asamblea es un espacio abierto donde cada quien puede plantear sus asuntos del modo que desee. Se pretende sostener el encuadre como se pueda, sin limitar a las formas de participación pero garantizando que mínimamente el encuadre cumpla su función como tal. De este modo, toda participación en sentido amplio es bienvenida y se verá a su vez cómo la Asamblea reacciona a las intervenciones variadas de sus distintos integrantes. El asunto es cómo se piense la situación del psicótico y de lo que se puede hacer por él. Oury (1998), retomando concepciones lacanianas y esquizoanalíticas, sostiene que todo el espacio de la Comunidad debe ser un espacio de circulación en libertad. “No hay trayectoria. Entonces, cuando me preguntan: ¿cuál es el proyecto terapéutico?, yo respondo: ‘Se hace camino al andar’. Porque si existe un proyecto, si

existe una línea, una duración de la estadía, si hay cosas como esas, está todo arruinado, no habrá camino que se hará al andar; no estamos en las autopistas, en la vida cotidiana se trata de eso, en el deseo: es justamente en el camino que se hace al andar, por libertad, que puede haber, por azar, en un cruce o no, pero por azar, un encuentro. El verdadero encuentro no es simplemente buenos días, buenas noches. Un verdadero encuentro es del mismo orden que una interpretación psicoanalítica, es decir, que eso cambia alguna cosa”.

Al privilegiar el “encuentro” se dispone de un espacio -como el de la Asamblea- que también debe ser proclive a que (por azar, como enfatiza Oury) algo ocurra allí: “es el azar que toca alguna cosa que va a inscribirse, que hará un surco en el Real, que no podremos borrar”.

8. Los vínculos con las familias

Las familias de los pacientes son el referente del trabajo terapéutico. El objetivo de la comunidad o del hospital está en poder restituir al paciente al seno de la familia, de manera parcial o total según el caso, incluso para el caso de que no la haya se han creado casas de acogida. Que este objetivo se logre depende de las particularidades de cada situación. Pero lo que es relevante es que la institución no puede perder de vista su objetivo, lo contrario la haría caer indefectiblemente en un trastocamiento de su finalidad ya que tendería a convertirse en un asilo.

Esta relación con las familias de los pacientes tiene dos extremos peligrosos:

El ignorar explícita o tácitamente el vínculo con las familias; esto es, una no relación, o una relación de desautorización permanente que alimenta la fantasía (que a veces incluso es explícita) de que la institución es la familia del paciente y que es mejor familia que su familia natural. En este caso la relación con la familia se inscribe en una competencia sin sentido que desarrolla un substrato de invalidación sistemática del pasado,

del presente y por supuesto, del futuro. No hay colaboración posible.

Si bien la familia de cada paciente no está presente en la Asamblea General ello no obsta para que cada paciente la haga presente de diversas maneras a través de sus comportamientos, de sus actitudes, de sus transferencias (central y horizontal, (Bejarano 1978) y de los diversos síntomas que irrumpen a través de mecanismos repetitivos en el seno de la misma.

No se puede descuidar entonces, que la forma como cada paciente (y miembro del equipo técnico) se despliega en el espacio colectivo de la Asamblea tiene que ver con un funcionamiento aprendido en su grupo familiar y las diversas manifestaciones afectivas que exterioriza son reflejo de coincidencias o de discrepancias con sus figuras parentales de su núcleo familiar.

Pero además, en el plano de lo manifiesto, diversos integrantes del equipo técnico, según razones específicas, tienen reuniones colectivas o individuales, periódicas o circunstanciales con alguno o todos los integrantes del grupo familiar de cada paciente. ¿De qué manera estos procesos que se llevan paralelamente aparecen o no incluidos en la mecánica de la Asamblea?

¿Qué “registro” mantiene la Asamblea sobre las entrevistas que paralelamente la institución mantiene con las familias de los pacientes?

Este tema a dilucidar adquiere relevancia por cuanto si bien las familias no están ni van a estar presentes físicamente en el espacio de la Asamblea, es el grupo de referencia con el cual la Asamblea de algún modo “dialoga”. Tómese en cuenta que la Comunidad o el Hospital retienen al paciente durante un tiempo parcial ya que en muchos casos los pacientes regresan a sus familias, a veces por las noches así como también los fines de semana.

Esta relación (comunidad-familia) ha recibido poca consideración en los estudios especializados,

pero debería recibirla ya que hace a una necesidad de colaboración, si se desea que el paso por la comunidad sea transitorio.

Referencias Bibliográficas:

Baremlitt, G. (1991). La concepción institucional de la transferencia, *El espacio institucional N° 1*. Bs. As.: Ed.

Bertrán, Gustavo F. (comp) (2004). *Hospital de Día*. Bs. As.: Ed. Minerva.

Bion, Wilfred (1963) *Experiencias en grupos*. Bs. As.: Paidós.

Bleger, José (1966) *Psicohigiene y psicología institucional*. Bs. As.: Paidós.

Chazaud, Jacques (1980). *Introducción a la terapia institucional*. Bs. As.: Paidós.

Foladori, Horacio (2008). Bion y Rickman: La intervención institucional en el Hospital Militar de Northfield, en *La intervención institucional*. Santiago de Chile: Ed. Arcis.

Fontaine, Antoine (2004). Conferencia en el Magíster de psicología clínica de la UDP. Santiago de Chile, 5 nov. 2004.

Genis, Abraham (1972). *Comunidad terapéutica*. Montevideo: Ed. Kargieman.

Grimson, Ricardo (1983). *La cura y la locura*. Bs. As.: Ed. Búsqueda.

Guattari, Felix (1976). *Psicoanálisis y transversalidad*. México, D.F.: S. XXI.

Jones, Maxwell (1966). *Psiquiatría Social*. Bs. As.: Ed. Escuela.

Kaës, R. (1976). L'analyse intertransférentielle, fonction alpha et groupe conteneur, *Evolution Psychiatric* XLI,2,339-347.

Lourau, René (1979). Balance de la intervención socioanalítica, en *La intervención institucional*. México D.F.: Ed. Folios.

Mendel, Gerard (1993). *La sociedad no es una familia*. Bs. As.: Paidós.

Oury, Jean (1998). Libertad de circulación y espacio del decir, entrevista realizada por Catherine Marty en Tours, 16 de mayo de 1998.

Rodrigué, Emilio (1965). *Biografía de una comunidad terapéutica*. Bs.As.: Eudeba.

Sefcick, R. (1998). L'institution, sa place dans la psyché. L'instituel et la métacadre. *Le divan familial N° 1*. París: In Press.

Springmann, Rafael (1974). Fragmentación como defensa en grupos amplios, *Ilusión Grupal N° 2*. Cuernavaca: UAEM, 1989.

Stuart Whiteley, J. (1975). The large group as a medium for sociotherapy (L. Kreeger, editor). *The large Group*. Itasca: Peacock Pub, Inc.

Turquet, Pierre (1975). Threats to identity in the large group (L. Kreeger, editor). *The large Group*. Itasca: Peacock Pub, Inc. foladori@vtr.net