



LES JORNADES D'INTERÈS PSIQUIÀTRIC DE L'INSTITUT PERE MATA DE REUS (1975-1982)

Francesc Xavier Buqueras Bach

I INTRODUCCIÓ

I. Aproximació històrica

Abans de parlar pròpiament del tema ens sembla adient fer una mica d'història de la ja centenària institució manicomial 'Pere Mata' de Reus.

En el llibre de Josep Poca Gaya que porta per títol: *Institut Pere Mata. Cent anys d'història (1896 - 1996)*¹ es parla precisament de l'etapa de renovació de l'esmentada institució corresponent als anys 1967 - 1994 i té molt a veure amb el tema escollit com a comunicació que és el d'analitzar algunes de les Jornades d'Interès Psiquiàtric.

Sota l'encapçalament del capítol 6 apareixen els noms de Ramon Vilella Figueras i Francesc Tosquelles Llauradó.

Aquest període dins de la vida i evolució de l'Institut Pere Mata (IPM) va ser clau no tan sols pel que va significar de dinamisme intern i estructuració, sinó també de planificació de la salut mental al nostre país.

Ramon Vilella i el seu equip de metges joves, sota el mestratge del doctor Tosquelles, duen a terme llavors un canvi radical d'enfocament, fent un enorme esforç de convertir aquell lloc, de simple reclusió d'individus afectats per problemàtiques mentals diverses, en un indret de recerca, d'estudi seriós i de posada en comú dels problemes, amb esperit crític i sense traves ni capteniments de cap mena, per tal d'aconseguir un apropament més efectiu a la "persona" –no tan sols a l'individu– afectada per un deteriorament psíquic.

Una visió menys mecanicista de la natura humana guiarà els passos d'aquest nou equip per tal d'aconseguir que cada malalt afronti la pròpia situació, no pas per assumir-la simplement, sinó per superar-la amb l'esforç de la pròpia ment, de la pròpia potencialitat immanent, amb la creença plena que l'esperit ofereix molts més recursos dels que la ciència biològica pot imaginar.

El senyor Vilella, home de formació humanista, trobà en el doctor Tosquelles l'ideòleg capaç de donar base científica al seu projecte de regeneració del malalt mental. El doctor Tosquelles acceptà ser-ne el motor i el senyor Vilella en fou el conductor.

Els canvis, però, no podien ser de petits retocs en els camps organitzatiu i administratiu. Calia fer un canvi en profunditat, que abracés la totalitat del sistema: personal de direcció i subaltern, administratius i facultatius, infermers i treballadors de tota mena. Calia integrar-hi, també, els mateixos malalts per tal de fer-los passar d'elements passius a membres actius de la seva millorança.

Era necessari que fos tota la institució la que s'impliqués en l'estratègia de transformació del "món" de l'IPM. Ningú, lligat a la Casa, no podia restar-ne al marge. Tothom havia de participar en la dinàmica de transformació de les estructures i superestructures. També l'entorn material havia d'oferir aspectes ben visibles de millorament que afavorissin la qualitat de vida dels interns.

El projecte era ambiciós i calia una bona dosi de coratge per tirar-lo endavant.

2. Amb la mort del doctor Alier desapareix la figura del director

El doctor Alier havia pretès donar també un nou impuls a l'IPM amb l'intensificació de la laboreràpia (creació de tallers de manteniment: fusteria, lampisteria, etc., dirigits per professionals) i amb un intent tímid d'introducció de la psicoteràpia de grup. La seva tasca, però, si bé va reeixir en l'aspecte organitzatiu, no tingué notable repercussió terapèutica.

L'entrada, doncs, d'un gerent amb nous projectes que comportaven una minva de poder decisorí no feren cap gràcia al doctor Alier i, per tant, calgué afrontar el seu cessament. La seva mort sobtada, el dia 10 de novembre de 1968, facilità les coses. I, a començaments de desembre, el doctor Tosquelles feia ja una estada de dotze dies a l'IPM, d'on havia sortit trenta anys abans².

Tenim el testimoni del doctor Solé Sagarra: "El doctor Alier morí de sobte i llegint, com solia, al mateix piset de l'edifici central on la meua família i jo tantes temporades hi havíem passat".

Segons el parer d'aquest metge - consultor: "Alier va quedar bastant anclat en la psiquiatria que havia après amb Mira abans del seu exili de 1939, i exercí potser més de metge general que de psiquiatre, en diferents països. La seva aportació científica al IPM fou per tant molt minsa (...). Sé que va tenir serioses topades amb més d'un col·laborador; amb mi sempre fou bon amic. Vilaseca creia que en la mort sobtada del sexagenari Alier s'hi podia veure les tensions entre el seu estatisme institucional i les ànsies dinamitzadores dels joves psiquiatres dels anys setanta. El cert és que aquests inquiets llicenciats, molts d'ells de Saragossa, posaren al dia la ideologia psiquiàtrica de l'IPM, amb les virtuts i els excessos que tota obra de renovació comporta³.

Després de la mort del doctor Alier, el Consell de l'IPM no té cap pressa per cobrir el càrrec i estableix una subdirecció amb un torn rotatiu de tres mesos dels quatre caps d'Unitat fins a poder fer un estudi de la nova situació per tal de trobar la solució més adient. No obstant això, malgrat les reticències i protestes dels metges, el càrrec de director desapareixerà definitivament, i s'efectuarà amb el temps, com veurem, una mena de direcció col·legiada, sota la batuta del conseller delegat.

Els dies 31 de març i 1 d'abril de 1969 s'hi va celebrar un Symposium Internacional sobre "Función psicoterápica de la institución psiquiátrica", amb la participació de

personalitats destacades del món psiquiàtric, com Sivadon, Van Looy, Lamarche, Despinoy i Demangeat, i del mateix Tosquelles.

3. Canvis profunds en la ideologia i assistència

Les visites trimestrals del doctor Tosquelles, amb la creació dels Grups de Treball sobre temes diversos que feien referència al canvi desitjat, seran de profit per a la formació de l'equip facultatiu i assistencial. El mes d'agost de 1969, es constituirà finalment un "grup de formació permanent", format pels quatre metges joves: José García Ibáñez, Antonio Labad, Jesús Otín i Antonio Virgós, que intensificaran les reunions⁴ i sessions clíniques.

De mica en mica s'aniran duent a terme projectes de millora en el camp facultatiu (creació d'infermeries per a malalties somàtiques, reactivació de l'oficina mèdico-administrativa; curssets de formació per a monitors; intensificació de la socioteràpia, ludoteràpia i laboroteràpia, amb gratificacions monetàries pel treball realitzat; creació d'un banc de custòdia dels diners dels interns...) i reformes importants d'infraestructures (nova cuina, magatzem, rentadors, colònia agrícola, porteria, enllumenat del camí de circumval·lació...), i es començarà a parlar de la projecció exterior de l'Institut amb l'obertura de dispensaris a les principals ciutats de la província.

El Symposium del 23 - 24 de març de 1970 es convertirà ja en les Terceres Jornades sobre Temes d'Interès Psiquiàtric⁵, amb la presència del doctor Luis Valenciano Gaya, president de la Sociedad Española de Neuropsiquiatria.

4. El document de Cadis

Tot aquest procés de reflexió i de canvi dut a terme a l'Institut durant aquests tres anys fou recopilat per un petit comitè que estava integrat per tres caps d'unitat: Josep Argilaga, Antoni Marsal i Antonio Virgós; una assistent social: Montserrat Barberà; el cap d'administració: Juan Josa, i el conseller-delegat: Ramon Vilella⁶, per tal de preparar un treball que, amb el títol de: "*Estudios sobre el proceso de cambio del Instituto Pedro Mata de Reus desde 1967*" fou presentat a la resta de responsables de centres frenopàtics d'arreu de l'Estat, amb motiu del Seminario Nacional sobre Organización de Hospitales Psiquiátricos, celebrat a Cadis, els dies 26 - 28 de juny de 1970.

El doctor Marsal hi digué el següent davant de la concurrència:

"L'IPM aposta per continuar endavant: hem aconseguit, en línies generals, donar els primers passos, però busquem posar-nos, almenys, al nivell d'algunes nacions europees en assistència psiquiàtrica intra i extrahospitalària, adoptant la Comunitat Terapèutica o Teràpia Insitucional, o com vulgueu dir-ne".

Aquest serà, a partir d'ara, el nou concepte que definirà la tasca que durà a terme l'IPM en aquesta darrera etapa. Per aconseguir els objectius calia la màxima implicació de tot el personal del Centre (metges, administratius, infermers, "cuidadors", treballadors de tota mena i també, -potser, fins i tot, especialment-, els malalts). Només amb aquesta filosofia, podria recibir la renovació de la insitució reusenca. Serà el mateix senyor Vilella qui reblà el clau en la seva exposició, fent seves les paraules de J. Berger: "El millor grau de dinàmica d'una insitució no està donat per l'absència de conflictes, sinó per la possibilitat de fer-los explícits, d'arranjar-los i de resoldre'ls dintre del marc institucional, és a dir, en la mesura que són assumits pels seus actors o interessats en el decurs de les seves tasques i funcions".

"El fet és que la psicologia institucional aplicada als hospitals és, en rigor, un arma terapèutica molt eficaç, en el sentit que tot l'hospital (la seva estructura) es transforma en un agent terapèutic de gran eficàcia, en profunditat i amplitud. I, en aquest sentit, s'aconsegueix organitzar la psicoteràpia a nivell institucional".

Hem d'aclarir que el bressol de la Psicoteràpia Institucional (segons reconeixia el doctor Tosquelles en una entrevista que li van fer a Reus amb motiu de les Jornades⁷), havia estat precisament l'IPM:

"Mi sistema de Psicoterapia Institucional no es otra cosa que la puesta en práctica, con el apoyo doctrinal y empírico de muchos años de actuación terapéutica, de los sistemas que aprendí en el centro psiquiátrico reusense, en el que conviví desde muy niño gracias a la amistad de mi familia con la del doctor Emilio Briansó. (...). Total, que la Psicoterapia Institucional nació en Reus, desde donde ha irradiado a Europa primero, y posteriormente a todo el mundo"

I hi explica d'una manera concisa, però precisa, la seva concepció del sistema:

"Concebimos el hospital como una sociedad en donde se desarrolla una vida de relaciones humanas normales, que permiten al enfermo poder tramar un nuevo sistema de relaciones que le ayuden a crear una nueva vida. Más que recurrir directamente al individuo, nos interesa crear un ambiente adecuado a la vida del enfermo".

Un breu perfil de la figura del doctor Francesc Tosquelles Llauredó es pot trobar en una comunicació presentada per mi amb motiu de la Jornada Commemorativa del XXV Aniversari dels Congressos d'Història de la Medicina Catalana⁸. Tosquelles forma part juntament amb Oury, Roger Gentis (autor del llibre "*La Tapia del manicomio*") i Torrubia, d'un gran moviment psiquiàtric institucional de França, que difereix essencialment de la Comunitat Terapèutica anglosaxona en les seves bases teòriques, ja que mentre els psiquiatres anglesos es fonamenten en la microsocialització, de caràcter sociològic, la 'Psicoteràpia Institucional' francesa reposa, en canvi, sobre presuposts psicoanalítics.

II

ANÀLISI A LA CRISI ACTUAL DE LA PSIQUIATRIA

"Lo que sí es seguro, es que si hoy ser psiquiatra y dedicarse a la psiquiatría quiere decir algo aún, ese algo es que nuestro trabajo consiste, en su mayor parte, en ayudar a la gente, y no tan sólo a los enfermos, a liberarse de cantidad de cadenas, ataduras, trampas, espejismos, bloqueos y deficiencias, así como desconocimiento y prejuicios, tanto a granel, como en detalle, individualmente y en grupo". (Roger Gentis: '*La Tapia del Manicomio*').

Es té per cert que la Psiquiatria és una especialitat estrictament mèdica. En conseqüència, més que un humanisme o una ciència especulativa, més que un saber estàtic, la Psiquiatria hauria de ser una forma de fer, un saber què fer davant la realitat dels anomenats malalts mentals.

Certament, els psiquiatres sempre han sabut què fer davant d'aquests malalts mentals. Tradicionalment els han tancat per temps indefinit en les institucions manicomials. Però aquest '*encierro*' quasi mai ha suposat una curació o alleujament pels interns, sinó més bé tot el contrari: la seva cronificació i la seva '*institucionalització*' en la marginació.

El diagnòstic clínic psiquiàtric no era en realitat un acte mèdic del que el boig en sortirà beneficiat, sinó un estigma social que haurà d'amagar. I major estigmatització suposarà la seva hospitalització psiquiàtrica.

Com diu Goffman en el seu conegut llibre *Internados*:

“En Psiquiatria, aunque formalmente se intente proceder como si se debatiera sólo un tratamiento, y no un juicio moral, el intento no se mantiene. La neutralidad ética resulta difícil en este terreno, porque la alteración del paciente está en íntima relación con un modo de comportarse que ofende a los testigos. La forma normal de encarar estas ofensas en nuestra sociedad consiste en sancionar al ofensor, negativa i correctivamente”.

En primer lloc, ens trobem que en cas d'una dolència física és el propi subjecte qui decideix sentir-se malalt i acudir al metge, sense més complicacions. La malaltia somàtica queda configurada per la dialèctica metge –malalt, podent quedar com un assumpte privat del malalt, del que el metge ha de guardar secret-. En l'anomalia mental les coses succeeixen de manera diferent: rara vegada és un patiment privat del malalt, ja que quasi sempre es manifesta com una qüestió pública.

A més a més, la definició de la bogeria i les seves fronteres amb la salut mental és configurada per la societat més que pels propis metges, els quals es limiten a convertir-la en una determinada entitat nosològica. Socialment, el que importa del boig és la seva conducta 'desviada' de les normes establertes i de les expectatives previsibles del grup social al que pertany.

I la seva 'desviació' requereix el control social a fi i efecte de neutralitzar-la, hom vol que l'exclogui i l'estigmatitzi, per això s'ha inventat la Psiquiatria, que converteix la sanció al boig en una actuació mèdica.

Com diu Alain Servantiu, en *Lo normal i lo patològic*.

“Es un círculo vicioso en el que una reacción a un comportamiento sumerge al autor en ese comportamiento, le impone un papel, que, si lo asume, exagera de nuevo las reacciones sociales, las amplía, etc.”.

Per últim, habitualment el psiquiatre no parla el mateix llenguatge que el boig al que unilateralment li assigna el rol de malalt, cosa que contribueix a immobilitzar-lo i a invalidar-lo, des del moment que totes les seves paraules i actes li són interpretats com a conseqüència d'un procés psicopatològic desconnectat de la seva situació real.

III

TEORIA SOCIOLÒGICA DE LA MALALTIA MENTAL

Abans d'entrar de ple en el contingut de les Jornades que analitzarem, i en conseqüència en la problemàtica de l'hospital psiquiàtric, ens sembla convenient per la comprensió de la malaltia mental crònica, o de llarg sojorn, tenir present uns conceptes de naturalesa social.

1. Norma

Hi ha moltes normes acceptades pels membres d'un grup. Per exemple, s'accepta sense qüestionar que la persona que conversa amb una altra ha de girar el seu rostre cap a l'interlocutor i no cap a un altre lloc, que ha de mirar-li als ulls, que ha de mantenir una certa distància prudencial, ni massa a prop ni massa lluny, etc.

2. Transgressió de les regles

Quan la conducta de la persona viola obertament les regles acceptades pel grup.

3. Desviació

La transgressió de les regles es refereix a un tipus d'actes: la violació de les normes socials; la desviació en determinats actes rep, en forma pública i privada, el rètol de violació de les normes.

4. Rol

Cadascun dels individus juga un paper, el seu rol, articulant la seva conducta amb els senyals i accions d'altres persones implicades en la relació.

- L'adient joc del rol depèn de fet que l'actor compti amb una audiència cooperativa.

- El nen afalagat de la família pot arribar a considerar que aquest rol és detestable, però la pauta uniforme de senyals, suggerències i actes que l'enfronten a la família, l'empronen fins a l'extrem que el seu vocabulari de respostes resultarà difícil i li serà un inconvenient no jugar el paper que s'espera d'ell.

El rol social és una pauta de conducta associada a una posició social distintiva. Per exemple, la del pare, la de la mare, el mestre, el cuidador o el pacient.

La malaltia mental crònica és, almenys en part, un rol social, i la reacció de la societat constitueix, en general, el determinant més important de l'ingrés del pacient en aquest rol.

Les imatges estereotipades del trastorn mental s'aprenen en la primera infància.

És probable que els nens captin durant els primers anys d'anar a la escola primària el significat de la paraula *boig* literalment. Ja que els adults acostumen a respondre en forma vaga i evasiva a les preguntes que es refereixen a aquest àmbit, des de llavors una aura de misteri l'envolta.

Així el costum social de frases convencionals com: ¿'està vostè boig?'; 'corria com un boig'; i '¿ha perdut vostè el judici?', indiquen una conducta que suscita desaprovació. En definitiva, com veiem, el concepte 'boig' d'ús freqüent entranya sovint –no sempre– un estigma o una burla subtil.

En l'idioma vernacle actual, hi ha una quantitat gran de termes per a referir-se a la bogeria o al fet de tornar-se boig: perdre el cap, perdre el seny, perdre la xaveta, no estar en els seus cabals, estar malament del cap, destornillat, xiflat, "ido", desequilibrat, faltar un "tornell".

5. Carrera (acceptació del rol de desviat)

La majoria de trastorns mentals es poden considerar rols socials. Aquest rol social complementa i reflecteix l'estatus de l'insà en l'estructura social.

Les decisions en Medicina

Una important norma per manejar la incertesa en el diagnòstic clínic és que *és més important evitar l'error de jutjar sana a una persona malalta que el de determinar que una persona sana estigui malalta.*

És a dir, la majoria dels metges aprenen des de les primeres etapes de la seva formació que *és molt més greu donar d'alta un pacient malalt que retenir ingressada una persona sana.*

El "Rol del malalt mental"

La decisió d'un metge resol a trobar signes d'una malaltia i d'un pacient suggestionable, que busca símptomes subjectius entre els nombrosos impulsos corporals i habitualment ignorats, acostuma a ser suficient per a *descobrir* una malaltia que modifica substancialment l'estatus del pacient, convertint-lo d'una persona sana en individu malalt, i en conseqüència pot influir també en la seva situació familiar i ocupacional. D'acord amb la terminologia de Lemert, la malaltia seria una 'desviació secundària' una vegada que la persona ha ocupat el rol de malalt.

(E. M. Lemert, *Social Pathology*. Nova York: Mc Graw-Hill, 1951).

6. Estatus

Sens dubte la malaltia mental constitueix un estatus social i no una malaltia, ja que els símptomes de la malaltia mental són vagament definitius i àmpliament distribuïts, i la definició del comportament com a símptomes de malaltia depèn moltes vegades de contingències socials abans que mèdiques.

Molts psiquiatres comenten que una de les majors fonts de dificultat per al diagnòstic i l'evaluació psiquiàtrica resideix a considerar que els símptomes són manifestacions patològiques, independentment del context en què apareixen. No obstant això, els símptomes no són en si mateixos anormals: la seva significació deriva tan sols de la relació que guarden amb la situació en la que es manifesten.

Laing i Cooper documenten en el seu conegut llibre *Cordura, locura y familia*, la refracció que es produeix quan, en els malalts mentals, els metges ometen el context. Prenen un símptoma darrere d'un altre, i descriuen de quina manera una conducta significativa s'interpreta com un símptoma psicopatològic quan se la considera fora del context social.

IV

TEMÀTICA GENERAL DE LES JORNADES D'INTERÈS PSQUIÀTRIC (FINS A L'ANY 1982)

- 1968 (I) Symp. "Aspectos legales de la rehabilitación laboral del enfermo mental intra y extrahospitalario".

- 1 abril 1969 (II) Symp. "Función psicoterápica de la institución psiquiátrica".

- 1970 (III) Jorn. "Formación del cuidador psiquiátrico" i "Planteamiento de las dificultades concretas encontradas en el proceso de cambio de las instituciones terapéuticas".

- 1971 (IV) "Las actividades de grupo en el proceso de cambio de las instituciones terapéuticas y de la misma terapia".

- 1972 (V) "Sectorización de la asistencia psiquiátrica".

- 1973 (VI) "Los clubs psicoterapéuticos".

- 1974 (VII) "Consideraciones acerca del primer contacto con el enfermo psiquiátrico".

- 1975 (VIII) "Los problemas del espacio en psiquiatría, especialmente en los hospitales psiquiátricos en proceso de cambio".

- 1976 (IX) "Coordenadas de política sanitaria en psiquiatria".
- 1977 (X) "Fenómenos y articulaciones estructurantes en la administración de los psicofármacos".
- 1978 (XI) "Presiones y depresiones en la clínica psiquiátrica y los colectivos terapéuticos".
- 1979 (XII) "Temores y esperanzas focalizados en las familias en sus relaciones con los profesionales de la psiquiatria y psicoterapia".
- 1980 (XIII) "A propósito de las intervenciones inmediatas ante las manifestaciones violentas de cariz psicopatológico".
- 1981 (XIV) "Enfoques de la observación y de los relatos de la vida cotidiana".
- 1982 (XV) "Reflexiones sobre el ejercicio de la psiquiatria en circunstancias psicosociales fáciles de delimitar: ciudades-dormitorio, barrios-parcelas y en especial aquellos lugares donde se condensan grupos de emigrantes.

Les Jornades esmentades al principi se celebrabaren el dilluns, dimarts i dimecres de la Setmana Santa al Centre Lectura de Reus. Després, es feren al Palau de Congressos pel fet que cada any hi havia més participació, ja que la ciutat de Reus tenia ja una Facultat de Medicina.

V

IX JORNADES D'INTERÈS PSQUIÀTRIC

(Dies 12, 13 i 14 d'abril de 1976).

El tema central va ser: *Coordenadas de Política Sanitaria en Psiquiatria*.

Intervenció del Dr. Tosquelles

Digué el següent: «La nostra tasca com a psiquiatres és molt difícil ja que es passa fàcilment d'un esquema biològic a un altre de sociològic. Josep Lluís Martí Tusquets ja ho diu en el seu recent llibre *Psiquiatria Social: "Es casi una paradoja hablar de Psiquiatria Social porque toda ella lo es"*».

»És el psiquiatre –millor que altres especialistes– el que per la seva experiència clínica està millor situat per reconèixer que els problemes de salut, de malaltia i de normal convivència dels malalts excedeixen el camp estrictament professional.

»Tan sols hom es pot articular terapèuticament en psiquiatria a partir del *camp social analitzable*...; es tracta d'articular o d'establir ponts entre la medicina general i la psiquiatria que respectin l'originalitat dels seus objectes i de les tècniques respectives.

»En aquesta línia analítica ens trobem en primer lloc amb el concepte d'*espai institucional*. Un espai que està circumscrit ja per problemes d'idioma. (La meva tieta deia: "no te'n vagis molt lluny... que t'escolti").

I és que en el fons, sempre es parla del mateix: de *política sanitària*:

Uno de los médicos hablaba siempre del suicidio, de los pacientes que se mueven en la Institución, de la pérdida del objeto perdido, de la elaboración del duelo; ¡pero!, en seguida se mezcló con otro grupo de personas que quería hablar de sexualidad..., al fin se abandonaron ambos temas... y se acabó hablando sobre política.

»Si bien es sabido que en "política" resulta "político" que sean los otros quienes nos saquen las castañas del fuego... pues entonces nos queda el recurso de pensar que son "ellos" quienes juegan de mal hermano, mal cuñado, etc.

»Després, sorgeix el concepte de grup, no tan sols en els malalts i en l'equip interdisciplinari, sinó també en els treballadors del manicomi com empresa. Amb una orientació bàsicament "kleiniana", que tots els grups no són més que articulacions de defensa, de tipus esquizo-paranoide o depressives».

Intervenció del Dr. Daumezon respecte a "La política de sector"

El professional, digué, elabora quelcom diferent de la demanda. Per aquest motiu, la Psicoteràpia Institucional apareix com una utopia que no pot mai realitzar-se plenament.

El manicomi és un sistema asilar dirigit per un sistema defensiu: l'Asil, una figura paternal en relació a les altres figures del sistema defensiu també paternalistes.

L'evolució de la psiquiatria a França es deu als canvis d'organització social perquè com a conseqüència de la Segona Guerra Mundial hi ha una modificació del medi hospitalari en funció de les noves tècniques.

Arribats a aquest punt, sorgeix la *patologia de la relació*, que ens condueix inexorablement, continua dient, a la pràctica de la Psicoteràpia Institucional, en part deguda –paral·lelament– al progrés del moviment psicoanalític.

És en la dècada dels anys 50 i principis del 60, al final de la reconstrucció de la Guerra Mundial, que neix una nova orientació de l'assistència psiquiàtrica a França. Concretament, el dia 15 de març de 1960 s'hi fundà la **política de sector**.

La protecció de la salut mental queda organitzada en un sector geogràfic determinat quan, en un territori definit i suficientment limitat, es confia a *un sol i mateix equip mèdic* el conjunt de la tasca de profilaxi, de cures i de readaptació social corresponents a la psiquiatria pública⁹.

En el 'sector' és necessiten no tan sols llits (hospital tradicional), sinó diferents formes d'organització: hospital de dia, hospital de nit, tallers protegits en centres de dia, dispensaris-ambulatoris.

Daumezon compara el psiquiatre de l'hospital tradicional a l'abat, i el de sector a un frare mendicant. Daumezon manifesta que:

"El psiquiatra debiera dividir su tiempo entre su dedicación a los enfermos del hospital y a los 'externos' y considera como ineficaz y estéril una concepción estrictamente hospitalaria de la asistencia psiquiátrica".

I recorda amb Bonafé que el treball del psiquiatre de sector apareix com necessàriament circumscribit a un *territori de talla humana*, és a dir, a un territori amb una limitació geogràfica i de població que fa més fàcil una *relació personalitzada i individualitzada*.

Malgrat això, el 'sector' no és popular, no és ben vist: els malalts millor que estiguin lluny. ¿Com s'inserta la Psiquiatria en el 'Sector'? És millor que vinguin psiquiatres de fora? Ningú no és profeta a casa seva... Tosquelles ve a Reus però no s'hi queda, no s'hi està. I finalitza Daumezon dient: "És un problema no resolt, és una contradicció permanent".

Em va semblar d'interès recollir com concebeix Daumezon l'equip terapèutic i com distribueix els papers o rols de cadascun dels professionals.

Daumezon reflecteix de la següent manera el que es fa a França:

- a) Metge - Cap Patologia del malalt.
- Metge - Adjunt Organització / Coordinació dels Metges Interns o Metges en Formació.

- b) Supervisor General Infermeria - - Ergoteràpia. Vida quotidiana
- c) Assistents Socials Relacions del malalt
- d) Psicòlegs - Psicoterapeutes "que amb el temps s'han convertit en psiquiatres no metges". Poden tenir un rol o competència més gran que el metge intern.

¿Quina és la responsabilitat de cadascú? Aquí xoquen els criteris tècnics amb els de l'Administració, ja que aquesta "concreta" les tasques, quan en realitat els components de l'equip fan una mica de tot.

Per aquesta qüestió –segueix parlant Daumezon– l'actitud del Cap de Servei és important, sobretot en relació a l'Administració:

"Ser médico-jefe es tomar no solamente la responsabilidad de elaborar un programa diacrónico, prospectivo para el enfermo, sino también tratar de coordinar a todos los elementos del equipo en este proyecto terapéutico".

I conclou dient que el cap metge ha de saber no tenir autoritat, "*la autoridad debe estar en los enfermeros*". Cuidadors o infermers que tenen com a tasca específica la de captar la vida quotidiana. I en aquest sentit, la del metge seria la d'assumir el conjunt de la malaltia del pacient.

VI

X JORNADES D'INTERÈS PSIQUIÀTRIC

(Dies 4, 5 i 6 d'Abril de 1977).

Tema General: "*Fenómenos y articulaciones estructurantes en la administración de psicofármacos*"

En primer lloc hi va parlar el Dr. Cappadoro sobre "*La circulación del medicamento desde su prescripción hasta su eliminación y los fantasmas que moviliza*".

Hi digué que una primera aproximació al tema ens el trobem en una gran varietat d'experiències viscudes o vivències dels malalts així com en el context social en què cada persona s'ubica.

Hi parlà del poder 'màgic' dels medicaments, de com es poden percebre des de la perspectiva dels familiars (sobretot de las mares) com a "bon objecte" o "mal objecte". Quasi sempre com un aliment.

En la dialèctica pràctica de la prescripció/administració dels medicaments hi ha tres perspectives: la del caminar de la substància; la que sorgeix en el propi terapeuta i en la perspectiva del mateix malalt.

Intervenció del Dr. García Ibáñez

¿Qui recepta? Moltes vegades ja està indicat el fàrmac abans pel personal auxiliar, la institució o la família:

- els metges donem fe, com els notaris, del medicament 'desitjar'.
- s'ha d'encapsular el deliri, ocultar l'al·lucinació, jugar l'ansietat, superar l'agitació: ¡i d'aquesta manera tranquil·litzem els demandants!

¿Què passa quan un malalt nou ingressa? És l'arribada de l'estrany. "De moment, és millor donar-li Largacil (Fenergán). Després, ja es veurà".

Intervenció del Dr. Otín

Quan hi ha indicat un tractament desconegut per part del personal, davant d'un delirium tremens, per exemple, el primer dia és acceptat... però en els següents sorgeix la pregunta: ¿Què s'ha de fer amb aquest malalt?

I és que dins del context institucional d'un manicomi el metge de guàrdia s'ha de guanyar el *nou rol de metge*, sinó la pregunta serà: ¿Amb quina finalitat s'ha receptat aquest medicament?

Altres intervencions del Dr. Virgos - Dr. Otín - Dr. Garcia

En la praxis quotidiana, és freqüent que els *psicòtics esquizofrènics paranoïdes*, davant de la medicació neurolèptica, mostrin un temor a l'enverinament, i considerin al metge, precisament, com un dels suposats perseguïdors. I més si apareixen els 'secundarismes' (efectes secundaris extrapiramidals).

Els malats *neuròtics hipocondríacs* sovint es constitueixen com a veritables tribunals dels coneixements psicofarmacològics dels metges.

L'*epilèptic* sempre accepta les pastilles perquè hi 'veu' la relació entre les mateixes pastilles i el remei a les seves crisis. I la seva caracterologia (meticulosos, viscosos, etc.) els fa ser ordenats en la presa de la pastilla, en l'horari i via d'administració.

Els *depressius* accepten passivament els medicaments, els acumulen i en un moment donat poden fer una tentativa d'autolisi.

Els *toxicòmans*, àvids de sensacions i de medicació, amb la seva estratègia manipulen el metge.

Amés a més, hi ha situacions especials, com la *nit*, en què el perill augmenta. I a la vegada el psicofàrmac cobra més ressò i constitueix un 'aliat' del cuidador; en la seva soledat de la nit, li manca informació del malalt, "pues, de noche todos los gatos son pardos".

Grup de Treball presidit per Dr. Ruiz Ogara

Tema: "*Concepciones y aspectos dinámicos en la administración de medicamentos*".

En els aspectes psicodinàmics de la prescripció dels psicofàrmacs s'han de tenir presents:

1r. *Els factors culturals i social.*

2n. *Els aspectes simbòlics del medicament.* El medicament és el que és..., més un 'plus' molt elevat d'aspectes: els aliens a la farmacocinètica i a la farmacodinàmia del mateix medicament, i els propis; com són els factors socio-culturals, econòmics, context institucional.

Conforme es va obrint el col·loqui, la primera qüestió que es planteja en la confrontació dialèctica és la següent: ¿Qui recepta? ¿On? ¿De quina manera? Sabem que dins de la Psiquiatria hi ha actituds antagòniques, que podem esquematitzar com les que apareixen entre els biòlegs i els psicoanalistes. Moltes vegades, dins de la Institució, prescriure un medicament té com a finalitat *mantenir l'ordre institucional*, no la curació del malalt.

VII

XI JORNADES D'INTERÈS PSIQUIÀTRIC

(20, 21 i 22 de març de 1978).

Tema General: "*Presiones y depresiones en la clínica psiquiátrica y de los colectivos terapéuticos*"

Plantejament del tema

En primer lloc, va parlar el prof. J. Solanes, catedràtic de psiquiatria de la universitat de València (Veneçuela) posant èmfasi en els aspectes fenomenològics de certes 'depressions' que obeeixen a certes situacions típiques, relativament freqüents –més del que es creu– dels emigrants i dels que pateixen l'exili.

Per Solanes la nostàlgia és un fenomen normal... l'eco de la infància. Considera aquest sentiment com un 'raval' (Reus com a ciutat té ravals) del que parteixen carrers. No hi ha diferències significatives o essencials entre la nostàlgia dels exiliats i la dels emigrants. En tots dos casos, existeix un espai que s'interposa entre el lloc de residència i aquell on un voldria estar o el que voldria recordar..., això és la nostàlgia. Però afegeix que així com en la nostàlgia l'espai és reversible, el temps no ho és pas. El temps és irreversible...; en el temps sols es pot anar-hi..., tornar és encara anar. ¡El retorn és encara una anada! Per això, seria millor parlar de destemps.

Intervenció del Dr. Tosquelles

"Como cada año, estas Jornadas dan lugar a una 'cadena de discursos' que van retomando hilos sueltos entresacados siempre de la práctica institucional".

"El año pasado, por ejemplo, se soslayó adrede la problemática biológica y química de las drogas—de los psicofármacos—, lo que no quiere decir que no se reconozca el alcance de estos aspectos en una entrevista terapéutica. Del mismo modo, se soslayó la problemática de la especificidad, o no, de tal o cual droga frente a cada una de las enfermedades mentales".

"Surgió entonces un aspecto nuevo del problema. Se dijo que después de los primeros entusiasmos despertados por algunas de estas drogas sobrevino una cierta decepción, un cierto escepticismo más o menos depresivo, una cierta estereotipia en el manejo de las drogas".

En aquesta Introducció de Tosquelles es constata la continuïtat dels temes a tractar en les Jornades i que l'elecció dels mateixos temes respon a les necessitats dels col·lectius terapèutics de l'IPM.

"Como vemos, en esta autocrítica se fue poco a poco perfilando una cierta conducta depresiva del propio psiquiatra. Y se habló también de las depresiones de grupo, e incluso de los contagios depresivos que como sabemos se traducen a veces en verdaderas epidemias de suicidio. De este modo, procurando no dramatizar, se decidió estudiar algo de lo que adviene o advino con aspectos depresivos al Instituto Pedro Mata de Reus, en el curso del propio proceso de cambio en el que se hallaba atareado, con parcos y lentos resultados; y se recordó a este propósito que tal vez estas depresiones aparecen aparte de las propias "resistencias al cambio" que surgen en todos los ámbitos y en cada uno de nosotros. También es verdad que los dispositivos "institucionalizados" a propósito de los proyectos de cura psiquiátrica están concebidos para descorazonar a los que allí trajinan: tanto a los enfermos como a los trabajadores de estos colectivos".

"En ningún otro sector de nuestra práctica psiquiátrica aparece con más evidencia que en las llamadas 'depresiones' aquello tan consabido: que no hay enfermedades sino enfermos particularizados en su historia clínica y en su historicidad".

"Nunca el campo de lo normal y de lo patológico se encuentra en la clínica tan imbricado y sus límites tan desdibujados. Nunca la identidad profesional del psiquiatra se halla tan sujeta a tela de juicio, no solamente por los otros sino por él mismo: hay presiones y depresiones por todas partes. Nadie está loco, todo el mundo tiene momentos de depresión".

"En nuestra época y en nuestras estructuras socioculturales ya no hay, o apenas, casos de posesión o de desposesión divina o diabólica. No circulan brujas o embrujados. No hay ya locuras sagradas y ni la epilepsia—"enfermedad sagrada"— ha resistido a la devaluación de dioses y diablos".

"Durante el siglo pasado se establecieron en la práctica social corriente con un triunfalismo definitivo los modelos termodinámicos de las máquinas a vapor—de los trenes por ejemplo—. Es decir, de las máquinas a presión y a descomprensión capaces de mover todas las cosas. La vida misma, el cuerpo, se decía, funcionaba más o menos así".

"Observemos, por otra parte, la cartografía meteorológica que se nos vierte cada día por los servicios radiofónicos y por los periódicos. Los estados meteorológicos siempre han tenido connotaciones con las distimias depresivas y con ello aparece el interés obsesivo por la previsión del tiempo. Escuchemos los partes meteorológicos que sitúan las "depresiones", o mejor, los círculos de depresión y los ciclones convergentes de vientos ascendentes que van girando alrededor de la depresión. Se establecen incluso líneas y medidas que prefiguran las distancias variables que existen entre los puntos o grados geográficos y estas depresiones. Se obtiene así un modelo bastante conforme a los que los "deprimidos" nos cuentan".

"Sea lo que fuere, es siempre a partir de las 'expresiones' del lenguaje popular—si cabe oponerlo al discurso académico o científico— que los enfermos y deudos dicen como pueden sus dolencias, sus morosidades e inquietudes. Y desde luego es en este tipo de verbalización que se establecen los primeros tanteos y ensayos de contacto de los enfermos con los terapeutas. Es así como se inician nuestras tareas concretas. No creo que podamos ya, como Esquivol propuso, abandonar el concepto de melancolía, ni tan sólo las nostalgias, las morriñas y vivencias de este tipo por las elucubraciones románticas de los poetas y moralistas, como Esquivol decía en su afán positivista".

No li sembla operatiu a Tosquelles endinsar-se per camins practicables en el vast terreny de les pressions i depressions, evitant l'anàlisi de les relativitats socio-polítiques i econòmiques de l'entorn social dels malats. Com a conseqüència del que ha estat investigat d'una part per la fenomenologia, per autors com Binswanger, Kuhn, Minkowski, Tellenbach, Von Gebattel, i d'altres, paral·lelament a la investigació psicoanalítica de Freud: en un principi, i en els nostres dies per Bergeret, Heynal, Rosolato, Guyotat i d'altres que poden aclarir les nostres pròpies conductes terapèutiques, més enllà o en complement de l'administració de psicofàrmacs.

Presiones y depresiones en la historia de una institución psiquiátrica en cambio

Intervenció del Drs. García Ibáñez, Jesús Otín Blasco y Antonio Virgos Oller. IPM de Reus

Aquest treball intenta situar l'evolució de l'Institut Pere Mata de Reus, que l'any 1967 inicià el canvi cap a una assistència amb dos objectius ben diferents a aconseguir: la *Psicoteràpia Institucional* com articulació de la pràctica interna i el *Sector* com aparell per cobrir la demanda social i les necessitats de la província de Tarragona.

En plantejar-se el tema els autors, i sempre des de la perspectiva o punt de vista de la història d'una institució i els estats depressius que ha travessat, es proposen donar un enfocament clínic, no posant èmfasi en el sociològic sinó intentant trobar un equivalent institucional fenomenològic a les instàncies depressives, tot considerant les diverses formes d'evolució d'aquestes. Es parla de depressions en els malats; "ens plantegeu si hi ha depressions col·lectives. Per nosaltres, i atenent al col·lectiu de l'IPM, ens sembla que sí".

El pas de l'asil-establiment a la institució terapèutica és un lent camí d'introducció de conceptes i sobretot de canvis interrelacionals a nivell del personal tractant, i de creació de noves estructures que fan possibles nous intercanvis socials entre els malats.

En aquestes noves estructures es consideren com a bàsiques :

- les reunions (de pavelló, del personal, dels comitès tècnics, etc.) reconeixen els perills de la pèrdua de direcció d'algunes reunions, que de vegades sobreviuen en el buit per si mateixes i que originen la successiva creació de reunions: el que Ouy anomena com a "reunionitis".

- el Club Terapèutic: organisme de coordinació funcional de Psicoteràpia Institucional que abasta el sistema d'activitats ludoteràpiques i socioterapèutiques, en el ben entès que el "lloc" del Club no pot ser concebut com un lloc aïllat o com una peça funcional burocràtica.

- els Grups d'Organització, de Gestió Financera, d'Anàlisi Institucional.

Per a Tosquelles l'important dels grups és que determinen els llocs de vida i de subsistència; llocs de trobada i de reunió interhumana que es transformen en llocs d'acollida per cadascú. Aquests 'llocs' així situats i sovint delimitats modulen l'existència de tots y cadascun dels membres, pels canvis de to, intensitat de freqüència i volum dels sons que ells profereixen i que s'escolten. S'arriba, per a cada 'lloc', a establir un idioma que permet el procés de reconeixement i la trobada de la pròpia identitat per part dels seus membres.

A nivell del paper del personal tractant, es tendeix a buscar un conjunt relacional jeràrquic de tipus horitzontal, en el qual cadascú tindria un aire propi. No es tracta d'una perspectiva igualitària, unitària, en la qual tothom pot reemplaçar qualsevol, que condueix inexorablement a la dissolució de les responsabilitats i del saber, ni tampoc no es tracta de la confusió dels rols, sinó d'un procés d'igualar basant-se en les desigualtats existents i no decretat per la igualtat en principi.

És, doncs, un anar cap a un tipus d'organització en el qual cadascú ha de trobar el seu lloc en la complementarietat, no exclouent una diferenciació clara de les competències. Òbviament, a aquest nou sistema de relació amb el personal no es pot arribar sense una anàlisi de l'estructura prèvia dels agrupaments, clans, divisions i lligams del mateix personal, condicionats en relació als agrupaments dels malalts, ni sense un estudi de les relacions de les forces sociològiques en l'establiment i els seus exteriors.

Tampoc no es pot arribar a aquest sistema de relacions sense un canvi d'actitud mèdica, trencant amb la figura del 'médico-topoderoso' (únic receptor i detentador de tota la informació). Es requereix també la realització de quelcom de pragmàtic que doni resposta a la demanda latent dels grups de base i estimuli els mateixos grups, permetent la seva identificació amb el canvi, ampliant a tots el nivell de protagonisme.

A nivell de conceptes i per definir el que entenem per institució en la preocupació de diferenciar-la de les nombroses accepcions, més o menys contradictòries, ens acollim, diguerem els doctors García Ibáñez, Otín i Virgos, a les paraules de G. Michaud:

"La institución es una estructura elaborada por el colectivo y que tiende a mantener la existencia de ésta, asegurando el funcionamiento y el intercambio de cualquier naturaleza que sea. Se observa algunas veces que la institución no asegura el funcionamiento del intercambio, sino que lo bloquea en función de un fenómeno que nosotros llamamos 'inercia'.

"El grupo cuando crea una institución se encuentra de acuerdo con ella, pero cuando evoluciona 'su demanda' cambia. Si las instituciones no se modifican, éstas corren el peligro de no poder asumir su función y se transforman en alienantes para el grupo. Por eso, es necesario en un grupo pequeño instaurar frecuentemente nuevas instituciones que correspondan a la demanda subyacente que es preciso poner al día. La demanda del grupo aparece entonces como necesitando la creación de un sistema de mediaciones para restablecer el intercambio. Es a través de este sistema de mediaciones que se hacen las relaciones del grupo con los individuos.

"Añadiremos como fuente de bloqueo las 'resistencias', recordando la frase de Tosquelles:

"Los fenómenos de resistencia se desencadenan en progresión geométrica, en nuestra acción terapéutica, cuando se pasa de la Psicoterapia Individual a la Psicoterapia de Grupo y después a la Psicoterapia Institucional".

S'ha d'insistir sobre la distinció entre *Collectiu*, *Grup* i *Institució*, qüestió que constantment Tosquelles i Oury subratllen, intentant d'aquesta manera evitar

equívocs, per desgràcia molt freqüents, que comprometen la naturalesa de la diferenciació entre “establiment” i “institució”.

A fi d'aproximar-nos al concepte de normal –continuaren dient els doctors referits més amunt–, en el que, tal i com succeeix amb el concepte d'institució, existeixen moltes versions que unides constitueixen un vertader moviment sorgit dels fundadors, citaren aquests conceptes dels fundadors de la Psicoteràpia Institucional:

“La Psicoterapia Institucional no puede resultar más que de la interpretación de toda la institución, teniendo cuidado de mantener la especialidad de cada una”.

“La Psicoterapia Institucional comienza cuando el discurso polifónico que surge de estas instituciones entra en su transfert “a la letra” en los reencuentros simbólicos donde se reestructuran los procesos de identidad que la “enfermedad” o las circunstancias histórico-evolutivas han derrotado”.

La primera tarea de los animadores o terapeutas es la de facilitar que surjan de los lugares de palabra estilos diversos. Por eso, el análisis institucional psico-sociológico permanente es indispensable para poder definir una estrategia, es decir, una política”.

“Al hablar de ‘Análisis Institucional’, queremos señalar un verdadero análisis etnográfico de las relaciones sociológicas de los grupos existentes en el establecimiento de cuidados: no solamente cómo se estructura y cómo la dinámica se manifiesta, sino también los contenidos latentes. El estudio de estos grupos y estas interrelaciones, su ‘movimiento’, no puede ser realizado en sí mismo sino en relación con el objetivo de las instituciones terapéuticas; es decir, orientado por la evolución de los enfermos y los proyectos terapéuticos”.

“Es evidente que conforme aparecen grupos latentes o manifiestos de enfermos, la Psicoterapia Institucional también lo hace. Si bien, ésta no llega más que después y a la vez articulada con el Análisis Institucional, indispensable en las tareas focalizadas en la terapéutica”.

Epíleg

L'Institut Pere Mata de Reus és un dels manicomis més importants del nostre país i el seu naixement és degut a la burgesia catalana i en particular a la manera de fer o tarannà dels reusencs.

Mitjançant l'anàlisi de les Jornades d'Interès Psiquiàtric celebrades al Centre de Lectura, durant la dècada dels anys 70, donem notícia dels canvis profunds que van tenir lloc en el dit establiment psiquiàtric, tant en el concernent a la ideologia científica com a la praxi assistencial.

La Psiquiatria, i en particular les Institucions Psiquiàtriques amb afans renovadors, estaven subjectes a nous esdeveniments i plantejaments teòrics des de l'arribada de la moderna sociologia i de l'antropologia. És a dir, la noció d'institució, de la psicoteràpia institucional, del moviment de l'antipsiquiatria, pel que van significar de 'revolució' i qüestionament de l'estatus de poder sustentat en la figura del director; i sobretot la noció de la necessitat del treball en equip.

Anotacions Bibliogràfiques

1. Josep Poca Gaya. *Institut Pere Mata. Cent anys d'història (1896-1996)*. Institut Pere Mata, Reus. 1996.
2. Acta del Consell d'Administració (19 desembre de 1968).

3. Josep M. Solé Sagarra. *La meua visió de l'Institut Pere Mata*.

4. Algunes d'aquestes reunions de reflexió eren i són realitzades d'acord amb l'anomenat "sistema cassel", una pràctica habitual a l'Institut, introduïda pel doctor Tosquelles, segons la qual metges i encarregats fan un treball en grup d'elaboració i anàlisi de les qüestions relacionades amb el tracte amb els malalts i la seva família. Aquestes reflexions, gravades en un magnetòfon, eren evaluades pel doctor Tosquelles en la primera etapa, i pel mateix grup posteriorment.

5. A partir de les XVI, de l'any 1984, seran conegudes simplement com a Jornades d'Interès Psiquiàtric.

6. Aquest estudi comprèn 4 apartats:

"Elementos de descripción de los condicionamientos económicos y materiales", per Joan Josa. Amb gran aportació de taules i gràfiques sobre el funcionament del Centre i la seva viabilitat.

"Visión histórica de la evolución del hospital desde 1964".

"Juicio crítico de la situación actual del Sanatorio, pel doctor Marsal.

1 "Crítica de la visión histórica", pel doctor Argilaga i pel senyor Vilella.

7. Luis Anglés. (*Entrevista amb el doctor Tosquelles*, publicada a *El Correo Catalán*, amb motiu de la seva participació en el Symposium Internacional, celebrat a Reus els dies 31 de març i 1 d'abril de 1969). Una àmplia explicació sobre el que entén el doctor Tosquelles per "psicoteràpia institucional" es pot trobar a la seva obra: *Education et Psychothérapie Institutionnelle*, Nantes-la-Ville, 1984.

8. Fcsc. Xavier Buqueras: "Breu semblança del Dr. Francesc Tosquelles i Llauredó. Gimbernat. Vol. XXIV. 1995.

9. D. Rerat. "Sobre la Psiquiatria de Sector". Rev. de Psiquiatria y Psicología Médica. Tomo X / nº 7; Julio - Sept. 1972.

Bibliografia bàsica

Alexander, F. C.; Selesnick, S. T. *Historia de la Psiquiatria*. Ed. Espaxs.

Artaud, Antonín. *Carta a la vidente*. Tusquets editor. Cuadernos íntimos, 22.

Basaglia, Franco. *La institución negada. (Informe de un Hospital Psiquiátrico)*. Barral editores.

Foucault, Michel. *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica.

Fabregas, J. L.; Calafat, A. *Política de la Psiquiatria. (Charlando con Laing)*. Biblioteca "Promoción del Pueblo". Serie P., núm. 89.

Gentis, Roger. *La tapia del manicomio*. Ed. Laia.

Gentis, Roger; Torrubia, Horace, y otros. *Locura por locura*. Granica editor.

Jervis, Giovanni. *Manual crítico de Psiquiatria*. Ed. Anagrama.

Laing; Basaglia, Deleuce, Cooper, Schitman, Gofmann. *La otra locura -mapa antológico de la otra psiquiatria-*. Tusquets editor. Cuadernos íntimos, 76.

Lapassade; Lourau, Hess, Lobrot, Guattari, y otros. *El análisis institucional*.

Lavinson, Daniel; Gallagher, Eugene B. *Sociología del enfermo mental*. Amorrortu editores.

Goffman, Erving. *Internados. (Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales)*. Amorrortu editores.

- Goffman, Erving. *Estigma. (La identidad deteriorada)*. Amorrortu editores.
- Majastre, Jean-Oliver. *La introducción del cambio en un Hospital Psiquiátrico*. Granica Editor.
- Martí Tusquests, J. L. *Psiquiatría Social. (El análisis terapéutico institucional)*. Ed. Herder.
- Martí Tusquests, J. L. *La Asistencia Psiquiátrica en Comunidades Terapéuticas*. Rev. de Psiquiatría y Psicología Médica. Tomo X, nº 8, 1972.
- Martí Tusquests, J. L., y cols. *Función de la Psicoterapia de Grupo en el análisis profundo del Hospital Psiquiátrico*. Rev. de Psiquiatría y Psicología Médica. Tomo IX, nº 7, 1970.
- Mezquita Blanco, J. *Rehabilitación del enfermo mental crónico*. Cuadernos Médico Psiquiátricos. 1, V, 22, 1973.
- Ruiz Ogara, C. *Sociogenia y Psiquiatría*. Rev. de Psiquiatría y Psicología Médica. Tomo IX, nº 7, 1970.
- Ruiz Ogara, C.; Galve, M. *Análisis de la estructura social de un pabellón psiquiátrico y su cultura*. Rev. de Psiquiatría y Psicología Médica. Tomo X., nº 8, 1972.
- Sainsbury, M. J. *Introducción a la Psiquiatría*. Cap. II: "Del hospital como Comunidad Terapéutica". Ed. Morata.