



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 24 – Invierno 2020

GRUPOS CON PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE “Grupos con personas”¹

Marta López Fernández-Escandón²

“El sujeto no es sin los otros”

H. A. Bernal³

Introducción

Cuando empecé la formación en **Área 3** en la Concepción Operativa de Grupo, llevaba unos años trabajando como psicóloga clínica en una UCPP, Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados, el eufemismo de lo que se llamaba Larga Estancia, es decir, trabajando en una institución psiquiátrica, pero tan sólo unos meses en una unidad que atiende a personas diagnosticadas de trastorno mental grave, crónico, resistente a tratamientos, que llevan muchos años residiendo allí y con alta afectación en su funcionamiento psicosocial.

Conocía de la COG gracias a la labor de Victoria de Felipe en el HGU de Guadalajara y sabía que empezar esta formación era lo que tenía que hacer para atravesar una tarea que se me planteaba difícil, hacer grupos en este lugar de trabajo y con esta población.

Desde entonces han pasado 6 años, y mientras preparaba el material de este trabajo, me comunican que dejo de trabajar allí, que me trasladan a la UHTR, el eufemismo de la antigua

¹ Trabajo presentado en las II^{as} Jornadas de la Escuela de Área 3. Asociación para el Estudio de Temas Grupales, Psicosociales e Institucionales, celebradas en Madrid el 28 de febrero de 2020.

² Marta López es psicóloga clínica. Madrid

³H. A. Bernal - *Sobre la teoría del vínculo en Enrique Pichon-Rivière*. Una sistematización del texto “Teoría del vínculo” de Pichon. 2010

Media Estancia. Por lo que la tarea de realizar este trabajo se convirtió en una oportunidad para revisar mi quehacer grupal durante estos años, reelaborarlo dándole una nueva vuelta de espiral, seguir en esta dialéctica entre teoría y práctica y, por supuesto, era una oportunidad para seguir aprendiendo.

Quiero plantear cómo la Concepción Operativa de Grupo me ha ayudado, en el inicio, en el durante y en el cierre, a la comprensión de mi tarea como terapeuta grupal con personas con TMG, institucionalizadas y con alta afectación en su funcionamiento psicosocial.

A través de mi práctica, pretendo revisar los conceptos de enfermedad-salud, tarea, necesidad, vínculo, así como revisar los distintos encuadres “creativamente” armados para ajustarme a la realidad “inmutablemente cambiante” de la institución psiquiátrica.

Contexto: ¿Dónde?

“alienista, por trabajar con los alienados”⁴

Pichon-Rivière, 1970

En esta Institución, en estos momentos, están ingresadas unas 370 personas en el Área de Salud Mental, en UCPP, en la larga estancia.

Atendía a 80 personas, 20 en una zona de alta supervisión, y 60 con bajo nivel de autonomía y alta necesidad de supervisión. Con quienes realicé los grupos.

No recibía una herencia de grupos por parte de la psicóloga anterior.

Desde luego, ser una alienista, trabajar en un entorno psiquiátrico-manicomial, en muchos momentos alienante, es trabajar en el contexto “institucionalizante”. Antonio Tarí describe de forma clara este entorno con el término “neoinstitucionalización” como “la reubicación de los pacientes graves en lugares de segregación y exclusión, lugares que satisfacen necesidades básicas de un modo total y caracterizada por una actitud de nihilismo terapéutico donde las expectativas de cambio han desaparecido a la vez que el trabajo necesario para conseguirlo [...] donde el paciente se convierte en objeto, identificado con un rol totalmente pasivo y dependiente”.⁵

Sabía (o sentía) que estaba ante personas “reificadas”, cosificadas, a las que desde el plano psicoanalítico, les falta la falta, con un profundo aislamiento del mundo y de los otros, ¿sujetos desvinculados?.

⁴ Concepto que apuntó Pichon-Rivière en 1970, en su clase dictada “Historia de la técnica de los grupos operativos”.

⁵ “Algunas contradicciones en la construcción en las prácticas rehabilitadoras”. Antonio Tarí. Revista Área 3. Invierno 2017.

En un entorno neoinstitucionalizado, que calma las necesidades básicas de forma total, y convierte a la persona ingresada en "objeto", su capacidad para adaptarse activamente a la realidad está limitada tanto en el plano individual como social.

Llevo en torno a los 10 años trabajando en esta institución psiquiátrica y muchas veces me preguntaba ¿por qué no llora el psicótico? Dice Pichon-Rivière citando a Rickman que "no hay curación sin lágrimas" -incluye Pichon-Rivière "que este sufrimiento sea operativo"⁶

Las respuestas a esta pregunta serán múltiples, las desconozco, pero quizá, en parte, porque no estamos promoviendo nada de la salud, ¿será que estamos perpetuando la enfermedad, el estereotipo?, ¿será que aquello que la sociedad castigaba y castiga como locura, en tanto pensamiento divergente, incomprensible e inaceptable, lo intenta controlar la institución? ¿Extirpar de la sociedad y mantener bajo control? Así, sin más...

Población: ¿Para quién?

En este entorno pretendía realizar grupos, pero ¿para quiénes? y para responder esta cuestión necesito adentrarme en el concepto de enfermedad y de salud, y revisar el concepto de rehabilitación.

A las personas a las que les proponía trabajar en grupo, la mayoría, estaban diagnosticadas de psicosis, mostraban gran desconexión del mundo y de los otros. Tenían altas necesidades de apoyo -incluso para las cuestiones más básicas: aseo, alimentación y vestimenta-, alto grado de destructividad, historia clínica antigua marcada por el peso de la repetición, síntomas aún activos, poca autonomía fuera de la institución, mala respuesta al tratamiento y escasas o nulas posibilidades de alta. Y, por supuesto, no me exponían la necesidad de trabajar nada de sí mismos, de su propia salud mental, y menos en grupo. Ellos, además, residían allí y yo me sentía una alienista.

Racamier describe esta evolución clínica con el término de "evolución catastrófica", que se refiere al aspecto aparentemente desolado y desierto de su mundo interno después de dos o tres décadas de evolución.

*Ellos no esperan irse a casa porque ya están en su casa,
-aunque muchos no lo sepan y otros no lo acepten-*

"Hay enfermos que parecen seres mental y emocionalmente amorfos a los que les hablo (si es que se me ocurre algo que parezca que tiene relación con ellos) y su respuesta me hace

⁶ "Una teoría de la enfermedad". Clase n° 25, 3º año, Primera Escuela Privada de Psicología Social, 1970.

suponer que les importo un comino, están tan ensimismados que lo de fuera no les merece el más mínimo interés”⁷.

Diego Vico recoge con claridad el sentir del terapeuta ante los mecanismos de defensa específicos de esta población, lo que Kapsambelis llama “mecanismos de adhesividad y absorción”. La adherencia se define como una forma de vinculación física constante con los demás. La absorción como la ingestión de una sustancia, de un cuerpo, este proceso a menudo se asocia con la prevalencia de la oralidad en pacientes psicóticos: voracidad, avaricia, potomanía, glotonería, etc., “te comen y se van”...

Pichon-Rivière dice que *“el grupo operativo es universal por el hecho de que su técnica hace posible el abordaje de cualquier situación, ya sea de aprendizaje, de curación, de todos los aspectos terapéuticos que puedan darse en comunidades, o con individuos internados por ejemplo”⁸*. A este punto me agarré con fuerza.

Motivación: ¿Por qué?

Cada uno de los allí presentes, muchas veces llamados enfermos, alienados o internos, eran PERSONAS que realizaban nula o escasa demanda, es decir, no pedían de forma explícita participar en una actividad terapéutica grupal. No realizaban, de manera manifiesta, la petición de trabajar aspectos de su propia salud mental. Entonces, la motivación, la demanda ¿era sólo mía?

Efectivamente, era mía, y de la institución, pero no de ellos, o al menos, eso creía yo al principio.

La demanda institucional era que las personas atendidas tuvieran “un nivel alto de ocupación”, que estén realizando muchas actividades y éstas aparezcan en sus planes individuales de atención para dar cuenta a la familia y a la Oficina Regional de la Salud Mental de la Comunidad de Madrid (el pagador) de lo “bien y mucho que trabajamos”.

Entonces, si las personas atendidas no tienen demanda, ¿por qué hacer grupos?

- Por ser “una buena psicóloga clínica en la institución”, hago lo que me piden los jefes.
- Por “sobrevivir” ante la gran demanda institucional, atender a más de 80 personas.
- Por atender mi deseo de crear grupos. Sí, contaba con mi deseo.

Según dice Pichon-Rivière, es a partir de la necesidad que se comprende el carácter social de la esencia del sujeto. Entiendo que hablar de deseo es hablar de necesidad, necesidad psíquica, y hablar de necesidad es hablar de vínculo. La necesidad es el fundamento motivacional del vínculo.

⁷ Diego Vico, 2010. “Locos entre suposiciones, curiosidades y disparates”. Revista Área 3, nº 14, invierno 2010.<http://www.area3.org.es/Uploads/a3.14.Locos.DVico.pdf>

⁸ Pichon-Rivière en 1970, en su clase dictada “Historia de la técnica de los grupos operativos”.

¿Cómo es la necesidad que tienen estas personas del otro?

¿Por qué ME quieren?

Me considero un sujeto faltante y por lo tanto, deseante, trabajando con sujetos a los que *“les falta la falta”* y por tanto, el deseo, que viven en una institución que pretende satisfacer sus demandas de forma total y colmarles de actividades terapéuticas no pedidas. Sus necesidades se reducen a la oralidad, comer, beber, fumar (en muchos de ellos). La resultante del mecanismo de defensa de la absorción, comentado antes, es la necesidad de transformar una interacción de a dos en una situación en la que el segundo desaparece. Peticiones urgentes que desaparecen tan pronto la solicitud de la percepción desaparece. El terapeuta, el cuidador, el médico desaparece tan pronto han cumplido su función. (Dar un permiso de salida con la familia, dar un cigarro, abrir el armario...).

Entonces, ¿por qué hacer grupos?

Por crear, en el espacio –grupal- donde otra relación diferente sea posible, donde el grupo sea en sí mismo un intento de romper con el modo de relación estereotipadamente establecido, abrir la posibilidad de otra forma de vincularse.

Me estoy refiriendo a cuestiones concretas como que no era obligatoria la asistencia (algo novedoso) podían decidir no ir (aunque se las tenían que ver con mi insistencia y perseverancia).

En segundo lugar, porque allí no les iba a proporcionar tabaco, dinero, coca-colas, etc., que alimentara el mismo patrón, lo que sí pude introducir fue un elemento emocionalmente agradable para la mayoría, sino para todos, la música. El grupo solía terminar escuchando un video musical que ellos mismo iban eligiendo. Tampoco el compañero del grupo era aquél que le iba a dar un euro, un poco de su café o un cigarro, el otro le podía dar otras cosas también gratificantes, tenían que comprobarlo, el otro te podía dar un lugar de sujeto, un reconocimiento, un abrazo, una mirada, una escucha, etc.

El grupo podría funcionar como un espacio donde entrar en contacto con otras necesidades, la *“necesidad de ser”* y de *“cuidar de sí mismos”*, por lo que el grupo podía ser un lugar donde cuidar al otro, el primer paso para que ocurra la internalización de cuidarse a sí mismo (Kapsambelis). Desde otra necesidad, otro tipo de vínculo menos adherido y menos absorbente.

Tarea: ¿Para qué?

Una vez expuesto el contexto, la población y la demanda, la tarea se impone como elemento central que me permitió adentrarme y sostener mi actividad grupal. Es el elemento clave en la COG.

Pichon-Rivière plantea grupos centrados en la tarea. La tarea que convoca al grupo puede ser el aprendizaje, la curación, el diálogo de las dificultades de una organización laboral, la creación publicitaria, etc. En este caso, la tarea era la rehabilitación.

Pichon-Rivière consideraba que los criterios de salud y enfermedad, de normalidad y anormalidad, no son absolutos sino situacionales y relativos. Entiendo con esto que cambian según dónde nos encontremos, cuándo, cómo y con quién. Lo que se mantiene es la idea de que la salud y la enfermedad las define como adaptación activa o pasiva a la realidad.

Dentro de su teoría de la enfermedad única las psicosis son intentos de manejo de las ansiedades básicas pero menos exitosas que las neurosis, es decir, con un mayor grado de desviación de la norma de salud.

Me planteaba crear grupos para personas reificadas, institucionalizadas, aisladas del mundo y de los otros, donde la estereotipia y las dificultades de aprendizaje eran claras y obvias, pero, ante todo, **personas**, personas dignas de reconocimiento como tal. Y esto era lo único que tenía claro y que no quería perder de vista, porque ya se había perdido de vista...

Por eso, la tarea era la rehabilitación, con los objetivos concretos, como dice Antonio Tarí⁹, de:

- Crear una realidad compartida.
- Estar con el otro creando oportunidades –diferentes- de relación con el otro.
- Cultura de respeto y reconocimiento.
- Incluirles en la cultura del deseo y esperanza.

El factor decisivo era la interacción terapeuta-integrante, integrante-integrante, y no, la psicopatología per se¹⁰.

“Enfermamos en grupo por lo tanto deberemos sanar en grupos”

El grupo para ofrecerles la posibilidad de tener un lugar que no tuvieron en su estructura familiar, y que siguen sin tener en el actual entorno neoinstitucionalizante, **un lugar de reconocimiento de sí mismos**. Para que tuvieran un lugar de palabra y de reconocimiento que posibilitase el vínculo, el reconocimiento del otro y cierto proceso terapéutico.

El grupo era el “tercero” del que carece el psicótico, intentando contrarrestar la relación dual y simbiótica del psicótico. El grupo posibilita que el psicótico pueda ir metiendo dentro de sí aquello malo que expulsó fuera en otro. Escenario donde otra realidad es posible para experimentar nuevas conductas, nuevos roles de forma transformadora. Es una oportunidad

⁹ Antonio Tarí, Clase n° 7, Módulo Psicoterapia de Grupo Operativa, abril 2019.

¹⁰ Giovacchini P.L., “Impacto del delirio y delirio del impacto” en Grinberg, L. *Prácticas psicoanalíticas comparadas en la Psicosis*, Buenos Aires, Paidós, 1977.

para que se abran nuevas formas de relación/adaptación, nuevos aprendizajes, la ruptura, aunque momentánea, de algún estereotipo.

Un grupo para dar lugar de apoyo y aprendizaje donde el terapeuta es un mediador, un facilitador, sin recurrir a la interpretación.

Era necesario e indispensable no perder de vista que quienes integraban el grupo sobre todo y ante todo, eran personas. Algún alumno que estuvo unos meses en prácticas conmigo, al finalizarlas me dijo que lo que más le había sorprendido es darse cuenta de *las personas que eran(o de que eran personas)*.

Dice Diego Vico que si paramos a pensar un instante nos daremos cuenta de que estamos enajenados en relación con la tarea:

“el paciente para la sesión clínica, el paciente para supervisar,
el paciente para la familia, para la sociedad y las instituciones -creadas ¿para quién?-,
el paciente para nosotros mismos o, lo que viene a ser igual,
el paciente para nada en sí mismo.
Es una situación loca”¹¹

La tarea es el objetivo, es una meta, una finalidad, sobre los objetivos en rehabilitación antes nombrados, la tarea era crear una realidad compartida, oportunidades de relación con el otro, respeto y reconocimiento, deseo y esperanza.

Existía una dificultad, algunos de los grupos formados tenían integrantes con un grado tan alto de afectación psíquica que la tarea a nivel simbólico-verbal era una tarea demasiado alejada de sus posibilidades –iniciales-. En algunos de los grupos y en algunas de las sesiones, la tarea manifiesta que convocaba al grupo tenía que ser muy concreta, realizar una tarea cognitiva, un escrito, un dibujo, una nueva recolocación del mobiliario de la sala de grupos, una actividad deportiva, etc. Desde ese trabajo común, se podían empezar a señalar los aspectos que dificultaban la comunicación, el aprendizaje, e introducir algo de los objetivos de rehabilitación antes nombrados (tarea latente).

En los grupos no se hablaba de síntomas paranoides y su repercusión en la vida de cada uno, en estos grupos se **encontraban** dos personas con síntomas paranoides que dentro del grupo podrían descubrir otra manera de relacionarse entre ellos que no fuese desde la desconfianza, y crear una experiencia diferente, romper con ello algún estereotipo.

¹¹ Diego Vico, 2010. “Locos entre suposiciones, curiosidades y disparates”. Revista Área 3, nº 14, invierno 2010.<http://www.area3.org.es/Uploads/a3.14.Locos.DVico.pdf>

No se hablaba de la sensación de sentirse objetos, de su escasa capacidad de decisión, en estos grupos se podían mirar a la cara, a los ojos, y dirigirse entre ellos por el nombre, nombrarse y ser nombrados. Se preguntaban por cómo estaban ese día, un compañero (o terapeuta) le daba los buenos días y le preguntaba cómo se encontraba en ese momento. En estos grupos podían hablar o desplegar su propio mundo interno aunque el otro, los otros, no pudieran (pudiéramos) entender nada del discurso, la escucha en sí misma tenía valor para el hablante, la necesidad de comprender era una necesidad del “escuchante”. Con esto se devolvía una experiencia distinta a la que obtenían habitualmente en el entorno y en sus familias (la no escucha, o la descalificación del discurso).

Una vez le dije a uno de ellos que no le estaba entendiendo nada de lo que decía, me contestó claramente: “yo no necesito que me entiendas”.

En estos grupos podían experimentar la sensación de realizar halagos y halagar, de que alguien les eche de menos si faltan, de que alguien vaya a buscarles porque no están en la sala de grupos y se espera que estén.

La realidad era otra.

La tarea era conectar, plantear a las personas que viven allí que la realidad del encuentro con el otro podría ser diferente a como lo viven reiteradamente, y con ello acercarse de otra manera y retocar algo de su mundo interno, si es que este aspecto es posible, porque no puedo negar que la sensación con muchos de ellos es de tal rigidez que los cambios observados los vivía como “retoques en un dibujo inscrito en la roca con un pincel mojado en agua”.... Sin duda, hay algo de un aspecto “misionero” en este trabajo, soportando los sentimientos de desilusión y desánimo que emergen. (Kapsambelis, V.).

El encuadre: ¿Cómo?

El encuadre inicial eran grupos reducidos, entre 6-8 integrantes, de 45/50 minutos, un día en semana, en la misma sala, y desde octubre a junio incluidos. Un terapeuta, en alguna ocasión dos, si es que había un alumno en prácticas.

A lo largo de estos años fui investigando cuál era el encuadre que mejor podría recoger la realidad que atendía, realicé distintos encuadres, traté de ajustarme a las nuevas demandas, exigencias y pedidos institucionales, y lo que para mí fue más sorprendente, a las demandas de los integrantes que se fueron generando con el tiempo.

Hubo un momento institucional muy complicado, con la llegada de un nuevo sistema informático de historias clínicas y teníamos que dedicar horas y horas de ordenador para volcar todas las historias. Era una sobrecarga excesiva. Tuve que dejar de hacer 2 grupos a la

semana, pasé de hacer 5 a hacer 3 a la semana, y se lo expliqué. Reajusté los integrantes de los grupos activos pero algunos quedaron fuera, quedaron sin grupo ese año.

Observé que algunos de ellos, los que ya habían participado en grupo, durante uno o dos años antes, cuando no les nombraba por las mañanas para ir a grupo, empezaban a preguntar cuándo iban ellos. Fue un gran descubrimiento (y presión). Sentía que esa demanda tenía que escucharla, atenderla, recogerla de alguna manera, pero tal era mi sobrecarga en ese momento que no podía configurar un grupo nuevo, establecer integrantes, día, hora... Así que decidí plantearles que ellos mismos fueran hablando entre sí para crear el grupo. "Tenéis que organizar el grupo vosotros" les dije. Desde ese momento, me dediqué a conectarles, a facilitarles la comunicación, los medios materiales (dejarles bolígrafo y papel para escribir sus nombres), escuchaba los obstáculos, las filias y fobias, las iba señalando y trabajando. Tras mes y medio de intercambios llegamos a realizar el grupo con un encuentro único para brindar. (Todos ello gracias a la supervisión de grupos que realizaba con Emilio Irazábal).

Seguía la demanda y decidí hacer grupos de duración cuatrimestral para poder hacer a lo largo del curso, de octubre a junio, dos bloques de grupos y abarcar con ello a la gran mayoría de personas. Comprobé que ese encuadre, 4 meses, entre festivos, interrupciones institucionales, mis ausencias por distintos motivos (días libres, de formación,...) dejaba en menos de 12 sesiones la actividad grupal de todo un año. El resultado de esta experiencia fue de escasa producción, apenas se empezaban a incluir el encuadre en ellos, se terminaba el grupo. Sin llegar a alcanzar algo de la afiliación y pertenencia que observé en otros grupos al llegar mayo/junio. Pichon-Rivière habla de experiencias acumulativas prolongadas... remarcando, poniendo el énfasis en que fuesen prolongadas¹².

Conclusiones: "Los efectos de este trabajo en ellos, en mí y en la institución"

En ellos:

A un total de 34 pacientes, les hice cinco preguntas, quería saber su propia opinión. Las preguntas eran sencillas:

- ¿Qué es lo que más te gusta de estar en este grupo?
 - Estar con los compañeros.
 - La coordinación y la educación
 - Las tareas (escribir, dibujar)
 - *"que cada uno dice lo que le viene a la cabeza, que cada uno se expresa como realmente es"*

¹² "Encuadre". O. Bricchetto Clases dictadas en 3º y 5º año. Curso 1983. Escuela Psicología Social. Ed Cinco.

- ¿Qué es lo que menos te gusta de estar en este grupo?
 - Nada
 - Es molesto estar con otros (parlanchines, huele mal, no nos entendemos...)
 - El tiempo
 - *“que estemos juntos y luego no seamos compañeros del todo cuando estamos juntos en la unidad, hay una especie de barrera que nos deja, creo yo, sin confianza y eso a todos”*
- ¿Por qué es bueno estar en grupo, para qué sirve?
 - Un rato agradable (mejorar, relajación, estudiar, aprender)
 - Compartir (opiniones, momentos, ayuda)
- ¿Quieres seguir viniendo? ¿por qué? Si: 25 - No: 6 - N/C: 3

Quizá pudieron construir algo de la afiliación y pertenencia (“yo seguiría en el grupo mío”).

Se experimentó la cooperación (“aquí nos ayudamos”)

Resultó por momentos pertinente (“el aspecto comunicativo, la relación con los demás y con Marta”, “aquí hemos pasado de la nerviosidad a la tranquilidad”)

Sin duda las dificultades de comunicación (Ruido-vídeo) y las dificultades de aprendizaje fueron los elementos más costosos de abordar.

Telé *“lo que más me gusta del grupo es el majísimo de Mario”*.

En la Institución: En la institución me resulta más difícil observar algún efecto, más allá de dejar evidencia de que se podían realizar actividades grupales con buena adherencia sin recurrir a la sanción. Dedicé tiempo a informar al resto del equipo de esta realidad y de las distintas opciones de “seducción” que se me ocurrieron, sin tener que castigar.

El psiquiatra, que llevaba 30 años en la institución, decidió empezar a participar en algunos de los grupos que se venían haciendo, quizá fue también un cambio institucional.

En mí:

Reajuste de mi ECRO. Sabiendo que “el sujeto no es sin los otros” tenía que crear un lugar, un espacio donde ser con los otros, donde ser sujetos, personas. Realicé grupos con personas a las que no les ocurren en los grupos cosas tan distintas a las que nos pasan a los demás.

Rompí estereotipos, traté de adaptarme a la realidad y creo que algo he aprendido.

Creía que no había una motivación, y comprendí que estaba equivocada. Sí existía una demanda, una necesidad, y que sí que agradecen otro tipo de vínculo. Seguramente ellos no lo saben expresar y yo, desde fuera, no sabía entender su conducta –desvinculada–.

Realicé ajustes de encuadre atendiendo a la presión asistencial e institucional en lugar de priorizar las necesidades de los integrantes (y mías).

Mirar es separarse, posar cara a cara y confrontar al paciente con lo que vemos, ofreciéndole al mismo tiempo nuevas imágenes de identificación. Aprendí con ellos a hablar sobre la experiencia compartida sin tratar de interpretar de antemano lo que está sucediendo, sino apoyándonos y expresando los afectos y emociones que acompañan a esta experiencia. Concienciar sobre el vínculo social.

Posibilitar la aparición de recuerdos que hacían recordar que hubo otro momento, “*cuando éramos como los demás*”.

*La tarea es ayudar a los pacientes psicóticos
"a construir lazos de confianza e identificación con los demás".*
Enjalbert (2002)

Los pacientes deberán ser considerados con placer y creatividad.
Hochmann (1994)

Bibliografía

Bernal, H. A. “Sobre la teoría del vínculo en Enrique Pichon-Rivière”. Una sistematización del texto “Teoría del vínculo” de Pichon. 2010.

Bricchetto, O. “Encuadre”. Clases dictadas en 3º y 5º año. Curso 1983. Escuela Psicología Social. Ed Cinco.

Giovacchini P.L., “Impacto del delirio y delirio del impacto” en Grinberg, L. *Prácticas psicoanalíticas comparadas en la Psicosis*, Buenos Aires, Paidós, 1977.

Pichon-Rivière, E. “Historia de la técnica de los grupos operativos”. Clase dictada. 1970.

Tarí, A. “Algunas contradicciones en la construcción en las prácticas rehabilitadoras”. Revista Área 3, nº 21. Invierno 2017. <http://www.area3.org.es/uploads/a3-21-rehabilitacion-ATari.pdf>

Vico, D. “Locos entre suposiciones, curiosidades y disparates”. Revista Área 3, nº 14, invierno 2010. <http://www.area3.org.es/Uploads/a3.14.Locos.DVico.pdf>