

## Contener o someter. Límites y Estereotipia en el abordaje grupal del trastorno mental grave.

Esther G<sup>a</sup> Bustamante

En este trabajo intento pensar alrededor de una serie de normas para los pacientes que me vienen generando malestar en la institución en la que trabajo. Están establecidas como supuestos “límites” pero lo que contienen son elementos expulsivos y coercitivos relacionados con las inasistencias de los pacientes y sus “consecuencias”. Han sido aumentadas y reforzadas en su cumplimiento a partir del suceso de un acontecimiento traumático. Mi tesis es que responden a una actuación del equipo frente a sentimientos de angustia y pérdida que no se pueden elaborar de otra manera. Una actuación a manera de formación reactiva que ataca al encuadre más que defenderlo. Así mismo esta falta de elaboración deja colarse el problema del poder y las lógicas más primitivas de las instituciones de salud mental. He querido traer también para pensar los límites, la cuestión de las estructuras límites y el odio que provocan en la transferencia.

### *El acontecimiento:*

Una paciente se suicidó. Era una mujer de 37 años. La habían llevado al hospital de día una serie de crisis donde predominaba angustia psicótica. Poco antes de su muerte estaba atrapada en un mundo paranoico en el cual nos había incluido masivamente. Esto ocurrió después de un periodo de franca mejoría en la que se empezaba a definir su fecha de alta y se la animó en el deseo de empezar a buscar trabajo y hacer entrevistas. Esperaba aterrada al momento en el que la iban a llevar a prisión (por algo gravísimo que había hecho.). Insistía en preguntarnos desesperada que era exactamente aquello que había hecho y cuando iban a venir al hospital a detenerla. Interpretaba todos nuestros movimientos y los de sus compañeros de manera persecutoria. Especialmente los de su terapeuta “de referencia” con quien había desarrollado una transferencia erótica masiva. En su conflicto con nosotros había dejado de venir al hospital por unas semanas y había abandonado su propio apartamento marchando a casa de sus padres. Desde el equipo se le propuso a la familia presionar a la paciente de tal manera que era condición para que pudiera estar en casa de ellos que viniera al hospital. Si no lo hacía debían echarla de casa. Ella no lo aceptó, volvió a su apartamento y a la semana se quitó la vida. No dejo ninguna nota.

### *El objeto del análisis*

No quiero decir de ninguna manera que esta intervención provocara su muerte. La decisión de quitarse la vida nunca puede arrojarse encima de nadie. Tampoco es mi intención preguntarme hoy qué podríamos haber hecho para ayudarla y contener lo que estaba pasando. No creo que pudiéramos llegar a ninguna conclusión sin poder conversar con ella (envidio a un paciente muy querido que dice contar con el poder de sacar muertos de su mente e interactuar con ellos, como los investigadores del planeta Solaris). Pero si pienso que merece la pena reflexionar sobre la serie de actuaciones que siguieron a esta muerte.

Uno de los argumentos predominantes en el análisis de este acontecimiento fue la relevancia del hecho de que la paciente llevara sin acudir al tratamiento prácticamente durante casi dos meses (acudía fuera de horario con demandas alocadas y preguntas desesperadas). A partir de entonces se instauró un discurso de que lo que no podíamos permitir es que los pacientes “no vinieran”. La idea fuerte de que un paciente que no viene es un paciente que no está en tratamiento y está en riesgo. Y que se debían poner en marcha mecanismos para “facilitar” que los pacientes vinieran. Que tomaran conciencia del no estar. O si no, que no estuvieran.

Todos los que trabajamos con pacientes muy graves sabemos que el aliento del suicidio nos sopla en el cuello. Que o ya pasamos, o que tarde o temprano pasaremos por ello y que desafortunadamente, volveremos a pasar. Los suicidios provocan fuertes emociones, pena, rabia, impotencia, culpa... Los que además trabajamos en un dispositivo grupal y comunitario también sabemos que a la profunda pena de perder un paciente con el que seguramente hemos compartido vida cuerpo a cuerpo se nos suma la tarea a veces insostenible de ayudar al grupo a atravesar el duelo. A lidiar con las diferentes reacciones de los pacientes que pasan desde la rabia, el descontrol de impulsos y la culpabilización al aislamiento, la ausencia, la negación y la obsesión por el contagio. Mi tesis es que ante situaciones como éstas que conllevan más angustia de las que el equipo puede elaborar aparecen patrones estereotipados que van más allá del funcionamiento de los pacientes, los terapeutas o el equipo, involucrando lo institucional y su historia más primitiva. Y la historia de las instituciones de salud mental está directamente relacionada con los mecanismos de control, vigilancia y castigo. El discurso manicomial está presente a nuestro pesar en todas las instituciones de salud mental, forma parte de su ADN.

#### *La tarea de elaborar los duelos*

Pienso junto con Pichon Rivière que el grupo (cuando es operativo) tiende a destruir el estereotipo. La función del grupo es aprender a pensar a través de la apertura del pensamiento. Esto ocurre cuando el individuo puede cambiar su rol, variar sus expectativas, adoptar nuevas conductas, que no son ya las más primitivas, es decir las de su grupo primario familiar y que suelen estar depositadas en lo institucional.

Pero también sabemos que en el transcurso de los procesos grupales aparecen las ansiedades que funcionan resistiendo el cambio en forma de miedo al ataque y miedo a la pérdida. En relación a estas situaciones se presenta el estereotipo, conductas cosificadas, rígidas, fijas con las que se trata de enfrentar la nueva situación obviando que es nueva. A veces, el espacio grupal tampoco alcanza para elaborar situaciones con gran cantidad de angustia (en la práctica, la labor de coordinación recae sobre terapeutas que están implicados en el mismo proceso de duelo que el resto)

La problemática de un suicidio en un grupo nos pone especialmente a prueba. El volumen de angustia requiere de un esfuerzo muy importante para elaborarse. Como terapeutas o coordinadores de grupo participamos de esa angustia directamente. Y es fácil que el estereotipo individual, grupal e institucional predomine.

#### *El problema de los trastornos de personalidad*

Quisiera traer otra complicación y es la que tiene que ver con que en estos días nos enfrentamos a una cantidad que viene siendo creciente desde hace años de síntomas que están relacionados con el acting. Las autolesiones, los gestos autolíticos, las conductas de riesgo para la vida y las agresiones inundan nuestros espacios terapéuticos arrinconando de manera creciente al sujeto diagnosticado tradicionalmente como psicótico al que a veces añoramos como el que añora buenos viejos tiempos. Por otro lado, estas personas que sufren del infierno de su aislamiento y que a veces se defienden con síntomas alucinatorios y delirantes, últimamente parecen "molestar" menos. Parece que se han producido ciertos avances en la disminución de los efectos secundarios de los fármacos antipsicóticos, por lo que los niveles de adherencia a los tratamientos farmacológicos han aumentado, disminuyendo las grandes crisis que perturban en la familia y en la comunidad. Además se ha generado un sistema (ocupaciones, centros de días, actividades deportivas y culturales de asociaciones de familiares, miniresidencias) en el cual la administración va almacenando personas enchalecadas químicamente que ya no dan tantos problemas. Los centros de salud, los juzgados, las comisarías, las urgencias y plantas de agudos de los hospitales, incluso las unidades de larga estancia están tomados por estas otras personas que desde una organización más límite lidian con sus conflictos, sus duelos no resueltos y sus vacíos a través de incansables actuaciones. Son resistentes al chaleco químico y muchas veces terminan presentando un deterioro mucho mayor al que a veces

falsamente se le atribuye a lo que se diagnostica como esquizofrenia. Los llamados trastornos de personalidad inundan las instituciones, cuestionan permanentemente la capacidad de contención de las instituciones, e influyen en cómo se organiza el ambiente terapéutico atravesando creo que más de lo que pensamos nuestras prácticas.

Pienso que estos sujetos que desafían continuamente los encuadres, los límites, asolados por una fragilidad narcisista que acompaña a la de nuestro tiempo que bombardea constantemente la identidad, plantean situaciones que hasta ahora están siendo muy difíciles de resolver. En los grupos, estos pacientes amenazan constantemente con suicidarse o agredirse, exponen con goce los detalles que tienen que ver con la carne y la sangre, con frecuencia estallan en ira, hipersexualizan las relaciones, nos retan continuamente con sus resistencias a pensar y muy pocas veces vamos encontrando como ayudarles sin perder la paciencia y la confianza en lo que hacemos.

Estos perfiles psicopatológicos nos hacen pensar a menudo en la necesidad de una función normativa, más allá de la contenedora o nutricia que nos despiertan las organizaciones en torno a lo psicótico. Resulta evidente que se hace necesario trabajar el límite. Por un lado un ambiente suficientemente bueno que permita el desarrollo del sujeto, por otro un discurso normativo que ayude a la individuación.

#### *El odio en la contratransferencia y el esfuerzo por volver loco al otro*

Winnicott nos alertó de lo pesado que puede ser dirigir la cura de un paciente muy grave. En algunas etapas del tratamiento de pacientes graves o ante situaciones extremas el terapeuta debe hallarse en condiciones comparables a las de la madre de un niño recién nacido. Cuando la regresión es profunda una madre debe ser capaz de tolerar el odio que su bebé le inspira sin hacer nada al respecto. Los terapeutas no podemos evitar odiar y temer, cuanto más conscientes seamos de ello más evitaremos que este odio y este temor tenga implicaciones en nuestras conductas. Como equipo, corremos el riesgo de reproducir las interacciones de una familia incapaz de abordar circunstancias extremas difíciles de controlar o prevenir.

Este odio en la transferencia sería una de las fuentes que encuentra Searles de lo que llama el “esfuerzo e volver loco al otro”. Una necesidad de externalizar, y de este modo “deshacerse” de la amenaza de la locura en uno mismo. La otra fuente sería un supuesto rasgo de carácter obsesivo en los psiquiatras y psicoanalistas que usarían su tarea terapéutica como una formación reactiva a sus tendencias agresivas, sus deseos inconscientes de “asesinar” psíquicamente a cualquiera que tenga una relación estrecha con ellos.

#### *El discurso del poder*

Pareciera entonces, que en este ambiente abismal y de caos se genera una situación regresiva en las instituciones que tratan de “organizarse” a modo de formación reactiva un sistema dirigido a controlar y someter este descontrol. Este sistema es a veces eficaz en el corto plazo. Este conjunto de normas y actuaciones dirigidos al control del descontrol parecen resultar eficaces a través del masoquismo que acampa en algunos rasgos de personalidad. Los pacientes reaccionan a ciertas medidas, haciendo parte de lo que les pedimos. Dice Foucault “Lo que hace que el poder agarre, que se le acepte, es simplemente que no pesa solamente como una fuerza que dice no, sino que de hecho la atraviesa, produce cosas, induce placer, forma saber, produce discursos”. Discursos que se incluyen en la identidad.

Se produce así un discurso que en términos foucaultianos sería un sistema simbólico de ordenamiento de las prácticas. El dispositivo que dispone las prácticas. Es el discurso del poder, que impone verdades que deben ser repetidas ritualmente para someter, en busca de la sumisión de otros, penetrando en la conciencia y conformando subjetividades que sujetan al sujeto como una camisa de fuerza. Una trama, donde lo que no se dice, el silencio, sería parte de la estrategia del poder que comprende tanto lo que se dice y se dispone como lo que calla y hace enmudecer. En esto que Foucault llama el “teatro de los

procedimientos” se expresa la tecnología del poder, dónde la psiquiatría, la psicología clínica (re) crea técnicas para condicionar, para dominar. El poder crea la verdad, lo que existe es la verdad que el poder puede repetir hasta que un sujeto lo cree como su verdad. Tiene el poder de imponerla y sofocar otras verdades posibles.

A los actings de los pacientes se suman los actings del equipo de terapeutas que modifica constantemente el encuadre y fabrica con sus angustias y necesidad de control, relaciones de poder que generan rituales disciplinarios que estrangulan la capacidad de pensar y abrirse a distintas verdades.

Así dejamos de lado la tarea de elaborar la angustia de separación, de pérdida, los duelos más primitivos no elaborados que representan frecuentemente las actuaciones, en busca de la autonomía y la creación. Y la institución en su afán reproductor y moldeador se lanza al camino del totalitarismo y la heteronomía cuya máxima expresión sería según Castoriadis la desobjetivación radical. Desobjetivación radical que hemos conocido desgraciadamente muy bien en la historia de la psiquiatría.

### *El problema del encuadre*

Intrincado con todo esto nos encontramos con el problema del encuadre.

Trayendo el trabajo de Bleger sobre el encuadre, el encuadre “es” la parte más primitiva de la personalidad, es la fusión yo-cuerpo-mundo, de cuya inmovilización depende la formación, existencia y discriminación. Los pacientes traen también “su propio encuadre”: la institución de su primitiva relación simbiótica. Cuando los terapeutas rompen el encuadre nos enfrentamos a situaciones que introducen una realidad que puede resultar catastrófica para el paciente. Su encuadre, su mundo fantasma, quedaría sin depositario.

Lo que constituye el “propio encuadre” del paciente es lo que trae cuando rompe el encuadre. Si bien Bleger está interesado en examinar el significado psicoanalítico del encuadre, cuando este no es un problema (para nosotros, ¿cuándo no lo es?), a mí me interesa analizar el problema de cuando frente a las faltas del encuadre los equipos no sólo tienden a reestablecerlo mediante interpretaciones sino que actúan compulsivamente organizando dispositivos para que esto no ocurra. La introducción continua de normas que provocan expulsiones del espacio terapéutico ¿no constituiría un ataque deliberado del equipo al encuadre? Estaríamos hablando de que la institución se hace depositaria de esta tendencia a la actuación que los pacientes vienen usando como intento de salida ante la angustia de separación y de pérdida (que se reactiva en los momentos finales del tratamiento). Y el mismo equipo reacciona también de manera sintomática frente a su propia angustia de separación en relación con la finalización de los tratamientos.

Al tratar de restituir el encuadre con todo tipo de técnicas disponibles incluyendo la extorsión y la amenaza dejamos de trabajar con las conductas como material que devela significados.

En el esquema referencial del grupo operativo cuando un paciente no acude a tratamiento, fallando en las condiciones del encuadre nos es útil considerar esta conducta como un emergente. En el emergente buscamos el por qué, el para qué y su significado. El emergente es representante de los conflictos y malentendidos del grupo que se presentan como una oportunidad única, ya que el intento de elaborar unos y esclarecer otros opera directamente sobre los problemas de comunicación y los miedos al ataque y la pérdida.

El intento de suprimir el emergente del paciente que no acude al tratamiento nos hace perder esta oportunidad, ya que como apunta Bleger, no se puede analizar un problema que no se define ni conoce. Cuando dejamos de intentar entender cuál es el problema que subyace y da sentido a la falta de asistencia de los pacientes (por ejemplo) convertimos lo emergente en instituido. Es notable como la institución a través del equipo, se hace cargo de las ausencias, imponiéndolas como expulsión.

Sabemos que analizar las conductas, las emociones, los sentimientos que se ponen en juego en relación a la tarea, tomando el encuadre como punto importante que ubica al grupo como grupo, ayuda al grupo a relacionarse con la tarea. En este sentido pienso que esto nos hace cuidar el grupo como espacio de transición y creación y nos alerta frente a los movimientos grupales que tienden a la unificación, la masa, la secta, la repetición, el nosotros contra los ellos, la idealización y la estereotipia.

Nos dice Bleger que lo organiza al yo no son sólo las relaciones estables con los objetos o instituciones sino las frustraciones y gratificaciones con los mismos. “No hay percepción de lo que siempre está. La percepción del objeto que falta y del que gratifica es posterior; lo más primitivo es la percepción de una incompletud”. El conocimiento de algo sólo se da en la ausencia de ese algo, hasta que se organiza como objeto interno. Pero lo que no percibimos también existe. Y ese “mundo fantasma” existe depositado en el encuadre aunque éste no se haya roto, o precisamente por ello”. Sin embargo, a menudo, en el hospital de día, siento que en un intento desesperado por mover organizaciones muy resistentes se “fabrican” experiencias frustrantes atacando el ambiente seguro y poniendo inconscientemente en juego el esfuerzo por volver loco al otro mediante experiencias simultáneamente (o con breve alternancia) frustrantes y gratificantes puestas en escena de manera arbitraria. Esto promueve conflictos emocionales en el otro que tiende a activar distintas áreas de su personalidad opuestas entre sí.

Ya escribí en otro lugar que pienso a los grupos una función de espacio potencial, área intermedia de experiencia, de vivencia, de ilusión. Una zona que tal como la describe Winnicott está situada entre la realidad exterior de las relaciones interpersonales y el mundo interno. Un área de experiencia que tiene un papel fundamental para la elaboración de los sentimientos de pérdida, y para la salida de la dependencia absoluta. El lugar del proceso que permite en el bebé desarrollar la capacidad de estar solo sin miedo a perder la identidad ni verse arrollado por la angustia. Que prefigura la capacidad para llevar a cabo un intercambio auténtico con los otros sin temor a una peligrosa invasión de uno mismo o del otro. Un estadio intermedio entre la incapacidad y la capacidad para reconocer y aceptar la realidad que a menudo se presenta como una afrenta. El lugar privilegiado del jugar. En la superposición de espacios potenciales, de intersubjetividades. Donde interaccionan lo grupos internos, la familia, el mundo de las relaciones presentes y lo social. Lo de entonces y lo de ahora.

Winnicott mismo apunta que el sometimiento es una base enferma para la vida, que en el acatamiento se pierde la integridad y que es una acumulación de intrusiones traumáticas lo que pone en peligro la estabilidad mental del individuo. Que es lesivo adoctrinar a la gente. Que la relación de acatamiento con la realidad exterior está en contraposición con aquello que hace al individuo sentir que la vida vale la pena: la percepción creadora.

La locura del paciente consiste, en un grado significativo, en un padre loco introyectado, que, introyectado, hace predominar un paralizante e irracional Superyó en el paciente. Un vínculo internalizado persecutorio, abusador y que anula. Es fácil reproducir estos vínculos como terapeutas y como instituciones y exige gran valentía dejarse atravesar por estos procesos con la honestidad de saberse parte de ellos.

Muchos de nosotros frustrados con los obstáculos en la tarea, tendemos con persistencia a considerar determinados pacientes como incurables. Según Searles, se debe sospechar que esta inclinación por adoptar una actitud anti-científica y ‘desesperanzada’ enmascara, en realidad, un interés inconsciente en mantener a ese paciente en particular “estancado” en su enfermedad.

Seguramente una de las razones por las que los trastornos graves son tan difíciles de solucionar es porque las instituciones ofrecen gran resistencia a salir de los vínculos simbióticos que se reconstruyen en la transferencia. Parece que no valiera la pena a renunciar a este vínculo que incluye sin duda mucho sufrimiento y frustración pero también proporciona grandes goces de naturaleza oscura.



**REVISTA DE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA SOCIAL**  
Año 7 | Nº 5 | Madrid 2016  
Edición PDF  
ISSN: 1989-6174

**Bibliografía:**

- BAULEO, A., Ideología , grupo y familia. Ediciones Kargieman. 1970  
CASTORIADIS, C.1997. La Institución Imaginaria de la Sociedad. Tusquets Editores  
BLEGER ,J. Simbiosis y ambigüedad: estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós, 1967.  
FOUCAULT, M. (1979). Microfísica del Poder. La Piqueta, Madrid 1992  
SEARLES (1965) El esfuerzo por volver loco al otro.  
PICHON RIVIÈRE, E.; Del psicoanálisis a la Psicología Social. V. 1-2 Buenos Aires: Nueva Visión.1971  
WINNICOTT, D. (1947) El odio en la contratransferencia.