



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 18 – Invierno 2014

De la teoría a la convivencia terapéutica

Diego Vico Cano ¹

En 1987 la Unidad de Docencia y Psicoterapia abrió casa en el Hospital de Día para que conviviéramos docentes, alumnos, terapeutas y pacientes con la intención de que aprendiéramos unos de otros.

La Unidad de Docencia y Psicoterapia con casa en el Hospital de Día, reúne en su interior a personas que desempeñan estos cuatro papeles diferentes que mantienen **muy distintas relaciones entre sí**: desde los que están en régimen de habitación con pensión completa a los mediopensionistas o los que van de fin de semana, los amigos de la casa, etc., etc.

Es tal el batiburrillo de relaciones entre todos estos roles que, para simplificar, los voy a meter a todos en el mismo saco: el de **pacientes**. Todos somos pacientes, nos necesitamos unos a otros para mejorar y sabemos que la medicina adecuada la tienen en parte los otros, con lo cual hemos de escucharnos y sentirnos. Así pasamos de la teoría a la convivencia terapéutica y de esta a la teoría de nuevo, pero ya modificada, creando una especie de espiral dialéctica que es el tratamiento que nos va mejorando.

¹ Diego Vico es psiquiatra, Coordinador de la Unidad de Docencia y Psicoterapia “José María López Sánchez” del Hospital de Día Salud Mental de Granada. Servicio Andaluz de Salud.

Esto se da en clave de proceso, no en desarrollo lineal y, en ocasiones, nuestra actitud no va orientada hacia la mejoría y el crecimiento. Variados motivos originan detenciones en el desarrollo y nos abandonamos a placenteras situaciones de estancamiento, presos en la ilusión de que ya sabemos lo que nos está diciendo el otro e incluso estamos seguros de tener la respuesta. Preguntas para estas situaciones: ¿Qué nos pasa que no nos dejamos enseñar?, ¿qué pretendemos con no aprender?; respuesta: muy posiblemente estemos empeorando.

El entramado de papeles y relaciones se sostiene sobre **pilares básicos**: el Dr. José María López Sánchez y los docentes colaboradores, el Servicio Andaluz de Salud, el gusto por enseñar/aprender y la práctica de la psicoterapia; en definitiva la Unidad de Docencia y Psicoterapia, una Casa de Psicoterapia en el amplio sentido de la palabra.

Montar una Casa de Psicoterapia requiere **crear un esquema de referencia**, una forma básica de pensar y actuar compartida entre los que desarrollarán el papel de docente – terapeuta, quienes promoverán una serie de normas que dan identidad al estilo de la Casa y que serán las derivadas, entre otras, de las siguientes consideraciones:

- ¿Qué idea me voy haciendo sobre la naturaleza humana?
- ¿Cómo me las arreglo para caminar entre la densa niebla que envuelve y desdibuja el límite entre salud y enfermedad?
- ¿Estoy fundamentalmente convencido de que existe el inconsciente?
- ¿Estoy interesado en desarrollar mi yo observador que me informe sobre cómo imagino, miro, escucho, me vinculo... con los demás?
- ¿Seguro que el camino hacia la curación pasa por el cambio?
- ¿Qué entiendo por cambio?, ¿las herramientas que utilizo para promoverlo admiten ser cuestionadas?, ¿me incluyo como objeto de cuestionamiento?
- ¿De qué lado se va decantando la continua batalla entre pensamiento único y pensamiento dialéctico?

- ¿Qué tal llevamos el paso de lo individual a lo grupal?

Quiero recordar haberle oído decir a Armando Bauleo que cuando queramos saber cómo piensa un equipo sobre una determinada patología, basta con observar los encuadres que dispone para abordarla. Así podemos observar también contradicciones que hablan de dificultades entre cómo se piensa un problema y cómo se lo aborda. Es algo así como el síntoma de un conflicto psíquico.

Los vericuetos teóricos por los que vamos discuriendo al abrir estos y otros interrogantes, van construyendo nuestro esquema de referencia. Pero esto no es todo, necesitamos algo más aún que dé consistencia y sentido al esquema de referencia: la internalización de la teoría, lo cual dará lugar a que esta sea reinterpretada como consecuencia de su relación con los objetos internos de cada uno, una posibilidad de elaboración que se expresará en la manera particular, casi privada, de interpretar las conductas que provocamos en los participantes mediante la aplicación de nuestros encuadres, nuestras **reglas del juego: de la teoría a la convivencia terapéutica**.

No se trata tanto de qué profesionales intervienen y qué actividades se realizan, lo importante será la manera en que se conducen esas actividades, qué conductas se seleccionan como hechos significativos y cómo los manejamos, nos recordaba Badaracco.

Al mismo tiempo que la Unidad de Docencia y Psicoterapia va desarrollando su programa de formación y suma docentes y colaboradores, el Hospital de Día va haciendo su tarea: **constituirse en equipo terapéutico** con la finalidad de facilitar la convivencia con efectos terapéuticos entre los distintos tipos de pacientes: docentes, alumnos, terapeutas y enfermos.

Los profesionales del Hospital de Día convivimos con nosotros mismos y con todos los demás. Tarea nada fácil, entre otras cosas, porque nos hacen vivir, de

continuo y entrecruzándose, ansiedades de confusión, de persecución y de pérdida, jugadas a tres bandas (el propio equipo, los pacientes y los alumnos) y cada uno con su manera de ser, de entender las cosas y de convivir. Cada uno con su esquema de referencia (los alumnos y los pacientes lo tienen aunque crean que no) y hemos de establecer una relación creativa o terapéutica entre las distintas formas de explicarse las cosas y los remedios en caso de necesidad. Es una incesante y estimulante batidora de teorías y emociones: todavía no acabas de despedirte de los que se van pasados los tres meses (en el caso de los alumnos, los enfermos son dos años) cuando ya estás recibiendo a los nuevos; parecía que se habían calmado las ansiedades persecutorias y ahora resulta que nos sentimos dolidos con la pérdida y estamos en ello cuando ya reaparecen las persecutorias y las confusionales.

No olvidemos que el Hospital de Día ha sido, desde siempre, un lugar muy observado desde afuera y, al mismo tiempo, casi desconocido desde el adentro institucional del SAS.

Hay dos potentes **obstáculos** que se interponen en nuestra tarea, en el proceso de ofrecernos como equipo terapéutico, que tienen que ver con las complejas interrelaciones y las ansiedades que originan:

- Que ante las conductas inexplicables y repetitivas reaccionamos dando consejos o distanciándonos o infantilizando sin darnos cuenta de que lo que nos sucede es que nos sentimos amenazados por el desconocimiento, no toleramos la incertidumbre y renegamos del inconsciente. Ya no estamos tan convencidos como parecía de que lo manifiesto es casi nada en relación a lo latente. No podemos escucharnos. El Yo consciente cree ser dueño y señor de la conducta y, enamorado de sí mismo por su poder, se constituye en el obstáculo más sólido para el progreso de los conocimientos.
- El paso de lo individual a lo grupal. La necesidad de establecer categorías de saber y poder: los profesionales sabemos y los enfermos no tienen nada que enseñarnos, ni cuentan con disposiciones latentes para la curación. Los efectos de esta relación enferman aún más ocasionando actitudes de sumisión, pérdida

de iniciativa, desinterés, docilidad, pérdida del respeto a sí mismo y sentimientos profundos de odio hacia ellos mismos y los demás.

Como vemos, **la finalidad de nuestro trabajo** apunta a disminuir el exceso de amor hacia uno mismo y dirigirlo a los demás, que gozarán de nuestro interés poniéndonos en su lugar olvidándonos por momentos de nosotros mismos, colocándonos pausadamente a la escucha, en respetuoso silencio, como si fuésemos mudos, como una pizarra en blanco en la que va escribiendo el paciente. Vamos sintiendo la fuerza del trazo, las emociones que se esconden tras las palabras, observamos el efecto en nosotros y procuramos diferenciar lo que es nuestro de lo que es del otro y arriesgamos decir algo para integrar al que habla en el que escucha que, a su vez, pasa a ser el que habla si nos ha escuchado.

Freud lo contaba más o menos así: El psicoterapeuta se encuentra con el paciente a una hora determinada, le deja hablar, le escucha, le habla a su vez y le deja escucharle.

Dentro del equipo -que debe ir un poco por delante de los pacientes en este proceso para que en ellos se produzca una dinámica similar en base a la identificación: el interés por el tratamiento y por ellos mismos se despierta por el interés que ponemos nosotros en ellos- tendría que darse **una buena relación** para ser terapéutico y ello implica promover un proceso de diferenciación e integración que haga posible:

- Que los distintos miembros del equipo puedan consultarse a todos los niveles
- El respeto a cada miembro como persona
- Libertad para la iniciativa personal
- Responsabilidad, colaboración y resolución de los conflictos que nacen en relación con el trabajo, en los cuales todos están comprometidos.

Todo ello supone una ideología grupal.

Si esto no se transmite a los pacientes, que van ingresando gota a gota en el hospital, el proceso del paso de lo individual a lo grupal se estancará y no saldrán

del momento grupal llamado agrupamiento o **pretarea**, lo que refería Pichon, generando que:

- a) Los pacientes sean anónimos los unos para los otros.
- b) Lo poco que se hablan versará sobre temas banales, sin importancia.
- c) Se ocultarán en actitudes “como si” algo les interesara verdaderamente. Estarán pasivos, sin posibilidad de indagar sobre lo que les pasa y muy pequeños (regresados) emocionalmente.
- d) Tendrán necesidades, intereses y objetivos comunes pero estarán fuera de ellos, están impuestos desde afuera. No estarán implicados activamente en su tratamiento y esperarán que se cumplan los tiempos institucionales.²
- e) El sentimiento predominante es el miedo hacia el otro.

A efectos terapéuticos es un mal síntoma que la dinámica grupal se estanque en el agrupamiento y el equipo ha de diagnosticarlo y abordarlo promoviendo el paso al momento de **tarea**, a la producción colectiva, y para ello precisamos que se den algunas condiciones:

- 1) Que los miembros tomen conciencia e interioricen el interés que tienen en común; esto es, el paso de interés en común a interés común. Esto supone que los pacientes descubren que su interdependencia es necesaria para la satisfacción del interés y ello se lleva a cabo mediante un proceso dialéctico: prolifera el conocimiento de todos los miembros entre sí, la comunicación es fluida y espontánea y se suceden corrientes afectivas de amor y odio. Cada paciente empieza a saber que tiene importancia para cada uno de los otros.
- 2) El paso de las comunicaciones dirigidas exclusivamente al terapeuta a comunicarse entre ellos y para ellos.
- 3) La aparición de subgrupos que defienden activamente intereses antagónicos que provocan, implícitamente, la lucha entre ellos y originan un movimiento de

² Asisten como espectadores a las actividades terapéuticas, no quieren ni oír hablar del alta o enfrentar cualquier cambio, sienten ansiedades de aniquilamiento.

tensión entre un peligro común y un objetivo común. Un momento para la cohesión grupal.

- 4) El sentimiento predominante es la preocupación por el otro.

El paso de un momento a otro es muy dificultoso en pacientes tan perturbados. Bion habló de las manifestaciones de las **partes psicóticas** de la personalidad: la profunda intolerancia a la frustración y el predominio de los impulsos destructivos en forma de odio violento a la realidad interna y externa, a los sentidos, a las partes de la personalidad y elementos psíquicos que sirven para el contacto con dicha realidad y su reconocimiento, a la conciencia y a todas las funciones asociadas a la misma; en síntesis, a todo lo que tiene la función de vincular.

Son de enorme valor las aportaciones de Bion al conocimiento y abordaje de los psicóticos mediante el estudio de **la identificación proyectiva y al modelo continente-contenido**: el bebé que llora con desesperación reclama la atención de la madre y además le transmite este estado de desesperación en el que se encuentra para que ella lo pueda vivir, lo que sería una forma de poner fuera tales vivencias de muerte (ansiedad de aniquilación).

Para responder a este mecanismo de comunicación tan arcaico como la identificación proyectiva, Bion supone en la madre la capacidad de respuesta en base a la presencia de la función que llama rêverie: penumbra de asociaciones, estado en el que el espíritu se deja llevar por sus recuerdos e imaginaciones. La madre responde al bebé como ensoñándolo, como si estuviera flotando con sus sueños por encima de los hechos y así puede adivinar lo que necesita su bebé transformando la desesperación del bebé en cuidados hacia él. La función de contención.

Exactamente igual sucede entre el paciente y el terapeuta. El paciente trata de deshacerse de todo o bastante de lo que considera indeseable de su persona, poniéndolo dentro del terapeuta. Esto sucede a nivel inconsciente y no sólo se

transmite por lo verbalizado, sino también por vías no verbales de comunicación: gestos, tono de voz, la actitud, la mirada, movimientos, etc., etc.

Lo que el sujeto intenta comunicar de esta manera es lo que le resulta insoportable, intolerable, y necesita del objeto para que reciba estos contenidos mediante proyecciones. Si el objeto –terapeuta- es suficientemente capaz de soportarlas, podrá retenerlas en su interior el tiempo suficiente como para digerirlas o metabolizarlas y devolverlas transformadas en contenidos menos intolerables para el sujeto. Convierte el sistema de comunicación cerrado en el que se encuentran sujeto y objeto en un sistema abierto.

El paciente psicótico tendrá que disponer o, en su defecto, habremos de proveerlo de una cierta capacidad de tolerancia al sufrimiento (**parte sana**) y mucho mayor capacidad ha de tenerla el terapeuta puesto que si no cuenta con ella y no tolera las proyecciones, se las devolverá al paciente actuadas, aumentadas en intensidad, causándole un pánico horroroso que no podrá tolerar y tendrá que proyectarlo de nuevo y así repetidamente en un incontinente círculo vicioso enfermizo: sistema de comunicación cerrado. Fracaso en la función de contención.

Esto se constituye en el fundamento de la actitud y organización de los distintos encuadres terapéuticos en el trabajo con los psicóticos por la presencia masiva de esta forma de defensa y comunicación que es la identificación proyectiva.

Forma **parte de la tarea del equipo** promover la creación de un clima de seguridad y confianza en el que las experiencias de frustración y gratificación se sucedan de manera rítmica y previsible. Nos dispondremos accesibles y nunca asfixiantes, y así echaremos los cimientos para la constancia del objeto, aspecto terapéutico más potente que el propio insight promovido por la interpretación. Mahler hizo hincapié en los ingredientes que reúne la madre para promover la identidad en el hijo y que son en todo idénticos a los que desempeña el terapeuta en su trabajo: presencia, constante, estable, predecible y accesible.

En este proceso, los cambios van ocurriendo primero a nivel emocional y se van expresando sutilmente en la conducta envueltos en un ambiente de moderado en actos y palabras. No soy partidario de inundar el ambiente de palabras, de “poner el chupete para tapar la boca”. Esto no impide que seamos los terapeutas quienes nos adelantemos y pongamos palabras al cambio: lo señalamos, lo dejamos reposar, esperamos, lo repetimos y nos resistimos a volver atrás³: ahí queda lo dicho, y así, quedamente, aparecerá la palabra genuina del paciente.

Esta tarea es optimista en cuanto se basa en la convicción de que es posible modificar la condición mental de los pacientes por medio de la experiencia nueva que constituye el proceso terapéutico y esta actitud optimista requiere aceptar nuestras propias limitaciones y las de nuestros pacientes.

El contacto cotidiano con los enfermos mentales desgasta y pone en movimiento mecanismos transferenciales y contratransferenciales poderosos que permanentemente desafían al equipo para que pueda cumplir exitosamente su misión fundamental, esto es, conservar la actitud terapéutica en beneficio de los pacientes.

No se puede trabajar con la sensación de que uno tiene que dar permanentemente sin recibir nada... si los resultados terapéuticos con estos pacientes fueran nulos, no habría quien pudiera tolerar por mucho tiempo esta frustración... nos alegra y gratifica ver recuperadas a personas que hemos visto mal y que hemos podido ayudar con eficiencia. Pero esto se obtiene después de bastante tiempo. También es cierto que este premio final tiene un gran significado narcisista: todo terapeuta reconoce que tal vez juega en él una especie de omnipotencia o, quizás mejor, una gran necesidad de demostrarse a sí mismo que es capaz de curar la enfermedad en los demás como una gran necesidad de sentirse potente frente a la locura.

¿Cómo nos las arreglamos todos los días para conseguir gratificaciones adecuadas, para reabastecer sanamente nuestras propias fuentes amorosas necesarias para la tarea?

³ El caso de la paciente que saltó del diván, pero yo ya no volvía a colocarme tras la mesa como antes, si no que permanecí sentado tras el diván.

Señaló Badaracco que cada persona, dentro de la institución, se ve obligada a recorrer uno de estos tres caminos posibles:

- 1- Al no poder tolerar la situación, tal como la está viviendo, tiene que tomar distancia alejándose de los pacientes y de la participación.
- 2- Enfermarse como los pacientes reclamando igual atención.
- 3- Hacer un proceso de crecimiento y desarrollo que tiene semejanza con el proceso terapéutico de los pacientes.