



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

(ISSN 1886-6530)

www.area3.org.es

Nº 24 – Invierno 2020

Las REMS: un enfoque terapéutico-rehabilitador centrado en la recuperación de las personas ^{1, 2}

Raffaele Fischetti ³

La Ley Basaglia, Ley 180 de 1978, sancionó el cambio del modelo terapéutico de las enfermedades mentales. Se ha pasado del Hospital Psiquiátrico a la Psiquiatría de Territorio, que, a través de la red de servicios del Departamento de Salud Mental (DSM) gestiona los recorridos terapéutico-rehabilitadores ambulatoriales, semi-residenciales, residenciales y de cuidados agudos en los servicios hospitalarios (SPDC).

La no inclusión de los Hospitales Psiquiátricos Judiciales (OPG) dentro de las estructuras de los hospitales psiquiátricos, ha determinado un régimen de tratamiento diferente para los enfermos mentales autores de delitos respecto a las personas que presentaban las mismas patologías pero que no habían cometido delitos.

Los hospitales psiquiátricos judiciales (seis en todo el territorio italiano) iniciaron con frecuencia un proceso de "manicomialización" que fue el preludio de una fuerte cronificación, de hospitalizaciones prolongadas y, en algunos casos, de las así llamadas "cadenas perpetuas blancas".

¹ Trabajo presentado en Justa-Ment Repensem la justícia-Salut Mental, I jornada, Barcelona, 6 de febrero de 2020.

² Traducción de Federico Suárez.

³ Raffaele Fischetti es psicólogo. Padova, Italia

El OPG ha sido la institución total por excelencia: manicomio y cárcel a la vez. La enfermedad requería un tratamiento obligatorio y la pena puede ser infinita. La negación de la responsabilidad arrojaba al loco al infierno. El paciente era considerado peligroso para sí mismo y para los demás. Por ello era separado de la sociedad en estructuras especiales y sepultado bajo un doble estigma.

Ha sido necesario eliminar de raíz el nudo de la no imputabilidad para los autores de delitos, absueltos por fallo total de su mente, considerados incapaces de comprender en el momento del hecho.

Pero la "incapacidad", determinada en teoría para el momento del crimen, repercutía en el futuro y quedaba confiada a los informes médicos y a las decisiones de los jueces.

Loco y peligroso era el binomio sobre el que se basaba la teoría positivista y organicista, que ha tenido en el pensamiento de Lombroso su más completa manifestación. La teoría del enfermo-delincuente a ser aislado, ha sido sustituida por la concepción del paciente a ser tratado y, en todo caso, a custodiar. Esta doble vía permanece en el código penal italiano.

Poco a poco, en Italia, los OPG han sido sustituidos por las REMS, a través de una serie de disposiciones que culminan con la Ley 81 de 2014, que sanciona su cierre total.

Las REMS (Residencias para la Ejecución de Medidas de Seguridad) adquieren connotaciones distintas respecto a los OPG. Se trata de estructuras de gestión específica y exclusivamente sanitaria, dirigidas por un responsable médico que asume su gestión médica y administrativa, con una capacidad reducida de camas (máximo veinte) en las que se desarrollan actividades terapéutico-rehabilitadoras para los ingresados, en conexión y coordinación con los servicios psicosociales territoriales.

La ley ha colocado a los departamentos de salud mental en el centro del nuevo sistema, convertidos en titulares de los programas terapéuticos y de rehabilitación para implementar los tratamientos en contextos territoriales y residenciales. Además, las REMS son solo un elemento más del complejo sistema de tratamiento y rehabilitación de pacientes psiquiátricos que han cometido delitos. La utilización de las REMS ha adquirido no solo el carácter de excepcionalidad, sino también de transitoriedad. El Departamento de Salud Mental competente para cada paciente debe preparar, en poco tiempo, un proyecto terapéutico-rehabilitador individualizado que será remitido al juez competente, con el fin de hacer residual y transitorio el ingreso en la estructura. El criterio de la territorialidad del ingreso se vuelve determinante en cada decisión sobre la asignación y traslado del paciente.

El cierre de los OPG, dice Franco Corleone⁴, es una reforma trascendental, cuyo límite se encuentra en el hecho de estar contenida en algunos párrafos de una ley orientada al vaciamiento de las instituciones penitenciarias y sin una revisión general y sistemática del Código Penal, como estaba previsto desde hace años (en particular la eliminación de la doble vía de detención y cuidado).

El ingreso en REMS solo se podrá disponer cuando cualquier otra medida sea inadecuada con respecto a las necesidades de cuidado y de control de la peligrosidad social.

La ley establece que:

- prioritariamente accedan a la REMS los autores de delitos no imputables en el momento del hecho y socialmente peligrosos, que estén **definitivamente constatados (los llamados definitivos)**;
- seguidos de aquellos para los que la enfermedad mental haya **sobrevenido** durante la ejecución de la pena (**los llamados sobrevenidos**).

Si anteriormente la valoración de la peligrosidad social se realizaba mediante un examen detenido de las condiciones subjetivas y objetivas de la persona afectada por trastornos psíquicos, ahora cuentan sólo las condiciones subjetivas.

Cabe recordar que el concepto de peligrosidad social psiquiátrica, o sea, derivado de la enfermedad mental, total o parcial, es esencialmente un juicio pronóstico sobre la posibilidad de que el paciente, a causa de su patología, vuelva a cometer delitos. La clarificación del término "peligrosidad social" en psiquiatría forense aconsejaría sustituir el término "social" por otro menos estigmatizador, que explicita mejor el sentido del pronóstico negativo, independientemente del tipo de delito cometido. El término se confunde con el antiguo de "peligroso para uno mismo y para los demás", o bien con la peligrosidad social que es competencia del magistrado.

Pero no es suficiente con hablar de superación de los Hospitales Psiquiátricos Judiciales (OPG). Se trata de cuestionar hasta el fondo la lógica manicomial que fue la base de los propios OPG. Porque la lógica manicomial está en la mente de los operadores que hasta ese momento han intervenido en el OPG y porque la sociedad está imbuida de la lógica del manicomio, que siempre tiende a encerrar al diferente, al malo, al loco, a todas esas figuras de "molestia social", que al final se convierten en esos "enemigos perfectos" y chivos expiatorios de las contradicciones que se alimentan en lo social por diversos motivos y por distintas causas.

⁴ Comisario único para la transformación de los OPG.

El cierre del OPG representa una revolución cultural y social. Pero toda reforma está en función de objetivos y de etapas de aproximación. También en este caso el objetivo debe ser bien claro y reafirmado: la superación definitiva de toda lógica y de toda estructura que remita al manicomio, o bien a la expulsión, a tener escondido, a la coacción y al internamiento del enfermo y la enfermedad. Los pasos que se han dado, se dan y se darán en esta dirección pueden ser limitados, insuficientes, incluso contradictorios en algunos aspectos. Es necesario entenderlo, saberlo, decirlo e ir más allá. Lo que no se puede y no se debe hacer es volver atrás: porque sabemos bien lo que tenemos detrás y lo hemos visto funcionar durante décadas. Esto vale tanto para el Manicomio como para el OPG.

Es necesario estar claros y conscientes de que las leyes y el derecho no son herramientas mágicas. El cambio y la justicia en su conjunto no se pueden delegar. Las primeras y verdaderas reformas se hacen en el cuerpo de la sociedad, en las culturas que en ella logran afirmarse y tornarse vivas.

Con mi trabajo participo en la realización de un objetivo que hace de Italia un modelo en Europa y en el mundo. Soy bien consciente de que este pasaje se desarrolla en un terreno lleno de dificultades, pero no debemos tener miedo a vivir situaciones de conflicto porque a través de ellas se produce el cambio. Se necesita fuerza, determinación y ambición para conquistar definitivamente el objetivo más amplio que en este caso está representado por la superación de la lógica manicomial.

El cierre de los OPG ofrece una ventaja para abordar cuestiones no resueltas como un nuevo Código Penal o la reforma penitenciaria y del sentido del castigo. La abolición del manicomio criminal nos hace más fuertes para incrementar las libertades y los derechos. Hace plausible una alternativa a la prisión para los menores, para las mujeres, para los pobres.

Actualmente funcionan en Italia 33 REMS con unos 660 pacientes.

Cuestiones problemáticas de las REMS

En aras de la brevedad, enumeraré una serie de puntos problemáticos:

- Las REMS no deben tener un carácter carcelario, en la estructura y en los recintos.
- El etiquetado judicial de "peligrosidad social", aunque no sea importante desde el punto de vista clínico, es en realidad un "estigma" que pesa sobre las vías de tratamiento y sobre las estrategias de control del paciente, más que la propia enfermedad mental. Esto alimenta generalizaciones injustificadas que hacen a los pacientes de alguna manera

"indiferenciados", todos igualmente peligrosos y alarmantes, con el riesgo de igualar los recorridos terapéuticos.

- Estos sentimientos inducen a la política local a preferir un enfoque del problema centrado en la seguridad y en la contención, que atrae la mayor parte de los escasos recursos económicos disponibles.

- Existe un sentimiento de inseguridad *extendido* en varios niveles, no sólo entre los ciudadanos, sino también entre los trabajadores de salud mental que atienden a los pacientes REMS. Un sentimiento de inseguridad *emocionalmente comprensible* alimentado en los operadores de salud mental no solo por el miedo a sufrir agresiones por parte del paciente violento, incluso con más frecuencia de lo que normalmente ocurre en la atención psiquiátrica, sino también por el riesgo de ser responsabilizados por no haber impedido que el paciente se pueda hacer daño a sí mismo o a otras personas; un sentimiento de inseguridad que, consciente o inconscientemente, corre el riesgo de vehicular, avalar o incluso agravar culturas, mentalidades y prácticas *restrictivas*, de matriz defensiva altamente regresivas en cuanto a los derechos de los pacientes; y que podrían verse ulteriormente alimentadas por ambigüedades presentes en el modelo de las REMS.

- En particular, se observa que la nueva residencialidad, inspirada en un sistema de tipo comunitario dirigido a la inclusión social del paciente, podría correr un grave riesgo de mera medicalización. No sólo entre el personal sanitario y el de rehabilitación existe una clara prevalencia de médicos y enfermeras. Es que las mismas dotaciones de educadores y terapeutas de rehabilitación parecen insuficientes para implementar actividades de rehabilitación en la ejecución de la medida de seguridad.

- Es evidente que la suerte de quienes, lamentablemente, no se recuperan no puede ser un problema relegado exclusivamente a la competencia de los psiquiatras. Es necesario desarrollar una "nueva" cultura en la comunidad social llamada a acompañar la labor de cuidado a las personas que sufren psíquicamente, que cree una red capaz de reactivar el diálogo y las sinergias operativas entre los organismos institucionales involucrados, DSM, la Magistratura, las Fuerzas del orden y la población.

Acontecimientos críticos a junio de 2019 en más de 1200 sujetos que pasaron por REMS en tres años

Las agresiones totales son 363 (23% de los residentes), por tanto un nivel significativo que afecta, aunque de forma heterogénea, a casi el 80% de las REMS.

Elevadas tasas de agresión (23% considerando las agresiones a operadores y a otros pacientes), en comparación con algunos datos de la literatura que reportan tasas entre el 3% y el 15%. Una posible distorsión de los números viene dada por la imposibilidad de distinguir si un mismo paciente ha presentado más de un episodio agresivo. Pero un dato importante, que merecería un estudio en profundidad, sería comparar los datos respecto a qué tipología de pacientes, a qué modelo de cuidado, cómo se organizan los Espacios, etc.

Los alejamientos no autorizados ascendieron a **98, lo que equivale al 6,2%** de los sujetos que pasaron y con un promedio de 4 por cada REMS, y si se hace referencia al período medio de funcionamiento de aproximadamente 36 meses, las fugas son 33 /año.

Los suicidios son 4 de los cuales 2 en una estructura: 2,5 por cada mil residentes.

Los hechos críticos han sido reportados como media de los sujetos que han transitado por el dispositivo y por lo tanto no se tiene en cuenta el hecho de que varios de estos eventos pueden haber involucrado a la misma persona. Habiendo hecho esta aclaración, los hechos críticos conciernen a cerca de un tercio de los sujetos.

Las REMS de Castiglione delle Stiviere (Mn)

La Región de Lombardía ha previsto la construcción de 8 REMS definitivas, 6 en Castiglione y 2 en Limbiate, que deberían tener una capacidad de veinte camas cada una y estar destinadas a la acogida de los ciudadanos lombardos destinatarios de la aplicación provisional o definitiva de las medidas de seguridad penitenciarias del ingreso.

El OPG de Castiglione delle Stiviere fue el único de los seis OPG italianos que siempre se ha caracterizado por una gestión exclusivamente sanitaria y la consiguiente ausencia de personal policial penitenciario. Este aspecto, junto con el buen estado general de la estructura, la buena calidad de la oferta terapéutica -dirigida a la estancia más corta posible del internado en la OPG y a la búsqueda continua de vías de resocialización- ha permitido a la OPG de Castiglione delle Stiviere representar una "anomalía" positiva en el panorama nacional. De esta estructura han ido naciendo progresivamente 6 REMS desde 2015. Las figuras profesionales presentes son 18 psiquiatras, 8 psicólogos, 110 enfermeros, 10 educadores, 85 os / ota, 8 trabajadores sociales, 3 fisioterapeutas / masajistas.

Desde 2017 he sido invitado a colaborar con las REMS en la tarea de formación y de supervisión. También existen otros tipos de formaciones.

La tarea fundamental en mi labor formativa ha sido la de posibilitar que los operadores trabajaran en grupo, la de convertirse en un equipo de trabajo multiprofesional, punto nodal para salir de la lógica manicomial.

Uno de los mayores problemas que se presenta en las supervisiones es el problema de la transición del trabajo y el pensamiento individual al trabajo grupal. Los operadores no tenían comunicación entre sí, no tenían un marco de referencia claro y compartido y tampoco tenían claridad sobre la tarea institucional.

Los tres elementos básicos de un equipo que funciona como grupo son:

- 1) una comunicación **circular** entre los operadores: cada uno tiene una idea del otro;
- 2) un esquema referencial en el sentido de que tienen un código en común: aunque uno diga una cosa y el otro otra diferente, tienen **un código en común**, saben lo que están diciendo uno y otro, van hacia el establecimiento de un marco de referencia compartido.
- 3) los operadores tienen claridad sobre la tarea, es decir, han discutido en profundidad **por qué están allí**.

El trabajo de supervisión de casos tiene la finalidad de permitir la distancia óptima y comprender el tipo de vínculo en juego. Especialmente en situaciones de agitación, violencia y delirios.

Algunas reflexiones clínicas

α) No existe una versión solipsista de la violencia. Esta versión plantea la hipótesis de que la violencia está determinada casi exclusivamente por su base pulsional, se remite al Sí mismo o depende de las desafortunadas experiencias de la infancia, donde ha sufrido y ha sido atravesado por la violencia parental.

Pero esta versión no incluiría las otras condiciones fundamentales para la producción de subjetividad, pensamiento y violencia: las situaciones vinculares, grupales, institucionales y sociales.

La violencia es intersubjetiva y tiene como fuente el vínculo con los otros; produce una ruptura de vínculos, especialmente con aquellos con los que se está ligado en una relación estable, como en la familia o en la pareja. Uno de sus orígenes es la negación constante y el desconocimiento del otro que es considerado sólo como una extensión de uno mismo. No existe la subjetividad del otro.

Estas aclaraciones que vienen de la clínica nos han servido a los equipos y a mí, no para eliminar o mitigar la responsabilidad subjetiva, sino para entrar en la estructura de una situación de violencia de una manera más operativa y para tener más herramientas para transformarla, limitar las repeticiones y permitir el proceso de cura.

En cuanto a la cura, este trabajo no contempla cómo se debería realizar el tratamiento de los casos de pacientes que cometen actos violentos, ya que tal tratamiento es el que corresponde al tipo de patología subyacente a dichos actos. Ante situaciones de violencia debidas a enfermedades mentales, junto con la intervención terapéutica, es necesario dar prioridad a la protección del paciente y de las personas del contexto. Aunque a veces es una tarea difícil de lograr, los miembros del equipo deben poner atención para no tener actitudes de hostilidad contratransferenciales⁵. Es importante afirmar que el paciente, aunque implique un peligro potencial, no se diferencia en esto de otros hombres y que debe ser comprendido en su comportamiento y en su biografía, para ser tratado como el ser humano que es.

β) Se desprende que algunos factores del contexto pueden transmitir una suerte de violencia generalizada que se infiltra en los vínculos interpersonales (parejas, familias, grupos) que dan lugar a microtraumas cotidianos. La violencia es parte de nuestra experiencia bajo diversos tipos de manifestaciones: simbólicas y físicas, explícitas y latentes, públicas y privadas, y todas inciden en el nacimiento y transformación de nuevas subjetividades⁶.

Entre los diversos factores que contribuyen a la génesis del comportamiento violento en los jóvenes, el **funcionamiento de la familia** es seguramente uno de los más importantes. En estas familias, las actuaciones, el pensamiento operatorio, la incapacidad para concebir el tiempo, la dificultad para contener las tensiones, controlar los impulsos y, sobre todo, la dificultad para pensar, son algunas de las características más frecuentes y conocidas. Esta cualidad específica de la vida familiar humilla e ignora las necesidades específicas de los sujetos, determinando una situación en la que el comportamiento violento se convierte en la única respuesta posible para sobrevivir en ese contexto.

En estas familias hay una regresión grupal a un nivel primitivo y poco diferenciado (sociabilidad sincrética), que es uno de los niveles siempre presente, pero no activo en el

⁵ En la contratransferencia no se trata de la emoción que siente el terapeuta con un paciente, sino de la activación continua, actuada por el terapeuta, de su emoción para captar, antes de razonar, el núcleo del problema: mis emociones llegan al origen del conflicto antes que mi entendimiento. Lo más interesante es la forma en que el terapeuta, desde la emoción, llega al concepto y formula su interpretación. Por tanto, el setting es fundamental, ya que permite al terapeuta hacer trabajar sus propias facultades con respecto a su propia tarea terapéutica, manteniendo la distancia y la no complicidad.

⁶ Bleger avanza la idea de que el sujeto se constituye como un *sistema abierto* que incluye el entorno (sociedad, familia, madre...) y que tiene las características de la indiferenciación. A partir de esta organización que llama *indiferenciación primitiva*, el niño comienza a diferenciarse para convertirse en *sujeto*.

funcionamiento de cada familia. Dado que la violencia amenaza el sentido de seguridad del Sí mismo, la necesidad de pertenencia, el compartir con el otro y el miedo al aislamiento aumentan en modo defensivo, determinando una regresión hacia formas primitivas de funcionamiento, tanto individual como familiar.

En esta situación, la subjetividad de los miembros, y en particular la del adolescente, se convierte en una amenaza. La violencia de uno o ambos padres, el desconocimiento de la misma y la incompreensión de las necesidades reales de los hijos, crean una atmósfera de inseguridad en la que los errores, mentiras y confusiones prevalecen como modalidad de funcionamiento e identificación. El cinismo envenenará el tejido de las relaciones familiares y destruirá cualquier deseo de aprendizaje.

γ) Sin embargo, hay otro aspecto en el que parece crucial centrarse en este contexto, y es el hecho de que las conductas violentas son expresión de una regresión, tanto individual, familiar como institucional, a un nivel mental y organizativo más primitivo.

El miedo a la soledad, el sentirse indefenso ante las dificultades y la necesidad de definirse defensivamente con una fuerte identidad, crea una irreflexiva adhesión al funcionamiento del grupo (sociabilidad por participación). Bleger diría que se genera **“una regresión defensiva a un estado de ambigüedad”** que nace de la violencia y que genera violencia. La profundización de este punto me parece útil para explicar lo que sucede en estas situaciones, donde el adolescente repite con el grupo de pares, algunas de esas actitudes y comportamientos complejos que habían caracterizado el funcionamiento de la familia de origen.

La hipótesis de Bleger se refiere a la existencia de un núcleo ambiguo depositado en el contexto⁷, que se convierte en portador de los aspectos más indiferenciados del yo. Siempre quedará un residuo de indiferenciación primaria en todo sujeto maduro.

Cuando se producen cambios bruscos sea por movimientos repentinos del contexto depositario como por una crisis en la vida del sujeto (emigración o duelo, por ejemplo), la movilización de la ambigüedad que ha perdido su depositario puede manifestarse como incertidumbre o angustia de diferentes matices. La violencia y el trauma pueden conducir posteriormente a una regresión defensiva a nivel de los vínculos. El conformismo y la

⁷ *Ambigüedad y depositación* son dos nociones fundamentales de Bleger. La depositación en el mundo externo de un núcleo de indiferenciación primitiva a través del vínculo simbiótico concierne al problema de la realidad psíquica subjetiva y su inevitable dependencia de un depositario en la realidad externa (personas, instituciones, etc.). Se deposita un núcleo ambiguo y la ambigüedad se convierte en su expresión clínica. Para Bleger, la premisa básica es que el núcleo ambiguo no puede ser sostenido por el sujeto mismo; su depositación le procura una complementariedad necesaria e inevitable, que permite seguridad y pertenencia. Se establece un clima afectivo que permite familiarizarse con el contexto donde el sujeto deposita angustias e incertidumbres insuperables.

incapacidad de crítica están relacionados con la existencia de la ambigüedad que utiliza el yo, gracias a su cualidad mimética, con la obnubilación y la indiferencia como escudo para proteger su estructura. Esta regresión provoca una gran alteración de las relaciones humanas y, sobre todo, introduce errores, paradojas, ambigüedades⁸.

δ) Ante la violencia y gravedad de los actos potenciales y la complejidad de los medios disponibles, hemos acometido, junto a los equipos con los que he trabajado en las REMS, una comprensión dinámica diferente de los mismos. En el ámbito psicoanalítico, **el concepto de acting** ha tenido tales niveles de malos entendidos que en ocasiones ha condicionado al terapeuta a castigar al paciente con interpretaciones que han sido vividas como una acción opresiva⁹, con la que el terapeuta pretendía controlar su vida en el mundo externo.

Hoy, la clínica psicoanalítica nos confronta con el hecho de que muchos silencios no son generados por represión o negación, sino que corresponden a la evidencia clínica directa del vacío mental. Para estos pacientes, "hacer" implica una prueba inconsciente mediante la cual pueden demostrar que no están muertos. Muchos intentos de suicidio se generan por la necesidad de visibilizar la muerte sin testigos.

Esto implica evaluar cuidadosamente su tendencia a un acto constante e indiscriminado a través del cual sean capaces de inmovilizar la parte escindida de su personalidad. Su análisis requiere una atención especial, ya que esta defensa evita el terror, no la angustia (señal). De ahí la importancia de tener presente que estas personalidades traen una desesperación invisible al centro de su inconsciente.

Las actuaciones, nacidas de esta parte de la personalidad dividida, requieren un nivel diferente de comprensión por parte del analista. Estos pacientes no se ponen en crisis haciendo consciente lo inconsciente, sino mostrándoles esta parte, ubicándola en un ámbito individual, grupal o institucional. El problema central de estos pacientes no radica en sus contenidos mentales (deseos, fantasías inconscientes), sino en la calidad del depositario (Bleger)¹⁰.

Los vínculos simbióticos con personas e instituciones son la característica principal de estos pacientes. Cualquier ruptura en sus vínculos conduce a la aparición de una experiencia de

⁸ Creo que no debemos olvidar que en la regresión a la ambigüedad como defensa primitiva, el placer alcanzado no es más que el "placer del descanso": la búsqueda profunda de un nuevo vínculo simbiótico y primario de seguridad, de cualquier seguridad o certeza y, por tanto, de una adaptación a cualquier cosa, a cualquier realidad.

⁹ Para Bleger señala una condición que viene tanto del exterior como del interior del sujeto que la vive. Indica la sensación desagradable que pueden sentir tanto el paciente como el terapeuta y dónde es fundamental en el proceso terapéutico saber quién oprime a quién. Indica la movilización del núcleo aglutinado.

¹⁰ El terapeuta no debe centrar su atención únicamente en el análisis del paciente, sino que debe observar constantemente *lo que el paciente está haciendo con él*, para mantener el clivaje entre lo depositado y el depositario. El objetivo es salir del vínculo simbiótico.

terror, a menudo imperceptible porque es automáticamente anulada por una amplia gama de defensas: condiciones psicosomáticas de diferente naturaleza; sexualidad perversa; drogadicción; fortalecimiento del falso self en conductas hiperactivas que pueden confundirse con ataques maníacos; estructuras borderline en las que se estabiliza la confusión; actitudes y estructuraciones defensivas de las psicopatías; intentos de suicidio conscientes o inconscientes. Su morfología fáctica abarca una amplia gama de hechos que a menudo permanecen ocultos a la vista de la dinámica misma de la transferencia.

A veces, las asociaciones contratransferenciales e incluso los sueños del analista, que surgen de manera espontánea e inexplicable, pueden ser el único elemento que revela este potencial fáctico¹¹. Siempre que estas personas intentan **discriminar su vínculo simbiótico** con el entorno, que incluye a sus padres, su familia, su cultura y las instituciones de su ambiente social, su proceso inicial se ve interrumpido por la repentina emergencia de la experiencia de desestructuración insostenible (terror sin nombre). Las múltiples estructuras psicopatológicas que se configuran en los distintos períodos de desarrollo intentan sortear este obstáculo. Estas figuras psicopatológicas no constituyen la enfermedad en sí, sino un modo para curarla (Searles, Bleger, Winnicott).

ε) Un último punto se refiere al trabajo de los equipos en torno al **concepto de contención**, los malentendidos¹², las resistencias, las idealizaciones, las cosificaciones, que se han atravesado en el aprendizaje grupal y en su utilización con los pacientes. O sea, la idea del operador o del equipo como contenedor o la creación de un contenedor para los contenidos (actuación, violencia, delirios) de los pacientes. Durante mucho tiempo la contención ha oscilado entre un comportamiento estereotipado que siempre dice que no y pone límites continuamente, y una visión de tolerancia pasiva de la agresión de los pacientes. Surgía un miedo, a veces terror, de cometer errores con los pacientes y suscitar su violencia. Poco a poco se ha entrado en una idea menos persecutoria de la relación, han comenzado a percibirse como propios sentimientos, afectos, pensamientos que pueden servir para iluminar aspectos de la situación. La colaboración, la confianza, la caída del juicio abren nuevas perspectivas con respecto a la contención.

La contención se convierte en la capacidad de poder empezar a pensar, de imaginar lo que el paciente todavía no puede hacer. Empezar a soñar a los pacientes, sus actuaciones, sus

¹¹ Bleger trata caracterizar el yo fáctico por sus cualidades positivas, considerándolo otra organización del yo y la realidad, que no necesariamente debe ser considerada patológica, sino como una variedad o tipología de la personalidad. En las personalidades fácticas no hay interioridad. *Son las acciones que hacen*. Cuando hablan, hablan de eventos, cosas, personas, actividades. Es su forma de hablar de sí mismos y eso es todo lo que son.

¹² Cuando hay violencia traumática, tanto en la familia como en los equipos y en la sociedad, el *malentendido* se vuelve casi obligatorio, pues la "defensa a través de la ambigüedad" se presenta para todo el grupo de pertenencia. Una incapacidad de percepción y de juicio, "una confusión de las lenguas" que impide aclarar las propias dudas y alarmarse a tiempo.

delirios, su violencia. Sólo este momento abre la posibilidad de que el paciente pueda empezar a confiar, a escuchar la voz de los operadores.

Decía Bion a propósito: "No pienso que un paciente de este tipo acepte jamás una interpretación, por correcta que sea, a menos que haya sentido que el analista ha pasado por esta crisis emocional como parte esencial del otro para dar la interpretación".

Quizás haya una oportunidad de repensar la contención.

Bibliografía

Bleger J., Simbiosi e ambiguità, Laetana, Loreto, 1992

Bion W. R. , apprendere dall'esperienza, Armando, Roma, 1972

Fischetti R., Glossario blegeriano, Armando Roma 2014

Searles H., Il paziente borderline, Bollati Boringhieri, Torino 1988

Searles H., Il controtransfert, Bollati Boringhieri, Torino, 1994

Winnicott D., Esplorazioni psicoanalitiche, Raffaello Cortina, Milano, 1995