

Escuchar dentro de un hospital psiquiátrico: el grupo como elaboración y resistencia a la violencia institucional

Listening inside the psychiatric hospital: the group as elaboration and resistance to violence

Ernesto Bouey y Claudia Barrueto

Universidad Católica Silva Henríquez (Chile)

Resumen

En este texto abordamos el lugar del grupo dentro de la institución psiquiátrica como espacio privilegiado de escucha, elaboración y resistencia frente a la violencia institucional. Se relatarán experiencias de dos grupos de usuarios del Instituto Psiquiátrico de Santiago en los que la premisa es sostener el diálogo: Radio Estación Locura y El Grupo de la Tarde. Posteriormente reflexionamos acerca de cómo la condición de posibilidad de un trabajo psicoanalítico grupal es la visibilización de la violencia mediante grupos que dialoguen y puedan cuestionar los discursos psicológicos y psiquiátricos oficiales. En este sentido, evidenciamos que dentro de la institución psiquiátrica se produce una disociación entre la psicopatología (inclusive psicoanalítica) y la escucha como un acto de elaboración. Se reflexiona brevemente sobre el concepto de resistencia para concluir destacando la función necesaria que cumple el grupo en la recuperación del vínculo humano y el poder pensar dentro de un psiquiátrico.

Palabras clave: violencia, hospital psiquiátrico, grupo, trabajo colectivo

Abstract

The place of the group inside the psychiatric institution is addressed as a privileged space for listening, elaboration and resistance to institutional violence. Experiences of two groups of users of the Psychiatric Institute of Santiago where the premise is to maintain the dialogue are reported: Radio Estación Locura and Grupo de la Tarde. It reflects on how the possibility of analysis has to do with the visibility of violence through groups that dialogue and question the official psychological and psychiatric discourses. In this sense, there is a

dissociation between psychopathology (even psychoanalytic) and listening as an act of elaboration. We briefly reflect on the concept of resistance to conclude by highlighting the necessary role that the group plays in the recovery of the human bond and being able to think within a psychiatric.

Keywords: violence, psychiatric hospital, group, collective work

La violencia de la institución psiquiátrica

Las personas que hablan de mí dicen: Rene se volvió loco de tanto estudiar y que es culpa de su vieja¹ por hacerlo tener tan buenas notas [...] o por el carácter que tenía, muy hacia adentro, muy callado. A los 16 años, cuando era joven, me vino la primera crisis.

Pero cuando el tiempo pasa, cuando ha pasado mucho el tiempo, uno se da cuenta que (la enfermedad) es una cierta forma de pensar diferente de los demás, de tomar decisiones diferentes que otras personas

–Don Rene, grupo de la tarde

Se abordarán las condiciones de posibilidad para establecer un trabajo psicoanalítico grupal al interior de un hospital psiquiátrico, teniendo en consideración la reflexión sobre los efectos que la institución ejerce sobre quienes son parte de ella: usuarios y analistas.

Desde los años 50-60 la institución psiquiátrica ha sido cuestionada por diferentes perspectivas y se han impulsado diversas estrategias para reformular los sistemas de salud mental. El foco principal de estas reformas ha tenido que ver con modificar el modelo basado en asilos y manicomios para incentivar sistemas de atención comunitarias de salud mental (Novella, 2008). Este espíritu ha llevado a cambios importantes en el modo de abordaje de las personas con diagnóstico psiquiátrico en diferentes países, influyendo también en las políticas públicas impulsadas por organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Dentro de estas reformas podemos destacar iniciativas como la impulsada por Franco Bassaglia (1989) durante la década del setenta en Italia, que llevó al cierre de muchos hospitales psiquiátricos. También han sido relevantes movimientos que plantean caminos alternativos a la psiquiatría (Lehmann, 2013). Propuestas como la de diálogo abierto en Finlandia han mostrado la posibilidad de trabajar sin fármacos antipsicóticos y agrupaciones como los de escuchadores de voces, la reivindicación de los sujetos al mirar comprensivamente su experiencia alucinatoria.

En Chile, desde los años 90, con la vuelta a la democracia y con sustento en la Declaración de Caracas (OPS y OMS, 1990) se impulsó un plan de salud mental que propuso el abandono progresivo de los hospitales psiquiátricos y el impulso de un modelo de sistema de salud con base en lo comunitario (Minoletti et al., 2011). Aun así, el

¹ Vieja: expresión coloquial que en ciertos países de Latinoamérica designa de manera neutra a la madre.

Instituto Psiquiátrico de Santiago, con un formato predominantemente asilar, continua siendo una institución articuladora del sistema de salud mental y centro de referencia nacional de casos complejos que no logran ser abordados por la red.

El Psiquiátrico mantiene modos de aproximación y tratamiento propios de instituciones descritas como totales por Goffman (2009) y concordante con las afirmaciones de Bleger (1966) respecto a que la institución reproduce la misma alienación de sus pacientes: “Los enfermos tienden a ser tratados como cosas, la identidad se pierde totalmente, los contactos sociales se empobrecen, se llega a una monotonía con una fuerte deprivación sensorial, que refuerza y afianza la alienación de los pacientes” (Bleger, 1966, p. 91). Nos encontramos con lo que Kaes (2004) llamó desvío institucional, por cuanto la tarea de cuidar termina por desviarse de sus objetivos y funcionamiento para transformarse en una institución de no-cuidados y aun de anti-cuidados.

En esta línea, Rojas (2011) se hospitalizó como paciente encubierto en uno de los sectores del Psiquiátrico de Santiago y, al exponer sus resultados, afirmó que al interior de la institución se replican muchas de las dinámicas expuestas por Goffman (2009) ya que “Existe una desigualdad de poder, además de una descalificación de su individualidad, que es vista como un fracaso o un error en el desempeño de la vida afuera, y que en definitiva justifica su aislamiento” (Rojas, 2011, p. 29).

Hemos visibilizado que las personas que se atienden en la institución tienden a naturalizar el discurso institucional y su sometimiento a relaciones verticales, asumen que solo pueden establecer relaciones de amistad y amorosas con otros pacientes psiquiátricos, que no deben reproducirse y, muchas veces, evitan tener relaciones sexuales. Además aceptan pasivamente que no pueden controlar lo que los otros saben de ellos ni pueden decir lo que saben de los demás, no pueden cuestionar los tratamientos, indicaciones ni mandatos acerca de cómo hacer sus vidas. Se conforman así con su situación social actual y agradecen al hospital por todo lo que los ha ayudado (Bouey, 2017).

Esto ha ocurrido aun cuando en países vecinos la aproximación a los problemas más complejos de salud mental fue reformulada. En los setenta, según Macchioli (2013), Argentina fue uno de los precursores de la incorporación de las nociones de colectivo y grupo como propiciadores del dispositivo terapéutico. El movimiento liderado por psicoanalistas y psiquiatras reformistas que se había formado originalmente en dispositivos asilares trasladaba la mirada del manicomio a la comunidad, guiado por la propuesta de transformar los hospitales psiquiátricos en comunidades terapéuticas. Algunos de sus representantes más destacados fueron: Enrique Pichon-Rivière, Mauricio Goldenberg, Guillermo Vidal y Jorge García Badaracco (Macchioli, 2013)

Como comenta Bouza (2017) sobre el pensamiento de García Badaracco, al crear el psicoanálisis multifamiliar desarrolló una modalidad de terapia de grupo ampliada de énfasis heterogéneo y simétrico. Todos pueden participar: familiares, terapeutas, amigos, miembros de la institución con distintos roles y labores, se reúnen, apelan, dan opiniones y soluciones a los problemas surgidos en el grupo. En consecuencia, se genera en la institución el espacio y la oportunidad para que el paciente aproveche sus potencialidades en el dispositivo social que es la misma institución en la que se desenvuelve. El énfasis está en el desarrollo de los recursos propios del paciente, evidenciando que es el mismo dispositivo y por tanto la institución, la que otorga legitimidad al discurso del paciente:

Es un contexto que ofrece la posibilidad de restablecer una comunicación normal con un entorno humano real, que puede poner en juego las energías más básicas y fundamentales que hacen que un ser humano se ligue de manera saludable y vital con su familia y su medio social, poniendo en juego su propia capacidad [...] ya que el grupo multifamiliar permite ver la dinámica social en muchos aspectos invisibles en otros contextos. El procesamiento mental [...] provee un modelo para pensar y para obtener cambios en las conductas de los seres humanos en general. (García Badaracco, 2000, p. 20)

Mitre (1998) señala que este dispositivo tiene como objetivo principal, darle al paciente los elementos con los que pueda generar recursos propios que lo lleven a poder pensar por sí mismo, y así ir sucesivamente enriqueciendo su psiquismo:

El paciente mental grave necesita un contexto comunitario para que su locura tenga donde expresarse. Dada su naturaleza propia, la locura que no puede ser pensada, necesita un “otro” para ser actuada, bajo diversas formas de expresión en la dimensión vincular. (García Badaracco, 2000, p. 97)

Los terapeutas también son afectados por la institución, en la medida que, como afirma Kaes, trabajamos sobre lo que produce sufrimiento, “estamos confrontados a lo que funda el cuidado, y a lo que conduce a poner el propio sufrimiento psíquico en contacto con el del otro” (Kaes, 2004, p. 661). Jacques (1965), demostró cómo dentro de las instituciones ocurren procesos de proyección e identificación proyectiva entre sus miembros, de manera que muchos fenómenos tienen que ver con estos procesos inconscientes. Respecto a ciertos fenómenos de carácter esencialmente destructivos, Nitsun (2000) propuso conceptos como el antigrupos que complementa la visión creativa de los grupos propuesta por Foulkes. Sostiene que estos fenómenos grupales inconscientes, que se encuentran desde grupos pequeños hasta grandes unidades sociales, a veces son claramente distinguibles, pero otras solo pueden detectarse *a posteriori*, por los resultados (disolución de grupos u otros). De todos modos, enfatiza que deben ser analizados. El mismo autor (Nitsun, 1998) introduce el concepto de espejo organizacional para abordar psicoanalíticamente estos fenómenos y explicar ciertas modalidades que adquiere la matriz organizacional. Este *espejo* puede ser tanto disfuncional como funcional y metafórica desde procesos de fragmentación del self de los miembros de la organización, hasta procesos creativos.

Pulido (2008) va a enfatizar que estar frente a la enfermedad de un paciente excede emocionalmente los recursos del tratante individual. Por esta razón destaca el papel de los equipos, quienes podrán contener al terapeuta -y por tanto al paciente- en la medida que cumplan una función de reflexión y contención de angustias, acogiendo la expresión de emociones y sentimientos. Señala además que parte de la función que deben realizar constantemente los equipos de salud es pensarse, pensar la institución y las relaciones que se dan dentro de ella. Si esta función no ocurre, se manifiestan fenómenos como la escisión entre los miembros de los equipos tratante (pseudoequipos) y entre tratantes y pacientes, impidiendo cumplir la función terapéutica.

Hinshelwood (2001) afirma que es muy difícil observar la institución estando dentro de ella, pues influye de manera directa e inconsciente sobre sus trabajadores, impidiendo tener una imagen objetiva de lo que ocurre. Una de las principales consecuencias es que la violencia que ejerce, en sus múltiples formas, permanece no reconocida por los trabajadores, quienes no ven violencia sino procedimientos médicos o

terapéuticos. La desazón y pérdida de vitalidad transita entre los miembros de los equipos de salud mental, con una aproximación oscilante acerca de las posibilidades de generar tratamientos en los que se sienta algún grado de satisfacción o éxito. La mayor parte del tiempo, los tratamientos se tornan crónicos y se ve poca circulación o salida de los usuarios del hospital hacia la comunidad.

Conceptualizar qué se entiende por cronicidad en este contexto resulta clave. Si exclusivamente se considera como una consecuencia de alguna enfermedad mental o como parte de su curso natural, no hay mucho que pensar. Una investigación que aborda el problema de la cronicidad de pacientes jóvenes, incluso de quienes nunca han estado hospitalizados, realizada por Aparicio Basauri y Sanchez Gutierrez (1990), concluye que lo que produce lo “crónico” no es el diagnóstico, sino la negación de las expectativas, el uso inadecuado de servicios y la resistencia terapéutica de los equipos. Afirman que el problema se encuentra en el tipo de relación entre terapeuta y paciente, pues se trata de una relación ritualizada y estereotipada que no permite cambios ni superar los conflictos internos de los sujetos. Señalan especialmente que la cronicidad tiene que ver con esta creación de dependencia al sistema asistencial. Estos autores son enfáticos en señalar que no todo sufrimiento es reducible a un cuadro nosográfico.

A partir de este análisis, los autores sostienen que no basta con la deshospitalización (disminuir la cantidad de personas hospitalizadas), sino que es necesario pensar la desinstitucionalización con toda la complejidad que eso conlleva, especialmente pensando en que la institucionalización implica la internalización de roles, vocabulario, conocimiento, además de una socialización secundaria que incluye: comprensiones tácticas, realidades cognitivas y evaluaciones afectivas, entre otras (Aparicio Basauri y Sanchez Gutierrez, 1990). Más aun, se ha indicado que en los nuevos dispositivos de atención, se replican las mismas condiciones de los hospitales psiquiátricos, llegando a hablar de transinstitucionalización o señalando que se ha transitado desde el dominio sobre los cuerpos en los psiquiátricos hacia un control sobre los movimientos de las personas², con los mismos efectos de los hospitales sobre los sujetos (Domenéch et al., 1999).

Por tanto, resulta fundamental pensar la relación que se establece entre las personas que se atienden en los psiquiátricos y los equipos clínicos. Main (1975, citado en Hinshelwood, 2001) describió que en los hospitales solo existen dos tipos de roles: de salud o de enfermedad. El personal es saludable, poderoso, activo y sabio y los pacientes son enfermos, sufrientes, pasivos, obedientes y agradecidos. Se da así una relación circular: los caritativos demandan que los otros sean necesitados y los necesitados que los otros sean caritativos. Similar a lo que afirmó Chazaud (1980) respecto a la necesidad de combatir dos tendencias en las comunidades terapéuticas: de los pacientes a formar un asilo y de los terapeutas a hacer todo por los pacientes.

Nos hemos encontrado con que esta separación radical entre pacientes (enfermos) y equipo (sano), en vez de considerarse como un factor antiterapéutico que debiera ser cuestionado, se asume como parte necesaria del encuadre de la institución: se debe mantener la distancia en todo momento, hay que entregar indicaciones consistentes principalmente en instrucciones acerca de qué actividades deben realizar y cuáles no, de

² Los autores proponen el concepto de *extitución*

modo que la vida completa del paciente pasa a estar bajo escrutinio e intervención de los equipos de salud, no solo los síntomas o fenómenos que el paciente desee trabajar.

Los clínicos, dentro de un hospital psiquiátrico, no solo se encuentran con este modo de hacer y relacionarse con sus pacientes que perpetúa la cronicidad, sino que además este modo de trabajo se ve justificado desde un saber teórico y una concepción epistemológica que termina por negar el estatus de persona a quienes son diagnosticados de patología psiquiátrica.

Nuestra hipótesis al respecto tiene que ver con la concepción implícita, que sostiene la mayor parte de las intervenciones al interior del psiquiátrico: los pacientes psiquiátricos pueden llegar a ser todo-locos, incluyendo síntomas, conductas y pensamientos cotidianos, siendo todo manifestación de lo “psicótico”, por lo tanto, desprovisto de cualquier sentido e incomprensible para cualquier persona sana. Nada se comprende como un aspecto de su personalidad ni menos como parte o efecto de su historia. Sostenemos, además, que esta concepción se nutre de la aplicación de la psicopatología psiquiátrica y psicoanalítica utilizada de modo descriptivo.

Por ejemplo, se observa diariamente el uso concreto de los conceptos de comprensibilidad y explicación propuestos por Jaspers (1977). Cuando un fenómeno psíquico no es comprensible desde ciertos motivos (personalidad, psicológico, ambiental), se asume que es incomprensible y por tanto habla de un proceso somático, explicable, desprovisto ya de la subjetividad de la persona.

Compartimos, de este modo, el análisis que ya hacía Freud respecto al modo de aproximación de la psiquiatría clínica sobre los síntomas psíquicos:

la psiquiatría clínica hace muy poco caso de la forma de manifestación y del contenido del síntoma individual, pero que el psicoanálisis arranca justamente de ahí y ha sido el primero en comprobar que el síntoma es rico en sentido y se entrama con el vivenciar del enfermo. (Freud, 1917/2007a, p. 235)

También afirmaba: “la psiquiatría clínica, que no conoce más que una psicología de la conciencia, no sabe qué hacer con ellos, si no es presentarlos como los indicios de un modo particular de degeneración” (Freud, 1917/2007b, pp. 254–255).

Esta concepción justifica que los clínicos y las personas que prestan tratamiento y cuidado asuman que cualquier manifestación de ese paciente que se aleje de su comprensión inmediata sea una manifestación de una enfermedad o un defecto. Los pensamientos, conductas o emociones de esa persona no son escuchados como una comunicación válida, no pueden ser articulados como una demanda dirigida a otro. Se transforman en defectos (signos de una enfermedad) que deben ser modificados o inhibidos. El psiquismo enfermo pasa a ser un órgano al que le sobran partes o le faltan, la tarea es quitar o incorporar.

En este contexto no es de extrañar que los tratamientos de las personas que dependen del psiquiátrico se reduzcan al manejo conductual (especialmente para evaluar la efectividad de las intervenciones) y duren lo que dura la vida de esa persona y se justifiquen en que la patología es crónica.

Desposeer de sentido a los síntomas y considerar que cualquier manifestación psíquica y comportamental de un sujeto psicótico puede estar dando cuenta de su enfermedad, termina por desposeer al sujeto mismo de sentido: su forma de contacto, el contenido y estructura de su lenguaje, su psicomotilidad, sus afectos e incluso sus instintos (hacemos referencia aquí a algunas de las áreas del examen mental que se describen alteradas en la psicosis). Entonces tenemos que lo que en un sujeto normal es signo de una individualidad (sus síntomas), en un sujeto psicótico puede ser un signo de su enfermedad. Desde este modelo de abordaje es difícil distinguir qué pertenece al sujeto y qué a la enfermedad.

Chazaud (1980) justificaba, intentando contrarrestar el efecto de los psiquiátricos, la creación de comunidades terapéuticas con la especificidad de que el tratamiento no vaya orientado a la eliminación de síntomas sino más bien a: “crear las condiciones en que el sujeto pueda recuperar un lugar responsable y relativamente autónomo dentro del campo social” (p. 14). Así también Oury (1998), que intentó hacerse cargo de los efectos de la institución, mostraba la importancia de la libertad de circulación, del ambiente, del azar y los espacios de decir, como una manera de establecer verdaderos encuentros.

Teniendo en cuenta estos antecedentes Foladori (2010) afirma que, sobre todo para el caso de los pacientes psicóticos, se hace necesario contener a través de la institución de una manera más sistemática la relación terapéutica. Que no basta con iniciativas individuales o aisladas, sino que la estructura misma de la institución debe ser analizada constantemente entre todos sus integrantes (equipo técnico y pacientes), asegurando la existencia de momentos formales de toma de decisiones colectivas, de discusión, de trabajo conjunto.

Respecto a la pregunta de si se puede realizar un trabajo psicoanalítico dentro de una institución psiquiátrica, desde nuestra experiencia pensamos que la escucha es posible en la medida que se logre sostener un dispositivo que genere un choque con lo instituido de la institución y se desaliene de la mirada proveniente del uso descriptivo de la psicopatología. Creemos que la mejor manera es a través de grupos horizontales de trabajo que permitan el diálogo entre todos los integrantes, especialmente en torno a la violencia de la institución y de las relaciones de dependencia que se dan dentro de ella.

A continuación expondremos dos experiencias que permiten explicar mejor estos puntos, provenientes de espacios surgidos en el Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak: la Radio Estación Locura y el Grupo de la Tarde.

Radio Estación Locura

Radio Estación Locura se crea el año 2012 inspirada en la experiencia de “La Colifata” de Argentina (Olivera, 2005). Para poder funcionar dentro de la institución los terapeutas debimos definirla administrativamente como un grupo de terapia, eso permitía justificar las horas de trabajo e incluirlo dentro de las prestaciones de la institución. Las consecuencias directas fueron que desde el hospital comenzaron a exigirnos compartir los procedimientos institucionales: hacer todo lo posible para que los síntomas de la enfermedad desaparezcan.

Como la Radio estaba planteada desde la apertura al diálogo, donde todos tienen derecho a expresarse como gusten, a asistir si quieren o irse cuando desearan, al poco

tiempo fue puesta bajo escrutinio. Lo sorprendente fue que no solo los funcionarios comenzaron a exigirnos el registro de asistencia de los participantes y a afirmar que la radio psicotizaba a los pacientes, sino que otros usuarios manifestaban su malestar diciendo que la Radio difundía la imagen de que todos los pacientes del psiquiátrico eran unos locos que hablan incoherencias (la Radio en ese momento no había emitido ningún programa, no había sido aun escuchada). Destacamos esto porque desde el comienzo el hospital Psiquiátrico se resistió a la Radio y nosotros tuvimos que aprender a resistirnos a la institución siendo parte de la institución.

Nos entregamos a escuchar en la Radio, con la fantasía de entender algo más de la psicosis. Es cierto que hacíamos algunas interpretaciones que creíamos inteligentes, pero con el tiempo nos dimos cuenta de que nuestra terapia era la que no tenía ningún sentido: solo habíamos escuchado lo que sabíamos que teníamos que escuchar. Mientras el grupo se atrevía a confiar cada vez más, la realidad de la violencia institucional se develó -se corrió el velo-, se hablaba de electroshock, de haber estado amarrados, de sentirse obligados a tomar fármacos, de someterse a sus terapeutas y médicos, en fin, en la radio se hablaba de lo que estaba prohibido hablar -por supuesto que cuando grabábamos programas al aire estos temas no se tocaban, ahí se agradecía al hospital-.

En Radio Estación Locura, el grupo funciona de un modo colaborativo, rotando los roles de acuerdo a quienes tienen mayor manejo o interés en un tema, en tal caso, el grupo será liderado dependiendo de la tarea u objetivo que vaya tomando. El grupo aspira a la libre circulación de la palabra y de los roles e intenta hacerse cargo de enfrentar la tendencia al autoritarismo (Foladori, 2012) analizándonos a nosotros mismos:

El grupo siempre es un lugar de iguales, de pares, que puede ser pensado como una totalidad que trasciende la presencia-ausencia de las figuras soporte. Cuenta con un psiquismo propio y puede aprender colectivamente en tanto se aboca a resolver su tarea (Foladori, 2012, p. 76) .

En esta emisora se evita la posición de poder que implica que un terapeuta sea invariablemente quien guíe o comprenda las motivaciones inconscientes del grupo. Este lugar fue pensado por Bion (1979), quien advierte que la posición del analista como portador único del saber facilita la instalación de mecanismos defensivos operantes en el grupo para evitar el trabajo y el contacto con la realidad, estableciendo una relación desde los supuestos básicos. El rol médico por defecto, la institución asilar o el analista omnisciente activan el supuesto básico de dependencia, puntualizada por Bion como un vínculo que consiste en que “el grupo se reúne a fin de lograr el sostén de un líder de quien depende para nutrirse material y espiritualmente, para obtener protección” (Bion, 1979, p. 119). El grupo se relaciona con la persona del médico o del terapeuta como quien fuera el único capacitado en el grupo de quien debe obtener atención, mejoría, apoyo, etc. Este funcionamiento grupal facilita el funcionamiento defensivo del grupo y no proporciona la seguridad necesaria para confiar en sus propias capacidades de hacer frente a las diversas dificultades de la vida diaria, aumentando el funcionamiento grupal dependiente.

En este proceso de apertura y confianza en el grupo pudimos ver algo de la locura descrita por Davoine y Gaudillière cuando afirman que el delirio es un instrumento de investigación del quiebre en el lazo social (Gaudillière y Davoine, 1994). Muchas veces cuando alguien hablaba lo hacía desde su individualidad a veces incomprensible, pero con el tiempo esa individualidad iba tomando forma y se hacía comprensible. Un ejemplo

breve: uno de los integrantes de la radio solo hablaba de Superman y se enojaba cuando otros hablaban de otra cosa. El grupo inicialmente se burlaba diciendo que se creía Superman, le decían Clark Kent, pero él no se molestaba, al contrario, le gustaba que lo nombraran así. Es difícil afirmar si es el delirio el que cambia o lo que cambia es la forma de escuchar, al parecer ocurre que ambas se van ajustando, se encuentran y sintonizan. Ahora era más claro para todos nosotros que se sentía tan abandonado, tan despojado de oportunidades, de saberes, de afecto, que soñaba con ser Superman para que todos lo quisieran, “como el gran hombre que soy”. Ser Superman también era ser todo lo que la institución y las personas que trabajamos ahí no éramos: “alguien con todos los conocimientos que solucionara la enfermedad mental”. Al respecto, Moffatt refiere que se deben rescatar los aspectos creadores de los delirios: “a través de los cuales se exploran nuestros contenidos inconscientes. Esto significa trabajar desde la otra punta del ovillo, desde la locura, para que el compañero no quede tan solo en sus fantasmas” (Moffatt, 1997, p. 197).

El diálogo no se da porque el terapeuta organice los turnos ni asegure un tiempo para cada uno. El diálogo se da porque el grupo puede pensarse y autodefinirse, determinar la manera en que trabaja, el cuándo y el para qué. Este punto es fundamental, pues, dentro de una institución psiquiátrica, el rol del terapeuta no consiste en interpretar ni ayudar a analizar. Muy por el contrario, su función es asegurar que ese espacio pueda tener lugar sin interferencias de las lógicas institucionales, incluso las internalizadas por los terapeutas. De este modo, debe representar al grupo frente a la institución para que lo dejen trabajar/delirar en paz.

Grupo de la tarde

El Grupo de la Tarde es un grupo de terapia de entre ocho y 10 integrantes todos con diagnóstico de esquizofrenia que es guiado por un líder o monitor de grupo que también tiene dicho diagnóstico.

O. es un hombre de 48 años con quien trabajé ocho años en psicoterapia. Llegó derivado para recibir apoyo después de un proceso que había comenzado a la edad de 19 años, cuando le diagnosticaron esquizofrenia paranoide. Estaba estudiando Ingeniería Civil y había tomado una gran cantidad de cursos. Sus síntomas, al inicio de la psicoterapia, incluían la sensación de ser un elegido de Dios quien, luego de hablarle, le había señalado que debía ir al desierto en peregrinación pues dependía de él mantener el mal alejado del bien. También tenía la sensación de que le enviaban señales e intervenían su computador haciendo alusiones e invitaciones homosexuales. Cuando lo hospitalizaron por tercera vez lo hicieron de manera forzada ya que lo encontraron en el desierto de Atacama (Chile) en muy malas condiciones.

La psicoterapia pasó por diferentes momentos, desde una primera fase de replegamiento que incluía periodos aislados, delirios y la no existencia de mi presencia; un periodo de transferencia intensa y dependencia; y un periodo en que O. podía aceptar que era un hombre que en ocasiones se ha vuelto loco, siendo esto parte de la historia que le ha tocado vivir. Mi posición inicial consistía en estar siempre cuando él llegara y prepararme para atender a sus requerimientos, los cuales variaban dependiendo de su estado psíquico. En aquella época era un logro levantarse de la cama y llegar a algún lugar (eso incluía la terapia), luego fue terminar sus estudios o volver a trabajar, entre otras funciones referidas a la recuperación progresiva de su autonomía. Harlod Searles

(1961/2016) uno de los pioneros, junto a Frieda Fromm-Reichmann, del tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia, describió las distintas fases de la psicosis de transferencia en la psicoterapia de la esquizofrenia. Balbuena las retoma con estas descripciones:

a) situaciones transferenciales donde el terapeuta se siente no vinculado al paciente; b) situaciones en que ha establecido una relación profundamente ambivalente con el paciente; c) situaciones donde la psicosis representa un esfuerzo por complementar la personalidad del terapeuta o una ayuda al padre-terapeuta para lograr ser una persona separada y completa; y d) situaciones donde el paciente desde su temprana niñez fue habituado a que su padre pensara por él, intentando perpetuar con el terapeuta la relación simbiótica que tuvo con su padre, generando esto en el terapeuta la sensación de actuar de forma sádica y castrante, al impedir a su paciente funcionar con autonomía. (Balbuena Rivera, 2016, p. 255)

Este último punto es uno de más acentuados por Searles (1961/2016) debido a la complejidad que involucra la tendencia inconsciente del terapeuta a mantenerse en una posición de madre buena y disponible para el paciente, posición que, en su opinión, es recomendable en las etapas iniciales, pero debe ser temporal. El terapeuta, al igual que una madre psicotizante y omnipotente puede, sin ser consciente de ello, perpetuar la dependencia, ya que las gratificaciones que recibe producto de tal simbiosis, le otorga sensaciones de ser capaz de potencialidades ilimitadas que puede no desear abandonar.

En el periodo de fin de terapia, propuesto por mí, al cual O. se resistía tenazmente, sueña que estoy embarazada de él. Al analizar el sueño, refirió que le habría gustado tener un hijo conmigo, pero también que no le importaría si no fuera de él porque me tenía demasiado cariño y podría tolerar no ser el padre. Inicialmente pensé e interpreté el sueño a modo clásico, en relación con su transferencia amorosa y la angustia frente a nuestra inminente separación. Sin embargo, esta interpretación reprimía y detenía su interés en producir salud en otros. Con posterioridad fue posible resignificar sus asociaciones sobre el sueño, como un deseo de pensarse menos dependiente del equipo médico y un deseo de cambio de posición al interior de la institución, incluso como una resistencia/superación de la relación diádica analista-paciente.

Fue así como me dijo que se le había ocurrido la idea de que hiciéramos juntos un grupo de terapia para personas con esquizofrenia. Quería ayudar con su experiencia a pacientes jóvenes que han sufrido lo mismo que él: me pedía que lo ayudara para que fuéramos coterapeutas.

Como es sabido, en psicoanálisis la resistencia es la oposición del paciente a reconocer sus impulsos o motivaciones inconscientes. La acción y efecto de resistir o resistirse. Muchas veces se sostiene que una interpretación es resistencial por el hecho de centrarse en lo actual y no en la historia temprana de los pacientes, en la realidad material en vez de la realidad psíquica. Pero aquí se hizo patente que nuestra resistencia consistía en dejar a los pacientes toda la responsabilidad de enfrentar a la institución, sin cuestionar y ayudar a pensar el hospital y su efecto en las personas. Esta resistencia se basa en la concepción teórica que el trabajo analítico se efectúa con la realidad psíquica de los sujetos, no con la externa (aunque su efecto sea evidente).

El concepto de resistencia recupera otro de sus sentidos en el contexto de una institución total, su definición como el: “conjunto de las personas que clandestinamente de ordinario, se oponen con violencia a los invasores de un territorio o a una dictadura” (RAE, 2019). En este caso, resistencia será la fuerza que permitirá agruparse entre pares para sobrevivir y contrarrestar los efectos de la institución.

El sueño de O. y sus asociaciones traían a sesión contenidos del aquí y ahora relacionados con la relación terapéutica y la institución. Mostraba así una rebelión contra la relación diádica-jerárquica analista-paciente y el deseo de cambio de posición al interior de la institución. Pero esta elaboración se vive de manera profundamente conflictiva por parte del terapeuta (y he aquí uno de los puntos clave para comprender el problema). Por un lado se reconoce como una elaboración correcta de parte de ambos integrantes de la dupla terapéutica, pero al mismo tiempo se experimenta como una desviación de técnica vergonzosa de parte del analista, pues daría cuenta de una incapacidad personal o de una desviación en el abordaje del caso. De este modo, no produce una satisfacción personal que lleve a compartirla con el equipo profesional, más bien genera el temor de perder reconocimiento y verse cuestionado por los miembros de la institución psiquiátrica y psicoanalítica. Entonces, experimenta que su actuar es el correcto, pero sabe que es ilegal o será mal visto al interior de la institución. La alternativa que tiene es actuar de manera clandestina o asumir la vergüenza de un actuar fuera de la ley.

Según Kaes (2004), la rotación de roles será un aspecto resistido por la institución, pues busca hacer de sus miembros sujetos parciales. La institución se escinde o cliva defensivamente para asegurar su permanencia, ocurre una parcelación de la vida psíquica en su interior, evitando la integración. El sufrimiento psíquico solo pertenece a los pacientes, así como también la capacidad de reparar es una capacidad exclusiva que pertenece únicamente a los terapeutas:

La tarea primaria es también una fuente de identificación que refuerza en los miembros el sentimiento de pertenencia a un conjunto, una profesión, saberes, ideales, etc., pero también la seguridad que no pertenecen a otro universo: los locos son los que son cuidados. Evidentemente, esta proximidad de la pertenencia y la no-pertenencia crea zonas de perturbación y conflicto. Suscita dispositivos de distinción, protección y diferenciación, contra los riesgos de contaminación, tanto como las transferencias, desplazamientos y depositaciones tienden a abolir los límites, los espacios diferenciados (Kaes, 2004, p. 661).

Según Foladori (2010), el establecimiento de una alianza terapéutica de colaboración entre usuarios y terapeutas, que al trabajar en la institución la representan, permite aprovechar la transferencia institucional para transitar desde la necesidad hacia el deseo. El acto de ejercer una voz y ser escuchados cobra el valor de entrecruzar poder y deseo. El mismo autor (Foladori, 2008), al analizar la experiencia de Bion en un pabellón del hospital psiquiátrico de Northfield, concluye que una de las experiencias que más restituye al sujeto, y el elemento que puede favorecer que la institución provea salud en vez que enfermedad, es aquella que, aprovechando la transferencia institucional, favorezca hacerse cargo de sí mismo, tomar responsabilidad en su tratamiento, en los quehaceres de su día a día, etc.

Actualmente el grupo se reúne todas las semanas desde hace 5 años. Algunos integrantes trabajan, se relacionan fuera del hospital e inclusive organizan vacaciones y

paseos, siendo un aspecto central lograr ir solos, no depender de las terapeutas para lograrlo y confiar en su capacidad de cuidar de sí mismos. O. no se quería separar de mí, pero no solo era eso, también quería genuinamente apoyar a otros, crear algo y circular de lugar.

Ampliando las nociones de Searles (2016/1961), el terapeuta y la institución también deben aceptar la desilusión y pérdida de gratificación que significa no asumir el rol de ser quien cura al paciente. El analista y la institución pueden tender inconscientemente a buscar restablecer el equilibrio dominante donde el paciente es el necesitado y dependiente del analista pues justifica la sobrevivencia de la institución y sus profesionales. Los tratantes que no han elaborado estos aspectos se legitiman en la dependencia, pudiendo realizar actuaciones en contra de la autonomía del paciente, así como lo han hecho sus figuras primarias.

La resistencia de las diversas personas (que están presentes) en la vida del paciente, incluyendo a los miembros de su familia, parte del personal e incluso otros pacientes, a que se convierta en una persona separada y los prive así de las gratificaciones simbióticas que el mismo terapeuta ha llegado a conocer y a las que ha aprendido a renunciar, aunque de mala gana, en la relación transferencial. Es bien sabido que los miembros de la familia, por mucho afecto que sientan por el paciente, tienden a sacarlo del hospital precisamente cuando aquel parece estar a punto de lograr su individuación, y el terapeuta no es el único miembro del personal que inevitablemente establece, a lo largo de los años, un profundo compromiso emocional con la necesidad de que el paciente permanezca enfermo y simbiótico con respecto a las personas que son más significativas para él. (Searles, 2016, p. 286)

La institución buscará mantener la escisión o el clivaje, con el fin de mantener la parcelación al modo de las defensas psicóticas. Busca depositar y desviar el sufrimiento psíquico a espacios contenedores repartidos en diferentes lugares de la institución. La única posibilidad de compartir el peso de estas dinámicas institucionales es asumiendo la responsabilidad múltiple por parte de los equipos (Kaes, 2004).

Este salto del énfasis en la realidad psíquica de la infancia de los sujetos a pensar la realidad actual dentro de la institución psiquiátrica nos hace pensar que el análisis en este contexto no tiene que ver necesariamente con el mito griego de Edipo, sino más bien con la relación entre Rea y Zeus. En este mito, Rea esconde a Zeus de su padre Cronos dándole una roca en reemplazo para evitar que lo devore. Zeus permanece escondido en una cueva hasta crecer, momento en que enfrenta a su padre y lo obliga a regurgitar a sus hermanos y devolverlos a la vida. Usando esta metáfora podemos pensar la institución como Cronos, a los terapeutas como Rea y a los pacientes como Zeus. El punto central es que Rea y Zeus puedan vivir más allá de los dominios de Cronos. Es así como la función de terapeuta es central para enfrentar a la institución, debe evitar que la psicopatología rígida devore a su paciente y darle la piedra a la institución para sostener ese espacio administrativamente.

Conclusiones

Si no se reconoce el propio sufrimiento del equipo, reina la apatía, la defensa y la protección en contra del sufrimiento. Según Kaes (2004) la institución tendría que ser

capaz de detectar, aceptar y elaborar sus tendencias destructivas para poder hacer frente a la tarea de cuidar la salud de sus miembros. Para llevar a cabo esta tarea, se requiere un esfuerzo de elaboración de angustias, integración y ligadura entre las partes que implica un enorme esfuerzo de parte de los equipos:

Así, en las instituciones de cuidados, el deseo y el poder de reparar y cuidar convocan también al deseo y el poder de destruir y hacer morir. Hay allí un nudo de conflictos fundamentales: entre el deseo y lo prohibido, entre el deseo y el poder, entre la corriente de las fuerzas de vida y la de las fuerzas de muerte. Según se dirima esta conflictualidad, será determinada la estructura de la institución, la consistencia de la realidad psíquica que se despliegue en ella y el trato dado a los pacientes. (Kaes, 2004, p. 658)

En las instituciones psiquiátricas muchas veces se piensan como resistencias las conductas de los pacientes que no siguen las indicaciones médicas. A veces, para algunos psicoanalistas, se conciben como resistencias las interpretaciones que no se centran exclusivamente en la realidad intrapsíquica o en la infancia de los pacientes. Pero también existe otra resistencia, ejercida por la institución, que tiene que ver con aislar a las personas para impedir que enfrenten la violencia institucional del sistema asilar. Hemos intentado escuchar más allá de la psicopatología, al modo de “sin memoria y sin deseo” (Bion, 1967) y nos hemos encontrado con que detrás de la locura, de experiencias como un delirio de ser Superman o un sueño amoroso con la terapeuta, se esconde la aplastante realidad de la institución psiquiátrica que hace estragos en los sujetos que asila. Pero también se encuentra la posibilidad de restituir algo del vínculo humano perdido.

Como dijimos anteriormente, creemos que la escucha puede ser posible en la medida que se logre sostener un dispositivo que genere un choque con lo instituido de la institución y se desprenda de la mirada psicopatológica. El grupo, al reunirse, reconecta a los miembros y les permite sentirse más seguros en cuanto a su capacidad de hacer frente a la institución e incluir una tercera fuerza, el vínculo, producto de este trabajo colaborativo y horizontal. La elaboración grupal y el trabajo conjunto que incluya una mayor circulación de roles propone una tercera posición que sale de la posición binaria grupo contra institución y viceversa es una posición que busca reconducirnos hacia una mayor autodeterminación que ponga límites a nuestro sentimiento de alienación al otro (de analistas y usuarios).

La violencia que ejerce la institución en sus miembros es algo que todas las instituciones deben elaborar. Esta tarea es de mayor envergadura en una institución psiquiátrica por el tipo de ansiedades y dinámicas que debe contener. La relación diádica, analista-paciente, corre el riesgo de instalar y repetir dinámicas de poder, violencia y dependencia vividas por la dupla terapeuta paciente. El grupo puede funcionar como agente y nudo que soporta y equilibra esta tendencia a través de la circulación de los roles, y el ejercicio de colaboración centrado en la tarea que todo grupo debe asegurar en aras de su sobrevivencia. Esta sobrevivencia, da cuenta tanto de la resistencia que ejerce el grupo a la violencia institucional, a la vez que aumenta el convencimiento de que cuenta con las condiciones necesarias para existir gracias a las capacidades de todos los miembros que lo componen. Esta dinámica social, favorece que el grupo se libere de su dependencia y adquiera mayor autonomía. Paradójicamente, en la institución psiquiátrica y en los terapeutas y tratantes, emergerán dinámicas inconscientes que operan en contra de la autonomía de los pacientes con el mismo fin, asegurar su supervivencia. Es labor de los clínicos, y de el psicoanálisis en general, analizar y

elaborar al interior de las instituciones su propia necesidad de conservar a los pacientes cautivos.

Referencias

- Aparicio Basauri, V. y Sanchez Gutierrez, A. E. (1990). Desinstitucionalización y cronicidad: Un futuro incierto. *Revista de La Asociación Española de Psiquiatría*, X(34), 363–374.
- Balbuena Rivera, F. (2016). ¿Qué nos ha enseñado H. F. Searles?: una revisión de su praxis clínica. *Clínica e Investigación Relacional*, 10(1), 247–261. Artículo e3. <https://doi.org/10.21110/19882939.2016.100117>
- Bassaglia, F. (1989). *La institucionalización psiquiátrica de la violencia. Razón, locura y sociedad*. Siglo XXI Editores, S.A.
- Bion, W. R. (1967). Notes on memory and desire. *The Psychoanalytic Forum*, 2, 272–273.
- Bion, W. R. (1979). *Experiencias en grupos*. Paidós.
- Bleger, J. (1966). Psicología institucional. En J. Bleger, *Psicohigiene y psicología institucional* (pp. 43-106). Paidós.
- Bouey, E. (2017). Violencia hacia las personas con diagnóstico psiquiátrico: la Radio Estación Locura como dispositivo de visibilización. *Revista Sul Americana de Psicología*, V(2), 244–262.
- Bouza, M. (2017). Badaracco: Comienzos del psicoanálisis multifamiliar en Argentina. IX Congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología XXIV Jornadas de investigación XIII Encuentro de investigadores en psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 16–19. Artículo e3. <https://www.aacademica.org/000-067/160%0AActa>
- Chazaud, J. (1980). *Introducción a la terapia institucional*. Paidós.
- Domenéch, M., Tirado, F. J., Traveset, S. y Vitores, A. (1999). La desinstitucionalización y la crisis de las instituciones. *Educación Social*, 12, 20–32.
- Foladori, H. (2008). *La intervención institucional. Hacia una clínica de las instituciones*. Editorial ARCS.
- Foladori, H. (2010). La asamblea general en las comunidades terapéuticas. *Castalia*, 12(17), 15–26.
- Foladori, H. (2012). La conducción de los equipos de salud: entre la autoridad y el autoritarismo. *Castalia*, 22, 75–83.
- Freud, S. (2007a). Conferencias de introducción al psicoanálisis. 17 conferencia. El sentido de los síntomas. En *Obras Completas* (Vol. XVI, pp. 235-249). Amorrortu. (Obra original publicada en 1917)
- Freud, S. (2007b). Conferencias de introducción al psicoanálisis. 18 conferencia. La fijación al trauma, lo inconsciente. En *Obras Completas* (Vol. XVI, pp. 250-261). Amorrortu. (Obra original publicada en 1917)
- García Badaracco, J. E. (2000). *Psicoanálisis multifamiliar*. Paidós.
- Gaudillière, J. M. y Davoine, F. (1994). Seminario locura y lazo social.
- Goffman, E. (2009). *Internados*. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu.
- Hinshelwood, R. (2001). *Thinking about institutions. Milieux and madness*. Jessica Kingsley.
- Jacques, E. (1965). Los sistemas sociales como defensa contra las ansiedades persecutoria y depresiva. Una contribución al estudio psicoanalítico de procesos

- sociales. En M. Klein, P. Heimann y R. E. Money-Kyrle (Eds.), *Nuevas direcciones en psicoanálisis* (pp. 459–474). Paidós.
- Jaspers, K. (1977). *Psicopatología general*. Editorial Beta.
- Kaes, R. (2004). Complejidad de los espacios institucionales y trayecto de los objetos psíquicos. *Psicoanálisis APdeBA*, XXV(3), 655–670.
- Lehmann, P. (2013). Alternativas a la psiquiatría. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(117), 137–150.
- Macchioli, F. A. (2013). Comunidad terapéutica psicoanalítica, familia y valores en la Argentina de los setenta. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional En Psicología*, 148–152.
- Minoletti, A., Rojas, G., y Sepúlveda, R. (2011). Notas sobre la historia de las políticas y reformas de salud mental en Chile. En M. A. Armijo (Ed.), *La psiquiatría en Chile: apuntes para una historia* (pp. 132–155). Royal Pharma.
- Mitre, M.E. (1998) *Las voces de la locura. Historias verdaderas de una clínica psiquiátrica*. Emecé editores.
- Moffatt, A. (1997). *Socioterapia para sectores marginados. Terapia comunitaria para grupos de riesgo*. Lumen-Humanitas.
- Nitsun, M. (1998). The organizational mirror: A group-analytic approach to organizational consultancy. Part 1 - Theory. *Group Analysis*, 31(3), 245–267. <https://doi.org/10.1177/0533316498313002>
- Nitsun, M. (2000). El antiggrupo. *Boletín*, 19, 17–20.
- Novella, E. J. (2008). Del asilo a la comunidad: Interpretaciones teóricas y modelos explicativos. *Revista Frenia*, VIII, 9–32. Artículo e3. <http://www.revistaaen.es/index.php/frenia/article/view/16454>
- Olivera, A. (2005). La Colifata, radio terapia des-estigmatizante. *Interrogant*, 6, 60–66. <http://revistainterrogant.org/la-colifata-radio-terapia-des-estigmatizante/>
- OPS y OMS. (1990). Declaración de Caracas.
- Oury, J. (2000). Liberté de circulation et espace du dire. *Vie sociale et traitements*, 65. <https://www.cemea.asso.fr/spip.php?article2944>
- Pulido, R. (2008). Los equipos de salud mental y sus factores terapéuticos. *Psiquiatría y Salud Mental*, XXV(1–2), 120–132.
- Real Academia Española. (15 de agosto 2019). Diccionario de la lengua española (22.^a ed.). <http://www.rae.es/rae.html>
- Rojas, H. (2011). *Sectores: Fenomenología de la vida social de un grupo de pacientes internados en un sector del Hospital Psiquiátrico de Santiago*. Universidad de Chile.
- Searles, H. (2016). Fases de la interacción paciente-terapeuta en la psicoterapia de la Esquizofrenia crónica (1961). *Clínica e Investigación Relacional*, 10(1), 262–296. <https://doi.org/10.21110/19882939.2016.100118>.