

Un espacio grupal para el borderline: Las vicisitudes de la supervisión institucional

Raffaele Fischetti

Por dónde se observa

Es difícil colocarse afuera de la nosografía psiquiátrica porque nos movemos siempre dentro de marcos de experiencia del mundo organizados por el lenguaje que hemos heredado; el lenguaje “nos hace hablar” y de él no podemos prescindir para ir a la raíz de las cosas.

La definición de enfermo mental, hace notar Pichon-Rivière, no está dentro del enfermo sino en la organización del pensamiento que tienen los psiquiatras, en su modo de observar. Cualquier definición comporta siempre un vínculo, muestra una diferencia; Pichon-Rivière trabaja sobre esa diferencia.

Pichon-Rivière está siempre dentro y fuera: de la institución psiquiátrica primero, de la institución psicoanalítica después. Una tensión que pone siempre en discusión el modo en el cual es pensada la enfermedad en si misma, sin diferencias, fuera del contexto vincular. Siempre existirá un más allá de la manifestación la enfermedad, algo que es necesario interpelar porque su significado está escondido. El psicoanalista que se acerca al paciente tiene que tener en cuenta estas relaciones complejas: él mismo está incluido en el vínculo y pone en el vínculo algo suyo.

La articulación interna de la historia en si misma y el contexto del paciente da significado a los síntomas.

Pichon-Rivière trata siempre de crear contextos nuevos que vayan a movilizar recursos y a romper estereotipias; Existe otro modo de verlos y existe la posibilidad de otras relaciones sociales para los pacientes. Adopta siempre una posición activa, en busca de alternativas a la institucionalización. La relación y la convivencia con los enfermos del Borda, y a menudo con sus familiares le permite de mirar el proceso de la enfermedad en su contexto, y de ver aquellos aspectos que se refieren a los mecanismos de aislamiento y segregación. Esta forma de mirar y situar las cosas revelará gradualmente las dinámicas familiares y grupales existentes, expuestas y condensadas en una producción sintomática. Una dinámica en la que un precario equilibrio familiar se ha visto sumido en una crisis. Creemos que en todas las instituciones hay pliegues, espacios que permiten la implementación de prácticas psiquiátricas alternativas.

Hablamos de borderline como metáfora de un orden espacial y geográfico para referirnos a un grupo de personas con sufrimiento intenso, sintomatología muy compleja y una naturaleza fundamentalmente indiferenciada, que no pueden clasificarse como neuróticas, psicóticas o caracteropáticas. Estos pacientes transgreden el encuadre, desarrollan vínculos de transferencia intensos y tienden a actuar impulsivamente, mostrando poca capacidad de reflexión sobre su sufrimiento. A menudo experimentan una soledad intensa, que puede llevar a intentos de suicidio y, en otras ocasiones, al abuso de alcohol o sustancias, episodios de bulimia o

anorexia, o conductas agresivas y/o eróticas con un alto grado de autodestrucción. En algunos casos, se producen episodios psicóticos con alucinaciones y delirios.

Creo que la idea de que no se puede hablar del trastorno borderline sin mencionar las experiencias traumáticas repetidas, ocurridas en la infancia y en un contexto familiar problemático, está muy extendida en la comunidad científica.

No quiero extenderme demasiado en este tema, pero simplemente quiero señalar que las experiencias traumáticas repetidas son aquellas relaciones alarmantes e impredecibles en las que la sensación de continuidad se ve constantemente amenazada por la interrupción, la ruptura y el sufrimiento. En estas relaciones, la falta de depositarios fiables introduce un elemento de alarma, una vigilancia excesiva y una profunda inestabilidad.

También creo que el gran reto al trabajar con pacientes borderline reside en cómo relacionarse con ellos, es decir, qué vínculo se puede establecer y cómo convivir con las emociones que nos provocan.

Este es, a mi parecer, el aspecto más importante, ya que nos encontramos en un momento de la psiquiatría en el que todos corremos el riesgo de lo que sugiero llamar la deriva conductista; es decir, la necesidad imperiosa de centrarnos principalmente en qué hacer con el paciente borderline, en lugar de reflexionar sobre cómo hacerlo y qué sentimos y hacemos con él.

La noción de espacio nos permite abordar las cuestiones del vínculo entre la institución y el paciente borderline de diversas maneras. Me refiero a que el espacio institucional define una nueva oferta institucional, permitiéndonos activar también el espacio familiar, grupal y social, que, como hemos mencionado, es fundamental para comprender el trastorno borderline de la personalidad.

El espacio no es solo el espacio manifiesto y sociológico; también abarca la dimensión del espacio interior, imaginario y subjetivo. El mundo externo y el mundo interno son dos caras de la misma moneda; constituyen una unidad sobre la cual trabajar para vislumbrar el alcance del concepto de espacio en el tratamiento del borderline

Hacemos hincapié en la significativa resonancia de la disposición de los espacios, que nos obliga a reorganizar las observaciones, las intervenciones y las interpretaciones de las circunstancias clínicas que presenta este paciente .

Al mismo tiempo, cambiar la estructura motivacional subyacente a las causas de la enfermedad implica una comprensión diferente del proceso de enfermar y del tratamiento, junto con nuevos métodos y estrategias terapéuticas.

La interacción entre oferta y demanda

La oferta y la demanda no son dos elementos externos, sino que constituyen un vínculo. Este vínculo es una estructura compleja que incluye al menos dos sujetos, su interrelación mutua, tanto a nivel de objetos externos como internos, sus funciones y fantasías. Esta configuración crea un espacio emocional y mental con su propia representación inconsciente específica. Enfatiza la reciprocidad y la sincronización entre las personas; es el resultado de una inversión mutua entre dos sujetos y, a

menudo, específicamente, entre dos grupos. La noción de vínculo incluye una «influencia», funcional a la relación misma. Por esta razón, Bauleo sostiene que la conexión entre oferta y demanda incluye una influencia recíproca, y que la oferta está implícita en la demanda. Se reconoce la importancia de las relaciones sociales en la configuración de la demanda. Es la organización institucional de la oferta la que determina la forma de la demanda. El servicio, a través de sus modos específicos de interacción con los pacientes, interviene en el proceso de formación de la demanda.

Cuando se requiere transformación, es necesario romper con la racionalidad formal —es decir, una organización preconcebida, estereotipada y naturalizada para lograr ciertas tareas (p. ej., responder a ciertas necesidades)— y buscar formas creativas de recontextualizar los objetivos y medios de la institución que presta el servicio.

El ámbito de la multidisciplinariedad y el de las diferentes modalidades de atención se cruzan en el espacio del análisis de la demanda y producen un doble nivel de fragmentación, afirma Armando Bauleo. Las diversas figuras profesionales y las modalidades especializadas (consulta, hospitalización, hospital de día, comunidades terapéuticas, etc.) presentes en el equipo producen una doble fragmentación de la demanda de atención, ya que consideran aspectos parciales de la misma. Cuando nos preguntamos quién se hace cargo de la solicitud de intervención, nos enfrentamos a un campo complejo. La fantasía que subyace a cada uno de estos enfoques selectivos y parciales es la de haber asumido la totalidad del problema.

Muchos malentendidos, confusiones o conflictos que surgen en el equipo al tratar con un paciente límite son emergentes de esta situación. Superar este estancamiento en la agregación o sumación de diagnósticos y técnicas terapéuticas, y en su lugar lograr un cambio de perspectiva, sería beneficioso para los equipos. Esto implica posicionarse con respecto al paciente como un punto de encuentro de observaciones y adoptar un marco que sintetice lo observado.

No se trata de establecer una jerarquía entre figuras profesionales o dispositivos de atención, sino de transformar los marcos de referencia durante el proceso terapéutico. A partir de este punto, se pueden integrar los diversos aspectos disciplinares o especializados que enriquecen la comprensión de la solicitud de atención. El equipo debe ser capaz de establecer espacios de descentralización (reuniones de equipo, formación, supervisión) para reflexionar sobre sus tareas institucionales y repensar sus implicaciones.

Simplemente quisiera ofrecer algunas reflexiones sobre los límites del trabajo institucional, intentando interpretar estos límites como elementos que pertenecen al encuadre (espacio, tiempo, funciones y tarea), capaces de organizar el campo de intervención, activar el contenimiento y estimular los aspectos vitales de pacientes y profesionales. Es decir, quiero examinar los aspectos dinámicos y positivos de los límites, dejando de lado la obvia consideración de la frustración y la persecución.

Armando Bauleo nos recordó que, antes de brindar ayuda, los servicios deben ser capaces de decodificar y, de alguna manera, respetar la originalidad de la demanda. El encuadre servirá para internalizar lo externo y observar lo interno desde fuera.

Es decir, nuestra función no es la de facilitar la interacción social de forma concreta,

sino la de transformar una situación de sufrimiento, partiendo de nuestras propias limitaciones y las de la persona afectada. La relación con los pacientes con trastorno borderline ya no se enmarca en un contexto dual, sino en un ámbito de vínculos. Observar este ámbito implica saber dónde nos encontramos, qué podemos hacer realmente ante una demanda, reconocer nuestras propias limitaciones y confiar en los aspectos vitales del paciente, incluso cuando este a menudo nos incite a atenderlo por completo, estimulando nuestra sensación de omnipotencia. Una de las consecuencias de esta última actitud es que los servicios alcanzarán rápidamente la saturación, con todas las repercusiones imaginables, incluidas las económicas.

Para la nueva clínica de atención a pacientes con trastorno borderline, el paciente y la enfermedad son dos cosas distintas; es importante reconocer que la persona con este trastorno surge de una estructura familiar en la que está implicada, cuyas limitaciones deben explorarse más allá del contexto exclusivamente individual.

La negativa a comprender que toda dinámica experimentada es resultado de intersecciones verticales, horizontales y transversales conduce al deseo de resolver cada conflicto considerando al paciente, aquel en quien surge, como el problema en sí mismo. Por esta razón, es necesario situar las sesiones grupales, como la psicoterapia grupal, la psicoterapia familiar y los grupos multifamiliares para pacientes y sus familias, en el centro del tratamiento de las personas con trastorno límite de la personalidad, así como el trabajo en equipo, la formación y la supervisión de los profesionales.

Para un tratamiento exitoso, es fundamental que todo el equipo de operadores comparta el modelo teórico y clínico de referencia. Muchas discusiones y desacuerdos dentro del equipo se derivan de la falta de conceptos generales compartidos sobre la naturaleza del llamado trastorno borderline. Las divisiones más frecuentes surgen entre quienes tienden a enfatizar los aspectos necesitados y deficientes de estos pacientes y quienes, en cambio, enfatizan los aspectos agresivos y destructivos.

En este sentido, Pichon-Rivière habló de la movilidad de las estructuras, lo que significa que las estructuras son instrumentales y situacionales en cada momento, en cada aquí y ahora del proceso de vinculación. Las personas borderline son quienes más demuestran esta movilidad estructural.

Algunas líneas de trabajo

En este artículo, nos centramos en tres aspectos del manejo del paciente borderline:

- 1) Falta de sentido de continuidad y dependencia
- 2) Violencia borderline y violencia institucional
- 3) Transferencia viscosa y contratransferencia extremadamente agotadora

1) Falta de sentido de continuidad y dependencia

a. El holding del que habla Winnicott comienza como una salvaguarda para la existencia continua del bebé y, con el tiempo, se transforma en apoyo a los modos de existencia del niño, que se vinculan con la madre.

Winnicott nos habla de la experiencia del paciente que proporciona cada detalle de su

fin de semana y se siente satisfecho cuando, al final, todo se ha dicho, aunque el analista se dé cuenta de que no se ha realizado ningún trabajo analítico. A veces debemos interpretar esto como la necesidad del paciente de ser conocido en todas sus partes y aspectos por otra persona. Ser conocido significa sentirse integrado, al menos en la persona del analista. Esto es lo que se encuentra comúnmente en la vida del paciente borderline: casi siempre ha carecido de un lugar que le permita reunir sus fragmentos.

Cuando Winnicott hace esta afirmación, no se refiere a "interpretar" en el sentido de ofrecer interpretaciones verbales al paciente, sino más bien a representar ese espacio humano en el que el paciente se integra como un todo. Para la institución, este tipo de acompañamiento incluye la tarea de proporcionar un espacio (estado mental) en el que el paciente pueda reunir todos sus fragmentos.

b. El **encuadre** confiere al momento espacial un doble significado. Bleger nos dice que el encuadre señala lo que ocurre en los límites entre el interior y el exterior; es el emblema de la presencia de una situación institucional, y por ello subraya que siempre está presente. Si hay un dispositivo terapéutico, necesariamente hay un encuadre. Por eso nos advierte sobre situaciones en las que el encuadre plantea problemas. Y los pacientes borderline plantean serios problemas con respecto al encuadre. Bleger cree que ciertos aspectos se almacenan e inmovilizan en el encuadre, especialmente los más psicóticos o problemáticos de la situación o de los dos participantes en el vínculo. Estos son aspectos vitales para el paciente y el terapeuta, porque tocarlos implicaría el riesgo de perturbarlos y desequilibrarlos excesivamente. Surge la pregunta de qué hacemos con el encuadre y, sobre todo, qué hace el encuadre con nosotros, con respecto a la orientación y el significado que le damos al tratamiento, el marco de referencia que tenemos y las fantasías que se desarrollan. Porque lo que siempre está presente no se percibe. Me refiero a lo que Bleger denomina el «mundo fantasma» del paciente, y a veces del terapeuta.

c. La noción de **contenimiento** busca describir el espacio de pensamiento y comunicación entre el paciente y el terapeuta, quienes mantienen una relación íntima. Parte de lo que ocurre en la situación de contenimiento constituye un proceso de identificación proyectiva puesto al servicio de la comunicación.

La relación de contenimiento de Bion siempre requiere una interacción emocional dinámica entre los pensamientos oníricos (el contenido) y la capacidad de soñar (el contenedor). Se centra fundamentalmente en la elaboración (ensoñación) de pensamientos derivados de la experiencia emocional vivida.

Para Bion, el interés central del psicoanálisis reside en la interacción dinámica entre los pensamientos y sentimientos derivados de la experiencia emocional (el contenido) y la capacidad de soñar y pensar estos pensamientos (el contenedor). Como sabemos, la capacidad de pensamiento de la persona con trastorno borderline es mínima, y predominan las conductas disruptivas y los ataques violentos.

En otras palabras, la tarea principal del equipo consiste en establecer las condiciones en el encuadre que permitan el crecimiento mutuo del contenedor (la capacidad de reverie) y el contenido (pensamientos y sentimientos derivados de la experiencia).

Cuando la persona con trastorno borderline desarrolla la capacidad de generar una mayor variedad de pensamientos y sentimientos, caracterizados por una mayor profundidad, en respuesta a sus experiencias (pasadas y presentes), y de soñar con esos pensamientos (es decir, de realizar un trabajo psicológico inconsciente con ellos), ya no necesita la contención del terapeuta. Sabemos, por la práctica clínica, lo exigente que es este proceso.

2. Violencia borderline y violencia institucional

Al tratar con un paciente agresivo y violento, siempre es mejor tener presente, mientras nos protegemos, que detrás de la violencia puede haber alguien que en realidad se siente muy débil y vulnerable.

Las personas con trastorno borderline que presentan un comportamiento violento no suelen aparentar miedo ni vulnerabilidad. De hecho, a menudo demuestran valentía.

Si situamos a las personas con borderline en un contexto institucional, los pacientes son genuinamente vulnerables: se autocritican y se sienten impotentes o con control, y son, en realidad, personas con necesidades especiales y frágiles.

Hemos observado repetidamente que el poder de los profesionales afecta la sensación de vulnerabilidad de los pacientes, lo que puede provocar una respuesta agresiva. Al mismo tiempo, la importancia de controlar la violencia es evidente, y lo es también, y sobre todo, para el paciente (en algún rincón de su mente). En este sentido, muchos pacientes sienten la necesidad de control externo. El control del paciente es un tema complejo, con muchas facetas.

Los pacientes que atendemos tienen vidas emocionales muy problemáticas, lo que los hace particularmente vulnerables a sus propios sentimientos. Con frecuencia experimentan sentimientos intolerables de celos, exclusión, rivalidad, frustración y vacío. Muy a menudo, el sufrimiento que lleva a la institucionalización surge del intento de sobrellevar estos sentimientos intolerables con ayuda. En este sentido, existe una vulnerabilidad estrechamente ligada al estado mental y no exclusivamente relacionada con la seguridad física. Cualquier intervención profesional que amenace con sacar a la luz un estado emocional que los pacientes reprimen por considerarlo insoportable tiene un efecto poderoso y los hace extremadamente vulnerables.

Muchas de las personas que acuden a nosotros en busca de ayuda han pasado sus vidas, especialmente su infancia, con figuras parentales que probablemente fueron objeto de amor, pero que les causaron una privación tan intolerable que todo ese amor y cuidado se transformó posteriormente en odio.

Quisiera concluir este punto enfatizando que, en nuestro contexto histórico actual, se nos insta cada vez más a centrarnos en la violencia y la inseguridad resultante que todos experimentamos en la vida cotidiana de nuestras ciudades, considerándolas injustas e insoportables. Algunas personas pueden ser identificadas como simplemente malvadas o como totalmente dedicadas a aterrorizar a los demás. Es fundamental no trasladar estas actitudes socialmente arraigadas a nuestro trabajo con los pacientes. Como hemos visto, la violencia de las personas borderline tiene un origen y un contexto completamente diferentes.

3. Transferencia viscosa y contratransferencia extremadamente fatigada

Las formas en que los pacientes borderline manifiestan sus problemas de diferenciación del yo son complejas. Solo tras un periodo de trabajo podemos empezar a comprender la magnitud de su incapacidad para distinguir, salvo superficialmente, entre sueños nocturnos y fantasías diurnas, por un lado, y percepciones de la realidad externa, por otro; entre recuerdos del pasado y percepciones del presente; entre emociones y sensaciones físicas; entre pensamientos (y/o sentimientos) y acciones; entre niveles simbólicos y concretos de comunicación; entre ellos mismos y los demás; entre ellos mismos y el mundo exterior; entre aspectos humanos y no humanos.

Una dificultad importante en el trabajo con borderline reside en su incapacidad para distinguir entre la imagen de transferencia interna que tienen del terapeuta (la madre incompetente) y el propio terapeuta. Este efecto vinculante alucinatorio es tan efectivo que el terapeuta tiene grandes dificultades para percibir el elemento de transferencia, diferenciado de la realidad de su sentido habitual de identidad. Bleger afirmó que el analista debe mantener una separación constante entre el depositario y lo que se deposita en la transferencia.

La contratransferencia del terapeuta oscila entre un profundo sentimiento de culpa debido a su propia impotencia y el temor a ver al paciente deteriorarse, y un fuerte odio hacia el paciente que compite con el terapeuta, lo devalúa y lo desprecia. Creo que el verdadero riesgo de contratransferencia en pacientes límite es una especie de fatiga. El cansancio de sentir esta tendencia repetitiva, este vínculo de dependencia y agresión, que se repite con una persistencia obstinada y atormentadora que nos hace sentir atrapados.

Esto parece generar una sensación de fatiga enorme, pero rara vez reconocemos que estamos fatigados, en el sentido que mencioné antes, es decir, agotados y vacíos. Gestionamos la fatiga de maneras casi siempre pedagógicas: "Te diré qué hacer y tienes que obedecerme".

El otro riesgo, igualmente grave, es aceptar indiscriminadamente la dependencia del borderline y entrar en el juego de la necesidad, diciendo: «Esta persona está tan triste, tan sola, tan infeliz, que tengo que hacer todo lo que me pide».

Pero la gratificación implica entrar en el juego de la dependencia agresiva, la frustración implica salir de él, pero en ninguno de los casos se cuestiona dicho juego. De alguna manera, se gestiona mediante la actuación del terapeuta.