

CASTALIA: Eudemonología Comunitaria y Violencia.*

Por

Eliseo Miguel González Regadas^[1]

Historia

Castalia surge en 1982 como Grupo de Trabajo, Estudios e Investigación en Psicosis de Adultos (**GRETPA**), reuniendo a un grupo de asistentes sociales, psicólogos y psiquiatras que trabajaban en instituciones y estaban interesados en profundizar en la comprensión e instrumentación de los fenómenos psicóticos en una población juvenil y adulta. Las reflexiones surgían a partir de los aportes de las experiencias institucionales de los participantes en el grupo.

Al cabo de tres años de funcionamiento – y por una circunstancia coyuntural^[2] –, el grupo se constituyó en Equipo de Trabajo funcionando con la modalidad de una Comunidad Terapéutica Diurna de puertas abiertas. A partir de ése momento, por consenso, pasa a denominarse **Castalia** organizando cuatro sectores de actividades discriminados: 1) Docencia; 2) Investigación; 3) Tratamiento y 4) Prevención.

A lo largo de su historia han tenido un peso y gravitación variable estos componentes de la estructura institucional que siempre han estado presentes con peso e importancia variable según la época.

Una Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Diurna

En ésta exposición vamos a restringirnos al sector de la Comunidad Terapéutica Psicoanalítica Diurna, para examinar una situación de violencia en la institución y su tramitación en el marco de las actividades terapéuticas.

El funcionamiento con el modelo de una Comunidad Terapéutica Diurna se refiere a que es una institución abierta, participativa, activa, crítica, multi-grupal y multifamiliar y con una delegación personalizada de las funciones. Los miembros que la integran son los asistidos (incluye a los familiares con los que convive que vienen una vez a la semana) y los terapeutas. La relación de los

miembros con funciones terapéuticas y miembros asistidos es generalmente de uno a uno; como máximo, de dos a uno. El número medio de integrantes (entre terapeutas y asistidos) oscila en los veinte a veinticinco (excluyendo los familiares). Los miembros asistidos y sus familias tienen problemas y experiencias de vida más o menos semejantes a las que buscan encontrarle un significado compartido a través de la participación en diversas actividades. Las actividades que se realizan como parte de un programa terapéutico, no son más que un *recurso* del que se vale la *red terapéutica comunitaria* en el marco de la *estructura dinámica* que brinda la institución. En el devenir del proceso terapéutico comunitario psicoanalítico, los participantes van transformándose y transformando la tarea que apunta al conocimiento de *lo psicótico* (no de la psicosis). Este espacio que proporciona el programa de actividades permite, en condiciones de seguridad afectiva, el despliegue y reactivación de los conflictos, que tienen la posibilidad de irse elaborando y produciendo cambios que modifiquen la situación que inicialmente trajo a la institución. La Comunidad Terapéutica Psicoanalítica busca habilitar a la red terapéutica comunitaria para que vaya estableciendo el *nudo de significaciones* que atraviesa sincrónicamente a los diversos espacios institucionales implicados: el individual, el familiar y el grupal que la constituyen e instituyen. Las intervenciones psicoanalíticas son posibles en estos diferentes espacios en momentos y situaciones variadas.

¿Por qué hablamos de **Psicoanálisis institucional terapéutico-comunitario** o de **Psicoanálisis ampliado al campo multi-personal de la institución terapéutica comunitaria?** ^[3] Castalia monta un dispositivo (tiempo, espacio, personas y un objetivo común) que le permite a la institución, organizada como comunidad terapéutica, el despliegue de las *transferencias* (psicoanalíticas) *recíprocas* y su empleo terapéutico con el propósito de promover los cambios posibles en las dimensiones (intra e inter personal; intra e inter familiar; intra e inter grupal; intra e inter institucional) implicadas en el proceso. El tipo de transferencias que particularmente nos interesan son las que despliegan *lo psicótico* y *lo trasgresor* como moneda de intercambio entre los miembros de la institución. Esto no excluye, ciertamente la importancia que tiene la *presencia* y las características propias de la personalidad de los terapeutas y lo “real” (fáctico), como factores transformadores de primer orden. El proceso terapéutico, en su globalidad, es conceptualizado por el equipo terapéutico

como un *proceso psicoanalítico* que se desarrolla en el campo dinámico transpersonal que es la institución terapéutica comunitaria. (Por cierto que esto tampoco excluye la transdisciplina y la posibilidad de lecturas desde vértices diferentes dentro del equipo, que van creando un “lenguaje común”, propio, a partir de una práctica clínica compartida en forma cotidiana).

Factores terapéuticos identificados en la red terapéutica institucional

Básicamente hemos identificado a tres que nos parecen los más relevantes en la *red terapéutica comunitaria*. Obviamente, los tres tienen que ver con lo atinente a lo psicótico, lo adictógeno y lo trasgresor y están presentes, según el momento y la situación en juego, en grado diferente. Ellos son:

Ä La *función de sostén-continencia* relacionada con la posibilidad de reparación de lo que Michael Balint llamó la “falta básica”: un contexto de privación afectiva, falta de cuidados y desamparo original que dejan una impronta “carencial” que se canaliza a través de reclamos insaciables a los que nunca se puede colmar. Se trata de una situación de indigencia psíquica que lleva a los involucrados a apelar a satisfacciones muy regresivas. Ejemplos de ello se pueden encontrar en la relación terapéutica de Séchehaye con su paciente René. [\[4\]](#)

Ä Una *función sintético* [\[5\]](#) *-reunificadora* [\[6\]](#) que posibilita a los involucrados – institución comprendida – reparar la escisión y las maniobras de fragmentación (de los afectos, las situaciones y las personas) que se realizan durante el proceso terapéutico-comunitario. Las asambleas comunitarias, las reuniones de equipo, las supervisiones de la tarea con alguien ajeno a la labor cotidiana de la institución, son instancias favorecedoras de este tipo de función.

Ä Para salir de la ambigüedad, confusión, sincretismo, endogamia; apelamos al establecimiento de una *legalidad estructurante* fundada en un “contrato social comunitario”. La institución conviene, en forma consensual, establecer reglas que habilitan a los miembros para funcionar en ella. Vamos a

detenemos en esta última función por que es la que se relaciona con las trasgresiones a las normas de convivencia, en especial las que se refieren a *situaciones de violencia*.

Para una ética de la convivencia en situaciones de severa conflictividad

Pienso que una de las tres funciones terapéuticas (la que permite organizarse a un aparato psíquico y habilita el acceso a la cultura y la socialización) está relacionada directamente con las posibilidades de *establecimiento de una normativa o legalidad estructurante*, trófica. Esta función trófica ligada a la instancia superyoica, es la que se opone a la anomia, el caos, la destrucción y el ataque a los vínculos y la capacidad de creación propios de *lo psicótico y lo trasgresor*. ¿Por qué es tan difícil para **todos** los integrantes de la Comunidad Terapéutica preservar este factor, que habilita la convivencia, libre de ataques destructivos?

Toda ley o convención, aún cuando hayan sido aceptadas libremente por todos (como ocurre en las Comunidades Terapéuticas) establecen un límite y, por consiguiente, son una afrenta narcisista para la *omnipotencia patológica* que domina las dimensiones de lo psicótico, lo trasgresor y lo adictógeno. En cualquiera de éstas dimensiones en que puede funcionar el psiquismo o los grupos humanos, predomina el caos, el desorden, el aglutinamiento, la confusión, la indiscriminación, el impulso a actuar compulsivamente sin pensar; mientras que *la ley es un ordenador* (al que se resiste y opone activa o pasivamente la persona que viene a tratarse y sus familiares).

Decíamos que toda norma regula intercambios entre los miembros. Se establece la igualdad de todos frente a ella y también la naturaleza de los intercambios que apuntan al crecimiento y bienestar de los individuos, sus familias y de los grupos que integran. El funcionamiento trasgresor, lleva a considerar la norma bajo el aspecto del “todo o nada”: Se la incorpora de un modo “concreto”, masivo, a- crítico, puntual; o se lo repudia como algo ajeno, alienado, que nada tiene que ver con las convenciones acordadas libremente (el “pacto social comunitario”).

La *legalidad estructurante*, por otra parte, choca con los anhelos regresivos y la búsqueda ilusoria del placer oceánico, narcisista, característico de lo psicótico.

El malestar que se genera por esto es muy grande, sobre todo cuando domina la vivencia de una *falta básica*.

Una situación violenta y su procesamiento terapéutico

Vamos a relatar un episodio que ilustra una situación violenta con relación al tema de los límites y a como esto fue encarado a través de intervenciones psicoanalíticas diversas.

Una norma convenida consensualmente en Castalia es la de avisar si se falta a una actividad; tratando de hacer uso “de todo el tiempo” destinado a cada una de las actividades del programa terapéutico que se está llevando a cabo. El fundamento para tomar estas decisiones está dado por que, en tanto las actividades son cogestionadas, la ausencia de un integrante es significativa para el resto del grupo y provoca mucha ansiedad no saber lo que puede estar pasando. Además un intercambio respetuoso del otro presupone tener en cuenta a los demás que están coparticipando con nosotros en una tarea cotidiana. Respecto a la regla institucional de “aprovechar al máximo posible el tiempo de cada actividad”; esto se vincula con que a Castalia se viene para irse y no para quedarse. Por otra parte, para irnos de un lugar, primero tenemos que poder estar en él.

El momento al que nos referimos había ingresado un nuevo integrante a la Comunidad y el tema candente era la falta de espacio, de atención, destinado a cada uno por parte de los terapeutas y de la institución. Esto era del lado de los asistidos. Del lado de los terapeutas la queja era que la institución era muy “exigente”; que se estaba dedicando tiempo a demasiadas cosas; que había que irse a la hora convenida; que las reuniones del equipo se prolongaban, etc.

En el trabajo con las familias se habían hecho notorias las ausencias de miembros que, usualmente, eran asiduos concurrentes: aducían “compromisos afuera”. Al terminar una reunión familiar el padre de uno de los pacientes le dice (“riéndose”) a una terapeuta: “Miren como me vine preparado” – y saca una navaja la abre.

Durante las sesiones de supervisión del funcionamiento del equipo, la problemática se centraba en las “actuaciones autoritarias” que se atribuían al coordinador del equipo. Estas “actuaciones” se referían a “decisiones inconsultas”, “equivocos”, en su modo de interpretar lo resuelto por los

terapeutas, etc.

Celiar, coincidiendo con que se lo desaloja de su habitación a raíz de que su hermana casada, el esposo y el bebé van a vivir allí; comienza a concurrir solo una hora a las actividades y dice que piensa dejar de concurrir. Su hermana había hecho un episodio psicótico agudo. Tuvo una internación psiquiátrica de dos semanas y el médico tratante le pidió que fuera a vivir a la casa de sus padres porque no estaba en condiciones de “estar sola y hacerse cargo del hijo.”

Celiar, tanto para los miembros de su familia, los del grupo, su psiquiatra tratante y el equipo terapéutico de Castalia, iba “empeorando a ojos vista”. Se lo describía como “un extra-terrestre afiebrado”. “Me voy, no quiero ir, no aguanto más... Quisiera volver atrás, a un punto...” – eran cosas que manifestaba en ése entonces. Su situación ocupaba el centro de las preocupaciones institucionales. Los esfuerzos infructuosos de sus compañeros para que permaneciera en las actividades y trabajara su conflicto, les llevaron a decir en diferentes momentos: “¡Yo le trancaría la puerta”! (Castalia es una “institución de puertas abiertas”).

Al comienzo de una Asamblea Comunitaria de un lunes Celiar expresa resueltamente, con voz fuerte y contundente: “¡Me voy!” Sus compañeros se miran desesperanzados e impotentes y el terapeuta que coordinaba la actividad, se levanta automáticamente, saca la llave de la puerta después de cerrarla diciéndole: “No te vas; te quedás y hablás de que querés irte.” Celiar enrojece, “parece una bomba a punto de estallar”, amaga con empujar al terapeuta y éste siente que lo quiere golpear con mucha violencia y enojo. Sin embargo, Celiar va hacia el teléfono y pregunta: “¿Puedo hablarle a mi hermana?” El terapeuta le responde afirmativamente y luego, en el curso de la actividad, se trabaja su enojo por haberse quedado sin lugar en la familia (“desalojado por mi hermana”); el enojo de los compañeros “porque yéndose no nos daba un lugar a nosotros, nos borraba”. Con la familia, a partir de este “acto” del terapeuta, se tramitó el enojo que ellos tenían con ése terapeuta en particular y con la institución, en general, por que los dejaba “solos” (al modo de ver de ellos) con una “situación enloquecedora.”

Publicaciones sobre CASTALIA (1991) ^[7]

Freire de Garbarino, M.; González Regadas, E.M.; Pampillón de González, S.; Soca, J.J.; Vaczy, M.: **“CASTALIA: Una aproximación terapéutico-comunitaria de las psicosis”**, Montevideo, Revista de Psiquiatría del Uruguay, Nos. 303-304, Mayo-Agosto, 1986, pp. 182-197.

González Regadas, E.M.: **“Un modelo terapéutico-comunitario y su aplicación a lo psicótico”**, Montevideo, revista Descubrir, N° 2, Junio de 1987, pp. 72-80.

González Regadas, E.M.: **“Comunidades es plural”**, Montevideo, Revista Relaciones, N° 37, Junio de 1987, pp. 20-21.

González Regadas, E.M. y col.: **“Castalia, una Comunidad Terapéutica montevideana”**, Montevideo, Revista Relaciones, N° 39, Agosto de 1987, pp. 16-17.

Berta, R. y Gastal, F.: **“El papel de lo psiquiátrico en la Comunidad terapéutica CASTALIA”**, Montevideo, Revista de Psiquiatría del Uruguay, N° 313, Julio-Setiembre de 1988, pp. 174-180.

González Regadas, E.M.: **“Comunidad terapéutica y psicosis crónicas”**, Montevideo, Revista Relaciones, N° 56/57, En-Feb. 1989, pp. 10-11.

González Regadas, E.M.: **“Las Comunidades Terapéuticas y el tratamiento de las psicosis”**, Montevideo, Revista de Psiquiatría del Uruguay, N° 316, Abr.-Jun. 1989, págs. 121-131.

González Regadas, E.M.: **“Duelo en las psicosis”**, Montevideo, Revista Relaciones, N° 77, Oct. 1990, pp. 10-11.

APENDICES

I. Referentes teóricos y filosóficos.

Aristóteles en su “*Moral a Eudemo*” (en “*Obras selectas de Aristóteles*”, Buenos Aires, El Ateneo, 1959, 2ª Edición, págs. 665-800) trata, como en el resto de sus obras sobre Etica (*Etica a Nicómano*, la *Gran Moral*), el tema de **la felicidad “y por qué medios se la puede adquirir”**. Por consiguiente, no es un ensayo teórico sobre la felicidad, sino un tratado “práctico” acerca de cómo acceder a “la más bella y a la mejor de las cosas, que es, a la vez, la más agradable y la más dulce” (op. cit., p. 667). En esta misma línea de pensamiento se sitúa Arturo Schopenhauer cuando escribe *Parerga y Paralipomena: Aforismos sobre la sabiduría de la vida* (Madrid, Bergua, s/f). Allí retomando a Aristóteles dice que la diferencia entre los mortales se reduce a tres cosas fundamentales: lo que uno *es*, lo que uno *tiene* y lo que uno *representa*. Este último aspecto se refiere a “la manera como los demás consideran a un individuo. Es decir, su opinión sobre él. Y se divide en honores, categoría y gloria” (op. cit., p. 79).

Al hablar de una *eudemonología comunitaria* nos ubicamos en esta tradición aristotélica retomada por Schopenhauer donde lo que se trata de dilucidar no es un problema teórico sino una opción práctica de vida que hacen las personas que están inmersas en ella; elección que tiende a lograr el mayor grado posible de individualidad-felicidad, dentro de un grupo humano sostenido por los valores que animan a las Comunidades Terapéuticas como modelo ideal de trabajo.

Señala Rousseau en **El contrato Social** (Buenos Aires, El Ateneo, 1959, p. 844): “el orden social constituye un derecho sagrado que sirve de base a todos los demás. Sin embargo, este derecho **no es un derecho natural: está fundado sobre convenciones**. Se trata de saber cuáles son esas convenciones.” La pregunta que se hace Rousseau es ¿cuál es la utilidad que lleva a los individuos a enajenar su libertad? Esta misma pregunta es la que se formula Freud en **El malestar de la cultura (Obras Completas, Tomo III, Madrid, Biblioteca Nueva, 1973, p. 3017)** haciendo referencia al renunciamiento de la satisfacción libidinal individual a favor de la cultura. Renunciamiento que trae aparejado siempre – de acuerdo a Freud – un “malestar”.

Entre nosotros – me refiero a Castalia – hemos debatido mucho acerca del “origen” de dicha normativa (al estilo de las controversias entre el derecho natural y el derecho positivo, sus relaciones, concordancias y divergencias).

¿Quién establece la ley en la Comunidad Terapéutica? Un padre originario todopoderoso (*Urvater*) del cual **este padre concreto** (el director, coordinador, líder, o como quiera llamársele) es el representante viviente? Entre nosotros hemos visto que no es así, aunque en condiciones de **anomia comunitaria** se le ha adjudicado ése lugar al director. En este caso el **contrato social comunitario** establecería formas de intercambio y vinculación a través del nexo con un Padre Terrenal representante del Padre Celestial, originario y Terrorífico. El ejemplo es el de Yavé-Moisés-pueblo judío, tal como está descrito en el Antiguo Testamento.

El hecho concreto es que el **acta fundacional** de una institución supone la definición de reglas de intercambio entre sus miembros. Los antropólogos y etnólogos han visto que todas las sociedades tienen reglas muy precisas de intercambio a partir del establecimiento del **tabú del incesto** que son generadoras de los lazos elementales de parentesco. Una norma **fundamental** es, por consiguiente, no mantener un intercambio sexual entre aquéllos que tienen una relación **fraterna**, por ejemplo. El nexo que se genera entre los miembros de un pequeño grupo integrante de una CT es el de una **solidaridad fraterna** (*Gemeinschaftgefühl*). (Ver Tönnies, F.: **Comunidad y Asociación**, Barcelona, Península, 1979).

Una vez establecido el **contrato social comunitario en la CT** queda establecido otro principio **fundamental** y es el de **la igualdad de todos** los miembros ante la ley, o convención, o hipótesis fundacional. Los miembros de una CT, como los miembros de una sociedad democrática helénica, son iguales ante la ley a pesar de ser únicos y diferentes entre sí (por ejemplo, unos terapeutas y otros pacientes).

II. Relaciones entre las normas sociales y las normas

comunitarias ¿Adecuación o conflicto?^[8]

Una pregunta clave que surge reiteradamente: Las normas comunitarias, *para ser terapéuticas* ¿deben ser una reproducción de las normas sociales, estar en contradicción con éstas, ser complementarias?

- Relación entre la letra y el espíritu de la norma. (1)
- ¿Toda norma está hecha para transgredirse? (2)
- Las normas y los valores. (3)
- Relación entre las normas comunitarias y la realidad: ¿qué realidad? (4)

(1) *La letra mata, el espíritu vivifica* (Segunda carta de Pablo a los Corintios).

(2) “Formulándose como un imperativo categórico, la ley solo tiene sentido para una voluntad inclinada a actuar de un modo diferente. Nuestras voluntades no son santas. Calificar la ley moral de imperativo categórico significa reconocer implícitamente nuestro deseo de transgredir.” (Carlos Sopena en **Relaciones** 32/33, p. 8).

(3) “La familia, como espacio de interacción comunicativa privada y segura, aumenta su peso como trasmisor de cultura. Una familia que, por demás, tiende a ser de tipo ‘extendida’, dada la crisis económica, no puede haber funcionado más que como ‘conservador de tradiciones’”. (*Relaciones* N° 40, contratapa). “El proyecto de modernidad formulado en el siglo XVIII por los filósofos de la Ilustración consistió en sus esfuerzos para desarrollar una ciencia objetiva, una moralidad y leyes universales y un arte autónomo acorde con su lógica interna. Al mismo tiempo, este proyecto pretendía liberar los potenciales cognoscitivos de cada uno de estos dominios de sus formas esotéricas. *Los filósofos de la Ilustración querían utilizar esta acumulación de cultura especializada para el enriquecimiento de la vida cotidiana, es decir, para la organización racional de la vida social cotidiana*” (Habermas, en *Relaciones* N° 40, p. 13).

(4) La **realidad compartida**, es una realidad que se la supone cotidiana, común y conocida. (En J. Hochmann: **Realité partagé et traitement des psychotiques**, Rev. Fran. de Psychan., T. L (6), 1986, pp. 1643-1661). Para una descripción de los rasgos de los uruguayos ver Julio Herrera y Reissig: **Epílogo wagneriano en Poesías completas y páginas en prosa**, Madrid, Aguilar, 1961, pp. 767-768.

III. El vínculo con la realidad compartida ^[9]

Hay dos realidades: la **psíquica** (*Wirklichkeit*) y la **fáctica** (*Realität*). Se da una relación dialéctica entre ambas: Una se opone a la otra.

La terapéutica comunitaria puede ser concebida como un tratamiento por la realidad fáctica en tanto ésta puede resultar chocante y confrontarse con la realidad psíquica. La dimensión **inconsciente** de la realidad psíquica es crucial; sobre todo teniendo en cuenta que en la dimensión psicótica se expresa espacialmente debido a su a-temporalidad.

El **yo consciente** es la instancia **negociadora** entre ambas realidades (aquí vale la comparación freudiana del jinete y la cabalgadura a la que alude en **El yo y el ello**). Uno se pregunta cómo se establece **el yo consciente comunitario** como resultante de la confrontación de ambas realidades. Yo lo definiría inicialmente como *una instancia de compromiso*. Resulta de una negociación entre las dos realidades que daría lugar a la creación de un tercer espacio que podríamos denominar, con Winnicott, **transicional**. De todas formas no es exactamente igual al **espacio transicional** de éste autor. Es una transición, en ambos sentidos, entre dos realidades diferentes que da lugar a la “creación” de una tercera realidad.

Esta “tercera realidad” es **la realidad compartida**, la **realidad cotidiana de lo comunitario**. Realidad con fronteras móviles (Federn) ^[10] y que apunta a afianzarse sobre la base de una *dominancia yoica* (Kohut). Por *dominancia* se entiende una situación de **conducción** en la que jinete y cabalgadura se integra en un todo con funciones diferenciadas (el jinete conduce, pero el móvil es la cabalgadura).

Dice Kohut en **La furia narcisista** ^[11]: “(la dominancia yoica) es el jinete **sobre** la cabalgadura. El hombre en el momento que responde a sus fuerzas internas, en que establece sus metas y forma sus principales reacciones frente al medio, el hombre como participante efectivo en el escenario de la historia. Particularmente en el campo narcisista, el predominio yoico aumenta nuestra capacidad para reaccionar con todo el espectro de nuestras emociones: con desengaño y rabia o con sentimientos de triunfo, en forma controlada, pero no necesariamente restringida” (p. 437 de la versión castellana).

J. Hochmann habla de “*la importancia de una realidad cotidiana compartida*”

destacando que ésta cumple una función de sostén y apoyo, proporcionando, además, al aparato psíquico de una capa protectora contra las percepciones delirantes (p. 1646). Las dificultades para llevar a cabo una cura psicoanalítica clásica están dadas por la imposibilidad del paciente, de hacer una suspensión temporaria, durante la hora de sesión, **de la realidad cotidiana compartida** “el psicótico no se contenta con palabras, necesita actos... no importa cuáles” (p. 1647).

IV. Normativa comunitaria y equívocos en su interpretación

- **Equívoco: flexibilidad, rigidez.**

Se habla de ser flexible o rígido en la aplicación de las normas cuando se debería cuestionar si la norma **se aplica** o **no se aplica**. La norma no es “rígida” o “flexible”. Su aplicación tampoco es “rígida” o “flexible”; lo que cabe considerar si la norma se aplica o no porque es – o deja de ser – útil para ordenar, regular una situación dada.

- **Equívoco: límite/limitación.**

La norma es siempre un **límite** que se establece porque hay fundamentos impuestos como válidos por los que la adaptaron para fijarlos. La **falta de límites** es la **omnipotencia**. El reconocimiento de límites es la humildad. Los límites son habilitantes, son ordenadores de los intercambios, abren puertas mostrando las carencias. No puede resolverse “todo”. No pueden admitirse “todos” los pacientes; y esto no sólo por razones económicas. Hay gente con muchos recursos económicos que tienen tantos límites para ignorar una CT como el que no tiene ningún recurso. La limitación es la patología del límite: cuando el límite es sentido como inhabilitante y no como algo habilitante a otra cosa diferente. Los límites económicos de cada familia o individuo varían; según el momento, las circunstancias socio-económicas, etc., etc. El límite es algo dinámico. Todas las cosas tienen límites: la ilimitación es la psicosis. Desde el punto de vista psicoeconómico, la psicosis es la economía del

despilfarro. Se despilfarran contrainvestiduras sin ton ni son para contrarrestar la agresión, el caos desorganizante, la destrucción.

No debemos confundir a una persona, o familia, grupo o institución limitada, con una persona con limitaciones, o un grupo, familia, o institución con limitaciones. El carecer de límites es una limitación: esto es lo que sucede con la psicosis y lo psicótico.

- **Normativa y trasgresión. Lo trasgresor.**

Sabemos que una normativa puede volverse limitante; entonces está caduca. Su trasgresión es expresión de esta caducidad y un acto de creación: hay que derogar la norma caduca, crear un nuevo ordenamiento a partir de ese acto saludable de creación (lo instituyente).

Transgredir un clisé de pensamiento o un modo de percibir el mundo es un acto de creación. Esto no debe confundirse con lo **trasgresor** que es un ataque a la creación misma, una agresión a la capacidad de crear y ver cosas de un modo diferente.

Así como no debemos confundir límite con limitación, trasgresión con lo trasgresor; no debemos confundir crecimiento con perversión del crecimiento. El mundo físico tiene un orden implicado y un orden explicado. El orden explicado, que es el modo humano de organizar el orden implicado del universo físico, es el que varía, caduca, se renueva. Hay explicaciones que pierden vigencia y su trasgresión es un acto de salud: es decretar su caducidad y la necesidad de remoción para dar lugar a otra nueva que dé cuenta mejor de lo que está pasando. (En lo físico, en lo psíquico, en lo social, etc.)

- **Equívoco: legalidad estructurante/legalidad perversa.**

La normativa estructurante está al servicio del crecimiento: son los límites posibilitadores que hacen que una persona pueda acceder a lo social-cultural. Se trata de un freno y una renuncia a la omnipotencia infantil que impide una inserción adecuada en la realidad. Aquí los límites y la renuncia a satisfacer los impulsos en forma inmediata se ven recompensados con el placer de formar parte de un mundo social, de tener un lugar aceptado y reconocido en el mismo. De que los “*enunciados identificatorios*” (Aulagnier) provenientes de lo social nos convaliden teniendo allí un lugar reconocido como valioso.

La **legalidad perversa o supletoria** ^[12] es una transformación de la ley y la normativa en algo desnaturalizado, taliónico, rígido, al servicio del control y de los límites entendidos como limitaciones para actuar creativamente en un marco de convivencia. La legalidad supletoria son los pactos perversos que obligan a cumplir cosas que pueden temerse y no desearse, pero que se realizan a cambio de que se nos reconozca un lugar; lo que es preferible al no-lugar que genera la **angustia de no asignación** (Kaës) ^[13] que emerge en los grupos.

V. Glosario metapsicológico y de drogas.

¿Qué es *el circulante*?

Una representación transpsíquica. Algo presente en muchos psiquismos: de los integrantes de una familia; de un grupo humano; de una institución y que provoca resonancias afectivas y fantasmáticas diversas en los involucrados. Es dinámico y, como lo dice la expresión, circula; pero también puede cristalizar, coagularse y, entonces pasa a tener un poder patógeno.

El *circulante* y la tópica.

Esta *representación transpsíquica* deriva por los diferentes lugares virtuales que emplea como ficción la imagen freudiana del aparato psíquico y va adquiriendo, según el lugar de que se trate, la condición de inconsciente, pre-consciente o consciente. Para nosotros, desde el punto de vista clínico, lo más importante son los **afectos** ligados a éstas representaciones. Si seguimos la ficción de la **segunda tópica** se trataría de representaciones ligadas al **ello**, al **superyó** o al **yo** e investidas con afectos de diverso tipo (placenteros o displacenteros; eróticos o agresivos; libidinales o tanáticos) y que pueden aparecer en grados diversos de fusión o defusión.

Circulante y aparato transpsíquico.

El **aparato transpsíquico** (de un grupo o una institución) por el que deambulan

las representaciones con sus cargas de afecto, es una **estructura dinámica virtual** semejante a lo que Kaës ha denominado **aparato psíquico grupal**. Esta estructura no es algo rígido, sino todo lo contrario, es dinámica, móvil, en constante proceso de transformación, reelaboración y construcción en base, precisamente, a la circulación y/o fijación de las diferentes representaciones transpsíquicas y de sus respectivas ligazones afectivas.

Lo singular, lo colectivo y el/los *circulante/s*.

Hay *circulantes* -los menos- estrictamente idiosincrásicos y únicos que deambulan por las diversas estructuras del aparato psíquico individual. Por lo tanto son representaciones y afectos intraindividuales que pueden generar escasa **resonancia** grupal o institucional; pero que, de todos modos están influidos –e influyen- (con sus correspondientes afectos y sus destinos) sobre esas formaciones colectivas virtuales que son el **aparato transpsíquico familiar, grupal o institucional**.

***Circulante* y psicopatología.**

Las **representaciones transpsíquicas** pueden condensar componentes tróficos, equilibrantes para el aparato y, en tal sentido tienen un efecto *normogénico*; o bien ligan y/o disocian representaciones y afectos traumáticos, antilibidinales, tanáticos, destructivos y son *patogénicos*. Para todos los que trabajamos en el ámbito psíquico, identificar las **representaciones y afectos patógenos transpsíquicos** (ligados a eventos traumáticos que desbordan al aparato psíquico individual) es de importancia primordial. Su interacción, sinergia u oposición con las representaciones y afectos normogénicos pautan los avatares de sufrimiento y/o placer para todos los involucrados en ellas.

Mundo representacional-afectivo y actos (inter-actos).

Hay determinados tipos de situaciones, para determinados y específicos tipos de personas, grupos o instituciones, donde **lo representacional queda momentáneamente cancelado** y pasa a ser sustituido por **actos (actuaciones)**. Estas actuaciones (que en la relación analítica son **inter-actuaciones**) funcionan como el equivalente del mundo representacional (psíquico)

cancelado. El acto aparece *en lugar de...* la representación-afecto traumático/s penoso/s. Podríamos decir que **compulsión a la repetición y acto** configuran un par indisoluble e indisociable. Los **actos** aparecen como **escenificaciones**, en la vida cotidiana de situaciones muy penosas, traumáticas, que el individuo, el grupo, la familia o la institución tramitan por la vía de la repetición. La **adicción para el Psicoanálisis** –tal como nosotros la entendemos- es una forma específica de **compulsión a la repetición del acto** de incorporar sustancias psicoactivas al aparato psíquico cada vez que éste se ve amenazado por derivados de situaciones traumáticas no elaboradas y que, por lo tanto, no entran a circular en una cadena asociativa mental que los desgaste.

“Estar del lado del deseo del paciente”.

Cuando del consumo de drogas se trata tenemos que preguntarnos ¿de qué deseo (inconsciente)? ¿Del deseo de vida o de muerte? **Un compromiso ético del psicoterapeuta es estar del lado de los deseos tróficos; no de los tanáticos.** Ética que sitúa a la vida (en éste caso **la vida psíquica**) como el valor supremo que debe regir todos nuestros actos terapéuticos. En éste sentido son **inmorales** los actos que atacan global o parcialmente a la vida en sus múltiples expresiones; llevando a la disociación y proyección empobrecedora de los contenidos representacional/afectivos del aparato psíquico.

Reducción-minimización de los daños, o del daño emergente del consumo de sustancias psicoactivas.

Aquél tipo de medidas terapéuticas dirigidas *solamente* a reducir los riesgos provenientes del consumo de sustancias psicoactivas. Por ejemplo: evitar las infecciones, el HIV, las ETS, los accidentes automovilísticos, las heridas por riñas bajo el efecto de sustancias tóxicas. Esta postura presupone: a) que hay personas que no quieren dejar de consumir y que nunca van a poder dejar de hacerlo; b) que estamos en una “sociedad consumista” donde es *inevitable* alguna forma de consumo; c) que las personas son *responsables* por sus actos y que, por lo tanto lo mejor que podemos hacer es que se consuma en forma responsable; d) que cada uno es dueño de su vida y de hacer lo que desee con ella ya que en esto radican sus derechos humanos. Como recurso terapéutico se utiliza en prevención terciaria y, a veces como un paso hacia la búsqueda de la abstinencia del consumo. Sobre todo ello ocurre con heroinómanos que, por su

marginalidad, se mantienen fuera del circuito terapéutico usual. Es también la *política* dominante en la Unión Europea y que orienta –contradictoriamente- acciones de prevención primaria. Si ya hay un daño ¿qué estoy previniendo? Obviamente no al consumo. Es también una postura *ética* y *filosófica* que alienta el pesimismo. Como dice García Badaracco ^[14]: *Esto suele verse protagonizado por profesionales que tienen una fuerte tendencia a considerar demasiado optimista al colega que apunta a la curación del paciente difícil. Con su actitud pesimista condicionan el fracaso, desvalorizan los logros de los pacientes y de los otros terapeutas e, inconscientemente, ejercen una influencia anuladora de las capacidades potenciales sanas.*

Consumo cero/ abstinencia.

Postura que sustenta que no es beneficioso para el ser humano consumir ninguna sustancia psicoactiva, y quiénes lo hacen deberían abstenerse de hacerlo. **La prevención primaria es del consumo, no de la adicción** (como postulan los reductores del daño). Los derechos humanos no son individuales *exclusivamente* sino que *legislan la convivencia de colectivos* y yo –individualmente- puedo considerar *un bien o la felicidad*, algo que es un perjuicio y provoca daños a los demás.

Este planteo terapéutico tiene dos facetas: un **ideal** a alcanzar a pesar de las claudicaciones momentáneas; o una prescripción de no consumir. Esto presupone que: a) Lo mejor para llevar una vida plena es no consumir sustancias que alteran artificialmente el funcionamiento del sistema nervioso central y las conducta; salvo por razones médicas; b) El consumo de sustancias psicoactivas autoadministradas produce siempre algún perjuicio –dependiendo de la sustancia en cuestión y de la cantidad incorporada en el organismo- que pueden ser evitados absteniéndose. De no hacerlo, esto conlleva disminuciones de las capacidades vitales o la misma muerte. El consumo *compulsivo* de sustancias es, por definición, antagónico al así llamado consumo *responsable* (que no es más que un planteo teórico, carente de validez clínica **en el tratamiento** de las adicciones).

El concepto freudiano de **abstinencia en la cura** tiene plena vigencia clínica en toda ésta cuestión que hace a la ética misma del proceso psicoanalítico. Ferenczi lo entendió en el sentido que nos gustaría desarrollarlo cuando

proscribía a sus pacientes la realización de cualquier tipo de acto compulsivo por conspirar contra los **procesos de mentalización** y, por consiguiente, de la posibilidad de realización de un análisis y de incrementar la libertad a través de un mayor conocimiento de sí mismo.

Prevención primaria.

Se refiere siempre a **prevenir el consumo**. Cuando algunos dicen –a nuestro entender erróneamente- que se trata de prevenir la adicción y no el consumo, se están refiriendo a la prevención terciaria, donde *ya hay un daño*. Prevenir que se dispare la compulsión al consumo de sustancias psicoactivas (**adicción**) es parte específica del tratamiento. El Psicoanálisis, como método de tratamiento e investigación realiza una **prevención inespecífica** cada vez que trabaja con las diversas formas de compulsión a la repetición. La **prevención específica** consiste en identificar las **vulnerabilidades y fortalezas inconscientes específicas** ya sea del aparato psíquico individual, grupal, familiar y/o institucional; interviniendo psicoanalíticamente con el propósito de evitar dichas compulsiones a la repetición.

Uso, abuso, consumo, consumo abusivo.

Desde nuestra perspectiva de trabajo, son fronteras imprecisas que no nos dicen nada que permita mejorar las intervenciones terapéuticas o preventivas. Mientras que **la metáfora freudiana del jinete y la cabalgadura**, para explicar las relaciones entre el Yo (jinete) y el Ello (cabalgadura) son muy útiles a efectos de tener una aproximación clínica precisa ante ésta problemática como ya lo señalara Kohut. Lo que nos importa es saber si bajo los efectos de la incorporación de una sustancia psicoactiva es el Ello o el Yo quien comanda el aparato psíquico. Esto es lo que el clínico busca identificar explorando, además, el contexto afectivo/ representacional –o, en su defecto, los actos- ligados a situaciones traumáticas disparadoras de ése consumo en particular.

Hitos bibliográficos vinculados a la meta-teoría clínica.

Ferenczi en su **Diario Clínico de 1932** (Buenos Aires, Conjetural, 1988) se ocupa ampliamente de este tipo de eventos traumatógenos tempranos que requieren, de la parte del analista, de mucha simpatía para tener un valor transformacional.

Joyce Mc Dougall se refiere a los destinos de las representaciones y a los actos en **Teatros del Cuerpo** (Madrid, Julián Yébenes, 1995). En *Las mil una caras de Eros* (Buenos Aires, Paidós, 1998) enfatiza *la necesidad de asegurar la supervivencia psíquica como valor psicoanalítico fundamental y a precavernos contra el peligro de que nos invadan sentimientos de futilidad, de muerte psíquica, cuando enfrentamos el mundo desafectado de algunos de nuestros pacientes* (página 313).

André Green, por su parte, en la **Metapsicología Revisitada** (Buenos Aires, Eudeba, 1996) trabaja a fondo los conceptos metapsicológicos de *representación* y de *afecto* a los que nos hemos estado refiriendo.

* Presentado ante las XV Jornadas Uruguayas de Psicología organizadas por la Sociedad de Psicología del Uruguay cuyo tema central era **La Violencia**. Estas Jornadas se realizaron en Montevideo, Uruguay, en agosto de 1991 en los salones de la Intendencia Municipal de Montevideo. El presente trabajo es inédito y fue leído en una sesión plenaria el día 30 de agosto de 1991. Lo publicamos aquí por ser pertinente a la temática de éstas Jornadas. **Pp. 97-114** del libro *Drogas, Ética y Trasgresión*, Montevideo, Psicolibros, 2001.

[1] Director Ejecutivo de Castalia, Coordinador del Post Grado de Drogodependencias de la Universidad Católica del Uruguay, Presidente de la FUCOT y miembro del Directorio de la RIPRED. Psicoterapeuta Habilitante de AUDEPP.

[2] Ver González Regadas, E.M.: *Comunidad Terapéutica y Trastornos Duales*, Montevideo, Psicolibros 2001.

[3] Hoy en día nos referimos al *Psicoanálisis de los procesos colectivos* que ocurren sucesiva o simultáneamente, en los diversos grupos de una institución y en los contextos sociales a ella vinculados a través de sus miembros. Ver: *Prevención y Procesos Colectivos*, Montevideo, Gordon, 2003. (Está en línea en éste portal).

[4] Secheyay, M.A.: *La realización simbólica y Diario de una esquizofrénica*, Méjico, Fondo de Cultura Económica, 1979.

[5] Ver Nunberg, H.: *Principios Del Psicoanálisis*, Buenos Aires, Amorroutu, 1987, páginas 174-

178 .

[6] Ver Gedo, J. y Goldberg, A.: *Modelos de la mente*, Buenos Aires, Amorrortu, 1980.

[7] Para profundizar en los temas tratados en ésta ponencia se puede consultar el libro de E.M. González Regadas: *Comunidad Terapéutica y Trastornos Duales*, Montevideo, Psicolibros, 2001.

[8] Notas para el Foro de intercambio Interinstitucional realizado en Castalia el 25/9/87.

[9] Foro de Intercambio Interinstitucional de Castalia realizado el 23/10/87.

[10] Federn, P.: *La psicología del yo y las psicosis*, Buenos Aires, Amorrortu, 1984.

[11] Kohut, H.: *Reflexiones sobre el narcisismo y la furia narcisista*, Buenos Aires, Revista de Psicoanálisis, T. XXXVII, No. 3, páginas 433-466; especialmente la página 437.

[12] Aulagnier, P.: *Los destinos del placer. Alineación, amor, pasión*, Buenos Aires, Paidós, 1994, especialmente páginas 23-37.

[13] Kaës, R. (comp.): *Crisis, ruptura y superación*, Buenos Aires, Ediciones Cinco, 1988, página 34.

[14] García Badaracco, J.E.: *Psicoanálisis Multifamiliar*, Buenos Aires, Paidós, 2000, página 272.