

Supervisión Clínica e Institucional en Drogodependencias

Valentín Barenblit
Maurizio Coletti
Roberto de Inocencio
Miguel Díaz
Mikel Plazaola



**VALENTIN BARENBLIT, MAURIZIO COLETTI,
ROBERTO DE INOCENCIO, MIGUEL DIAZ Y MIKEL PLAZAOLA**

**LA SUPERVISION CLINICA E INSTITUCIONAL
EN DROGODEPENDENCIAS**

ISBN: 84 - 84999 - 902-5

Coordinador: Gabriel Roldán Inchusta

Edición: Septiembre 1997

Fotokonposaketa eta inprimategia: AN^LzA - Lasarte-Oria



**COMUNIDAD TERAPEUTICA HAIZE-GAIN
HAIZE-GAIN KOMUNITATE TERAPEUTIKOA**

C/ Javier de Barkaiztegi, 23 bajo
Tf. (943) 47 38 64 – Fax: (943) 47 38 66
2 0 0 1 0 S A N S E B A S T I A N

RELACION DE AUTORES

VALENTIN BARENBLIT (Barcelona). Psiquiatra. Psicoanalista. Asesor y docente en salud mental. Consultor OPS/OMS. Director de iPsi, Centre d'Atenció, docència i investigació en Salut Mental.

MAURIZIO COLETTI (Roma). Médico. Terapeuta familiar sistémico. Presidente de I.F.Co.S. (Istituto Europeo di Formazione e Consulenza Sistemica). Didacta de la Escuela Italiana de Terapia Familiar y de E.F.T.A. Vicepresidente de ITACA (Sociedad Europea de Asociaciones que intervienen en drogodependencias)

ROBERTO DE INOCENCIO (Santander). Psiquiatra. Grupoanalista. Psicodramatista. Presidente-electo de la I.A.G.P. (International Association Group Psychotherapy)

MIGUEL DIAZ (Barcelona). Psiquiatra. Psicoanalista. Miembro de la Junta Directiva del Grup Igia. Miembro del Comité Consultor de iPsi, Centre d'Atenció, docència i investigació en Salut Mental. Miembro del Comité de redacción de la revista Tres al Cuarto. Supervisor clínico e institucional de la Direcció General de Mesures Penals Alternatives i de Justicia Juvenil.

MIKEL PLAZAOLA (San Sebastián). Psicólogo. Psicoanalista. Miembro de la escuela europea de psicoanálisis y de la I.A.G.P (International Association Group Psychotherapy) Profesor asociado de la U.P.V (Universidad del País Vasco).



PROLOGO

La respuesta a la demanda de los drogodependientes como problemática multicausal de factores físicos, psicológicos y sociales, debe darse desde un equipo multidisciplinar con roles muy definidos, preparación técnica suficiente y amplia autonomía que le permita realizar los cambios adaptativos oportunos en cada momento. Además es necesaria una supervisión con los miembros del equipo que les ayude a rescatarse de una forma de sufrimiento humano, que en la medida que no encuentre alivio, impregna de decepción y pesimismo a las instituciones, desencadenando mecanismos defensivos en pacientes, familiares y equipo, que contribuye a aumentar la enfermedad.

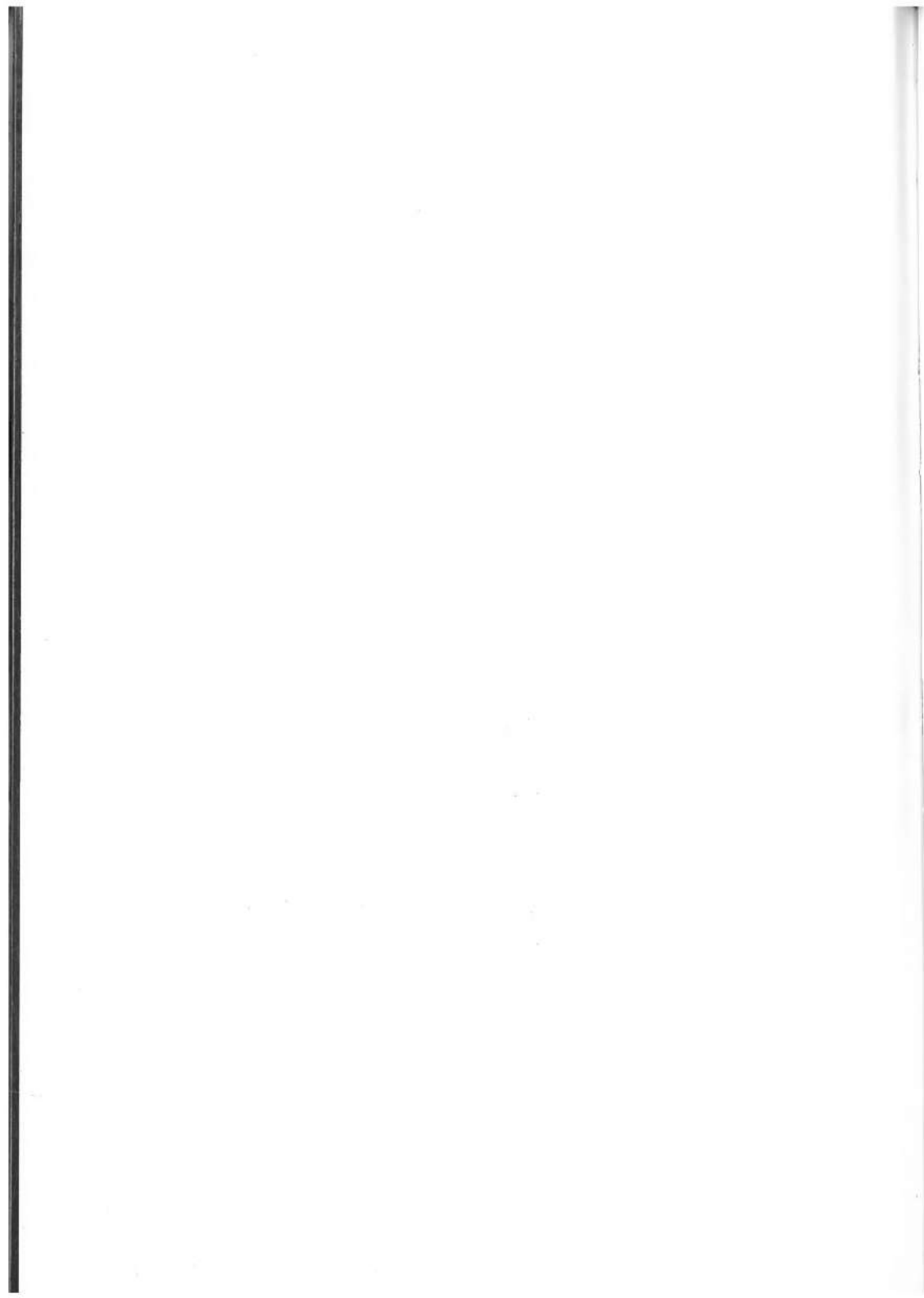
Durante 1.996, en colaboración con el Grup IGIA, realizamos dos seminarios en San Sebastián, con el apoyo del Plan Nacional sobre Drogas, en el que participaron Valentín Barenblit, Miguel Díaz y Maurizio Coletti con el título "Supervisión Clínica e Institucional", fruto de las reflexiones de estos días de trabajo surgió la base para la realización de esta publicación que se ha completado con las aportaciones de Roberto de Inocencio y Mikel Plazaola.

GABRIEL ROLDAN
COORDINADOR



INDICE

	Página
CAPITULO I. La supervisión en el campo de las drogodependencias.	
Valentín Barenblit y Miguel Díaz	11
La Supervisión	14
La Supervisión clínica	19
La Supervisión Institucional	21
CAPITULO II. Algunas reflexiones acerca de la supervisión clínica e institucional en el campo de la toxicodependencia.	
Maurizio Coletti	29
CAPITULO III. Supervisión Psicoterapéutica en las drogodependencias.	
Roberto de Inocencio	39
CAPITULO IV. La supervisión con Educadores de Comunidades Terapéuticas de Toxicómanos.	
Mikel Plazaola	45



LA SUPERVISIÓN EN EL CAMPO DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Valentín Barenblit
Miguel Díaz

Introducción

La problemática de las **Drogodependencias** se ha convertido en los últimos años en uno de los problemas socio-sanitarios de mayor magnitud para los países de occidente. Es también una de las patologías psico-sociales que mayores dificultades presenta para la búsqueda de soluciones efectivas que permitan disminuir en forma sostenida sus niveles de incidencia y prevalencia en la población.

Cabe agregar que el consumo de diversas sustancias de acción psicotrópica y tóxica afectan a grupos etarios en los que se destacan los jóvenes, por lo que sus efectos y daños alteran fuertemente el comportamiento social de importantes sectores de esta población. Este hecho agrega una categoría particular a las muy severas dificultades que se observan como consecuencia de la morbi-mortalidad en las drogodependencias. Se suman además los efectos de la violencia social, de los actos delictivos y de la marginalidad social. Al mismo tiempo es necesario recalcar las alteraciones que presenta esta compleja problemática, no solamente en los pacientes con adicciones a drogas sino también en sus grupos familiares de pertenencia.

La dramática irrupción del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, en los consumidores de ciertas drogas, agrega un factor de singular impacto, donde se asocia al sufrimiento y al deterioro humano, la amenaza y la presencia de la muerte.

Por muy diversas circunstancias el problema de las drogodependencias puede considerarse hoy en día, como un ejemplo paradigmático de los procesos de enfermedad de la más alta complejidad bio-psico-social. Es muy importante destacar que esta categorización nos compromete a definir tanto sus singularidades, como las formas en que estos niveles de causalidad y evolución interactúan entre sí, pues se configuran muy diversas modalidades de patogeneidad y vulnerabilidad que se potencian recíprocamente.

Desde la perspectiva de las respuestas socio-sanitarias se observa ya hace muchos años, un incremento de los recursos públicos y comunitarios para afrontar las accio-

nes de prevención primaria, secundaria y terciaria en este campo. Esta realidad se expresa en el hecho de que las autoridades de diversos países, como también distintas organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales, consideran prioritario este campo en sus planes de atención, formación de recursos humanos e investigación.

En relación a esta situación muy brevemente enunciada, se han constituido redes de atención que desarrollan programas dirigidos en forma específica a la prevención de las poblaciones en riesgo, y muy especialmente para ofrecer respuestas asistenciales y rehabilitadoras a la población afectada.

Igual que en el campo general de la Atención a la Salud Mental, existe en la actualidad suficiente consenso como para afirmar que desde una perspectiva macrosocial, los programas de Atención a las Drogodependencias deberán ser planificados e implementados sobre la base de tres premisas conceptuales de indudable valor ético y técnico. Estas premisas corresponden a los enfoques: **interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.**

El enfoque interdisciplinario: Dijimos antes que el problema de las drogodependencias puede considerarse hoy en día, como un ejemplo paradigmático de los procesos de enfermedad de la más alta complejidad bio-psico-social. En atención a esta perspectiva fundamental, pensamos que la potenciación de distintos niveles de interacción biológicos, psicológicos y sociales participan en la causalidad y sobredeterminan la evolución de los procesos de salud y enfermedad vinculados a las drogodependencias.

En función de este carácter esencial, el compromiso del trabajo interdisciplinario se plantea como una necesidad que deberá ser cuidadosamente observada y atendida. Desde esta orientación se podrán afianzar la producción de conocimiento que acredite la estimación igualitaria de las distintas disciplinas y de los profesionales que las representan en los equipos de atención. También será esta proposición, la que promoverá condiciones adecuadas para investigar y desarrollar las complementariedades de las intervenciones profesionales específicas, teniendo como marco un modelo, que pueda articular distintos saberes en un esquema referencial amplio y coordinado de actuación.

Así en el campo asistencial y en las prácticas clínicas, se podrán diseñar estrategias terapéuticas integrales que articulen y complementen operativamente, los discursos teóricos y recursos técnicos de los distintos profesionales que constituyen los equipos interdisciplinarios en este campo.

El enfoque interinstitucional: Entendiendo la problemática de las drogodependencias como procesos que afectan de diferentes maneras a la población en diversas

fases de la enfermedad, es necesario planificar los dispositivos institucionales para dar respuestas adecuadas, atendiendo a las características singulares de cada situación clínica.

Es por ello que los programas de atención a las drogodependencias requieren de una red de instituciones diferenciadas para que desarrollen sus acciones específicas. Estas instituciones tenderán al logro de los objetivos comunes de la red a la que pertenecen. Para ello será necesario que se articulen y coordinen funcionalmente a los efectos de establecer modalidades de organización que promuevan la utilización oportuna y eficaz de todos sus recursos.

Es habitual que estas redes operen en el marco y en los ámbitos específicos del campo de la atención a las drogodependencias, pero es conveniente destacar que si bien actúan como estructuras especializadas, deben integrarse y coordinar sus programas en los marcos generales de los sistemas de atención socio-sanitarios.

En términos generales podemos observar en las redes regionales y nacionales los distintos equipamientos profesionales ordenados en dispositivos institucionales según los siguientes niveles:

- Centros ambulatorios y servicios de asistencia médica y social locales.
- Centros de atención especializados.
- Unidades Hospitalarias de Desintoxicación y Comunidades Terapéuticas.
- Centros y Programas de Reinserción Socio-Laboral.

El enfoque intersectorial: Al mismo tiempo consideramos importante señalar que los recursos de atención a las drogodependencias y el mismo sistema sanitario tienen sus limitaciones para el logro de los objetivos que se proponen. Por lo tanto, en correspondencia con esta realidad, estimamos recomendable que los programas contemplen la globalidad y por lo tanto, promuevan la implementación de acciones conjuntas con las áreas de Bienestar Social, Educación, Justicia, Trabajo, etc.

La utilización de recursos intersectoriales podrán mejorar las perspectivas de alcanzar transformaciones a nivel macrosocial, también de esta manera se podrán facilitar las posibilidades de lograr condiciones más efectivas para las intervenciones clínicas y comunitarias.

Las coordinaciones y la potenciación intersectorial inherentes a cada uno de estos niveles de articulación, deberán integrar las estructuras operativas correspondientes, para que así puedan sostener con el máximo de eficacia posible, las actividades que en cada caso corresponda realizar para el logro de las metas comunes.

LA SUPERVISIÓN

En este contexto, ¿A qué denominamos supervisión? ¿Existen supervisiones específicas? Si es así ¿De qué depende esa especificidad?

Desde hace varios lustros, en el campo de la Atención a la Salud Mental y de las Drogodependencias, se utiliza el vocablo *supervisión* con un sentido definido, claramente vinculado a las actividades de formación continuada que se realizan en Centros o Instituciones donde se desarrollan programas de atención, dirigidos a diversos sectores de la población.

No obstante, dada la polisemia y los distintos sentidos con que se utiliza dicho vocablo y para prevenir al lector menos informado en relación a estos temas, nos parece útil aclarar que cuando hablamos en este artículo de *supervisión clínica o institucional*, no nos referimos a prácticas profesionales que conlleven actos de examen ni fiscalización de las tareas que realizan los profesionales o los equipos de asistencia. En el caso de las supervisiones institucionales, la denominación de *análisis institucional* nos parece más pertinente para enunciar la actividad específica y sus objetivos; por lo que puede considerarse como sinónimo o equivalente.

El propósito fundamental de estas supervisiones, tanto clínica como institucional, es el de promover el perfeccionamiento técnico-científico de los profesionales en sus áreas de trabajo para estimular y enriquecer sus aportaciones en el seno de su propio equipo interdisciplinario. En la misma dirección ambas modalidades de supervisión, deberán orientarse a los efectos de potenciar, fortalecer y reasegurar los objetivos generales y específicos de los programas y proyectos que desarrollan los equipos y las instituciones donde se realicen.

Las supervisiones clínicas e institucionales que se realizan en los distintos dispositivos de Atención a las Drogodependencias están enmarcadas por:

- La población a quien son dirigidas las acciones.
- El tipo de intervención priorizada (preventiva, asistencial o rehabilitadora).
- El marco teórico-técnico referencial del equipo.
- El perfil de los recursos humanos de la institución.
- El contexto en el que se integra y desarrolla el proyecto institucional.

La relación entre estos cinco factores se han de tener muy en cuenta, para el diseño de los programas de formación continuada y por ende para las actividades de supervisión clínica e institucional.

Desde la evaluación de la configuración de estas categorías y las características de su perfil singular, se podrá responder adecuadamente a los deseos y las necesidades

de los profesionales y de sus instituciones, en cuanto a ambas modalidades de supervisión concierne.

En relación a las dos formas de supervisión mencionadas, consideramos adecuado comentar que ambas son complementarias. Más aún, algunos especialistas prefieren estudiar el acto clínico como una forma de elección para analizar el campo institucional. Otros profesionales que realizan supervisiones, establecen espacios diferenciados centrados específicamente en uno u otro nivel de análisis, aunque ambos pueden ser realizados por el mismo supervisor o por dos supervisores en relación con el mismo equipo de profesionales.

De todos modos, fuere cual fuere la modalidad de trabajo que se efectúe, las supervisiones se considerarán en términos generales, como procesos de entrenamiento y formación de recursos humanos que logran sus metas en diversos períodos de tiempo. Estos períodos y los efectos que generen en los equipos de atención, estarán vinculados a las cinco categorías que mencionamos anteriormente.

Podemos resumir los objetivos de la supervisión en los siguientes términos:

- Generar un espacio que favorezca la reflexión participativa en grupo y con el grupo para estimular el intercambio y la producción de conocimiento, introduciendo la autocritica como elemento esencial e impulsor de la tarea.
- Propiciar la creatividad del equipo, en el diseño de modelos y estrategias clínicas e institucionales eficaces para la resolución de los problemas planteados.
- Estimular el desarrollo de proyectos de estudio e investigación.
- Facilitar el despliegue de la demanda en los pacientes, detectar los focos de conflictos de la misma e introducir interrogantes para intentar ampliar el campo de los cuestionamientos.
- Contener la angustia y favorecer la elaboración de las ansiedades en los miembros de los equipos de atención.
- Promover mecanismos de protección para detectar el malestar que producen en los profesionales, los encargos imposibles de satisfacer con los recursos disponibles.
- Prevenir los riesgos de actuaciones improvisadas, cuando no se cuenta con los recursos de formación y técnicos necesarios para la realización pertinente y oportuna de cada intervención profesional. Es esencial destacar, que el propio psiquismo de los profesionales es el instrumento privilegiado para las acciones que se desarrollan.

Perfil de los pacientes drogodependientes y estrategias terapéuticas

Hablar de un perfil psicopatológico determinado como una generalización muy extensiva, presenta la dificultad de obviar las diferencias específicas de cada sujeto, y sus formas de significarse de manera singular en el campo de la subjetividad.

No obstante, con el fin de situarnos de una manera amplia y a modo de referente clínico, enunciaremos algunos rasgos que se observan en la dinámica psíquica, en las conductas alteradas, en los espacios vinculares, como también en los trastornos físicos de los pacientes drogodependientes:

- a.- Dinámica psíquica a predominio pulsional en detrimento de la dimensión deseante. Este funcionamiento genera: búsqueda reiterada de satisfacción directa, intolerancia frente a la frustración, actuaciones diversas, tendencia a la transgresión, compulsión a la repetición de actos con significativos componentes auto y hetero destructivos.
- b.- Alteraciones en la estructura narcisista, presentando: grandes idealizaciones, predominio del Yo-Ideal, omnipotencia, megalomanía, estados alternantes de exaltación con episodios de intenso agotamiento yoico.
- c.- Trastornos en la estructuración edípica que promueven: déficit en la función simbólica y en los procesos identificatorios, predominio del mecanismo de la renegación con disfunciones en el desarrollo del pensamiento y la palabra. Importantes dificultades en la construcción de la triangularidad relacional, lo que provoca conflictos en los vínculos interpersonales y marcada ambivalencia afectiva. Perturbación en la internalización de normas y leyes con tendencia a las actuaciones delictivas, problemas con la Justicia y en el campo laboral.
- d.- Enfermedades orgánicas asociadas como: infecciones recurrentes, hepatitis B, HIV, TBC, etc.

Estos distintos aspectos brevemente reseñados y las instancias que intervienen en el devenir vital de los pacientes, confluyen en la clínica y adquieren con frecuencia altas cotas de complejidad y gravedad, que implican a los pacientes, a sus familias, a los equipos profesionales y las instituciones participantes.

Las instituciones y equipos que actúan en este campo, afrontan cotidianamente una peculiar práctica clínica donde se hace especialmente difícil evaluar los éxitos y los fracasos. Las interrupciones reiteradas, el incumplimiento de los acuerdos, los agravios a los encuadres terapéuticos, forman parte del panorama habitual. Para dar cuenta de ello se requiere no sólo de altas dosis de tolerancia y prudencia en la implementación de las intervenciones profesionales, sino también disponer de equipos interdisciplinarios sólidamente formados.

Estos equipos tendrán que desarrollar sus capacidades creativas e inventivas y al mismo tiempo, compartir un marco referencial que pueda vertebrar los distintos discursos, métodos y técnicas de sus miembros, para diseñar estrategias terapéuticas pertinentes y eficaces.

Entre los profesionales y expertos de este campo existe amplio consenso en relación al alto grado de complejidad que presenta el fenómeno de las adicciones. Esta complejidad requiere un marco referencial que a modo de estatuto conductor, permita rediseñar en forma continuada las intervenciones ante cada cambio situacional o crisis imprevista.

Esta práctica clínica, exige a los profesionales que trabajan en ella una correcta formación interdisciplinar, en especial si se tienen en cuenta algunos elementos específicos que se articulan y potencian de manera recíproca.

Una perspectiva de orientación estructural como la que postulamos, requiere una aproximación diagnóstica que pueda dar cuenta del enfoque bio-psico-social y donde se evalúen los registros psicodinámicos a nivel individual, como así también las formas relacionales intersubjetivas familiares y sociales, atendiendo además a los problemas somáticos de cada paciente.

Es evidente que esta proposición no debe pensarse como una parcelación diagnóstica de cada paciente, sino que debe tender a un diagnóstico integral del mismo. La subjetividad hace inviable fragmentar al sujeto, su cuerpo, sus vínculos y su contexto psicosocial específico.

Hecha esta aclaración podemos afirmar que la elaboración de un diagnóstico con estas características, permitirá la implementación de estrategias terapéuticas adecuadas.

De forma frecuente, las intervenciones profesionales se desarrollan bajo la presión de un clima de urgencia. La perentoriedad de las consultas, las presiones socio-culturales y de diversas fuentes del contexto, promueven los riesgos de respuestas asistenciales precipitadas y no siempre suficientemente reflexionadas o elaboradas por los equipos profesionales. Los pacientes, sus familias, distintos sectores de la comunidad, al igual que la policía o las autoridades judiciales, intervienen activamente reclamando actuaciones profesionales rápidas y efectivas.

Es habitual que la *demanda*, tal como se la entiende en la disciplina psicoanalítica, no se presenta en las consultas o en las peticiones de tratamiento. El concepto de demanda, remite a la aceptación del sufrimiento psíquico vinculado a conflictos inconscientes que no pueden ser comprendidos y no encuentran formas de resolución adecuada por quienes lo padecen. El reconocimiento de la condición de enigma del padecer mental promueve la demanda de un vínculo psicoterapéutico con la inten-

ción de interpretar, los sentidos del malestar y la esperanza ilusoria de su anulación por medio del consumo de drogas.

Nos encontramos frente a pacientes muy carenciados en todos los aspectos y especialmente en el terreno afectivo y relacional. Pacientes cuya estructuración psíquica se alteró seriamente por estas carencias, lo que motivó importantes fracasos en los procesos identificatorios y en la dinámica de los mecanismos mentales de orden simbólico. Estas alteraciones del aparato psíquico, evidencian las fallas de la función materna y paterna y los daños que generaron en la constitución del psiquismo infantil. Esta dañada dotación simbólica alterará la dinámica de la interiorización de normas y leyes, cuyo cumplimiento la sociedad exige y que frente a sus transgresiones, sanciona moral y jurídicamente.

Los vínculos interpersonales se verán afectados. Este hecho dificulta tanto las relaciones en el campo terapéutico como las actividades de rehabilitación y reinserción socio-laboral. Por lo tanto en toda intervención clínica o rehabilitadora se deberá considerar y tener presente, no sólo lo que representan las carencias antes mencionadas para el propio paciente, sino también, lo que esta problemática significa para el proceso de atención en sus diversos ámbitos relacionales.

Se entenderá fácilmente que para implementar un proyecto terapéutico en este campo clínico se habrá de estar dispuesto a observar y escuchar. Pero también a tolerar la espera y las frustraciones a los mejores deseos, expectativas y propuestas de los equipos profesionales y de sus instituciones de referencia. Evidentemente las respuestas terapéuticas estarán vertebradas por el marco conceptual, el discurso y la ideología en que se apoyan las prácticas clínicas. Estos aspectos, operan con frecuencia como áreas de conflicto frente a las instituciones donde se desarrollan las tareas, y también en relación a los propios colegas con los que compartimos nuestro trabajo. Son diversos los discursos que están presentes en este campo y las dificultades de sus articulaciones merecen especial atención.

La mayor parte de las instituciones han proyectado sus dispositivos en función de la construcción socio-cultural del fenómeno, y por lo tanto de la representación que se tiene de él. Estos hechos condicionan tanto el discurso técnico-científico, como la práctica clínica; y ha propiciado la creación de un amplio abanico de experiencias. De éstas, pocas responden a un modelo específico sostenido por un marco teórico conceptualmente definido, que sirva de referente tanto a los criterios diagnósticos como a las intervenciones terapéuticas y a las evaluaciones de las mismas.

Nos encontramos entonces con instituciones de variados tipos, que en general han construido modelos de trabajo colectivo y grupal, donde convergen distintas disciplinas y profesiones. Estas incluyen un amplio muestreo de experiencias y prácticas, que reúnen diversos enfoques terapéuticos que intentan articularse.

Es evidente la complejidad que encierra el deseo de armonizar las respuestas terapéuticas. Dado que la amplitud del marco teórico referencial debe articularse entre profesionales que aportan formaciones tan altamente diferenciadas, se requiere de una meticulosa tarea de cooperación y potenciación. Así se podrán plasmar proyectos de intervenciones terapéuticas y acciones efectivas desarrolladas por los distintos miembros de los equipos asistenciales.

Como ya dijimos, frente a una problemática de este tipo la respuesta ha de ser interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial.

Estas premisas implican la búsqueda de acuerdos que permitan encontrar consonancias entre la amplia diversidad de enfoques terapéuticos. Las distintas experiencias evidencian las dificultades en conseguir estos objetivos. Con frecuencia son motivo de fracturas y contradicciones en sus propósitos de confluir y potenciar en acciones complementarias, las intervenciones de varios profesionales, equipos y/o instituciones.

También hay que destacar que las actividades conjuntas y la articulación racional y continuada de los distintos recursos, han promovido importantes desarrollos en las capacidades inventivas de los equipos profesionales de atención a las drogodependencias.

La Supervisión clínica

Entendemos esta actividad como un intento de analizar las situaciones clínicas que por sus características, perturban la conducción de los procesos terapéuticos.

En las sesiones de trabajo se focaliza y privilegia el estudio del historial clínico, a partir de las referencias de entrevistas realizadas por los profesionales y de las sesiones de psicoterapia en sus diversas modalidades.

Se busca promover el efecto al que alude el origen griego del vocablo análisis - *desatar* -, es decir soltar y relanzar la reflexión con el objetivo de reconducir la praxis bloqueada o desorientada, hacia las metas terapéuticas más adecuadas para cada caso y situación.

Para el mejor desarrollo de la tarea de supervisión clínica, ésta debe propiciar una indagación amplia que permita acceder a una aproximación diagnóstica sintomática, estructural y situacional. Conjuntamente se analizarán los aspectos relacionales y las configuraciones psicopatológicas que se presentan en cada paciente, desde una perspectiva individual, familiar y grupal.

Al mismo tiempo, se han de valorar las alteraciones físicas y los problemas sociales, laborales y jurídicos que de manera constante, en mayor o menor medida, inciden en la evolución del proceso terapéutico.

Una función que deseamos resaltar, por considerar que pertenece especialmente a la supervisión clínica, es el de la comprensión dinámica de las dificultades que se presentan en la relación asistencial, para alcanzar las metas que se consideren posibles y pertinentes para cada paciente en cada etapa del proceso terapéutico.

Desde esta perspectiva se deberán considerar con reiterada atención, en el marco de la supervisión clínica, la complejidad del fenómeno de las adicciones y las serias dificultades que deben afrontar los profesionales para poner en práctica con éxito, los planteamientos teóricos que sustentan las distintas intervenciones.

Las actividades asistenciales con pacientes drogodependientes vincula a los terapeutas con un campo clínico invadido por el sufrimiento, las crisis y la violencia destructiva. La muerte y la locura se presentifican de distintas maneras en la relación terapéutica y conciernen tanto a los pacientes, como a los equipos asistenciales que se implican en relación a la propia dramática en la que deben desplegar sus intervenciones.

El perfil habitual de la demanda de los pacientes, con distintas matizaciones, presenta las siguientes características: **a)** sin especial reconocimiento de la causalidad de sus problemas; **b)** suele ser sintomática y perentoria; **c)** está generalmente centrada en el síntoma que molesta y no en la estructura donde se origina; **d)** presenta expectativas que se enlazan con fantasías de resolución y curación idealizadas, mágicas y omnipotentes; **e)** es portadora de la ideología de la cultura y de las creencias del imaginario social; **f)** está marcada por las experiencias previas con instituciones especializadas o profesionales del campo socio-sanitario y también, por los discursos de otros pacientes con conductas adictivas o sus grupos familiares de pertenencia.

Además es muy importante tener en cuenta, que un mecanismo de defensa nuclear del psiquismo, que suele predominar, es el de la renegación o desmentida. Este mecanismo mental conlleva la presencia sincrónica de dos fuentes disociadas de percepción en el Yo de estos pacientes: una que reconoce y distingue la realidad y otra que contrapone e intenta rechazar lo que la primera admite. De esta manera se genera un importante conflicto entre el Yo y la realidad, que promueve convicciones distorsionadas en lo que atañe a la relación del sujeto con su medio, como asimismo a la propia interpretación y racionalidad de sus conductas. También son frecuentes las narraciones engañosas, deformaciones y falseamientos, que perturban las intervenciones terapéuticas.

Ante estas condiciones de la demanda, se desvirtúan con frecuencia los objetivos ideales que los profesionales e instituciones se proponen alcanzar. Estos hechos

generan conflictos y frustraciones en relación a las contradicciones, tanto teórico-técnicas como de la dimensión ética que afectan las tareas.

Durante las reuniones de trabajo, el supervisor deberá acompañar el análisis minucioso de la demanda, colaborando en la tarea de discriminación de la demanda manifiesta y de los contenidos latentes que expresan cada paciente y sus familias durante el proceso diagnóstico y terapéutico.

Desde la supervisión entonces, se podrá colaborar para acceder al reconocimiento y exploración de la resignificación y reformulación de la demanda, que permitirán una más ajustada interpretación de las conductas de cada paciente.

Frente a los interrogantes, el espacio de supervisión se constituye en un lugar privilegiado para la exploración de respuestas posibles, como también para la elección de las opciones más adecuadas a la estrategia terapéutica que se considere conveniente.

Es así como esta actividad se constituye como un verdadero laboratorio de investigación clínica, donde se podrán evaluar los resultados de las intervenciones propuestas y sus efectos en la evolución de los procesos terapéuticos.

En la misma dirección, la propia dinámica que se establece durante las supervisiones estimulará la reflexión autocrítica, el intercambio de saberes y la articulación coordinada de las intervenciones de sus miembros. Recordemos que los equipos de atención a las drogodependencias se comprometen a una tarea que requiere armonizar distintos discursos y prácticas profesionales, lo que conlleva la búsqueda de lugares e intervenciones de encuentro y complementariedad para el logro de los objetivos terapéuticos.

De esta manera junto con la mejora de la calidad de la atención, se promoverá la producción de conocimiento en los equipos y la formación continuada de los profesionales que los componen.

La Supervisión Institucional

La supervisión institucional se configura como un método de investigación y análisis institucional en sus cualidades funcionales de estructura y organización, como asimismo en las áreas de la subjetividad y la comunicación interpersonal. Tiene como objetivo fundamental el estudio sistemático de los problemas que dificultan:

- El desarrollo y cumplimiento del proyecto institucional.
- La obtención de gratificaciones satisfactorias por parte de sus miembros.

El logro de estos propósitos requiere esencialmente del *deseo* de un proceso de cambio por parte de los miembros de la institución. También se condiciona en interacción dinámica con las capacidades y disposiciones de cambio de la propia institución en sus distintos niveles normativos y jerárquicos. Esto conlleva la propuesta de nuevas configuraciones dialécticas entre los dispositivos y modelos instituidos y los instituyentes, es decir entre los conocidos e instalados y las posibles modificaciones que pudieran construirse, como producción creada a partir del análisis institucional.

La realización de esta tarea precisa de un acuerdo consensuado por parte de los integrantes de un equipo y un supervisor o analista institucional, a quien se le demanda la actividad de supervisión institucional.

La evolución de las transformaciones se desarrollan, como resultado de la supervisión, en relación a tres efectos básicos que operan en relación a las fuentes generadoras de malestar en los integrantes de los equipos de atención.

- 1.- Por el develamiento y elaboración de conflictos conscientes e inconscientes vinculados a los miembros que integran los grupos de trabajo, a sus relaciones interpersonales y a la dinámica grupal, que son fuentes generadoras de malestar en los profesionales de los equipos de atención.
- 2.- Mediante el reconocimiento de las distintas dificultades comunicacionales, instrumentales y operativas de la organización institucional y de los profesionales que integran los equipos de atención.

Es importante investigar las formas de interacción dialéctica del grupo con las estructuras institucionales. Los procesos de identificación, disociación, o proyección se despliegan en el marco institucional y adquieren configuraciones variadas, en relación a roles y funciones. También, vinculados a los lugares que ocupan los miembros del grupo, se observan discursos, adhesiones y oposiciones que permiten detectar cómo los mismos profesionales, se constituyen en portavoces de aspectos no reconocidos de la institución y de la población a la que asisten.

- 3.- Con el mejoramiento o la resolución de problemas específicos, la incorporación de nuevos modos de trabajo que modifican las conductas y los modelos de programación, organización y encuadre de las actividades que se realizan.

La función del supervisor institucional se determina en relación a tres condiciones de notable interés:

I - Autonomía y equidad

Esta condición está relacionada a la circunstancia de que el supervisor no pertenezca al sistema de autoridad de la institución, en cuanto no tenga jefes ni subordinados dentro de ella.

II - El carácter analítico de la supervisión

Está referido a que la tarea fundamental del supervisor privilegia la finalidad analítica y no interviene directivamente en la toma de decisiones. El supervisor promueve el esclarecimiento y la formulación de alternativas diversas, para que los miembros de la institución decidan sus elecciones.

III - La neutralidad

En las instituciones existen distintos grupos o personas que ejercen diversos rangos de poder en la dinámica institucional, por lo que la dialéctica del poder es con frecuencia un tema importante en el análisis institucional.

Para operar con eficacia en estas circunstancias es necesaria una posición de neutralidad, en el sentido de que el supervisor no establezca alianzas incondicionales ni enjuiciamientos con los miembros de la institución. El hecho de que el supervisor no tenga relaciones de especial dependencia y sea un profesional externo a la institución, favorece el logro de una adecuada distancia operativa para su propio pensamiento y la formulación de sus intervenciones.

En otro orden, la práctica psicoanalítica del supervisor y muy especialmente el conocimiento y la experiencia en dinámica y análisis grupal, aporta a esta cuestión un instrumental técnico primordial para la escucha, en relación a los miembros de la institución y para la comprensión de los vínculos transferenciales que se establecen en el ámbito institucional y en la propia relación con el supervisor.

En este contexto general, en el proceso de la supervisión institucional, se observan con frecuencia algunas circunstancias especiales que afectan de manera notable a la mayoría de los equipos de atención a las drogodependencias. Estas circunstancias corresponden, además de las que ya mencionamos anteriormente, al encargo que reciben los profesionales en las instituciones y que están condicionados por:

- Las dificultades para sostener el modelo asistencial que se desea desarrollar con pacientes que presentan la alta complejidad psicopatológica que describimos anteriormente.
- Las presiones de la comunidad que suele reclamar con urgencia la resolución de la problemática en todas sus vertientes.

- Los recursos insuficientes y sus formas de utilización para responder a la magnitud de la demanda. Desde una perspectiva amplia consideramos como recursos; en primer lugar a los profesionales y asimismo asociados a ellos incluimos, el saber, el conocimiento idóneo del equipo, como también los recursos instrumentales y los espacios témporo-espaciales necesarios para desarrollar sus actividades con eficacia.
- Respuestas de fundamento político-técnico que ante la demanda social apremiante, que reclama actuaciones de resolución perentoria, desestima como dilatorias las intervenciones terapéuticas estructuradas en función de respuestas globales e integradoras, enmarcadas dentro de un proceso terapéutico a largo plazo. Esta situación suele estar asociada a valoraciones sesgadas en los aspectos cuantitativos de la oferta asistencial, que con frecuencia obstaculizan o impiden una cualificación técnica y ética de la misma.
- Las complejas dificultades para aplicar con éxito, los planteamientos teóricos que sustentan las distintas intervenciones. Se alteran así los arquetipos de excelencia terapéutica que se desean conseguir. Como ya señalamos antes, esta condición, que no es específica de las drogodependencias, es fuente de conflictos, frustraciones y contradicciones, que afectan a las competencias teórico-técnicas, como a la dimensión ética de las prácticas profesionales en este campo.
- El elevado número de fracasos que muestran las distintas estadísticas, en cuanto a la consecución de los objetivos propuestos al inicio de los tratamientos. Ante estas evidencias, tanto profesionales como instituciones ven cuestionada la propia práctica, lo que puede producir dos efectos radicales: o bien la tendencia a ignorar los resultados, alejándose de cualquier autocrítica de los modelos de intervención realizados, o por lo contrario al desánimo y posterior abandono de los proyectos.
- Una actividad que se desarrolla en un campo clínico dominado por una dinámica de crisis y de violencia. La institución y los profesionales se verán perturbados por las mismas, llevando al seno de las relaciones interpersonales las consecuencias que dichas circunstancias producen. Estos fenómenos alteran con frecuencia las capacidades de los profesionales y de las mismas organizaciones institucionales, para reconocer y diferenciar el origen de estas fuentes de malestar, como también de los efectos que generan en sus miembros.
- Suele ser habitual que la demanda de supervisión sea un emergente grupal de una situación de crisis institucional. Crisis que expresa la dialéctica de los estados de organización, desorganización y reorganización implícitos en todo grupo humano, estructural y dinámicamente organizado.

- La población asistida. La diversidad de variables que intervienen en la instalación y mantenimiento de las conductas adictivas, y por lo tanto las múltiples instancias que deberán ser coordinadas e integrarse, en los abordajes terapéuticos y rehabilitadores que se intenten desarrollar.
- Una tarea que requiere armonizar distintos discursos y prácticas. Este aspecto central de la labor de los equipos, conlleva un compromiso fundamental para intentar evitar la hegemonía y los anhelos de sometimiento de unos sobre otros. Así se han de investigar de manera continuada, los lugares y las intervenciones de encuentro y complementariedad posibles para el logro de los objetivos terapéuticos, en forma solidaria y cohesionada.

Para terminar diremos que apreciamos de especial relevancia, que las actividades de formación continuada y los cuidados de los equipos de atención a las drogodependencias, deben ser responsabilidad de las instituciones en las que éstos desarrollan su trabajo profesional.

Son las instituciones las que deben atender a las necesidades de sus recursos humanos, y brindarles los instrumentos adecuados para fomentar sus ámbitos de apoyo emocional y desarrollo teórico-técnico.

Al mismo tiempo los propios profesionales deberán asumir la co-responsabilidad que les compete, para promover el esclarecimiento y la elaboración de las complejas alternativas de las tareas que desarrollan, de los problemas que abordan, y de las relaciones entre los equipos profesionales, la población, la institución y la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Barenblit, V.: "Salud Mental y Recursos Terapéuticos", en *Primeres Jornades de l'Associació Catalana de Professionals d'Assistència Pública en Salut Mental*, Publicaciones de la A.C.P.A.P.S.M., Barcelona, 1994.
- Barenblit, V. y Galende, E.: "Cien años de Psicoanálisis en la Salud Mental". Ponencia presentada en el Coloquio sobre Psicoanálisis y Cultura, Foro Psicoanalítico de Buenos Aires, Buenos Aires, Octubre de 1995.
- Freud, S. (1920): "Más allá del principio del placer".

- (1921): "Psicología de las masas y análisis del yo", *Obras Completas*, Tomo XVIII, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1976.
- Freud, S. (1927): "El porvenir de una ilusión".
- (1930 [1929]): "El malestar en la cultura", *Obras Completas*, Tomo XXI, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1976.
- Galende, E.: *Psicoanálisis y Salud Mental*, Buenos Aires, Paidós, 1990.
- Galende, E.: *De un horizonte incierto - Psicoanálisis y Salud Mental*, Buenos Aires, Paidós, 1997.
- Galende, E. y Barenblit, V.: "La función de curar y sus avatares en la época actual" en *Equipos e instituciones de salud (mental), salud (mental) de equipos e instituciones*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1997.
- Korman, V. y Díaz, M.: *Y antes de la droga, ¿qué?* Barcelona, Grup Igía, 1996.
- Leal Rubio, J.: "Diálogo con Valentín Barenblit acerca de la supervisión institucional en los equipos de Salud Mental", Madrid, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Año XIII-Suplemento II, Octubre 1993.
- VV.AA.: *El diagnóstico psicopatológico en el campo de las drogodependencias*, Barcelona, Grup Igía, 1989.
- VV.AA.: *Estrategias de intervención familiar en drogodependencias*, Barcelona, Grup Igía, 1993.

ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LA SUPERVISION CLINICA E INSTITUCIONAL EN EL CAMPO DE LA TOXICODPENDENCIA

Maurizio Coletti

Premisa

Hablar de supervisión clínica e institucional en el terreno de la intervención sobre la toxicodpendencia significa, inicialmente, afrontar el problema de la especificidad de este campo y de las condiciones en las cuales la intervención en cuestión ha nacido y se ha desarrollado.

Se trata de reflexionar, brevemente, sobre un fenómeno que, en menos de veinte años, se ha transformado (directamente y por medio de las consecuencias del abuso, como el S.I.D.A.) en uno de los más grandes problemas sociales para muchas sociedades occidentales. Las características de impacto sobre la sociedad, hacen brotar una infinidad de consecuencias o premisas morales y etiquetas sociales. Es uno de los pocos campos de la intervención socio-sanitaria en el cual se ha expresado y se expresa ya "crónicamente" un vivaz debate/choque político entre una hipótesis antiprohibicionista y una respuesta contraria. Se aventuran en la discusión intelectuales, pensadores, políticos, más que profesionales de la intervención. A nivel de la opinión pública, asistimos a terribles incongruencias que van desde el rechazo por "los drogadictos de la calle" y por la delincuencia ligada al abuso de sustancias, a la conmoción cuando se escucha a algún cura que "salva a tantos jóvenes del túnel de la droga".

Todo esto no puede más que traer grandes y embarazosas consecuencias cuando se afronta el problema de la intervención. Area de trabajo en la cual se puede encontrar una gran variedad inmensa de trabajadores con diferentes cualificaciones y de diferentes orígenes, formaciones o convicciones, e incluso voluntarios sin ninguna preparación y animados a dedicarse a hacer de acompañante en el tratamiento de trastornos psicológicos, a veces desconcertantes.

Hay que recordar que justo aquí se ha afirmado una aberrante lógica, según la cual quien mejor puede tratar a un toxicómano es un ex-toxicómano, porque conoce el lenguaje, los trucos, la experiencia. Durante muchos años, incluso hoy en día y en muchos países donde el fenómeno se ha extendido, los trabajadores profesionales han vivido y viven una especie de condiciones de inferioridad frente a los volunta-

rios ; como si fuese humillante ocuparse profesionalmente de la intervención terapéutica en las situaciones de toxicomanía.

Todo esto supone, inevitablemente, muchos y específicos problemas al supervisor.

El primero de todos, como diré más adelante, el de encontrarse de frente, muy frecuentemente, **los aspectos de confusión entre el ocuparse de alguien y el curarse.**

Segundo, el deber siempre tener en cuenta **una intervención con un alto grado de complejidad**, que se desarrolla sobre varios planos diferentes, que implica a diferentes instituciones, estructuras o grupos y que obliga siempre a tener una clara visión de la totalidad del contexto en el cual se desarrolla la intervención.

Según Gregory Bateson, en efecto, **“la mente”** de una acción no puede ser restringida a la estructura cerebral del ser humano implicado en ella. Para explicar este concepto, Bateson recurría al célebre ejemplo del guardabosques. Imaginemos un leñador que se prepara para talar un árbol, levanta su hacha y golpea al árbol una y otra vez, hasta hacerlo caer. Aparentemente la “cosa” que gobierna esta acción es su cerebro, que manda órdenes a los músculos y a las otras estructuras del cuerpo. Pero según Bateson, el proceso es más complicado e interactivo, una vez estabilizado el circuito cerebro-músculos y esqueleto-hacha y lanzado el primer golpe, el árbol “responde”, su estructura (más o menos compacta, más o menos estratificada) ofrece información al hacha que la transmite a los músculos, que la transmiten al cerebro. El siguiente golpe será lanzado con mayor o menor fuerza, con diferente ángulo, en un punto diferente. Se iniciará entonces, otro circuito parecido al primero y que paso a paso irá corrigiendo y modificando la acción, se podrá llegar, antes o después al resultado deseado. La conclusión es que la mente de la intervención es difundida en todos los componentes de las acciones en las que participan, en formas y medidas diferentes, en un proceso dinámico de interrelación. El ejemplo es particularmente sugestivo y valioso.

Se presta a una reflexión sobre la imposibilidad de dividir, o parcelar una acción compleja, como lo es la de una intervención en una situación de toxicomanía.

Según un punto de vista sistémico, parece muy difícil escindir la supervisión que tenga como objetivo el análisis de la estrategia general de la intervención, de aquella que apunta a la lectura de la relación entre el operador y sus pacientes, de aquella que tenga como finalidad la lectura de las relaciones y de las tramas existentes entre el operador y sus colegas y más en general, la estructura en la cual está introducido.

Dada esta dificultad, se consigue que cada intervención de supervisión deba tocar más niveles.

¿Pero cuáles pueden ser los objetivos de esta supervisión?

Para responder a esta pregunta conviene precisar el contexto general en el cual está inserta la supervisión y es útil recordar que la formación de un terapeuta (sobre todo en Italia) prevee una intensa experiencia clínica, con una toma a cargo de situaciones diferentes, que vienen sometidas a una supervisión "directa" del didacta*. Sucesivamente, en la fase conclusiva de la formación, la actividad clínica del alumno viene reportada en una forma de supervisión "indirecta", a través del resto de los encuentros de terapia, el examen de las estrategias adoptadas, la lectura de la relación terapéutica.

Pero no quisiera hacer referencias a la supervisión en fase de formación, considerando más útil razonar sobre la supervisión que se desarrolla normalmente, acerca del servicio, el centro o la institución de pertenencia del operador.

Esta situación puede ser encuadrada como una eventualidad esporádica o regular y tiene, normalmente, el objetivo de discutir los casos difíciles. Como norma, la supervisión no se desarrolla entre dos sujetos (el supervisor y el operador, como si fuese un modelo clásico), sino que está dirigida al grupo entero de operadores que trabajan en una estructura dada.

Y aquí podemos encontrar un primer objetivo de la supervisión sobre el cual me parece importante reflexionar: **¿puede una supervisión ofrecer la solución de un caso a un operador?**

La pregunta es similar a la que se podría hacer sobre una terapia: ¿puede una terapia encontrar la solución de los problemas que una o más personas llevan al terapeuta? La aceptación más convincente que encuentro sobre una intervención terapéutica es que pueda servir a los pacientes para situarse con mayores recursos frente a la dificultad que están viviendo. A ellos mismos corresponde la capacidad de elegir. Al terapeuta y a la terapia, la tarea de permitir el cruce de los conflictos interpersonales e intrapsíquicos y de ayudar a los pacientes a soportar este peso, a descubrir sus propios recursos, a explorar sus propias expectativas.

De forma paralela, la supervisión no puede ofrecer soluciones a los problemas del operador, no descubre nuevas vías, no sustituye al terapeuta, ni a su responsabilidad, ni a su relación con los usuarios, ni alivia sus conflictos, justamente la característica de estar dirigida a sujetos en posesión de una formación precedente hace absurda una intervención que "explique" qué hacer, que indique soluciones no señaladas, que desarrolle una intervención académica de lectura del caso.

* Bajo el punto de vista práctico, eso significa que todas las sesiones están seguidas por un profesor a través del espejo unidireccional, discutidas con frecuencia con el grupo de formación, registradas en cinta de video, y revisadas y comentadas de nuevo en el ámbito de los encuentros de formación.

La supervisión puede, solamente, permitir una visión diferente del problema, puede sugerir, estimular, despertar la curiosidad, y puede contribuir a una lectura de la posición del terapeuta en una relación terapéutica dada.

Es de sobra conocido, que la discusión de un caso de tratamiento sistémico pueda servirse de un genograma, representación gráfica elemental de una familia, con las relaciones formales entre sus miembros, con la indicación de sus edades, de sus nombres y conteniendo algunas otras indicaciones gráficas codificadas, referidas al conjunto de relaciones entre ellos. A menudo, se añade otra representación gráfica que reseña más sobre las alianzas, las coaliciones, los conflictos, las separaciones y sobre las fusiones.

Pues bien, es muy frecuente que un operador lleve a supervisión un caso considerado difícil y diseñe el genograma, el mapa de las relaciones, enriquezca este material con observaciones y representaciones de los otros servicios que intervienen en la situación, pero se "olvide" de indicar su posición, su presencia, su sistema de alianzas y coaliciones.

He aquí, entonces, un primer objetivo de la supervisión : permitir el descubrimiento de las coaliciones del operador y la elaboración del sistema de las relaciones que lo ligan a sus usuarios.

Pondré un caso concreto.

Se trata de una supervisión efectuada entre un grupo de operadores de un servicio de toxicomanías, en el cual hay disponibles tratamientos ambulatorios y de sustitución, está en funcionamiento un servicio de acogida que realiza la parte del diagnóstico y la orientación a las sucesivas intervenciones. El grupo de operadores está compuesto de 3 médicos, de los cuales dos son psiquiatras, cuatro psicólogos, tres asistentes sociales, dos educadores, una A.T.S. y tres enfermeros.

La supervisión clínica se viene realizando desde hace dos años, desde el momento de la presentación del caso se desarrolla mediante encuentros de cinco horas cada uno, una vez al mes. El supervisor ha estado dirigido por la responsable del servicio y después de un periodo de "rodaje", su introducción se puede considerar muy buena.

El caso en cuestión viene presentado por una psiquiatra y una psicóloga que están comprometidas en el seguimiento de una situación de toxicomanía, cuyo paciente lo identificaremos aquí como Carlo. Las dos operadoras del servicio tienen a su cargo el caso desde el inicio, desde hace un año de la fecha en la que ahora hablamos. Ambas tienen una formación psicoterapéutica y un cierto interés por el trabajo con las familias y el acercamiento sistémico.

El paciente, cuentan, se presentó la primera vez acompañado del hermano mayor, persona descrita como seria e implicada . El padre de Carlo es pastelero y trabaja en

turnos masacrantes, principalmente de noche, la madre es un ama de casa . Las operadoras cuentan cómo el hermano estaba, al mismo tiempo, destrozado por las consecuencias que el abuso de drogas del hermano tienen en la casa, pero muy enérgico en sus enfrentamientos. El comportamiento en las sesiones de Carlo (una historia de toxicomanía de heroína con una duración de cinco años a sus espaldas) es descrito como alternando entre el menosprecio y la superficialidad y el comportamiento temeroso cuando su hermano Guido, que se impacienta y lo amenaza con echarle de casa. Después del primer encuentro, las operadoras dan una cita a toda la familia y se consigue encontrar un horario adecuado para todos después de muchas tentativas. Cuentan como toda la familia está destrozada por el comportamiento de Carlo y que piensan que sería necesario su alejamiento, al menos parcial, de casa. Se propone entonces una introducción de Carlo en la actividad del centro terapéutico diurno dependiente de la misma estructura pública. La introducción (bien aceptada sobre todo por el hermano) dura menos de dos semanas, cuando el paciente es apartado por haber dado un resultado positivo en un control de orina. Siguen otros dos encuentros dramáticos durante los cuales la madre y Guido expresan todo lo insoportable de la situación en casa. Se decide entonces la introducción en un programa residencial. Carlo es dirigido a una Comunidad Terapéutica que rechaza por considerarla muy rígida y severa. Después de algunos coloquios preparatorios, es admitido en una segunda Comunidad Terapéutica, de la cual es expulsado en menos de un mes por mantener relaciones sexuales con otra paciente. El caso es traído a la supervisión justo en esta fase. Se presenta además como un problema de diagnóstico. Se formula la hipótesis de la pertenencia del paciente al grupo de los susodichos toxicómanos de área psicótica. La discusión en el grupo se enciende de pronto en torno a la cuestión del diagnóstico, sucesivamente se pasó a discutir en abstracto sobre las características y los límites del centro terapéutico diurno. Sólo después de un notable periodo de tiempo, al supervisor le es posible trazar una línea de reflexión sobre el "posicionamiento" de los operadores en la situación : resultaba muy claro un pacto de alianza entre los operadores y la pareja madre-hermano. Así la intervención se desarrolló siguiendo la demanda presurosa y dramática de los dos, sin intentar comprometer al padre, y sobre todo, sin verificar la motivación y la posición de Carlo respecto al tratamiento propuesto. El fracaso de la propuesta era vivido con rabia y frustración y de ello se ha derivado un sentimiento de agresividad dirigido al paciente. La intervención de supervisión reconstruye el proceso entero y permite a las dos operadoras la lectura de su propia situación con mayor ventaja, enfocando mejor su posición. En particular, se discute sobre la profunda desilusión de sí mismos, comprobado en el último encuentro con la madre y el hermano, cuando estos se han mostrado extrañamente, poco preocupados por el último fracaso de Carlo. Las operadoras comprometidas en la gestión del caso, pasan de una posición intransigente y preconcebida, defensiva, a una postura más problemática y abierta. Al final del debate, deciden convocar a toda la familia e indagar los deseos de cada uno considerando la situación. El

supervisor, más allá de favorecer la discusión y manifestarse sobre algunas cuestiones, se limita, en la parte final, a aconsejar a las dos operadoras el no caer en la trampa de un sentimiento de hostilidad hacia todos los miembros de la familia (principalmente, la madre y el hijo mayor) por haberles influenciado y relajado tanto en un juego de relación tan típico en una situación de este género.

La supervisión, en este caso, ha permitido un recorrido autónomo de descubrimiento de la posición de los terapeutas, sin establecer ninguna estrategia determinada, ésta se ha limitado a tratar sobre una sola parte del juego en acción.

Un segundo aspecto de la intervención de supervisión clínica, presente también en el caso apenas expuesto, es el descubrimiento de la capacidad y de los conocimientos : cuando presenta un caso, el terapeuta ¿no “sabe” ? Es decir, ¿su demanda es la de conocer cualquier nueva solución, cualquier ardid, cualquier vía de salida desconocida ? y ¿la supervisión tiene que responder a esta demanda ? Es del todo evidente y clara mi posición en este caso. La supervisión está dirigida a los terapeutas que, contingentemente, atraviesan una “zona gris” y con los cuales sólo es posible un camino atento y respetuoso dirigido a potenciar los conocimientos, ya en posesión de ellos, a subrayar las implicaciones emotivas, a activar la energía, a permitir una remotivación más rica y consciente.

Luigi Cancrini (1.987) en su tentativa de profundizar en los mecanismos de la psicoterapia, se refiere al error del terapeuta en estos términos : “un error común en la descripción del sistema terapéutico es aquel que lo considera formado de un sistema familiar definido y de un terapeuta anónimo y específico. La experiencia de entrenamiento y de supervisión demuestra la importancia, en cambio, de las circunstancias personales en el interior de las cuales el terapeuta se encuentra con una cierta familia. Desarrollando su función, el terapeuta está conectado de manera directa a un intrincado complejo de motivaciones, de expectativas, de temores y de incertidumbres que atañen en particular al desarrollo de aquella función pero, más en general, su sentirse persona en un momento definido de su ciclo vital y de su recorrido emotivo”.

De nuevo Luigi Cancrini (1987) : “Considero como segundo tiempo (el tiempo de la ocultación) al depositarse, todavía informe, de la unión de todos estos elementos en la “mente” del terapeuta.

Se trata, obviamente, de una fase reconstruible por deducción y no directamente verificable.

Se trata también, sin embargo, de una fase esencial para entender los pasajes sucesivos del proceso, he llamado informe cuando se depositan las informaciones recibidas. En términos lógicos esto depende del hecho de que el terapeuta transforma (o debería transformar) en datos las indicaciones operativas proporcionadas por aque-

llos que a él se han dirigido. La confusión que debe determinarse en este punto en la mente del terapeuta tiene algún punto de contacto con aquella visión del delfín en el experimento de Bateson. El delfín era premiado al término de cada prueba por un comportamiento distinto de aquello premiado las veces anteriores y se exhibía al comienzo de la quinceava sesión, después de un periodo de tensión y dificultad, y sólo si el experimentador había mantenido con él una "buena relación" en una serie pirotécnica de comportamientos inéditos, razonando sobre la regla por la cual el premio tendría que ver con sus comportamientos reales, según Bateson, él había conseguido conceptualizar, a un nivel más alto de aquel utilizado en las sesiones normales de condicionamiento, la idea por la cual el premio estaba ligado a la cualidad nueva de los comportamientos, no a su propio contenido. Decidiendo no usar, es decir, que probablemente nos sean útiles, las indicaciones operativas (el premio se debe a aquello que hago) útiles en muchas otras situaciones al término de un trabajo (el periodo de tensión y de dificultad) que correspondía probablemente, como para el terapeuta, a la aceptación de una fase de vacío y de confusión. Una fase en la cual el hombre conoce bien la amargura ligada, probablemente al riesgo, en el cual se siente sumergido en el momento en el que debe renunciar a organizar los datos de la experiencia. Exponiéndose a la tentación de cerrar rápidamente la partida, adoptando conclusiones rápidas y parecidas (en el sentido de la homologación en aquello del contraste abierto) a aquellas presentadas por aquel que habla".

Un tercer aspecto es el de las emociones : el terapeuta tiene el derecho-deber de poner en cuestión el papel de sus visiones emocionales en el proceso de tratamiento y la supervisión debe jugar aquí un papel muy importante. Daré otro ejemplo práctico.

Se trata de una supervisión efectuada en otro servicio público para toxicómanos, donde también hay un centro diurno. Trabajan para esta estructura tres operadores : un psicólogo y dos educadores, ayudados por otros dos operadores que tienen la misión de permitir el desarrollo de la actividad laboral y demás actividades previstas por el programa. En el momento de la supervisión, el centro tiene a su cargo nueve pacientes que tienen, desde un mínimo de tres semanas, hasta un máximo de un año de estancia en la estructura.

La psicóloga presenta el caso de Nicola, 27 años, cuya familia proviene de un lugar lejano de la actual residencia. Nicola, inició un uso continuado de heroína a los 19 años. Las primeras tentativas de hacer frente al abuso comenzaron hace tres años. El paciente ha realizado ya seis desintoxicaciones y ha estado metido, sin éxito, en un programa residencial, y actualmente en un tratamiento integrado que prevee, aparte de la actividad del centro diurno, coloquios individuales y familiares. Nicola parece, en el trato, muy participativo en la vida del grupo y en sus fines, pero cuentan, no faltan las transgresiones a las normas establecidas : retrasos, comportamientos agresivos, rechazo por las tareas establecidas, faltas.

Parece interesante, en concreto, una característica de estas transgresiones : Nicola anticipa todo y "confiesa" primero, sin haber sido descubierto, el hecho, declarando no haber podido hacer nada para comportarse así, está arrepentido y promete cambiar el comportamiento. Todo esto sucede, acompañado, de un profundo sentimiento de fracaso, que ha metido en una dificultad extrema a sus interlocutores. La primera vez, sus confesiones provocan una reacción protectora por parte de los operadores y una reacción de fastidio y de rabia de los otros pacientes. A continuación, los operadores han cambiado su postura, siendo más intransigentes y menos protectores frente al poco respeto por las normas por parte de Nicola. Preocupados, también, por el clima que se había creado en el grupo. Los terapeutas empiezan a preguntarse si es útil y posible mantener al paciente en el programa.

El ya ha estado apartado durante una semana, tres veces, a causa de notables retrasos, de ausencias y de confesiones por el uso de alcohol durante el fin de semana. Ultimamente, justo el día anterior a la supervisión, Nicola ha vuelto del fin de semana confesando haber fumado hachís junto a un grupo de viejos amigos de la calle. La confesión ha sido muy angustiada y ha producido una sensación de ansiedad generalizada entre los otros pacientes. La educadora que ha hablado con Nicola informa estar muy preocupada por haberle regañado duramente y por haber dejado en suspenso una reacción más estructurada, aplazándola para días sucesivos ; según ella, Nicola lo sigue continuamente con la mirada y en angustiada espera de la respuesta.

La discusión en el equipo de los operadores se desarrolla evaluando la posibilidad de mantener a Nicola en el programa del centro diurno. Las operadoras y parte del grupo de ayudantes sostienen la idea de expulsarlo, creyendo imposible el poder contenerlo y priorizando el evitar una reacción generalizada de los otros pacientes. Otra parte del equipo protesta sobre esta decisión, afirmando que así se echaría a Nicola nuevamente a la calle, sin ninguna posibilidad de poder recuperarlo, se menciona la posibilidad de actos suicidas, cuya responsabilidad, se dice, recaería sobre quien ha querido la expulsión.

La intervención de supervisión se articula a través de los sentimientos emocionales de los terapeutas, rabia por haber sido varias veces manipulados por Nicola, preocupación por los otros, desconcierto y estupor por la "modalidad" del paciente de anticipar todo, de asumir toda la responsabilidad, de esperar, casi pedir, un castigo que es aceptado como justo, pero también rabiosamente rechazada.

Se discute, por tanto, sobre la siguiente cuestión : ¿quién y qué decide la marcha del programa?

Poco a poco se toma conciencia de una responsabilidad del equipo que resulta exagerada ; Nicola pone a todos los operadores en la imposibilidad de reaccionar, y luego les hace sentirse culpables de no entenderle. La elección de expulsarlo es con-

siderada muy en contra por los operadores, mientras el paciente no esté en condiciones de evaluar sus responsabilidades. Se encara así la idea de esperar a la próxima infracción de las normas por el paciente, y de prevenirla individualmente y en grupo, codificándola como su elección de interrumpir el programa.

Aparte, el halagüeño y positivo efecto de la intervención así concebida, los operadores antepuestos, se han sentido aliviados de la angustia de tener que elegir y encuentran un camino más cómodo de intervención que se articula de manera inversa a la situación precedente, basada en un control recíproco entre pacientes y operadores.

Es evidente cómo, en supervisiones clínicas de este tipo, se puntualiza mucho la importancia del grupo. Casi siempre se trata de personal a cargo de los operadores de una institución o de un centro. La ventaja de una situación prevista y que resulta posible durante la discusión de los casos, una observación rica y profunda de las dinámicas que gobiernan la vida de este grupo.

Muy a menudo, las observaciones y las conclusiones de las sesiones de supervisión pueden estar dirigidas hacia algunos aspectos de la organización de la estructura, incluso si este paso resulta incómodo y poco rentable.

Como conclusión, conviene resaltar la importancia de una actividad de supervisión clínica dirigida a operadores ocupados en el tratamiento de las situaciones de toxicomanía. Esta intervención tiene un alto riesgo emocional y la constitución y el mantenimiento de un espacio adecuado en el cual poder explorar aquello que ocurre, con una ayuda externa, parece indispensable.

Intervenciones como estas tienen necesidad de instrumentos humanos, los medios utilizados son palabras, vivencias, relaciones.

No hay necesidad de sofisticadas maquinarias, o instrumental electrónico específico, se siente la necesidad de espacios dedicados a la "puesta a punto" del instrumento operador o del instrumento equipo y sucede que esta consciencia sea siempre más alargada y que el plano de desarrollo y de organización de los programas de tratamiento de las toxicomanías consideren la supervisión clínica como elemento fundamental a introducir como actividad permanente.

SUPERVISIÓN PSICOTERAPEUTICA EN DROGODEPENDENCIAS

Roberto de Inocencio

Es sabido que trabajar en el campo de las relaciones humanas desde el punto de vista terapéutico y de rehabilitación psicológica y social requiere un gran esfuerzo intelectual y emocional del profesional a cargo.

La estructura de personalidad de la persona afectada por la adicción y el esquema relacional que presenta, como causa y efecto de su sintomatología, hace que el grupo profesional que le asiste, así como los individuos que lo componen, se encuentren inmersos, con frecuencia, en una situación no siempre clara y en ocasiones un tanto desorientada.

No es raro encontrarse hablando del "problema" de la droga en medios de comunicación, o en conversaciones sociales. Con cierto asombro puede encontrarse uno que esta actitud es compartida por algunos profesionales que ejercen en el medio de las adicciones; viendo los agentes adictivos como el problema en sí, más que como la solución primaria que encuentra el enfermo ante un problema que no sabe resolver de otra manera. En este momento, el profesional comparte -desde otro punto de vista- la fascinación por el agente adictivo, quedando atrapado de modo inconsciente más por el síntoma y la forma de resolverlo, que por la causa que lo genera y su oportuno tratamiento.

Desde mi perspectiva, es en este punto donde la supervisión puede, y debe, jugar un rol más efectivo.

El profesional encargado de la recuperación y rehabilitación del consumidor de droga, a diferencia de otros terapeutas, está expuesto a un sinnúmero de factores que tocan sólo tangencialmente a profesionales que ejercen en otros campos. Estos factores incluyen aspectos personales del enfermo identificado; como en otros campos de la psicoterapia, pero a ellos hay que sumar factores familiares y sociales, sanitarios, legales, económicos y hasta comerciales que están en este aspecto de la práctica y colocan al profesional en un estado de alerta tensa tal, que en ocasiones, desemboca en un abatimiento inespecífico, cuya causa es difícilmente identificable precisamente por lo abigarrado del espectro factorial que lo produce.

La persona afectada por la adicción es, generalmente, una persona con serias afecciones psicológicas que no son particularmente ajenas a la persona que no padece una adicción. De todas quizás la más relevante y que mejor puede describir el cuadro nosológico es la dependencia extrema del individuo.

La dependencia a una sustancia tiene unas connotaciones muy diferentes a las de las dependencias afectivas, ya que éstas últimas son mucho menos controlables y requieren del individuo un mayor esfuerzo de relación que en el caso de las dependencias de sustancias.

Esta cualidad del enfermo hace la relación con el profesional extremadamente difícil, no sólo por la expresión masiva que puede hacer de su dependencia llevando al acorralamiento emocional del terapeuta, sino por lo fácilmente que sustituye una relación poco controlable por la de la sustancia que sí lo es. Esta manipulación emocional e inconsciente del paciente pone en constante zarandeo la relación terapéutica y a la misma persona del profesional.

Son bien conocidas las presiones legales y morales a las que se ha visto y se ve sometida la persona con problemas de adicción. Estas fuerzas unidas a la frágil estructura de personalidad del individuo afectado hace de éste un sujeto poco fiable y mendaz a la hora de confrontar áreas de conflicto como son sus transgresiones. El profesional en esta posición es habitualmente colocado ante un dilema: o bien puede ser injusto en el tratamiento de alguien al acusarle de algo que no ha cometido, o puede quedarse un paso corto al refrendar permisivamente la actitud evasiva y mendaz de su paciente. Muchas de estas situaciones hacen que el profesional se llene de sentimientos de culpa que son difícilmente trazables.

Muchos profesionales se han acercado a la práctica terapéutica de una manera un tanto circunstancial; no por una elección consciente. Desde esa posición y acuciado por la urgencia con que los programas de rehabilitación se han ido urdiendo, muchos terapeutas se han ido formando de una manera un tanto precipitada y donde la voluntad ha suplido muchas veces la pericia. De ahí que muchos profesionales que ejercen en el ámbito de la rehabilitación del drogodependiente estén poco familiarizados con conceptos teóricos básicos de dinámica relacional. La falta de un marco teórico referencial deja al terapeuta sin un encuadre que le preste una estructura a la cual recurrir en casos de intensa involucración afectiva. En estos casos, el terapeuta queda a merced de la dinámica afectiva que le presenta su paciente, el grupo natural al que éste pertenece o a la cultura social del grupo que está tratando. La intervención terapéutica queda comprometida en el mejor de los casos, y generalmente es poco efectiva.

Los que hemos trabajado alguna vez en el campo de abusos de sustancias, hemos podido comprobar que el paciente identificado es, la mayor parte de las veces, un reflejo de la patología familiar de la que proviene.

No siempre es así, pero con frecuencia si lo es. Otras veces, el medio familiar, aunque es de difícil localización, se sirve del cuadro que presenta el afectado por la adicción : unas veces como elemento de distracción de la patología familiar ante la situación terapéutica o como elemento que da protagonismo y relevancia a una parte del grupo.

En casi todas las historias familiares de personas afectadas por la adicción aparece una constante: una figura parental ausente y una particularmente presente en el papel de sobreprotección, acogimiento y provisión.

Estos roles son habitualmente identificados en el padre y la madre; pero no siempre es correspondiente. La constante es el juego de roles.

El paciente tiende, en su plano inconsciente, a recrear este juego de roles. Muchas veces, al transgredir ciertas reglas en el centro o programa de rehabilitación, no hace más que invocar las figuras primarias de relación con las que se relaciona perpetuamente de una forma regresiva.

Así, las personas que entran inconscientemente en esta cosmología intrapsíquica del paciente -terapeutas, administrativos, educadores, personal de mantenimiento, etc.- están siendo arrastrados a este juego de roles ante el cual claudican, abandonando su rol terapéutico, o bien tienen que dedicar un gran esfuerzo a la contención de estos fenómenos, restando efectividad a su trabajo o a su vida personal y emocional, que no infrecuentemente terminan en desequilibrios inespecíficos. Éstos afectan a la relación terapéutica y prestan servicio al mantenimiento del equilibrio precario del grupo original del que procede el paciente.

De esta manera, el profesional se ve expuesto, no sólo a la presión inconsciente que sobre él ejerce el paciente, sino también a la que ejercen otros miembros del grupo familiar y a veces éste mismo al completo, presentando resistencias al tratamiento en forma de refrendo a las actitudes del paciente, o en forma de alianza, encubierta o encubridora a comportamientos del mismo. No es raro ver a miembros de la familia, que en nombre de la compasión y el cariño, llegan a proporcionar la sustancia adictiva al paciente, o prestarle cobijo ante situaciones de transgresión, bien al código de tratamiento, o a las reglas de índole social.

El profesional se muestra un tanto impotente ante estas situaciones que se abordan siempre -o casi siempre- desde la compasión, lo emotivo o lo empático. La falta de perspectiva es uno de sus elementos de riesgo y algo que siempre juega a favor de la patología grupal e individual.

Sería imposible enumerar uno a uno los factores que juegan en contra del quehacer terapéutico en el campo de adicción de las drogas. No obstante, quisiera plantear uno del que raramente se habla y , muchísimo menos, se escribe en este área.

Hace ya muchos años, siendo yo un joven médico que aún no ejercía, lo que después ha devenido en lo que actualmente es mi profesión, vi a una señora que exponía su caso en televisión. Esta señora era madre de, al menos, dos hijos que eran adictos a la heroína. La señora relataba el sufrimiento que para ella había sido el calvario de sus hijos y cómo, a través de una organización de comunidades terapéuticas, habían logrado ayudarles hasta el punto en que, tanto los chicos como ella, eran, en ese momento, parte del entramado organizativo de tal comunidad. Los chicos y la madre habían, en definitiva, encontrado en "la droga" la razón definitiva de sus vidas. No sólo en el plano más íntimo, sino también en el protagonismo, la relevancia social y el prestigio que tal labor les proporcionaba.

Ni el entrevistador, ni ellos, ni nadie, cuestionaba la extraña asociación que se había establecido: partiendo de una situación de sufrimiento y -entonces- una razón de marginación social, los hijos habían logrado una posición laboral y prestigio social para ellos, y lo proporcionaban, al mismo tiempo, a su madre que en ese momento mantenía una larga entrevista en T.V. de cobertura nacional, como era entonces.

Desde aquel momento la pregunta me ha dado vueltas en la cabeza: ¿Qué habría sido la vida de esta señora de no haber tenido dos hijos adictos a la heroína? ¿Habría tenido la relevancia social que había logrado? ¿Habrán podido ella y sus hijos salir del "mundo de la droga"? ¿Estará la persona adicta sirviendo a un sector no identificado? ¿Se está haciendo terapia mientras veamos el síntoma como problema? ¿Habrán elementos latentes en la sombra que no son tratados nunca, y por tanto el problema subsiste a pesar de todos los esfuerzos que se hacen, a pesar de todo el dinero que se emplea? ¿Pudiera ser que "la droga" no sea eliminable en realidad? ¿Hasta qué punto están presentes los elementos de dependencia en el profesional que trabaja en el medio de las adicciones? ¿Qué perderíamos todos cuando se erradicara "la droga"? ¿Hasta qué punto vivimos todos de los elementos dependientes en nuestra profesión?

Éstas y otras muchas preguntas son las que surgen y resurgen en un plano de supervisión, que ayudan al profesional a mantener la perspectiva en una relación particularmente absorbente, envolvente y, hasta cierto punto, atractiva.

El paciente con una adicción es seductoramente atractivo desde su impotencia, desde su inoperancia, desde su desesperación y de una manera aún más seductora coloca a una parte de su mundo en el atractivo rol de omnipotencia y castiga con la descalificación a aquel que se le resiste a este aspecto de seducción.

La supervisión -preferiblemente en grupo- acota y soporta al profesional inmerso en una situación tal. En mi experiencia, profesionales en la práctica psicoterapéutica sin relación con el mundo de la adicción, han aportado perspectiva y encuadre a situaciones presentadas por los profesionales a cargo de comunidades o de consultas

particularmente pobladas por pacientes drogodependientes. A diferencia de grupos homogéneos de supervisión, la heterogeneidad en un grupo de supervisión le presta al profesional que practica en un medio especializado en drogodependencias, la actitud un tanto distante de la problemática en la que habitualmente vive inmerso.

Resumiendo: de las entidades actualmente tratadas en el encuadre de rehabilitación y recuperación psicoterapéuticas, la drogadicción es de las que mayor peligro de pérdida de objetividad presenta a los profesionales que ejercen.

Los múltiples factores que originan y perpetúan la situación del paciente lo hace particularmente incontrolable para el profesional.

La complejidad y naturalidad de estos factores hacen fácilmente seductores al profesional, perdiendo perspectiva del problema con harta frecuencia.

La supervisión en esta situación no sólo es facilitadora de la labor del psicoterapeuta sino que, en ocasiones, se hace imprescindible desde el punto de vista de efectividad laboral y, desde luego, desde el punto de vista de profilaxis personal.

LA SUPERVISION CON EDUCADORES DE COMUNIDADES TERAPEUTICAS DE TOXICOMANOS

Mikel Plazaola

Vamos a exponer a continuación algunas observaciones y reflexiones que la experiencia de supervisión con los educadores de la comunidad terapéutica HAIZE-GAIN, nos ha posibilitado.

Nadie cuestiona hoy en día la importancia y la necesidad de supervisión que el o los terapeutas tienen en algún momento de su quehacer con pacientes o grupos de pacientes. Es de sobra conocido que en todas las escuelas y corrientes de psicoterapias de orientación psicoanalítica (se trate de psicoterapia individual, grupal o psicodrama psicoanalítico) (Thoma y Kächele, 1989 ; Martí y Satne 1986) por ejemplo, es imprescindible durante la formación un tiempo de supervisión. Posteriormente, satisfecho un cierto grado de formación es a veces necesario, a veces aconsejable, puntualmente o de modo más prolongado, períodos de supervisión de aquellos casos, grupos, episodios, etc. que se vuelven conflictivos o recurrentes en el proceso terapéutico.

Son dificultades que envuelven al terapeuta y merman su capacidad operativa obstaculizando y contaminando la comprensión de los fenómenos que percibe, impidiéndole intervenir cuando es necesario. A veces es un "no ver" lo evidente, a veces es una distorsión de lo que tiene delante, a veces es un malestar indefinible que le saca de su teórica neutralidad, otras es una implicación excesiva en los problemas de los sujetos. Suceden tanto en la relación terapéutica individual o grupal, trátase de una técnica exclusivamente verbal o con técnicas activas, teniendo además cada una de éstas, dificultades específicas.

En cualquier caso, son obstaculizaciones que si no se conocen y manejan adecuadamente provocan un efecto de *impasse* y frecuentemente acarrear el fracaso de los procesos terapéuticos.

Es el psicoanálisis quien ha sistematizado, explicado y profundizado en las causas y sentidos de estas dificultades recurrentes en que el psicoanalista, el terapeuta, el coordinador de grupos, o el psicodramatista, se ven inmersos, independientemente de sus conocimientos teóricos y de su buena voluntad. En psicoanálisis se entiende que muchas de estas dificultades tienen que ver con la "contratransferencia" que se define como el "Conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de este" (Laplanche y Pontalis, 1983, p. 84).

Para dar cuenta de la importancia de este controvertido concepto basta señalar que el propio Freud en su trabajo "*El porvenir de la Psicoterapia Psicoanalítica*" (1910b) condiciona el progreso de la psicoterapia psicoanalítica, entre otros tres factores, al avance en la comprensión de la contratransferencia. Esto lo llevará más adelante a exigir el psicoanálisis del candidato a analista, como requisito imprescindible para llegar a serlo.

La consideración y el manejo de este fenómeno ha ido evolucionando desde entenderlo como un obstáculo a tratar de evitar, hasta verlo como una importante fuente de información para el terapeuta, que poniendo en juego los efectos de sus reacciones inconscientes ante el paciente, puede descubrir qué de lo que el sujeto transmite inconscientemente, le está haciendo sentirse, hablar, actuar o ubicarse del modo en que lo hace, muchas veces a pesar suyo.

Teniendo en cuenta que en sus orígenes los terapeutas grupales (de orientación psicoanalítica) solían ser analistas individuales, los conceptos teóricos y métodos técnicos del psicoanálisis individual fueron aplicándose a la psicoterapia grupal analítica, aunque frecuentemente las aportaciones también eran a la inversa. Un ejemplo de esto lo constituye lo que puede considerarse como corriente argentina dentro de la psicoterapia psicoanalítica y de la psicoterapia grupal analítica que se sitúan en torno al Grupo Psicodramático Lationamericano y la Escuela de Psicología Social (Pichon-Rivière, Quiroga, Bauleo, Moccio, Martínez Bouquet, Rodrigué, Langer, Ginberg, Kesselman, Pavlovsky) por citar algunos.

En este sentido hay un concepto de contratransferencia de Pichon-Rivière (1975) que nos parece muy acertado y gráfico. Propone este autor que si la transferencia es la adjudicación (al terapeuta por ejemplo) de roles inscritos en el mundo interno de los sujetos (padre, madre, objetos de odio, de amor, etc...), la contratransferencia es jugar el rol adjudicado, sin caer en la cuenta de ello.

Sirvan estas pinceladas para recordar la importancia fundamental de la supervisión en todo proceso terapéutico que se articule dentro de unos parámetros éticos que garanticen que el terapeuta no esté enfermo de omnipotencia. Epidemia frecuente entre los profesionales que reciben una demanda de un / unos sujetos que sienten necesidad de ser escuchados o ayudados en las dificultades que no pueden resolver.

Cuando alguien se constituye como terapeuta, u opta por el deseo de serlo, tiene hoy en día suficientes cauces como para ponerse en camino.

Pero en todo contexto terapéutico hay funciones que no son definidas explícitamente como las de terapeuta, pero tienen efectos terapéuticos evidentes. Un ejemplo claro de ello, casi un paradigma, es la comunidad terapéutica. Desde la óptica de un paciente o de su familia, desde que se plantea la demanda, hay toda una envoltura institucional del sujeto y de su entorno que trata de contener y reorganizar las distin-

tas esferas en que se manifiesta y materializa lo que hace que el sujeto padezca la patología de la que se trate : esfera intrapsíquica, relacional, familiar y social. Y para cada una de estas esferas el sujeto cuenta con personas con funciones específicas : terapeutas, asistentes sociales, compañeros, educadores, personal sanitario, etc.

En esta estructura institucional, todas estas figuras cumplen inevitablemente una función terapéutica más o menos intencionadamente, de modo más o menos manifiesto. Pero sobre todo todas ellas son objetos de transferencia tanto del sujeto como de su familia. El encuadre terapéutico fomenta y encauza esta transferencia en el caso del terapeuta, brindándole por su formación el manejo de la misma de un modo operativo, a la vez que le brinda una cierta protección con respecto a los efectos de ésta. Es ahí donde más allá del encuadre, la supervisión permite la elaboración de los efectos de transferencia y contratransferencia.

El resto de los estamentos no está exento de los efectos de transferencia pero en principio no dispone de los cauces para poder entenderla y manejarla.

Un caso especial de esta situación es la figura del educador.

Ya el propio título encierra una cierta paradoja en cuanto a las funciones del educador. Sin entrar en cuestiones como definir lo que es educar, se supone que se trata de educar al toxicómano que intenta dejar de serlo, en normas, hábitos, modos de vida y de relación saludables en contraposición a las que el sujeto hasta ese momento tenía y que son implícitamente o por ausencia, patógenos.

Esto, sitúa al educador al menos, en una posición de ideal a imitar, dado que lo mínimo que se le va a exigir es la coherencia con lo que postula desde esa posición. No se trata de enseñar a leer, a coser, matemáticas o jugar al fútbol. En todo caso se trata de educar en el *ser*, ser un individuo, tener una determinada imagen de sí, tolerarse y tratarse de un modo determinado (en relación a la autodestrucción por ejemplo), posicionarse de un modo diferente con respecto a la satisfacción y a la frustración, y sobre todo un ser en relación a los demás, con las gratificaciones, frustraciones, heridas narcisistas e identificaciones especulares que la relación con los demás entraña. Es decir toda la diversidad que supone un sujeto en su relación con el medio y consigo mismo.

Tan vasto quehacer queda pronto obviado por indefinido e imposible, pero eso no quita para que, sobre todo en momentos críticos, vuelvan al educador como cuestionamiento y preguntas más o menos angustiosas. Es decir, que sin que nadie lo diga, ni de palabra ni por escrito, el ideal de persona a encarnar por el educador para ser imitado por los residentes, sigue operando más o menos activamente.

La convivencia cotidiana, con sus variadas y múltiples situaciones de exposición a la mirada de los demás, hace imposible la consecución de todos los intentos de iden-

tificación al ideal y el desempeño del mismo. La posición con respecto a ese ideal, su exigencia y la aceptación de los fracasos pasará factura siempre por el lado del malestar personal y la activación de conflictos propios.

Es decir, la situación de convivencia en una comunidad terapéutica entre educadores y residentes encierra a nuestro entender, al menos cuatro ejes:

- a.- El de la convivencia en comunidad del propio educador con otros educadores.
- b.- El de la convivencia en comunidad del educador con un grupo más o menos coherente de residentes.
- c.- El de la convivencia en comunidad del educador con individuos residentes en situación de demanda.
- d.- El de la relación del grupo de educadores con la institución.

a.- Convivencia en comunidad del propio educador con otros educadores

En el primer eje se prenden todos los aspectos de cualquier relación profesional y personal: filias y fobias, amistades y rivalidades. Jerarquías y competencias. La particularidad de ser un grupo que convive con variada intensidad y frecuente regularidad, genera una dinámica particular. Es decir, todos los fenómenos de transferencia, resistencia, clivaje, liderazgos y antagonismos, identificaciones y proyecciones, ansiedades, y fantasías referidos al grupo de educadores, de los sujetos educadores al grupo y del grupo a cada educador aparecerán aquí inevitablemente.

Es decir, que el grupo de educadores sea concreto o abstracto genera un imaginario grupal (Anzieu, 1986) a cuyas influencias está sometido. Es un grupo de trabajo pero como tal está bajo la influencia de los Supuestos Básicos (Bion, 1942) pertinentes en función de la ansiedad que genere.

Es decir, de por sí es un grupo que genera una dinámica propia, como cualquier otro grupo. Esto significa rivalidades, alianzas, acuerdos, desacuerdos, sabotajes, cooperaciones y un largo etcétera de vivencias que facilitan y obstruyen el quehacer del grupo de educadores. Son funcionamientos personales y grupales cuyas causas permanecen ocultas a la conciencia de sus miembros, pero cuyos efectos se hacen evidentes en las dificultades cotidianas de funcionamiento grupal.

b.- La convivencia en comunidad del educador con un grupo más o menos coherente de residentes

Es la dinámica de los sujetos constituidos en dos grupos puestos en comunidad pero ocupando posiciones diferentes sobre todo respecto de la norma, que determina

roles complementarios: de protector-protégido, de cuidador-cuidado y en muchos casos, en particular por tratarse de toxicómanos, de vigilante-vigilado. Vigilante en cuanto que en los sujetos toxicómanos es particularmente frecuente e intensa la tendencia a dejar y ver en otros la norma que han de transgredir para la consecución de su satisfacción pulsional.

Muchos trabajos sobre toxicomanía hacen referencia al papel periférico del padre en la vida familiar y personal de toxicómano. Nosotros preferimos especificar que se trata más bien de la "función paterna" (Milmaniene, 1989). Esto marca, creemos, gran parte de los modos de relación con los educadores, en los que la demanda es de autoridad. Es una demanda de límites, de prohibiciones y de tolerancia y aceptación. Aunque los modos de plantear esa demanda sea justamente el desafío, el engaño, la rivalidad, el boicot y la mentira. Esto en grupo, produce frecuentemente la complicidad y la alianza contra el educador y el grupo de educadores, el engaño y el encubrimiento en las transgresiones a la norma pero también la seducción, la delación y un largo etcétera.

Como efecto someten al educador a un juego de roles complejo que inevitablemente lo pondrán ante sí mismo, ante sus propios conflictos con la autoridad, ante la propia historia del sujeto. El conflicto aquí como consecuencia de contratransferencia, vendrá a instalarse en los puntos más débiles de su ser. El educador aquí está en una posición de doble dirección. El equipo de educadores lo protege y le da una referencia, pero también lo controla. En el educador se evidencian sus modos de ejercer y de vivir la autoridad, su relación con los propios ideales y el modo de negociar con ellos. Lo que de cara a los residentes requiere de coherencia y firmeza, ante el grupo de educadores se quiebra y se somete conscientemente o no al juicio y aprobación de los compañeros.

c.- La convivencia en comunidad del educador con individuos en situación de demanda

Entendemos aquí la dinámica que se establece individuo a individuo. Es el vínculo privilegiado de la transferencia y sus efectos en el educador. Y es así mismo el ámbito en el que el educador está más desprotegido ante su implicación personal. Podemos distinguir al menos dos aspectos:

c1.- La relación educador residente como refugio de la relación residente-grupo y las ansiedades que ésta despierta

El trato interpersonal permite volcar en él todo lo que en la relación grupal el sujeto protege ante el grupo. En la literatura referida a psicoterapia grupal es frecuente considerar la relación dual como resistencia a la relación grupal. Así, la demanda de

atención individual hecha al terapeuta, salvo excepciones, se obvia y suele devolverse al grupo. Pero en el contexto de una comunidad esto no tiene el mismo sentido. La relación del residente con el tutor por ejemplo es fundamental en la comunidad, lo que no evita que en ella el residente puede decir y demandar en definitiva, todo aquello que en grupo no puede o no quiere.

Es responsabilidad del educador dar respuesta o encauzar las demandas así planteadas. Pero esto no está exento de efectos en el coordinador. Aquí es fundamental la empatía, pero es esta misma la que pone al educador en frecuentes contradicciones entre su función y su persona. La contradicción entre lo que se debe y lo que se siente. El trato se humaniza y ahí es más difícil mantenerse en la función de educador, aunque se podría cuestionar si hay que hacerlo. Esta es una pregunta que acude frecuentemente bajo diversas formas a la supervisión.

Otro aspecto complementario a éste es la consecuencia de la convivencia cotidiana y la exposición a la mirada de los otros que esto conlleva. El educador está ahí expuesto a ser puesto en evidencia por las contradicciones entre lo que predica y lo que hace. El contexto es propio para ello. El residente, por el lugar que ocupa en la comunidad, está sometido a influencia, autoridad y control del educador y es fácil pensar que esto lo lleve a una situación de sentirse sin muchos derechos. Así los elementos más privados e íntimos de su persona están necesariamente expuestos y sometidos a la intervención de un tercero. No sólo su relación con la droga, también con la sexualidad, con el amor, la rivalidad, los estados de ánimo, el deber, las tareas y un largo etcétera han de estar expuestas a la observación y juicio del educador. No es demasiado descabellado pensar que cualquier oportunidad de revancha es bien aceptada, consciente o inconscientemente, en la mente del residente.

c.2.- La relación residente-educador como receptora de la escisión de la transferencia de las relaciones terapéuticas familiares e individuales

Convivir en comunidad y estar llevando a cabo simultáneamente una psicoterapia individual o familiar posibilita un clivaje de la transferencia a otras figuras significativas para el sujeto. Al decir esto, en absoluto dudamos de la recomendación de simultanear estancia en comunidad y terapias diversas, sólo pretendemos poner en evidencia fenómenos a tener en cuenta y que más o menos sutilmente pueden aparecer en la supervisión.

No es inusual que un residente confíe cosas al educador que "corresponderían" al vínculo terapéutico. Normalmente el educador suele remitirlas al contexto terapéutico. Pero no es una cuestión de forma sino de sentido. El educador en general puede apreciar la diferencia de demandas que corresponden al contexto terapéutico de aquellas que corresponden al contexto de una tutoría. El problema está con las que no

se pueden discriminar. Hay a veces, frecuentemente, cuestiones de urgencia o de carga afectiva muy intensas que requieren del educador un movimiento preciso o una intervención rápida. Un ejemplo son los "actings" y en general todas las situaciones de desbordamiento que no pueden ser contenidas dentro del contexto terapéutico y que a veces a duras penas pueden contenerse en el contexto comunitario. En estos casos los agentes de esa contención comunitaria son los residentes, con la consiguiente "factura" emocional que a veces se desparrama en los niveles que estamos describiendo. Aquí la supervisión tiene un quehacer muy definido como es el de contención, elaboración resignación y ubicación de lo suscitado en esa crisis.

d.- Relación del grupo de educadores con la institución

El estamento de educador está inscrito en un lugar muy determinado en la institución, lo cual no quiere decir que sea visto o reconocido nítidamente. Es por decirlo de algún modo la bisagra que sustenta la articulación de la función para la que se ha creado la comunidad terapéutica. Por decirlo contundentemente no hay comunidad terapéutica sin educadores (lo cual no excluye al resto de estamentos), pero así como no se puede estar 24 horas en sesión de terapia, no se puede sostener una comunidad de residentes sin una figura de apoyo y ejecución de las diversas funciones (yóicas en última instancia) para las que la comunidad ha sido creada.

Pero esa posición de "bisagra", no sólo recorre la dirección institución residente, también la contraria: residente institución.

En lo que a la supervisión se refiere, ambas direcciones son complementarias. Tal y como Bechgaard y Winther (1989) comprobaron, en grupos de terapia, el proceso terapéutico se evidencia en el proceso de supervisión. En este caso se puede apreciar cómo la dinámica del grupo de residentes y sus avatares, se evidencia de un modo más o menos enmascarado en la dinámica del grupo de educadores. Actitudes, demandas y afectos, no tanto en cuanto a contenido sino en cuanto a la forma de gestionarlas, dirigidos hacia la institución son frecuentemente efecto a nuestro entender, de la contratransferencia de los educadores ante el modo de recibir la demanda de los residente sobre ellos.

Es fuente constante de conflictos, una especie de patata caliente invisible que es difícil de coger para las partes. Dos fenómenos pueden ayudar a entender lo que acontece.

Por un lado es el fenómeno de la "impregnación" de los afectos semejante a cómo Pavlovsky (1990) la entiende pero que nosotros la vemos en su dimensión grupal. Pavlovsky entiende la impregnación con el efecto que una determinada situación (él lo refiere en especial a la escena psicodramática) produce en los miembros de un

grupo, más allá del tiempo en que esa situación se produjo. Por decirlo de otro modo, los miembros de un grupo quedan impregnados por el estado afectivo de una determinada situación, lo que les produce un efecto de vivenciar, ver y juzgar los acontecimientos posteriores con arreglo al estado afectivo que esa situación generó.

Pensamos que el efecto de recibir, sobre todo por la forma o estado afectivo en que se emiten, fenómenos transferenciales de los residentes sobre los educadores individualmente, produce un efecto en el grupo de éstos que es una primera gestión de las ansiedades provocadas por tales transferencias. Pero no todas las demandas, afectos, críticas, etc., recibidas pueden gestionarse o elaborarse de igual modo. El grupo de educadores resuena (es en efecto una Escena Resonante tal y como Kesselman, Pavlovsky y Frydlewsky (1984) la describen) con esos contenidos y su proceso de elaboración y produce un resto. Resto de lo que no se ha podido elaborar.

Esto genera un malestar que dificulta la gestión de problemas del propio grupo de educadores. Aquí el hecho de estar el grupo de educadores inscrito en un grupo mayor como es la institución, provoca una transferencia sobre ésta. Es un proceso semejante al clivaje de la transferencia (Bejarano, 1971) en los subgrupos de terapia incluidos en un grupo mayor. En estos casos lo que acontece es que los contenidos, afectos y reacciones agradables y amistosas (transferencia positiva) se dirigen al grupo pequeño, (el de educadores en este caso) y los afectos demandas y contenidos más cargados de matices reivindicativos, enfado y resentimiento (transferencia negativa) son dirigidos a una institución imaginaria.

Lo que permite distinguir, a veces, las demandas legítimas que todo grupo de personas que trabaja dentro de una institución plantea a esa institución, de aquellas que son efecto de contratransferencia, suele ser el modo en que éstas son vividas y planteadas. El poder desimpregnarlas de aquellos elementos cuyo origen está en la transferencia recibida por los educadores, suele permitir una gestión más adecuada o un posicionamiento más coherente en los conflictos institucionales.

Es frecuente que el punto de conflicto esté en la inversión de la posición del educador que pasa de ser la figura de autoridad y protección ante el residente, a ser el "residente" ante la figura de autoridad y protección que se espera sea la institución.

A lo largo del tiempo de supervisión con los educadores de la comunidad terapéutica, hemos ido observando diversas problemáticas. Sin una excesiva sistematización hemos percibido que dichas problemáticas hacen referencia a los niveles de relación diferenciables a que hasta ahora nos hemos referido, lo que permite un esclarecimiento al desmenuzar los conflictos suscitados. Sin embargo en la supervisión lo importante es una lectura transversal de esos conflictos, es decir el atravesamiento de los distintos niveles, generalmente por resonancia y contaminación, que la estructura de un conflicto determinado lleva a cabo hasta ser planteado en el grupo de supervisión.

Así a nuestro entender y en nuestro "modus operandi", lo interesante es posicionarse en un punto de vista que permita ver las semejanzas, a veces de estructura, a veces de roles, a veces de contenido afectivo o de forma de plantearse, de los conflictos o temáticas que la libre asociación grupal va trayendo a la supervisión e ir señalando los puntos de conexión y semejanza que se dan, lo que permite al propio grupo la elaboración de los conflictos en los contextos en que estos se producen, teniendo naturalmente buen cuidado de considerar el rol que inconscientemente se le pide jugar al supervisor.

En este sentido hemos observado que cuando el grupo de educadores está afectado por alguno de estos conflictos, efecto de la transferencia de residentes sobre ellos, que hemos mencionado anteriormente, no puede operar sobre un conflicto concreto con algún residente por ejemplo. Por ello es más rentable dedicar el tiempo que haga falta analizar y elaborar los conflictos internos del grupo o los referidos a la institución, antes de dedicarse a problemas concretos con algún o algunos residentes. Teniendo en cuenta además, por todo lo que hemos explicado, que todos los conflictos intragrupales o institucionales son, en algún sentido, efecto de conflictos con o de los residentes. Se trata de ir descubriendo esas conexiones en la supervisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Anzieu, D. (1986).** *El Grupo y el Inconsciente. Lo imaginario grupal.* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Bechgaard, B. y Winther, G. (1989).** Group supervision: the group process as research instrument. *Nord Psykiatr Tidsskr*, 43 (1), 69-74.
- Bejarano, A. (1971).** Le clivage du transfert dans les groupes. *Perspectives Psychiatriques*, 33, 15-22.
- Bion, W.R. (1942).** *Experiencies in groups and other papers.* London: Tavistock. (Traducción castellana): *Experiencias en grupos*, Paidós: Barcelona, 1985).
- Freud, S. (1910b).** El porvenir de la terapia psicoanalítica. En *Obras Completas* (pp. 1564-1570). Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Kesselman, H., Pavlovsky, E. y Frydlewsky, L. (1984).** *Las escenas temidas del coordinador de grupos.* Buenos Aires: Ediciones Busqueda.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1983).** *Diccionario de Psicoanálisis.* Barcelona: Labor.

Martí Tusquets, J.L. y Satne, L. (1986). La formación en psicoterapia de grupo y psicodrama. En M. Tusquets y L. Satne (Eds.), *La formación en psicoterapia de Grupo y Psicodrama*. Barcelona: Ediciones Argot.

Pavlovsky, E. (1990). Psicodrama analítico. Su historia. Reflexiones sobre los movimientos francés y argentino. *Clínica y Análisis Grupal*. 12 (1) (53), 9-45.

Pichon-Rivière, E. (1975). *El Proceso Grupal del Psicoanálisis a la Psicología Social (I)*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

Thomä, H. y Kächele, H. (1989). *Teoría y técnica del psicoanálisis*. Barcelona: Herder.