

ENFOQUE PSICOANALÍTICO EN LA PRÁCTICA HOSPITALARIA

Dra Silvia Fernandez de Nieva. Jefa del Serevicio de Psicopatología y Salud Mental.

Htal “Ramos Mejia”. GCBA.

Dra Cristina Bruno. Subjefa del Serevicio de Psicopatología y Salud Mental.

Htal “Ramos Mejia”. GCBA.

Tema: Vicisitudes de la formación del psicólogo en el ámbito hospitalario y la práctica clínica en Interconsulta.

“Quiero compartir con Uds. las reflexiones sobre mi experiencia al frente de un Equipo de Interconsulta Psicopatológica en un Hospital General. Equipo conformado en su mayoría por jóvenes colegas en formación (médicos y psicólogos) al que también se han incorporado alumnos de pre-grado del último año de la carrera de Psicología. Juntos integramos el equipo de Interconsulta o la “patrulla” como solía decirse en el mítico servicio de Mauricio Goldenberg en el Policlínico de Lanús. Juntos, también, enfrentamos la diaria tarea con fuerza, entusiasmo y conocimientos teóricos que bien pronto son puestos a prueba por los hechos que se desarrollan rápidamente, a veces sin tiempo para pensar.

Nuestros jóvenes se encuentran con realidades nunca imaginadas, sin más armas que los conocimientos recientemente adquiridos, con poco análisis personal, generalmente, y con el deseo de poner en práctica su vocación en el terreno de la salud mental. Asimismo llegan con escasa lectura y formación de lo biológico, del cuerpo enfermo que es lo primero que los sorprende cuando reciben la Interconsulta (infartos, úlceras, amputaciones) Se adentran así en un camino lleno de incógnitas e incertidumbres que poco a poco irán recorriendo y descubriendo, que los atrae y estimula no sin advertencia de las dificultades a vencer.

Podríamos trazar un paralelo entre la adolescencia no tan lejana y este pasaje de los jóvenes profesionales hacia la adquisición de una clínica que complemente la teoría. Como en la adolescencia, hay una compleja secuencia de afectos y sentimientos contradictorios. Por un lado, el duelo por la pérdida de la seguridad que brindaba la facultad (al modo de los

padres de la infancia), por el otro, la angustia ante el cambio que significa enfrentarse con el paciente y la enfermedad. Esta angustia ante el cambio tiene un correlato paradójico: ese cambio fue intensamente buscado, largamente anhelado (la facultad, el análisis personal, los exámenes de concurrencia o residencia). Pero también, en el hospital se encuentran estímulos para lograr dicho cambio: necesidad de asumir nuevos roles para adaptarse a los requerimientos que la institución les impone, por ejemplo, ser llamados a “decir la verdad” (comunicar una enfermedad terminal, una amputación), en definitiva, la presencia de la castración. Este “decir la verdad” me hace pensar que el Equipo de Interconsulta es puesto, muchas veces, en el lugar de los “heraldos de la muerte”, lugar del cual es necesario correrse y dar paso a estrategias destinadas a fortalecer el vínculo entre el paciente y el médico, acompañando a éste en la tarea, lo que alivia las tensiones producto de la misma.

Muchas veces, preservar los afectos idealizados y esperanzados de la figura médica es nuestro principal objetivo, considerando que el médico también es un joven profesional en formación. Surge aquí otro aspecto importante a destacar, que se despliega frecuentemente en el marco de la Interconsulta y es el fuerte patrón identificatorio de estos jóvenes con los pacientes también jóvenes gravemente enfermos (Viñeta: Javier es un paciente de 24 años con un tumor maligno del retroperitoneo en estado terminal. Fue seguido por una psicóloga prácticamente de la misma edad que todos los días, cuando iba a verlo, se preguntaba con temor si encontraría la cama vacía). Esta identificación es imprescindible ponerla en claro (por ejemplo, a través de la supervisión) para dar lugar al proceso psicoterapéutico y aliviar la angustia que se suscita.

Esta viñeta da pie para introducir el tema del duelo en este singular trabajo. Tema que no se juega con frecuencia en el ámbito de la atención del paciente ambulatorio. Frente a una pérdida (muerte de un paciente) el yo del joven analista comienza a hacer un examen de su realidad a través de una función yoica: la capacidad de formular juicios acerca de la realidad. Esto sin duda, exige un gasto de energía psíquica no sin consecuencias económicas.

El ritmo de este tipo de tareas hace que, en el lugar donde estaba el sujeto muriente ayer, hoy se encuentre otro paciente que también demanda nuestra atención. De modo tal que, médico y psicopatólogo, asisten sin transición a otro sujeto, a otra demanda. Así es,

como quedan situaciones de duelo sin tramitar, a veces, como enquistadas produciendo malestar en el Equipo y en la Sala.

Podría decirse, también, que existen otras situaciones de pérdida que llamaría “micro duelos cotidianos” (viñeta: en la Sala de Cuidados Intensivos hubo un aumento franco del número de Interconsulta durante una semana: dos jóvenes pacientes estaban en riesgo: 1 A. nervosa en estado terminal y la otra había sufrido la amputación traumática de una pierna). Independientemente del trabajo que se realizaba con las pacientes, sus familiares y hasta un juzgado interviniente, en la sala había un constante malestar que iba en aumento. Hasta que en una reunión conjunta pudo saberse que el jefe de la sala estaba atravesando un trance quirúrgico y a cargo de la Unidad se hallaban los médicos más jóvenes. Por todo esto, muchas veces, los protagonistas de estas situaciones se muestran renuentes a los duelos, debido al dolor que despiertan y al desamparo psíquico a que quedan sometidos.

Así es, como estos jóvenes navegan por estados afectivos polarizados que van del estado ilusorio de completud (como en el enamoramiento) a la desilusión y su sufrimiento, pues perciben que su tarea, aún hecha con amor, no saldrá su estado de desamparo.

Aceptar la pérdida de las ilusiones (en este caso la idealización de la tarea del médico o del psicólogo) supone tener un yo fortalecido en un contexto institucional favorable y continente. ¿Dónde se desarrollan estas escenas relatadas? En las salas del hospital. Dice Silvia (concurrente de 2º año del Equipo) “Las salas del hospital suelen ser un panorama no agradable para quienes transitan por ellas, los olores no son buenos anfitriones, las personas recostadas en sus camas no se han bañado, ni se han vestido o peinado por la mañana, están dolientes, son pacientes. Los profesionales entramos a la sala con guardapolvo, “doblemente vestidos”. Hasta aquí, Silvia. Yo agrego, el paciente está doblemente desnudo (enfermo y sin ropas de vestir). Esta situación de asimetría genera, al menos, malestar. Malestar para el paciente al que la regresión impuesta por la internación le produce una situación de minusvalía. Malestar para el psicopatólogo para quien la sala puede ser un medio hostil: falta de intimidad para realizar la entrevista, interrupciones frecuentes por otros profesionales, maniobras intempestivas que obligan a suspender abruptamente la entrevista (paro, Rx). Nada aparece como debiera ser y, sin embargo allí, se produce ese encuentro inefable entre dos personas que es el lugar de la Interconsulta.

Conocer estos aspectos transversales de la Interconsulta (donde intervienen muchos profesionales: jueces, asistentes sociales, etc.) permite ubicarse y sostener, a pesar de ellos o con ellos, el propio discurso. Interesarnos por el nombre del paciente, la edad, el motivo de la Interconsulta nos evita quedar atrapados sólo en la enfermedad orgánica que suele ser el motivo manifiesto del pedido. A su vez, nos permite una mirada privilegiada sobre la relación médico-paciente. Debemos saber que los adelantos tecnológicos que exige la medicina actual, muchas veces, interfieren en esta relación, que queda mediatizada por el estudio en cuestión restando importancia al verdadero encuentro entre el paciente y su médico. Esto tiene, sin embargo, diferentes matices.

Todo aquel que haya trajinado por las salas de un hospital sabe que hay dos salas, dos hospitales: el de la mañana con los médicos de planta y el de la tarde a cargo de los residentes. A la mañana se llevan a cabo las actividades académicas y de asistencia en conjunto (médicos de planta y residentes). A la tarde, el ambiente es más calmo y los residentes pueden entablar diálogos con pacientes y familiares junto con otros colegas también en formación, todo lo cual enriquece y amplifica el efecto benéfico de la relación humana para la subjetividad del paciente.

De todos modos, cualquier conceptualización teórica sobre Interconsulta tiene un carácter provisorio que demuestra que la Interconsulta es un terreno siempre en construcción, que se resiste a una formulación clínica (en la Interconsulta no hay rutina, nunca nos sentamos en la misma silla). En un curso sobre Interconsulta realizado en nuestro servicio a mediados del año pasado, se reflexionaba sobre el alto grado de tolerancia que deben tener los psicólogos frente al horror de la sala (heridas abiertas, mutilaciones, el dolor y la muerte real) y también frente a la permanente frustración que implica un trabajo que depende de los tiempos del médico, quedando a veces inconcluso por un alta repentina. Ciertamente es que el médico se ve obligado a ejecutar fríamente su intervención, sin poder dar cuenta del valor de la palabra del ser sufriente que se convierte en objeto de su estudio. En este lugar debe situarse la Interconsulta para apoderarse del campo de la palabra, hacerla circular devolviendo a la acción, su subjetividad.

El trabajo de la Interconsulta apunta pues, a devolver a cada uno su responsabilidad haciéndose notar nuevamente que este interjuego fecundo se desarrolla entre jóvenes entusiastas y afortunadamente candorosos aún. Dice el diccionario: "*Candor: del latín:*

blancura. Sinceridad. Sencillez". Estos atributos son propios de los jóvenes, quienes generosamente, día a día, con su trabajo hacen que la enfermedad sea menos dolorosa y el desvalimiento del paciente menos patético. Hasta aquí el hospital.

¿En que marco social y cultural se inscriben estas situaciones? La sociedad actual, inductora del consumo, propone estilos de vida donde el ser se confunde con el tener en función de un objeto externo que resuelve las necesidades aliviando la tensión, completando. Las vivencias de falta son rápidamente aplacadas en vez de ser analizadas y elaboradas. Es una cultura de la inmediatez. Prueba acabada de ello es la estrategia publicitaria que ofrece a nuestros jóvenes un objeto ilusorio que aplaca las necesidades y colma el deseo.

Necesariamente, en algún momento, esta situación idílica se agota y reaparecen así, el desamparo y la incertidumbre. Sólo a través del trabajo, que es estructurante (y al que no todos acceden desgraciadamente) se abre una posibilidad de elaboración de esta situación de angustia y desamparo.

Por último unas palabras de J.L. Borges "*... He cometido el peor de los pecados // Me legaron valor. No soy valiente // No me abandona. Siempre está a mi lado // La sombra de haber sido un desdichado...*" (J. L. Borges, "El remordimiento").

"El impacto de la crisis social en el trabajo interdisciplinario y la creatividad del psicólogo".

"Es importante hablar de la tarea terapéutica pensando el Psicoanálisis en un contexto social, metido en el mundo actual, en este presente y mirando el futuro. Con esto queremos decir que lo que está pasando alrededor con las situaciones que enfrentamos a diario nos exigen, sin duda alguna, una creatividad que puede constituir un desafío a todo lo aprendido y lo ya sabido. En este sentido, se trataría de una producción psicoanalítica formada en la teoría, las experiencias y usar todos los instrumentos técnicos con que contamos pero enriquecida con la imaginación que hace que nuestro trabajo deje de estar esquematizado.

En estos momentos en que los factores externos socioculturales y económicos son ruidosos e intrusivos es esencial mantener nuestra posición analítica en la escucha de la

fantasmática del sujeto pero creo que es impensable no considerar las condiciones cambiantes del medio en que estamos.

El Psicoanálisis se ha definido como una disciplina del "adentro", intrapsíquico, por oposición, a veces, a los fenómenos interpersonales, grupales y sociales, "externos". Parecería que, por momentos, existiera, una especie de prohibición tácita de prestar atención a los fenómenos externos al individuo. Nosotros, pensando en autores como Winnicott, por ejemplo no creemos que la identidad del psicoanalista y que la práctica del psicoanálisis se dificulte si está presente un interés serio por los fenómenos inter y transpersonales, sobretodo si el afuera es tan ruidoso y explosivo que invade permanentemente nuestra tarea. No es mi pretensión enumerar los cambios sociales actuales, sólo quizás hacer mención de algunas situaciones que merecen ser pensadas:

- ✓ El progreso tecnológico avanzando velozmente mientras que el entramado vincular de sostén de los individuos se deteriora día a día.

- ✓ Cambios en las costumbres sexuales: discursos moralizantes coexistiendo con una abolición de espacios privados, caricaturas grotescas de situaciones amorosas.

- ✓ Marcada flexibilización de bipolaridades sexuales: masculino-femenino, perverso, no perverso.

- ✓ Cambios de roles femenino y masculino, nuevos modelos identificatorios, contradictorios y paradójales.

- ✓ Fin de ideologías, aumento de racismos y de posiciones fundamentalistas.

- ✓ Se vive en la cultura de la satisfacción rápida, inmediata y eficaz con tácito menosprecio al espacio de pensamiento y a la gratificación no sólo monetaria del trabajo.

- ✓ Florecimiento no ya de nuevas religiones, sino de sectas, de "milagros", de recetas mágicas, de psicoterapias estupendas que nos aseguran nuestros poderes y nuestra vida feliz.

- ✓ Quiebre absoluto del sentido de la historia y del discurso del progreso.

- ✓ Tecnología apabullante.

- ✓ Inundación perceptiva, difícil de procesar a través de los medios.

- ✓ Crisis familiares graves.

- ✓ Una violencia psicofísica y social.

- ✓ Se han desarrollado circunstancias donde la vida cotidiana y de relación tiene

características especiales: ruptura de ilusiones, pérdida de la esperanza, desarticulación de lazos sociales y de solidaridad.

✓ Excesivo individualismo, aislamiento, caída de las tramas de sostén afectivo, robotización del trabajo y de las personas.

✓ Individuo-masa con entrega al consumo activo con racionalizaciones defensivas que encubren el miedo a ser consumidos pasivamente por una sociedad.

✓ Lo tanático circulando como contracara de una omnipotencia amenazante.

✓ Las organizaciones sociales que nos constituyen como personas están estructuradas por contradicciones y conflictos.

✓ Magníficos desarrollos de ingenio y creatividad que van cambiando realidades, crean nuevos problemas y logran nuevos avances. Los mismos desarrollos pueden ser usados también para destruir, someter o dominar.

Los psicoanalistas tenemos que ver con todo esto. El psiquismo es historia hecha estructura pulsional funcionante en el presente. Las historias sociales, las historias individuales y los contextos actuales se entrecruzan y enlazan convirtiéndose en motivaciones inconscientes: deseos, identificaciones, desidentificaciones, transmisión de sentidos y valores. También se convierten en proyectos de futuro que apuntan a superar insatisfacciones y anhelos, conflicto de ideales, cubiertos a veces por idealizaciones restitutivas. Cada una de situaciones nombradas merecería, quizás, un espacio aparte. En respeto al tiempo, hemos hecho una simple enumeración de las realidades a considerar en nuestra tarea psicoanalítica que nos conmueven y nos desafían mucho más a los terapeutas que trabajamos en instituciones. Esto ocurre por varias razones:

✓ Porque el funcionamiento institucional en sí y sus vicisitudes son difíciles de abordar.

✓ Por la forma en que son derivados los pacientes.

✓ Por la cantidad creciente de pacientes con problemáticas cada vez más complejas; pacientes que llegan por demanda propia espontánea u obligados o expulsados de otros servicios.

✓ Por aquellos pacientes cuyo requerimiento parte del mal entendido básico que en los servicios de Psicopatología se pueden solucionar las demandas surgidas de necesidades básicas insatisfechas.

✓ Porque la marginalidad, es a nuestro entender, una de las expresiones de padecimiento mental pero no es solucionable únicamente con atención psicoterapéutica, se necesitarían otras cosas.

✓ Por aquello que la institución representa en el imaginario social.

✓ Por las múltiples presiones de "eficacia" dirigidas hacia el hospital y hacia nosotros como trabajadores de salud mental.

✓ Porque nuestra tarea puede ser conducente a una mejor calidad de vida y trabajamos para lograrla pero nunca podemos prometerla.

✓ Porque nuestros plazos no coinciden con los institucionales y, además, casi nunca podemos asegurarlos.

✓ Porque los colegas médicos "dueños" innegables del lugar de curación que es el hospital son el paradigma de la contradicción ante nuestra tarea: vacilantes siempre entre "prescindirnos" e ignorarnos o, al contrario, situarnos como dueños del poder absoluto para que nos hagamos cargo de las dificultades propias colocadas en el paciente, como se ve a diario en la tarea de interconsulta.

✓ Y por último porque existen otras instituciones que entran en esta dinámica con sus propios códigos de funcionamiento y demanda: escuelas, juzgados, obras sociales, etc. Además, los profesionales que trabajamos psicoterapéuticamente con mayor experiencia tenemos la obligación de pensar en los colegas en formación, sin retribución económica que no deben quedar expuestos en un lugar de frustración ni de desvalorización.

En los servicios de Psicopatología, por todo lo que he tratado de exponer, se debe privilegiar no la "acción, en el sentido institucional, sino favorecer y promover espacios de pensamiento y formación que compensen y gratifiquen a los profesionales que se enfrentan todos los días a los avatares institucionales para que no queden enganchados en el no poder o en el descrédito de la profesión. Eso es del lado de la institución.

Otra es la discusión que transcurre por los pacientes "actuales" y recalco la palabra actuales. Se discute en los ámbitos científicos si podemos hablar de nuevas patologías o si son las mismas con diferente expresión sintomática. Sabemos que Freud, creador del psicoanálisis, introdujo modificaciones a su pensamiento, se planteó dudas, buscó nuevas teorizaciones que enriquecieron su obra. Si revisamos cuidadosamente los historiales de Freud encontramos casi toda la gama sintomática de hoy incluidos en sus diagnósticos de

neurosis traumática o histeria de angustia, por ejemplo. Parecería que la clínica no es nueva pero sí son nuevas y desconcertantes las condiciones contemporáneas de narcisización patológica, con mecanismos de defensa más arcaicos: Desmentida, escisión y proyección. Esto nos obliga permanentemente a despojarnos de cualquier prejuicio que nos acompañe frente al paciente consultante y de situarnos en la escucha despojada de rótulos excluyentes. Sabemos que, en muchas ocasiones, debemos estar posicionados en una artesanía psicoanalítica, psicoterapéutica para arbitrar aquellos abordajes que, desde otro lugar, podrían presentarse como imposibles. Esto constituye todo un desafío.

La enorme difusión de las ideas psicoanalíticas en nuestra sociedad hace que sean los consultantes, personas de distinta extracción social que concurren a las instituciones porque piensan que deben aclarar "algo" de lo que les pasa y que en eso pueden ser ayudadas. Pero por supuesto, no se trata de tomar posiciones pedagógicas ni de señalar adecuadas formas de vida sino de trabajar con el inconsciente, fundamento de los fenómenos clínicos de repetición y transferencia. Esto conduce a una clínica en debate permanente que enriquece el proceso psicoanalítico.

La teoría psicoanalítica aporta a la salud mental la noción de singularidad del individuo sufriente, opuesta totalmente a la masificación implícita dentro de la nomenclatura tradicional. Es necesario tener una elasticidad creativa como para poder hablarle a cada persona de la manera que sea más escuchable y no para sentirse bien dentro de una determinada teoría, producto de la necesidad de "mí práctica". No podemos tener espacios de certeza, pero sí la convicción que todo ser humano tiene derecho a pensar su vida, por lo menos en términos de incertidumbre, las no respuestas y el no pronóstico pueden convertirse en la posibilidad de preguntar su propio devenir y en escribir su propia historia. Lo contrario sería rotular y ceñir al paciente en una protohistoria que lo acompaña, sin opciones, por lo tanto dejaríamos de ser psicoanalistas.

Pensando en esto que hemos hablado y también urgidos por la demanda que aumenta día a día (me refiero a la cantidad de pacientes que van al hospital) es que tratamos de establecer mecanismos que beneficien a los pacientes y también a los terapeutas en su tarea diaria. Consideramos que el efecto terapéutico no empieza sólo en el momento en que el sujeto padeciente se encuentra con su terapeuta designado o elegido sino que comienza mucho antes por lo cual los momentos previos a ese encuentro deben ser privilegiados tanto

como el propio proceso de las sesiones. En el momento en que el paciente entra al Servicio, piensa en un otro que lo escuche, fantasea de qué manera será esa ayuda, ahí ya está en marcha algo que podrá ser nombrado y simbolizado más tarde.

En el Servicio a mí cargo, el primer contacto con el sujeto consultante se hace con un terapeuta en un ámbito de orientación-evaluación para poder escuchar no la "DEMANDA" en los términos usados comúnmente sino todo aquello que le pasa, padece y por lo que necesita ser atendido. Creemos que ese primer contacto es privilegiado y que es una tarea importante en cuanto al sentimiento de ser recibido y comprendido sin que eso implique atenderse psicoterapéuticamente. Esclarecer la índole de lo pedido desde la derivación o desde el paciente mismo implica determinar el tipo de respuesta, las demandas encubiertas, la real urgencia de situaciones críticas. Hay que posibilitar un espacio muy cuidadoso y tratar de entender lo que esa persona sufre y padece, porqué vino, si es que realmente existe la posibilidad de terapia (la hagamos nosotros o no), si está en una crisis, o si es necesario abrir estrategias diferentes para posibilitar su abordaje.

La importancia que fue adquiriendo este funcionamiento en el contexto institucional nos llevó a pensar un nuevo instrumento en la tarea que posibilitara un abordaje de los pacientes en crisis. Entendemos por "crisis" aquella situación conflictiva, aguda e impredecible que sobrepasa la capacidad de reacción y resolución individual o familiar. En el momento de la crisis el sujeto está inmerso en ella, no es sólo un individuo en crisis sino está arrastrando al sujeto. Nosotros pensamos que el protagonismo invasor y por consecuencia paralizante de una enfermedad orgánica, un despido laboral o la violencia incontenible en una relación familiar, por ejemplo, deben dejar lugar a un espacio de pensamiento. La idea sería que esta situación traumática deje espacio en el paciente al pensamiento para poder superarla. Puede ocurrir, que desde la intervención del terapeuta y desde el deseo del paciente, se instale un transitar a otro espacio terapéutico en que se establezca un proceso distinto al anterior o que despejada aquella circunstancia obturante no exista pedido de atención psicoterapéutica.

Nuestra intervención habrá sido, entonces, una alternativa válida ante la presencia del padecer humano, habremos logrado algunas cosas: trabajar con las angustias de desintegración y miedos de autodestrucción tratando de que el sujeto encuentre la posibilidad de nuevas modalidades de interacción. Sabemos que toda situación de deterioro

socioeconómico actúa como generador y/o disparador de situaciones de conflictos tanto individuales como familiares, grupales e institucionales. Por lo tanto todo aquello que conlleve a una optimización de los recursos de los Servicios de Salud Mental y simultáneamente permita una buena tarea terapéutica con las personas que acuden a la institución, evitando sumarles esfuerzos y desgastes innecesarios de toda índole, contribuye de una manera concreta, a paliar circunstancias adversas.

Me voy a permitir leer un párrafo de S. Freud : *"... Acotamos nuestra tarea terapéutica por medio de estos dos contenidos: hacer consciente lo reprimido y poner en descubierto las resistencias... ¿Debemos dejar, luego, al enfermo librado a sí mismo que se arregle sólo con lo que le hemos mostrado? ...¿No parecería lo indicado socorrerlo, también, trasladándolo a la situación psíquica más favorable para la tramitación deseada del conflicto? Además, el logro del paciente depende también de cierto número de circunstancias que forman una constelación externa. ¿Vacilaríamos en intervenir de la manera apropiada?... Opino que es inobjetable y que está plenamente justificada. Es que por fuerza debemos aceptar también pacientes hasta tal punto desorientados e ineptos para la existencia que en su caso es preciso aunar el influjo analítico con el pedagógico... no para que se asemeje a nosotros, sino para que se libere y consume su propio ser..."* (S. Freud. Los caminos de la terapia psicoanalítica [1918]).