

PSICOANALISIS
DE PACIENTES PSICOTICOS
UN ENFOQUE DEL
CONTEXTO DEL PACIENTE

Alfredo Vares

Recibí la llamada telefónica de un hombre que, apenas comienza a expresarse, nombra su hija y no puede contener el llanto. Sentí que recibía y era continente de su angustia, esperé que pudiera hablar y me dispuse a escuchar con calma. Después de unos segundos logra seguir con dificultad y con voz entrecortada comunica la necesidad urgente de una consulta para asistir a su hija .. –está muy mal Dr. ... ¡muy mal!” Fijamos la consulta y se aliviaron él y su familia. Mi asentimiento puso fin al peregrinar telefónico de ese día domingo; desde la mañana había estado tratando de conseguir asistencia, un psiquiatra que los ayudara en esa tormenta.

Aun estaba elaborando el impacto de esa llamada cuando, minutos después, se agrega la presencia de “la locura” en mi consultorio. Entran tres personas, los padres se confunden con la hija a la que sostienen y abrazan, parecen uno en la angustia, la desesperación y la desgracia. La adolescente de 16 años tiene la boca abierta, tanto, que en las comisuras de sus labios reseca se notan desgarros, por una de ellas babea.

–¡Se puso así en el viaje hasta aquí!”

Muy alta, muy delgada, las manos con dedos larguísimos, la cabeza inclinada, la saliva se desliza hasta su falda. La evocación de los cuadros

catatónicos del hospital con actitudes bizarras fue inmediata. Logro reponerme como para pensar toda la situación y, con calma, trato que el padre no insista en cerrarle la boca forzando la mandíbula con una mano, mientras que con la otra sostenía la cabeza de su hija.

—¿Podrían dejarme solo con ella?

—Pero ... Dr. ... (hago un gesto y salen).

Minutos después los hago pasar, les comunico que debe ser internada en sanatorio psiquiátrico. La negativa fue rotunda. Finalmente, logro que acepten asintiendo a la condición que exigieron: —...uno de nosotros la acompañará durante todo el tiempo de la internación”. Comprendí que no era posible rechazar esa exigencia; en realidad era un pedido desbordante de angustia. Separarlos era desgarrarlos en la indiscriminación que percibí desde que entraron.

¿Quién era “el paciente” en toda esta situación?

Tomé la situación como psiquiatra, indiqué la internación y la medicación, pero, decidí que debía avanzar más allá de lo indicado a la paciente individual.

Apoyado en mis años de análisis, en los de mi formación y en los de mi experiencia de trabajo como psiquiatra y como psicoanalista pude incluir mis emociones, procesarlas, y como motor de mi pensamiento les di un destino técnico. Sentí el desborde de angustia de los padres y comprendí que era necesario asistidos con la misma urgencia con que interné y mediqué a su hija. Ellos valoraban la presencia de “la autoridad psiquiátrica” realizando actos médicos especializados, pero era necesario ampliar el espectro asistencial. Me comuniqué con una asistente social psiquiátrica, y desde el primer momento —

en el sanatorio— comenzamos las reuniones con los padres y las entrevistas con los hermanos.

La paciente individual tuvo una respuesta excelente en lo que respecta a los fenómenos catatónicos y su sintomatología psiquiátrica más grave. Egresó al sexto día de internación. Mantenía elementos delirantes, pero sus conductas cotidianas eran adecuadas. Los padres, más tranquilos, comenzaron a mostrar rechazo por el enfoque psicológico psicoanalítico individual que proponíamos como tratamiento básico para su hija. Manifestaban gran desconfianza ilustrada por anécdotas y a veces chistes agresivos referidos a “los psicólogos”.

Decidimos continuar el tratamiento junto con la asistente social; trabajamos ambos en mi consultorio, primero con la paciente y después integrábamos a los padres. Más tarde, por problemas de convivencia, decidimos incluir a los hermanos en estas reuniones semanales.

Con información y esclarecimientos, fuimos ayudando a resolver los problemas prácticos derivados de la convivencia con una persona que les era en parte desconocida.

Para esta familia era imposible salir de la noción médica de enfermedad personal de la hija por la que consultaron. Nosotros consideramos que, por el momento, no se podía aspirar a transformaciones en la estructura básica familiar. Decidimos, nuevamente, tratar de conseguir que la paciente recibiera asistencia psicoanalítica. Trabajamos con la familia buscando conseguir que aceptaran esta asistencia individual, y también buscamos orientar la colaboración a que estaban explícitamente dispuestos. Dos meses después se consiguió hora de análisis individual y los padres aceptaron. Lleva casi tres años en psicoanálisis. En todo este tiempo mantiene control psiquiátrico individual

con frecuencia variable. Luego de la consulta individual, entrevisto conjuntamente a la paciente con los padres e intervengo, sobre todo, clarificando aspectos de la realidad cotidiana.

Hasta aquí, a modo de introducción, presenté una situación clínica de la que recorte: primero, el impacto inicial, y luego una síntesis descriptiva de la evolución de la asistencia. Creo conveniente pensar sobre situaciones con diagnóstico psiquiátrico —inequívoco— de psicosis; son situaciones extremas que ejemplifican claramente la necesidad de asistencia desde ángulos diversos, simultáneos y —por supuesto— coordinados.

El proceso psicoanalítico de pacientes psiquiátricamente psicóticos está lleno de riesgos. El riesgo es para el paciente, para la familia y también para el entorno más allá de su grupo familiar. También, hay riesgo para -pueden resultar invadidos y desbordados- cualquiera de los técnicos involucrados en esta asistencia con responsabilidad compartida. Para todos ellos, psicoanalista o no, vale lo que dice Freud en el caso “Dora”, allí nos advierte:

—...quien como yo convoca los más malignos demonios que moran, apenas contenidos, en un pecho humano y los combate, tiene que estar preparado para la eventualidad de no salir indemne de esta lucha.”

El analista debe analizar con toda libertad —la mayor que pueda tener— y debe descartar el interés de mejorar al paciente. Los cambios derivarán del desarrollo del análisis, y no de lo que él se proponga. Cada paciente tiene su propia evolución posible, sobre ella es imposible influir como psicoanalistas.

En el caso de pacientes con graves perturbaciones en su desempeño en el mundo que lo rodea, delirantes que pueden agredirse o agredir gravemente, el

psiquiatra toma la responsabilidad de asistirlos y es quién actúa sobre el contexto. La internación psiquiátrica es el grado máximo de modificación del entorno cotidiano. El psicoanalista trabaja con el paciente individuo y no hay efectos directos sobre el entorno. Este trabajo simultáneo siempre debe tener algún tipo de relación e interdependencia que haga posible su mejor desarrollo.

La variación del contexto de una comunicación hace que cada elemento de información tenga un significado totalmente diferente. Por ejemplo: según sea el contexto en que se indique alguna restricción a la movilidad del paciente, éste puede sentir que se le está ayudando a protegerse de impulsos que él mismo no puede contener o, por el contrario, que se le está impidiendo el ejercicio de sus posibilidades de actuar. Por otra parte, la falta o ausencia de una indicación restrictiva puede ser “escuchada” como un reconocimiento de una capacidad de elección en desarrollo o, en otro sentido, esa ausencia puede ser vivida como un signo de indiferencia, de desvalorización, de efecto muy negativo. Las variaciones introducidas en el contexto del paciente psicótico en psicoanálisis no pueden ser improvisadas en un momento de urgencia, como ya dije, las interferencias al trabajo de análisis pueden ser múltiples y muy importantes.

La familia como sistema por su propiedad homeostática, opera como una gran resistencia frente a cualquier modificación básica de sus elementos-individuos; el paciente en psicoanálisis se modifica, y debe soportar ese importante efecto de inercia que produce el sistema familiar. En este nivel del contexto del paciente psicótico en psicoanálisis, todos quienes se relacionan con él —de un modo u otro— se han adaptado para sufrir el mínimo por sus “originalidades”, aunque protesten, es la mejor solución que encontraron. Es demasiado ambicioso pretender que el paciente con sus modificaciones recién logradas, y todavía titubeante, pueda afirmar su individualidad sin ayuda técnica que actúe sobre el sistema familiar. No debemos prescindir de alguna forma de

trabajo con la familia o por lo menos con los padres como subsistema; prescindir casi sería una omisión, podría ser una actitud omnipotente que pone riesgo a la continuación del análisis en aquellos momentos más difíciles, que es cuando el paciente más lo necesita.

En cada situación concreta se debe decidir en qué forma incluir el trabajo con la familia. Puede ser información solamente con fines educativos; por ejemplo: acerca del plan de asistencia que se va a desarrollar, y de todos los niveles de responsabilidad diferente que se plantean en el tratamiento como globalidad. Esto se hace en un nivel racional adecuado a su capacidad de comprensión. Es imprescindible comenzar por este nivel de información para evaluar las posibilidades de avanzar en los aspectos que tendrían un sentido más profundamente terapéutico. Se trata de una evaluación muy delicada y a veces podemos tener sorpresas como la que ejemplificaré con el fragmento de una carta. Dicha carta fue escrita por la madre de un paciente esquizofrénico de 34 años, ella siempre demostraba la mejor disposición para ayudar en todo lo referido al tratamiento de su hijo. El antecedente inmediato de la carta fueron problemas de insultos que subían de tono agresivo entre el paciente y unos vecinos. Notaba que comenzaron las amenazas y quería entender más, para poder anticipar y evitar mayores problemas impulsivos. El paciente en otra ocasión había arrojado unas piedras a la casa del vecino; aunque no hubo daños igual se dio lugar a intervención policial. En este contexto y con estos antecedentes le propuse al paciente la posibilidad de que una asistente social concurriera a su domicilio. Le dije que observaría la situación de cerca y hablando con los padres podría detectar alguna tensión que estuviese influyendo negativamente. Le comuniqué al paciente lo antes dicho y la respuesta de la madre me sorprendió. En su carta aparecen claramente las distorsiones comunicacionales que analizaré, en sus características e implicancias, en otro trabajo. Me pareció útil como ejemplo que pudieran leer un fragmento de la

carta y lo transcribo a continuación:

“Mi marido y yo fiamos plenamente en su capacidad profesional buscando las mejores soluciones. Pero tampoco queremos perturbarnos con personas que pretenden tutelar o manejar nuestra vida, haciéndonos alterar nuestros esquemas. Pues si en algún momento discuto con Leonardo o pretendo exigirle algo que deba realizar, le aseguro que siempre lo hago creyendo que es mi deber en función de su bienestar y con una gran paz interior. Paz interior que defiendo de los extraños, por mejor intencionados que sean, disfrutando de mis propias evasiones, que me equilibran y me dan serenidad y seguridad para actuar.

Perdone Dr. Vares si esta carta la considera improcedente pero no quiero complicarme más la vida.

Lo aceptaría en el caso que usted lo considere de absoluta necesidad y no creo que sea así pues toda mi familia me dice lo bien que lo llevo, evitando en tantos años la internación.”

Interesa remarcar que no creo que sea posible forzar situaciones psicoterapéuticas y que toda aproximación se debe instrumentar con criterio técnico, con “autela” psicoanalítica. Debemos evitar improvisaciones que puedan dar lugar a mal entendidos muy difíciles de resolver. Me doy cuenta que decir “mal entendidos” es una forma muy amplia de referirme a todos los problemas que pueden surgir, pero en este trabajo me interesa abrir interrogantes y moverme en el terreno descriptivo de algunos problemas. A medida que entramos en el sistema familiar vamos descubriendo el nivel de trabajo con mayor utilidad para esa familia concreta. Podemos llegar a decidir y proponer explícitamente reuniones de terapia familiar, pensando en tratar al paciente integrado al sistema familiar. Planteamos tal abordaje para buscar modificaciones en toda la estructura como sistema de vínculos. Esto nos remite

al delicado problema de los criterios de indicación de la psicoterapia familiar que son tan variados como lo son los enfoques terapéuticos. Si se la indica surge un nuevo problema: hay que decidir cuál es el eje terapéutico de toda la situación, el individuo o el grupo familiar. En este trabajo el eje es el psicoanálisis individual y todas las acciones sobre el entorno apuntan a facilitar su desarrollo. Quiero remarcar que existen otros enfoques psicoterapéuticos psicoanalíticos y no psicoanalíticos que privilegian como eje el tratamiento del grupo familiar.

Cuando se indica psicoterapia de la familia de un paciente psicótico en psicoanálisis, parecería lo más coherente elegir el enfoque psicoanalítico. Este de ninguna manera es unívoco, existen múltiples posibilidades diferentes y todas con base psicoanalítica. Cabe aclarar que nuestra elección es de “enfoque psicoanalítico de psicoterapia familiar” Y no creemos que se trate de psicoanálisis de familia.

La formación y la experiencia en el trabajo psicoanalítico posibilitan la mejor captación de los fenómenos transferenciales que se despliegan en las comunicaciones verbales y no verbales. Dicha capacitación de los técnicos también facilita en ellos la canalización adecuada de todas sus reacciones emocionales y todo lo contratransferencial que ocurre en las sesiones. Los conceptos metodológicos y la práctica concreta en las sesiones están enriquecidos por las teorías de sistema y de la comunicación. De ellas sólo utilizamos algunos conceptos que privilegiamos como herramientas útiles para el abordaje de los vínculos familiares.

El equipo de asistencia delimita la amplitud del sistema familiar y elige los subsistemas para tratar en cada situación concreta. Se decide siguiendo los puntos de máxima incomunicación como criterio de urgencia en el tratamiento. El nivel de profundidad del trabajo es progresivo. Comenzamos esclareciendo

en superficie los interrogantes más angustiantes y vamos trabajando la “idea de enfermedad” que aparezca en el grupo. Es muy importante tomar inmediatamente este punto. El firme arraigo de la noción de enfermedad al modo de la medicina, produce un efecto de aislar la situación del paciente, como si sufriera por algo totalmente ajeno no sólo a la familia sino también a él mismo. Durante ese trabajo evaluamos la receptividad de la familia a nuestras intervenciones y a nuestros esclarecimientos. Observamos el sistema de vínculos en sus equívocos verbales, en los no verbales y las distorsiones entre estos niveles de la comunicación. Comenzamos a trabajarlos, a señalar esas distorsiones en la primera entrevista. En ella ya podemos estimar, hacer una primera evaluación de las posibilidades de cambios en este primer nivel más superficial del trabajo.

No creemos convenientes las intervenciones que de alguna manera promuevan o comprometan la apertura de la intimidad personal de los miembros de la familia. Si lo consideramos necesario aconsejamos paralelamente el enfoque con terapeuta individual. En familias muy indiscriminadas, donde se percibe la falta del derecho a la intimidad personal, esta indicación es especialmente útil. Cuando alguno de los miembros del grupo familiar está desbordado por la angustia, no vacilamos en la indicación psicofarmacológica para complementar el enfoque psicoterapéutico.

El paciente en análisis trae múltiples referencias a su vida en la realidad de su entorno extrafamiliar. Si el paciente es psicótico, estas situaciones concretas serán trabajadas en forma muy variable, según las preferencias y convicciones teóricas generales de cada analista. Pero cualquiera sea ese trabajo de psicoanálisis no incluye el intercambio racional sobre los efectos que realmente produce el paciente sobre su entorno. Así, queda vacante una tarea muy importante vinculada a conversar sobre los aspectos que el paciente es conciente

de la realidad externa a él. Nosotros cubrimos este hueco con un técnico especialmente entrenado. En este sentido consideramos la dramatización de una entrevista de trabajo. En ella anticipamos la situación concreta de la entrevista y damos amplia movilidad a las posibilidades de lo que realmente podría suceder. Cuando la realidad “golpea” encima de la fantasía, el paciente refuerza la dificultad para trabajarla como tal y el proceso de análisis se perjudica. En ese caso, la realidad opera aliada con las resistencias del paciente. No debemos olvidar que entre las características de estos pacientes está la tendencia a la actuación de sus impulsos. Es muy complicado analizar el móvil profundo de un impulso si aparecen una cantidad de elementos derivados de la acción inicial. En estas complicaciones secundarias se apoya el paciente, y se plantean gran cantidad de dificultades que operan enturbiando el campo analítico.

Todas las intervenciones del equipo de asistencia se realizan durante un tiempo comparativamente mucho menor que el tiempo de análisis del paciente y siempre se parte de un propósito explícito delimitado claramente - A lo largo de los años del proceso de psicoanálisis individual, el equipo de asistencia mantiene contactos esporádicos, con regularidad variable según la evolución y las circunstancias del paciente. Ocasionalmente se vuelve a una acción más intensiva, se actúa durante un período de tiempo que se mide en días o semanas. La duración, la frecuencia de las consultas-sesiones y también los técnicos que actúan son variables según cada situación concreta que se planifica trabajar.

Un problema interesante a resolver está vinculado a la participación del analista en todo el material que se genera con el trabajo del paciente fuera de la sesión de análisis. Debe ser resuelto en cada caso y según lo crea conveniente el analista. En general, lo que encontramos más adecuado, es que el material de las sesiones de análisis permanezca hermético allí y que el psicoanalista conozca todo el material restante. Con esta elección se facilita que el paciente pueda

tener la vivencia de que hay un lugar de intimidad inviolable. Esto es lo mínimo que podemos ofrecer a aquellos pacientes que sienten que todos saben lo que le pasa y hasta en su pensamiento es adivinado, violado.

El equipo mínimo que más frecuentemente actúa está integrado por médico psiquiatra y asistente social psiquiátrico, ambos con formación psicoanalítica y experiencia en psicoterapia psicoanalítica. La forma de trabajo —con este tipo de pacientes— exige un compromiso afectivo muy importante; el técnico debe ser protegido por recursos adecuadamente continentales. En todas las situaciones de trabajo con más de un individuo, aunque sea solamente una pareja, trabajamos simultáneamente dos técnicos. En ocasiones y por circunstancias especiales trabajan dos técnicos con el paciente solo. Es necesario, a veces, intercambiar impresiones, ideas, durante el tiempo de trabajo con el o los pacientes y siempre lo hacemos al terminar la sesión. Entiendo igualmente importantes los momentos de intercambio mencionados y la reunión posterior con todo el equipo actuante. En esta instancia en general se resuelven las dificultades que se presenten y se consigue dar un enfoque satisfactorio a todo el trabajo. Pero no siempre es así, y entonces se incorpora a la reunión, y como forma de supervisión, alguno de los técnicos vinculados al equipo pero que no esté vinculado al paciente. Es alguien dentro de la filosofía del equipo y fuera de la situación clínica concreta supervisada.

Para terminar quiero reiterar: todos los técnicos tienen o tuvieron una psicoterapia personal psicoanalítica, y creemos que no es posible trabajar sin suficiente conocimiento de sí mismo.

RESUMEN

En este trabajo subrayamos algunos puntos del contexto del paciente psicótico en psicoanálisis, y transmitimos en el nivel descriptivo algunos caminos —entre muchos otros posibles— para abordar estas situaciones tan complejas. Trabajamos como equipo de asistencia psiquiátrica extrahospitalaria, móvil en su constitución y en su funcionamiento. Formalmente, el equipo mínimo está constituido por psiquiatra y asistente social psiquiátrico, ambos con terapia y formación psicoanalítica personal. Funcionalmente, trabaja en la asistencia del contexto del paciente psicótico en psicoanálisis. Por una parte, se trabajan aspectos individuales psicofarmacológicos y de la realidad externa personal. Por otra parte, para trabajar el conjunto de fuerzas en juego dentro y fuera del grupo familiar, se utilizan conceptos no sólo del psicoanálisis, sino que también de las teorías de sistemas y de la comunicación.

SUMMARY

In this papers we underline some points concerning the psychotic patient's context in psychoanalysis, and at the descriptive level we point out some ways —among the many other possible ones— to enter upon more complex situations. We work as a psychiatric care team external to the hospital, a team flexible in the way it is made up and it operates. Formally, the smallest team is one made up of a psychiatrist and social worker, both with personal psychoanalytical therapy and training. Functionally, the team works at helping the psychotic patient's context in psychoanalysis. On the one hand, the team works with the individual psychopharmacological aspect and the patient's personal reality in the outside world. On the other hand, so as to work with the set of forces involved within and outside of the family

group, the team uses not only psychoanalytical concepts but also others derived from theories of systems and communication.