

## **Los procesos psíquicos del analista que trabaja en interconsulta**

Lic. Griselda Splivalo

*Trabajo presentado en las Jornadas organizadas por el Servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan "La interdisciplina, un desafío del trabajo institucional".*

Cuando me puse a pensar cuál era el tema que quería tratar hoy, me encontré pensando acerca de la formación universitaria que había recibido. Me di cuenta que había sido entrenada para trabajar con niños sanos, en forma monodisciplinaria, con un especial interés en hacer diagnósticos psicopatológicos, y para el contexto privado.

Trabajar en un hospital, primero en el Hospital Gutierrez y ahora en éste, implicó poder precisar clínica y teóricamente varias cuestiones. Por un lado, el lugar de la enfermedad orgánica, explorar a la luz de las series complementarias o suplementarias el modo de este niño de estar enfermo, de vivir una internación, o los cuidados especiales que necesita.

Por otro lado, qué marcas deja el contexto institucional en el niño, en los padres y en nosotros, los profesionales. La institución es un tercero que está allí antes que uno empiece a incluirse en un equipo de trabajo o tome a su cargo una interconsulta. Este tercero tiene funciones, da una prehistoria a la historia de cada trabajo que uno hace.

Ubicar el trabajo multi o interdisciplinario, explorar las convergencias y divergencias entre las distintas disciplinas intervinientes, cada una con diferentes basamentos epistemológicos. Mi función como integrante de un Equipo de Salud no era ya hacer diagnóstico psicopatológico; sino diagnósticos situacionales, intentando dar respuesta a varias preguntas:

1. ¿Cómo está el niño? Explorar, de acuerdo a la personalidad previa, cómo está el niño procesando este estar enfermo, estar internado y tener que recibir y brindarle cuidados especiales para preservar o mejorar su salud.
2. ¿Cómo están los padres del niño? Evaluar si los padres tienen una actitud continente, estimulante y participativa del cuidado del niño o no.
3. El estado del vínculo médico-paciente. Evaluar si la familia tiene confianza en la institución y en el equipo tratante o si aparecen matices de desconfianza o cuestionamientos que interfieren el accionar del Equipo de Salud.

Me di cuenta que lo que más me interesaba era poder recortar y centrarme hoy en lo que yo pienso habilita a un psicólogo para trabajar en interdisciplina: Explorar los procesos psíquicos que ocurren en la propia mente del psicólogo. En este punto me voy a centrar hoy: ¿qué pasa en mi mente? No me voy a referir a qué le pasa al niño, tampoco qué pasa en el vínculo médico-paciente sino qué pasa en mi propia mente.

Pensar la práctica interdisciplinaria como una modalidad de la práctica psicoanalítica con niños es pensar la práctica atravesada por tres conceptos fundamentales que la diferencian de una práctica psicológica. Son los tres hilos conceptuales para no perderme en la práctica.

1. El concepto de sujeto escindido. Esto vale para el niño, para los padres, para el médico y para mí misma. En la práctica cotidiana yo también estoy sujeta a procesos inconscientes que determinan mis opiniones y mis movimientos en el campo clínico.
2. El concepto de transferencia. Si bien existe el vínculo médico-paciente como un vínculo interpersonal en el aquí y ahora, hay momentos transferenciales, es decir momentos donde se repite un conflicto intrapsíquico o histórico del paciente o del médico que tiñe este vínculo. La consulta médica aparece poblada de otras escenas, de otras personas que influyen en el campo clínico. Esto a veces sucede también entre el médico y el psicólogo.
3. El lugar del analista como el lugar del supuesto saber y no del saber. Uno sabe de lo general de la teoría, de lo que no sabe es de la singularidad de cómo se dan las cosas en esta familia, en esta relación médico-paciente, o en este vínculo de trabajo con determinado médico.

¿Cómo es este proceso de transformación del rol profesional? Uno sufre un trastorno de identidad profesional que es necesario aceptar como tal, y que es necesario poder trabajar para sentirse vivo, entusiasmado de trabajar en una institución y no desgastarse.

Este proceso implica dos niveles de trabajo:

1. Un proceso de capacitación, de estudio, un proceso racional, intelectual.
2. Un trabajo personal para procesar el conjunto de reacciones emocionales conscientes o inconscientes que la tarea genera, para poder procesar el impacto emocional de la tarea. El trabajo con pacientes portadores de enfermedades graves, pacientes que a veces se curan, otras veces conviven con esta enfermedad o mueren a causa de ella, despierta en uno deseos de ayudar, de trabajar con colegas o no colegas para el bienestar del paciente y del equipo, pero también hay momentos que uno se siente muy angustiado, horrorizado, tiene episodios “fóbicos”, deseos de alejarse del cargo o sutilmente se va “borrando”.

Algo así pasa también con la inclusión de un analista en un equipo interdisciplinario. Uno intenta aunar esfuerzos con otros profesionales pero hay momentos que se siente incómodo, siente que lo que dice no es tenido en cuenta, y la autoestima queda afectada. O siente que lo que está haciendo no sabe si le corresponde o le corresponde a otro profesional del Equipo.

Los conocimientos teóricos son necesarios pero no suficientes para la práctica clínica.

Es función del analista ofrecerse para dejarse envolver por movimientos afectivos, intrusivos, tóxicos para la propia mente. En este movimiento uno se identifica inconscientemente con puntos del campo clínico e inconscientemente busca protegerse.

Este malestar es sentido como un obstáculo para la tarea y en un sentido lo es, pero como todo obstáculo, esconde y muestra. Es el modo de la resistencia, es el núcleo del diagnóstico situacional.

Para ver clínicamente esto voy a acercarles una viñeta clínica y algunas reflexiones al respecto.

Manuel está internado en una unidad de terapia intensiva por un cuadro de politraumatismo debido a un accidente ferroviario leve, con buena evolución clínico-quirúrgica.

Son los padres de Manuel que se quejan por todo: porque el kinesiólogo fue a la tarde en vez de a la mañana, porque el bebé de al lado llora, porque la comida está fría. Los médicos de la sala entienden que la familia está pasando por un momento difícil pero se sienten molestos, irritados y hay momentos que esquivan encontrarse con los padres de Manuel.

El motivo de la interconsulta plantea qué otra cosa se puede hacer. Hay un clima tenso en la sala, los padres están “pesados”. Además, Manuel se queja de dolores que no se justifican aparentemente por el estado clínico. Decido entrevistar a Manuel que está en la Terapia Intensiva acompañado por la madre. Cada vez que le pregunto algo, ¿cómo te llamas?, ¿cuántos años tenés?, ¿por qué estás acá?, me contesta con monosílabos en un tono sumamente despectivo y desafiante, muy irritante para mí. Además, la madre avala la actitud de Manuel.

Apenas comenzada la entrevista sentí en carne propia lo mismo que sentían los médicos. En un punto sentí que eran insoportables y que daba ganas de decirle “que te ayude otro”, pero decidí hacer lo siguiente.

Decidí tener una entrevista con ambos padres en el consultorio. Se nota que están ahí porque tienen que estar, porque está pedida la interconsulta. La madre habla con mucha ansiedad y el padre acuerda con todo lo que ella dice. Me doy cuenta que seguir preguntando por el accidente, cómo era Manuel antes, no da para más.

Categorizo este momento como un momento de transferencia negativa e intervengo explorando qué significa para ellos esta entrevista conmigo. El partido está adentro, no está afuera. Veo necesario explorar qué pasa allí conmigo, con el equipo, con la institución en este momento.

La madre responde que teme hablar porque teme desmoronarse y no poder acompañar a Manuel, el padre cuenta que en sueños Manuel se culpa por el accidente y pide a los padres que no se enojen con él.

Cuando dice esto, el clima de tensión empieza a aflojar. Al día siguiente, cuando me acerco a Manuel, la madre se va a hablar por teléfono y puedo tener una entrevista con Manuel en otros términos.

Construyo una hipótesis que comparto con el Equipo: los padres se defienden de que se les reproche el accidente de Manuel. Como no hay mejor defensa que un buen ataque, lo que los padres hacen es proyectar la culpa, poner en falta al equipo, al hospital.

Uno como analista si siente que lo que está haciendo es bueno le cuesta mucho quedar implicado, sostener que uno es parte de ese dedo imaginario acusador que sienten los padres.

Hacerse cargo de los aspectos negativos transferidos permite hacer hipótesis diferentes y transformar el campo clínico. Una cosa es decir que son insoportables y otra cosa es pensar que se sienten muy culpables por el accidente del hijo.

El analista toma medidas de autoprotección, a veces conscientes y otras inconscientes.

1. La negación. A veces uno está “sacado”, re-enojado y ni siquiera se da cuenta que está enojado. Otras, se da cuenta que está enojado pero piensa que esto no es parte del material clínico.
2. La toma de excesiva distancia. Se aleja del caso, con miedo a enfrentar al paciente o a una comunicación con el médico

O

3. Reconoce los afectos en el campo clínico y los usa terapéuticamente. Esto pasa: me siento irritada. Esto es el “corazón” de lo que está pasando.

Los procesos psíquicos del analista son una herramienta utilísima para comprender y modificar las hipótesis. Esta disposición psíquica permite acceder a una comprensión distinta o suplementaria del médico, del paciente y de uno mismo.

¿Cuál es el riesgo de no asumir los procesos psíquicos del analista como material clínico?

1. Que el analista proyecte inconscientemente en el médico o el paciente los reveses de la tarea, lo que no funciona y diga cosas como “con este médico no se puede trabajar” o “por este paciente no hay nada que hacer”.
2. Que el analista prosiga el funcionamiento dislocado del paciente, atacando el propio aparato psíquico o el propio cuerpo, que son portadores de la identificación inconsciente, accidentándose uno como se accidentó el paciente o enfermándose. A veces uno tiene un malestar físico difuso, unas líneas de fiebre, un dolor por acá, otro por allá, que es parte del material clínico.

Entonces, la secuencia clínica es:

1. El despliegue del trabajo interdisciplinario y los intercambios con el médico, o el trabajo con el paciente.
2. El surgimiento de identificaciones inconscientes y de ansiedades.
3. La instalación inconsciente de defensas.
4. La posibilidad de parar a pensar.

A modo de cierre: jerarquizo la aptitud del analista de incluir el malestar de la tarea como parte de la tarea, en principio en un diálogo reflexivo con uno mismo: cuál es el obstáculo, cuál es la parte que a mí me toca en este obstáculo, en qué escena estoy implicada o comprometida.

Además, la posibilidad de construir indicadores clínicos, que son muy personales, para descubrir cuándo este diálogo con uno mismo no alcanza.

En este sentido rescato lo valioso que es tener colegas, compañeros de equipo en cuya escucha uno confía para poder contarles lo que uno está haciendo, dónde se quedó trabado, para que el otro me ayude a escuchar los puntos ciegos del campo clínico. Esto hace la tarea más saludable y generosa, evitando que uno le endose demasiado rápidamente los problemas al otro, haciéndose cargo de la parte que a uno le toca. Nada más.