

ELEMENTOS DE AYUDA A LA MENTALIZACION Y FOCALIZACION PSICOTERAPÉUTICA EN DISPOSITIVOS DE HOSPITALIZACIÓN PARCIAL PARA ADOLESCENTES*

Albert Chamorro Salvat**; Empar Murgui Mañes,
Carmen Subirà Granados y Llorenç March

Introducción

Este Congreso versa sobre la psicoterapia más allá del síntoma. En nuestro caso, desde un dispositivo de Hospitalización Parcial para Adolescentes, la cuestión no es sólo si vamos más allá del síntoma, sino también dónde aparece el síntoma y, sobre todo, dónde y quién debe tratarlo y con qué tipo de tratamiento. Vamos a intentar explicarles todas estas cuestiones a continuación.

1) Contextualización

Nuestro Hospital de Día es un dispositivo de secundaria que forma parte de la red pública (concertada) del Servei Català de la Salut, ubicado en el barrio de les Corts de Barcelona. Atendemos a 25 chicos y chicas de 12 a 20 años que presentan patología de gravedad psiquiátrica clara o de posible evolución hacia la gravedad si no se interviene a tiempo y de forma intensiva. El equipo se compone de dos médicos psiquiatras, un psicólogo clínico, una trabajadora social, una profesora, un enfermero psiquiátrico, una terapeuta ocupacional y dos educadores sociales. Todos trabajamos a jornada completa. Dentro del equipo contamos con profesionales con formación psicodinámica,

* * Comunicación presentada en el XXIII Congreso Nacional de SEPYPNA que bajo el título La Psicoterapia Más Allá del Síntoma tuvo lugar en Barcelona el 22 y 23 de octubre de 2010. Reconocido de interés Científico-Sanitario por el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Catalunya (IES) y acreditado como Formación Continuada por la Universidad Ramon Llull y por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP).

** Hospital de Día de Les Corts, Sarrià, Sant Gervasi y Gràcia. CHM Les Corts, Sarrià y Sant Gervasi. Correspondencia: acsalvat@hotmail.com

familiar sistémica y terapia cognitivo-conductual. Intentamos trabajar pues de manera multiparadigmática e interdisciplinar. La división funcional actual comporta que el día a día y los diferentes talleres y grupos sean responsabilidad de los profesionales de atención directa o PAD, es decir, la terapeuta ocupacional, el enfermero y los educadores sociales. Cada chico tiene un PAD referente y un clínico referente (psicólogo clínico o psiquiatra).

Cada paciente tiene un Proyecto Terapéutico Individual (PTI) que se trabaja en equipo. Dicho PTI supone una labor en eje transversal: las tareas diferenciadas de los distintos profesionales se agrupan para llegar a un objetivo común.

2) Del despacho del psicoterapeuta a lo vivencial, o cuando la psicoterapia saca sus patitas y se pone a andar por el hospital

Los chicos que son derivados a hospitalización parcial, en general, son pacientes que no responden a una psicoterapéutica habitual, tanto psiquiátrica como psicológica, en sus diversas modalidades. Ello obedece, a nuestro parecer, a un fallo en los elementos de mentalización, ya sea del chico o de su sistema familiar, o bien a la presencia de mecanismos de defensa arcaicos, del tipo preanal retentivo, en la tradicional clasificación de Freud-Abraham. Es decir, nos encontramos con chicos muy desorganizados mentalmente sin una familia capaz de reconducir esa desorganización, o con chicos organizados en puntos de fijación muy arcaicos. Así, la actuación, la comportamentalización, en el sentido de la escuela de psicósomática de París, la escisión, la eyección, en el sentido de Sami –Ali, la disociación o el vacío mismo en el propio self son elementos del día a día.

La característica general sería pues en cierto modo la falta de continente o la falta de contenido, o ambos a la vez.

Parece que ambos tipos de dificultades psicológicas requerirían de un aparataje mental, que llegue si puede ser donde los chicos no llegan y sus familias tampoco. Un andamio, en términos de construcción.

Es decir, el hospital de día debe de ser un continente suficiente ante ese contenido tan evacuatorio o proyectivo o ante esa inorganización mental, vacío o falta de contenido.

Y, a ser posible, para pasar de los cuidados paliativos a la terapéutica, vendría que ese aparataje fuera integrable en la mente de las familias o del chico, o de ambos, si es que pudiera ser. Que alguien, cuidador o cuidado, se pudiera identificar de forma sostenible con ese aparataje. Para cuidarse, cuidar y aprender a cuidar. O sea, pasar del andamio al refuerzo interno o

parental de las vigas continentales.

Y ese aparato en la encrucijada entre el día a día, la terapéutica y la transferencia de la misma al edificio familiar debería de ser el hospital de día.

Ardua tarea, que exige, creo, pensar en la dualidad intrínseca al espacio de HDA : es escenario vital y posible escenario terapéutico.

En realidad, observamos que gran parte de las construcciones emocionales y vivencias más o menos tintadas por la patología del chico van a desarrollarse fuera del despacho del psicoterapeuta. Por más que nos empeñáramos en seguir una psicoterapia tradicional en cualquiera de sus modalidades estándar veríamos, a nuestro parecer, que la necesidad psicoterapéutica tiende a sacar sus patitas del despacho para dirigirse a todo el entramado –vivencial hospitalario.

3) Psicoterapia institucional: el tratamiento por el trato

Es por ello que debemos instaurar un sistema terapéutico que no se quede en una escisión despacho del psi- actividades de la vida diaria. Un tratamiento por el trato.

La observación de enfermos mentales graves, permitió a la Psicoterapia Institucional (Tosquelles, 1969; Oury, 1984), comprobar cómo mejoraba la comprensión del funcionamiento de estos pacientes, provistos de mecanismos de defensa arcaicos propios de relaciones parciales de objeto (Klein, ed 1988), atendiendo al despliegue del campo transferencial en relación a los diferentes miembros del equipo en lugar de a un único profesional. Esta formulación, que me fue transmitida clínicamente esencialmente teniendo la suerte de trabajar junto al Dr. José García Ibáñez y supervisando con el Dr. Tosquelles, es tan útil en instituciones de rehabilitación comunitaria (Chamorro, 2003) como en hospitalización parcial de adolescentes. En estos dispositivos, la transferencia con los distintos trabajadores permite proporcionar experiencias emocionales correctoras, como diría José Leal, pues el tipo de asistencia facilita la respuesta triangular del equipo a adolescentes que, en la mayoría de los casos, se encuentran atrapados en relaciones duales fruto de la disfunción familiar o de su propia patología.

Ante la tradicional construcción de elaborar (mentalmente) para no repetir (en el pensamiento, en las emociones o en la conducta), en el espacio de hospitalización parcial el chico repite, pero la respuesta del equipo, a diferencia de otros dispositivos, permite en general que la repetición de la jugada no sea exacta. Porque ese actuar que es “acting out” en relación a la terapia, se puede convertir en “acting in” en relación al “setting” hospitalario, lo que traduce que

un pasaje al acto puede llegar a ser un pasaje por el acto, un comportamiento susceptible de ser leído por el equipo y, por tanto, reexplicado, traducido y, finalmente, integrado por el paciente. Allí donde el funcionamiento mental no llegaba, la institución aparece como un escenario psicodramático donde puede suceder todo aquello que, correctamente leído desde el equipo, que en términos psicodinámicos, representaría una especie de escena primaria, traduce cómo se maneja el chico en su interior. De este modo, se pueden devolver al adolescente gran cantidad de elementos que le ayuden en la comprensión de sí mismo, reduciendo la disociación entre conducta y pensamiento que actuaba a favor de la repetición que le trajo al dispositivo.

En adolescentes, donde, en terminología bioniana, encontramos abundantes elementos β (Bion, 1962), que se juegan en el ámbito de lo relacional y no en las sesiones, esta estructura es fundamental para contenerlos y transformarlos en elementos pensables y no actuados. Por ejemplo, presentamos el caso de un chico que, en colusión con la familia, tiende a ocupar el lugar del adulto y que se hace expulsar de todas partes por una actitud arrogante, dictatorial, desobediente e invasiva pero sin presentar una psicopatía estructural. En el Hospital de Día no sólo se trabaja la colusión familiar e individualmente con él, sino que además, el equipo de profesionales de atención directa (PAD) potencian un enfoque educativo y, sobre todo, de comprensión de su funcionamiento mental, resultando in situ una respuesta diferente a la repetida previa al ingreso. Por tanto, si dice: "Esto de que María coincida con Ana no puede ser, porque no la trata bien, hay que cambiar su horario; y yo, por cierto, sólo vendré los lunes porque me conviene más, y calla y hazme caso porque al final me enfadaré", el PAD, desde su formación profesional y madurez personal, así como desde la contención y reflexión del resto del equipo, puede dar una respuesta diferente a la que el chico está acostumbrado. Réplicas del tipo "Sal fuera de clase", "Calla tú" "¿Cómo que no nos ocupamos?" o "¿Pero tú quién te piensas que eres?", son fundamentalmente dadas desde la actuación (en este caso probablemente desde la irritación) y tienden a aumentar el círculo actuación del chico - actuación del profesional, en una clara escalada simétrica (Watzlawick, Beavin, 1967) que seguramente se ha ido repitiendo en la mayoría de instituciones que el chico ha frecuentado (una escuela, otra escuela, o tres nuevas escuelas, el equipo de fútbol, el aula de música, etc.), generando malestar, a menudo impensable para el chico, malestar en elementos beta. En cambio, desde el proyecto terapéutico individualizado (PTI) se elabora una estrategia en la que se puede dar una respuesta diferente y otra lectura de la situación; el PAD saldrá del escenario vital para pasar al terapéutico, transformándose en el portavoz (y a la vez, repensador) de lo que el equipo ya ha entendido, ayudando al chico a comprender qué le mueve a él, y qué mueve

en el otro. Podría decir, por ejemplo: “Ah, Pere, ¿ahora tú eres yo?”, “¿Ahora eres Albert y te ocupas de los pacientes?”, “¿Quieres organizar y mandar tú en el hospital?” o “Y si tú haces de mí, ¿entonces quién hará de ti?”. Esta traducción de la conducta en reflexión terapéutica es una posibilidad fundamental de nuestro dispositivo. Alguna vez esto ha comportado algunas dificultades ya que se ha confundido comprender por qué pasa lo que pasa con permitir la falta de límites, otra cuestión fundamental en la práctica con adolescentes. La idea sería que hay que darle al chico el espacio de reflexión, para que entienda qué hace cuando quiere mandar, organizar, saltarse las diferencias de generación y status, y qué mueve en los otros cuando lo hace. Consiste en establecer un equilibrio: a la vez que se mantiene una posición comprensiva, debe quedar claro que no se le dejará seguir con esa actitud. En todo caso se puede ser permisivo a modo de juego psicodramático, bajo el precepto de que los juegos se acaban en la realidad, cuando la realidad marca que se trataba de un juego. En términos analíticos, nos moveríamos en términos de castración (Doron; Parot, 1991), es decir, tú no ocupas este lugar, y por lo tanto yo no te dejo.

4) Cuando la psicoterapia vuelve a sacar sus patitas y nos lleva a la familia

En este momento quisiera señalar que el marco hospitalario nos sitúa en una posición excepcional para la comprensión del funcionamiento mental de nuestros jóvenes. A la comprensión en la psicoterapia individual se adhiere el despliegue relacional del chico sobre el personal tratante y sobre sus pares. Podríamos decir que el chico nos muestra sus relaciones de objeto interno a través de este despliegue relacional. Pero, qué sistema relacional están reactualizando nuestros adolescentes? Pues, no hay que olvidar que todavía estamos hablando de un ser en desarrollo. Habitualmente, lo que el chico reactualiza de sus relaciones de objeto interno en su sistema relacional en el hospital de día tiene mucho que ver aún con las relaciones actuales con su familia nuclear y extensa. A veces, hasta podemos “visionar” que el chico se está relacionando con tal o con cual persona-pares o adultos- como lo hace con tal hermano o con cual tío. La modificación de pautas de relación familiares puede incidir en cambios internos en el chico. Es por ello que la intervención familiar es imprescindible.

Así, pues, podríamos visualizar nuestra intervención psicoterapéutica como una mesa de tres patas, que serían la psicoterapia individual, la psicoterapia institucional y la psicoterapia familiar. Dicha intervención se sistematiza en el Proyecto Terapéutico Individualizado de cada chico o PTI.

Y es desde ese PTI que elaboramos siempre en equipo, donde intentamos efectuar una focalización terapéutica.

5) Focalización terapéutica: paralelismos y complementariedad entre la focalización terapéutica individual, familiar e institucional

La focalización terapéutica, tal como la proponemos aquí, se podría explicar como un método para “remar contra corriente”, es decir, diferenciarse explícitamente y de manera dirigida, en la medida de lo posible, de lo negativo que el chico está acostumbrado a vivir. Por ejemplo, remar contra corriente en una triangulación histérica maligna con importante confusión generacional (que incluiría la presencia de terceros perturbadores con alianzas y co-alianzas transgeneracionales). Se trata de una chica que vive en casa de sus abuelos, de los que toda la segunda generación ha sido incapaz de separarse. La casa es un fárrago de tíos, tías y primos de la paciente que entran y salen sin ningún orden. La madre, psicótica compensada, ha vivido intermitentemente con los abuelos, pero en la actualidad reside con su pareja. En esa casa, todos mandan pero ninguno triangula, así que, como dice la misma paciente, “siempre acabo haciendo lo que quiero”. El grado de confusión es enorme, hasta el punto de que son incapaces de amaestrar en el más simple condicionamiento pavloviano o skinneriano a su propio perro, mascota que siempre es el objeto de la “compasión” de alguno, que le refuerza inadecuadamente cuando otro intenta educarlo. Vamos, que acaba haciendo lo que le sale de las perrunas narices, ya que haga lo que haga alguien lo refuerza. El can acabó muerto en una cuneta, en pocos meses de adopción familiar, porque haciendo lo que quería, atravesó la carretera en mal momento. La adolescente que tratamos tiende a querer ocupar el lugar de los adultos de manera habitual, sea en casa, en el instituto o con sus pares. Con buenas formas y educación, ingresa en el hospital de día con la misma actitud: quiere imponer su horario y da órdenes a algunos compañeros. Además, si bien inicialmente parece relacionarse bien con todo el mundo, hablando al uno del otro no deja títere con cabeza. Repite, por tanto, una política de coalizaciones donde el tercero existe, pero para ser criticado y excluido. Se inventa un lenguaje común con otra paciente para hablar delante de los demás sin que se las entienda. Nuestro papel comienza, entonces, focalizando terapéuticamente en la confusión generacional y la triangulación histérica. En la psicoterapia individual se le van señalando estas cosas, tanto desde lo que ella cuenta como de lo que el terapeuta sabe por los Profesionales de Atención Directa. La chica parece empezar a entenderse, pero sigue haciendo lo mismo. En la terapia familiar se intenta evitar este desajuste organizativo, aunque progresar en este ámbito resultará complica-

do. En la terapia institucional, es decir, en lo vivido en el hospital, se focaliza más específicamente en la confusión y lo triangular. Ahí las cosas sí cambian, puesto que no sólo se le señala lo que está pasando sino que se pone todo el entramado relacional en acción con especial esmero para que la chica viva una diferenciación y triangulación más o menos correctas. “A mí me parece bien, pero lo tendremos que consultar con..., a ver cómo lo ve”. Ella, por su parte, se queja al terapeuta individual de que sus terapeutas familiares “no se enteran”, a los educadores les da a entender que al terapeuta individual “se le puede mentir, claro está...” y, a su vez, a éste le reprocha la ineficacia de los educadores, a quienes habla mal de los terapeutas. En definitiva, repite quizás esperando una respuesta similar a la de su familia. Pero no la encuentra. Todo esto empieza a pararla, frena la caracterización, un constante pasaje al acto y lo transforma en un pasaje por el acto, algo metabolizable y, por tanto, con posibilidades de ser corregido. El último día de hospitalización se muestra temblorosa y le pregunto qué sucede. Me confiesa que ha tenido muchas ganas de no venir, “tenía ganas de mandaros a la mierda e ir contando por ahí lo mal que lo hacéis, pero no he podido...y es que marcharme de aquí pensando que esto no es una mierda me cuesta mucho.”

6) Conclusión

El Hospital de Día permite la construcción de un andamio sostenedor del aparato mental de los chicos. De alguna manera intentamos hacer de función alfa, o de prestamistas de preconsciente o de continentes, según sigamos terminología de Bion, de Pierre Marty y Léon Kreisler, o de Winnicott; en términos de Balint diríamos que intentamos movernos en el terreno en que las palabras rebotan. Para ello es imprescindible el escenario vital que el hospital de día ofrece, y el trabajo con las familias para ayudarlas en la medida de lo posible a acercarse a estas metabolizaciones y para que nos ayuden a comprender. Habrán observado que nuestra comprensión de los casos pivota muy marcadamente sobre el modelo psicodinámico, la psicoterapia institucional y la terapia sistémica estructural. Ello no obstante, las técnicas que utilizamos no se basan únicamente en estas teorías. Son de gran utilidad técnicas de tipo cognitivo-conductual, por ejemplo en el tratamiento de las depresiones (Lewinson, Beck, Ellis...), o de ciertos síntomas fóbicos (modelo de inhibición recíproca de Wolpe y sus derivaciones terapéuticas(desensibilización sistemática, desensibilización de afrontamiento, etc). Utilizamos también estrategias de simbolización como construir un “muro de las lamentaciones” para recoger las demandas regresivas del tipo “no me da la gana de levantarme temprano” y un buzón de sugerencias para las demandas progresivas; o compramos chupetes

con los chicos para usarlos luego para señalar momentos de predominio del narcisismo infantil maligno (siempre con acuerdo previo del chico). A nivel familiar, usamos también técnicas propias de la terapia estratégica de Madanes o de Bergman. Y, desde luego, usamos también la terapia química, cuando nos parece conveniente. En ningún momento hemos tenido la impresión de entrar en contradicciones irresolubles desde un enfoque multiparadigmático. Al contrario, esperamos que la validez convergente de las teorías así como el avance de la psicología científica básica a nivel experimental, de la genética, de la biología molecular y de las neurociencias, puedan ir aportando datos que ayuden al tratamiento. Sin que ello venga a poner una cotilla que no deje respirar a la creatividad terapéutica. Nos parece ridículo, a estas alturas del siglo XXI, estar anclados en criterios de divergencia y olvidar los de convergencia, que en definitiva son los que aportan validez al conocimiento científico. O hacer "como si" los demás sistemas terapéuticos no existieran, que viene a ser lo mismo. Un ejemplo de ello lo tenemos en la cuestión del inconsciente, desde luego introducido en la psicología clínica por la teoría psicoanalítica de Freud, pero recogido por la teoría sistémica y... a nuestro modo de ver las cosas, también por la terapia cognitivo-conductual...o si no, dónde ubicamos los pensamientos automáticos a los que Beck y Ellis hacen referencia? La evolución de la psicología experimental ha llevado a muchos psicólogos al estudio de la percepción, el conocimiento y el aprendizaje inconscientes, con una infinidad de estudios de laboratorio con evidencia convergente, y convergente también con las neurociencias.

Y por qué no una revisión de todo ello?

Bien, para terminar, volviendo a nuestros chicos y sus familias, y hablando de teorías, casi todas pretenden una curación. En el caso de la psicoterapia psicoanalítica y de la psicoterapia sistémica la curación suele conceptuarse como un cambio estructural. En nuestro caso, a veces, se da. Pero para muchos otros chicos, no. Ello no obstante, muchas veces hacemos una intervención que sostiene en un período vital crítico. De manera protésica. Si esa prótesis impide complicaciones graves, nos damos por satisfechos, aunque no pueda ser interiorizada. Muchas gracias por su atención.

Referencias bibliográficas:

1. ABRAHAM, K. (1986). Le développement de la libido. Vol 2. France. PBPayot.
2. ALI, S. (1984). Lo visual y lo táctil: ensayo sobre la psicosis y la alergia. Argentina. Amorrortu.
3. BECK, AT (1996). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao, España: DDB
4. BALINT,M.(1993).La falta básica. Barcelona,España:Paidós.
5. BERGMAN (1995). Pescando Barracudas: Pragmática de la terapia sistémica breve. Barcelona. 2ª reimpresión.
6. BION, WR. (1962). Aprendiendo de la experiencia. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
7. CHAMORRO, A. (2003). "La rehabilitación en los servicios de rehabilitación comunitaria". Informaciones Psiquiátricas - Primer trimestre. N° 171.
8. DORON, R. Y PAROT, F. (1991). Dictionnaire de psychologie. Paris, France. PUF.
9. ELLIS, A. Y RUSSELL, G. (1981). Manual de terapia racional –emotiva. Bilbao, España. DDB.
10. FREUD, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. Madrid, España. Biblioteca Nueva.
11. FREUD, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. España. Amorrortu.
12. HALEY Y MADANES (1993). Terapia Familiar Estratégica. Argentina. Amorrortu 2ª impresión.
13. KLEIN, M. (1988). Envidia y gratitud. Barcelona, España. Paidós.
14. KREISLER, L. Psicósomática del niño alérgico.
15. MARTY, P. (1980). L'ordre psychosomatique. Paris, France: Payot.
16. MADANES,C.(1982).Terapia familiar estratégica.Buenos Aires, Argentina:Amorrortu.
17. MARUCCO, NC. Recordar, repetir y elaborar: un desafío para el psicoanálisis actual. Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida. Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.
18. OURY, J. (1984). Psychose, transfert et institutions. Institutions. 7.
19. TOSQUELLES, F. (1993). L'enseignement de la folie. France:privat.
20. TOSQUELLES, F. (1969). Que faut-il entendre par psychothérapie insti-

tutionelle? Informations psychiatriques. 45(4)

21. WATZLAWICK, P. Y BEAVIN, J. (1967). Teoría de la comunicación humana. Barcelona, España. Herder.
22. WINNICOTT, D. (1990). Los bebés y sus madres. Barcelona, España: Paidós Ibérica. WOLPE, J. (1976). Psicoterapia por inhibición recíproca. Bilbao, España. DDB.