

PROBLEMAS DEL TRATAMIENTO TERAPÉUTICO EN UN HOSPITAL PSICOANALÍTICO.

Frieda Fromm-Reichmann

Frieda Reichmann (1889-1957). Nació en el seno de una familia judía de Karlsruhe en 1889, en la que se valoraba muchísimo la música y la cultura. Estudiante de medicina destacada, se interesó al recibirse en el tratamiento de soldados sobrevivientes de la Primera Guerra Mundial, con daño cerebral inspirándose en la neurología globalista de Kurt Goldstein. Se interesó luego por el psicoanálisis, realizó su psicoanálisis personal con Hans Sachs e ingresó como miembro titular del Instituto Psicoanalítico de Frankfurt. Allí conoció, en 1926, a Erich Fromm, quién fue su paciente y con quien se casó, divorciándose pocos años después. También dirigió en Heidelberg un instituto para niñas judías ortodoxas. En 1933 huyó de la Alemania nazi para ir primero a Francia, luego a Palestina y, finalmente, en 1935, a los Estados Unidos, adonde se radicó y comenzó a trabajar en la Chesnut Lodge Clinic, una reputada institución privada situada en Maryland. En ella compartió el trabajo y completó su formación con Harry Stack Sullivan, célebre psiquiatra norteamericano, quien se había destacado por sus trabajos sobre la esquizofrenia. Frieda fue una de las introductoras del psicoanálisis en los EE.UU., una de las principales figuras de la psiquiatría dinámica norteamericana y fundadora, con Sullivan, de la Washington-Baltimore Psychoanalytic Society. Fuera de su círculo profesional Fromm-Reichmann, una mujer solitaria y creativa que gozaba de la música tocando el piano y que había constituido su círculo de amistades con sus ex pacientes psicóticos, se hizo conocida como la figura que, con otro nombre, aparece como la doctora que sana a una esquizofrénica en la novela autobiográfica escrita por Joanne Greenberg, una de sus pacientes, Nunca te prometí un jardín de rosas (1964; en castellano, Barral Editores, 1974). Sobre la base de ese libro se realizó, en 1977, una película: I Never Promised You a Rose Garden, dirigida por Anthony Page con las actuaciones de Kathleen Quinlan, Bibi Andersson, Dennis Quaid, Clint Howard y Mel Gibson.

Aplicando el potencial del psicoanálisis al campo de la psicosis, Frieda Fromm Reichmann, de quien se dijo que tenía una extraordinaria capacidad de escucha clínica de sus pacientes, realizó investigaciones sobre esquizofrenia comenzando por su tesis doctoral. Describió, así, la conducta catastrófica en ese tipo de patología como la había observado su maestro Goldstein en los pacientes con daño cerebral. En la Chesnut Lodge Clinic aplicó el psicoanálisis al tratamiento de la esquizofrenia, sin medicamentos que redujeran la sintomatología. En lugar de drogas, ella ofrecía, desde su perspectiva optimista (ningún paciente, por más perturbado que esté, es inaccesible a la psicoterapia, opinaba) un ambiente seguro donde los enfermos podían hacer una regresión al interior de la locura que los atemorizaba. Fromm-Reichmann creía que podían curarse si tenían la fortaleza interior necesaria y si eran analizados adecuadamente por psicoanalistas capaces de soportar el trabajo con pacientes tan graves. “Analizados adecuadamente” significaba recibir interpretaciones freudianas de sus experiencias aterradoras, por medio de terapia individual (su famosa psicoterapia intensiva) y en pabellones a cargo de personal iniciado en los principios del psicoanálisis. Un aspecto fundamental del tratamiento era el alejamiento y contacto dosificado de los pacientes con sus familias, a las que Fromm-Reichmann identificaba como un factor patogénico principal de la psicosis. Este particular aspecto de su perspectiva teórica merece un comentario aparte: el término, hoy abandonado, de “madre esquizofrenogénica”, que influyó en el comportamiento de toda una generación de psiquiatras, estigmatizó injusta y exageradamente a los padres de los psicóticos haciéndolos responsables de la enfermedad de sus hijos, generándoles culpa -y, en ciertos casos, más rechazo hacia su vástago enfermo- y

una actitud de sospecha, distancia y frialdad hacia ellos por parte de los equipos tratantes.

En las páginas que siguen se ofrece un significativo pasaje en el que se ilustran aspectos teóricos y técnicos del trabajo con esquizofrénicos desarrollado por la psicoanalista alemana. Adicta al alcohol y al cigarrillo, Frieda Fromm-Reichmann falleció de un infarto masivo a los sesenta y ocho años de edad.

INTRODUCCIÓN

La terapéutica psicoanalítica ha sido utilizada en el tratamiento de psicóticos hospitalizados durante unos veinte años. En ese tiempo se ha pensado y discutido mucho sobre el modo de cambiar y adaptar el tratamiento convencional del hospital público a las exigencias del hospital psicoanalítico. Todavía estamos lejos de tener todas las respuestas; por consiguiente, creo que lo mejor que puedo hacer es bosquejar algunos de los problemas, con las respuestas provisionarias que han surgido hasta ahora de las discusiones entre los miembros de nuestro personal, del intercambio de opiniones en los hospitales psicoanalíticos, y de la literatura que se ha publicado sobre el tema. Esto puede contribuir a un ulterior esclarecimiento de la psicoterapia administrativa, y puede suscitar un debate constructivo.

I.-

El psicoanalista que trabaja con psicóticos en un hospital psicoanalítico, se percata más que sus colegas de otros hospitales para enfermos mentales de que la restricción indebida de la libertad del paciente -esto es, el mal uso de la autoridad por figuras dotadas de ella en el pasado, especialmente por los padres, durante la niñez de los pacientes, y por sus ulteriores representantes en la sociedad- es uno de los motivos más frecuentes de la aparición de una perturbación psíquica.

Por lo tanto, se siente inclinado a dar a los pacientes tanta libertad y tantos privilegios como sea posible, y tratará de imponerles el menor número de regulaciones y restricciones. Sin embargo, la concepción que tiene el psicótico hospitalizado de la libertad, y su necesidad y deseo de ella, no son idénticos a los de la persona sana. ¿Cómo, entonces, puede el hospital reducir una libertad que el psicótico es incapaz de utilizar sensatamente, sin repetir el viejo y traumático autoritarismo? En otras palabras, ¿cómo consigue el psiquiatra conceder al psicótico la medida correcta de privilegios durante el tiempo de su hospitalización?

El paciente psicótico que necesita hospitalización no ha sido capaz de vivir sin guía y ayuda; de modo que el ingreso en una institución hospitalaria es con frecuencia un gran alivio de la intolerable carga de manejarse independientemente y de tomar decisiones.

El psicoanalista se da cuenta de que, en nuestra cultura, todos sus pacientes han sufrido restricciones autoritarias de su libertad, en su niñez, por parte de por lo menos uno de los padres, si no por ambos, o de otros adultos importantes. Muchos pacientes se han visto luego sometidos a una presión autoritaria similar por parte de ulteriores sustitutos de los padres, en la escuela, la universidad, el trabajo, o en la sociedad en general. Ésta es quizá la interpretación que quienes han sido gravemente frustrados en la infancia no pueden dejar de dar a sus experiencias interpersonales posteriores. Por consiguiente, el terapeuta puede sentirse inclinado a contrarrestar esas influencias traumáticas otorgándoles una libertad mayor de la que puede usar el paciente psicótico. Si bien es muy indeseable que el psiquiatra cree frustraciones adicionales en la vida de un psicótico, no puede anular las malas consecuencias del pasado con la mera prevención de su repetición. Se tienen que contrarrestar las malas influencias del pasado mediante el recuerdo, la elaboración (*working-through*), la revaluación y la integración de lo que sucedió en los primeros períodos de la vida, en términos del presente. La actitud del psicoterapeuta, por sí sola, no logrará tal cosa.

La concepción de la "libertad e independencia" que puede tener el psicoterapeuta, quizá no le parezca de ningún modo deseable a su paciente psicótico, que puede percibir que el psicoanalista, u otros miembros del personal, esperan de él que desee el tipo de libertad que ellos quieren para sí. Si se evita que el psicótico adquiera deseos de libertad que son hechura del psiquiatra, pedirá con menor frecuencia privilegios que no puede administrar, y se le ahorrará la frustración de recibir privilegios y luego ser privado de ellos; asimismo, el psiquiatra cometerá menos errores en la disposición de los privilegios del paciente

Por supuesto, cuando dirige el tratamiento terapéutico de un paciente, el psiquiatra no debe preocuparse demasiado por las conveniencias de la rutina del hospital ni por su propio prestigio. Debe tener el valor de dar una oportunidad al psicótico cuando cree que el paciente está preparado para obtener de ella un beneficio terapéutico, aun cuando más tarde sea necesario revocar ese privilegio. Esto puede o no tener una repercusión desfavorable sobre la estimación del terapeuta por los pacientes o por el personal que sea incomodado por ello.

Recuerdo a dos pacientes que estuvieron temporalmente más perturbados, después de habérselos llevado de compras y al cine, de lo que habían estado durante un largo período de hospitalización sin privilegios. Los psicoterapeutas de la administración y los otros miembros del personal juzgaron que se había cometido un grave error. Pero en el curso ulterior del tratamiento de ambos pacientes se puso de manifiesto que estos paseos, pese a haber sido perturbadores en su momento, significaron, a la larga, un grande y legítimo estímulo para ellos. Esto facilitó y aceleró luego su colaboración en la terapéutica psicoanalítica. Recuerdo también los tres o cuatro pacientes que hicieron mal uso de sus privilegios, se escaparon e interrumpieron el tratamiento. El hospital psicoanalítico, como todo hospital, tiene pacientes de ese tipo.

Quien recién ingresa en el personal de un hospital psicoanalítico se equivocará fácilmente en la apreciación de la aptitud de un paciente para usar de privilegios, en razón de que hasta un paciente muy perturbado, delirante, paranoide alucinado o desorientado puede parecer, en la superficie, bastante sosegado y racional comparado con un paciente igualmente perturbado de otro tipo de hospital para enfermos mentales. Esto se debe al consecuente intercambio personal y a los contactos racionales, verbalizados, que les ofrecen a los pacientes todos los miembros del personal del hospital psicoanalítico y, en particular, el terapeuta psicoanalítico.

II.-

La actitud del psicótico hacia sus propias dificultades y hacia muchos problemas del tratamiento terapéutico está determinada en una gran medida por la actitud de los miembros del personal del hospital, en particular por la de los psiquiatras. ¿Cómo pueden los miembros del personal de un hospital psicoanalítico utilizar esta influencia en beneficio del psicótico, y cómo pueden evitar la opresión del paciente? Éste es el problema de la significación general de las actitudes y valoraciones que el psiquiatra comunica directamente, o sin advertirlo, en sus contactos con pacientes psicóticos.

Seamos sanos, neuróticos o psicóticos, todos estamos constreñidos por el código de valores, reconocido o tácito, de nuestro grupo humano, especialmente por el de aquellas personas con las que estamos ligados por cualquier clase de relación de dependencia. El psicoanalista sabe de qué modo, bajo las condiciones especiales de la transferencia, se reexperimenta y magnifica esta pauta cultural. La anterior opinión psicoanalítica de que no existe una transferencia adecuada en el caso de los psicóticos ha sido abandonada (17). Sabemos ahora que es cierto lo contrario. La relación del psicótico con el psicoanalista, y su sensibilidad empática ante su entorno y ante la personalidad del psicoanalista, son a menudo mucho más intensas que las reacciones de transferencia de los neuróticos típicos. Confirmando esto, es más sensible ante las actitudes y juicios del psiquiatra y del personal del hospital, y depende más de ellos, que la persona media, sana o neurótica, de nuestra cultura, ante las actitudes de los demás.

Sucede con frecuencia que los médicos, enfermeras y otros miembros del personal tienen un justificado temor de un paciente psicótico debido a su conducta amenazadora o agresiva. Algunos psicóticos especulan hábilmente con las sensibilidades y puntos vulnerables de algunos miembros del personal hospitalario, o perciben a veces sentimientos inamistosos de ellos, que les parecen merecer retribución. En el primer caso, por supuesto, los pacientes tienen que ser tratados por un personal físicamente apto y hábil, capaz de controlarlos usando un mínimo de fuerza. Los psiquiatras o enfermeras pueden aplicar la psicoterapia solamente cuando están bajo control apropiado las tendencias agresivas del paciente.

Algunas veces los estallidos de violencia física son una respuesta negativista a órdenes impartidas por el personal o por los médicos y, en ocasiones, se los puede detener revocando las órdenes que los suscitaron. Por consiguiente, se recomienda intentar tal cosa siempre que no corra peligro la seguridad del paciente, de otros pacientes de la sala, o del personal. Palabras hostiles o actitudes amenazantes provocan algunas veces en el psicoterapeuta temor o ansiedad. El paciente se percata de la intranquilidad del médico o la enfermera, por hábilmente que se la disimule, y experimenta una sensación de desmerecimiento, si no de desesperación, al darse cuenta de que suscita temor o ansiedad en las personas en quienes confía para el cambio y la recuperación.

Una paciente con quien se había mantenido entrevistas psicoterapéuticas estando sujeta con una camisa de fuerza, durante un período de agitación y agresividad, fue liberada por mí cierto día, accediendo a su insistente solicitud. Cuando se le preguntó, después de su recuperación, si recordaba alguna experiencia que le pareciera causante de ella, contestó prontamente que su recuperación comenzó el día en que yo la saqué de la camisa de fuerza, lo que le dio a entender que, después de todo, no era tan peligrosa y aterrorizadora (17).

Si se exceptúa la violencia activa que exige el control físico, es mejor que los psicoterapeutas y enfermeras se mantengan aparte de los pacientes a quienes temen; se corre el riesgo de que traten al paciente de acuerdo con sus temores y ansiedades en lugar de guiarse por las necesidades de aquél (21,22). No quiero decir que el personal psiquiátrico deba o pueda evitar sentir temor de ciertos pacientes psicóticos; pero dado que la terapéutica psicoanalítica es una experiencia entre dos personas, la interferencia o no interferencia del temor y la ansiedad dependerá de la personalidad y los problemas afectivos del psicoterapeuta y del paciente psicótico, y del interjuego entre ellos (transferencia y contratransferencia). Es conveniente reemplazar a la enfermera o el psiquiatra que siente temor de un paciente por otra u otro que no lo sienta, sin que ello implique ningún reproche, por supuesto. Pero si el miembro del personal percibe que existen motivos inconscientes de su ansiedad, y es capaz de superarla descubriendo esos motivos, entonces no será necesario sustituirlo. Si el psiquiatra o la enfermera quieren continuar tratando a un paciente a pesar de su temor, debe hablar del asunto con el paciente. Una vez que el terapeuta se da cuenta de su temor y no se avergüenza de él, y puede convertirlo en tópico de discusión con el paciente, el temor no interferirá necesariamente en su trabajo. Recaen grandes exigencias sobre la instrucción, la habilidad, y la resistencia de los enfermeros psiquiátricos, quienes -a diferencia del psicoterapeuta- no pasan una sino ocho horas diarias con los pacientes psicóticos. Los problemas especiales que surgen para los enfermeros que trabajan en hospitales psicoanalíticos han sido tratados por diversos autores (10, 11, 12, 23, 27, 28, 34, 35, 36).

Por ejemplo, un paciente me golpeó y al día siguiente me preguntó si me había molestado o no que lo hiciera (17, 18). Respondí que “no me importaba que me golpeará, por el hecho mismo, pues me daba cuenta de que él era demasiado incapaz de expresar de otro modo que por la acción el bien fundado resentimiento que sentía hacia mí en ese momento. Sin embargo”, proseguí, “me desagrada como a todo el mundo ser atacada; además, si tengo que vigilar para que eso no suceda, se distraerá mi atención y no podré seguir adecuadamente el contenido de sus comunicaciones”. El paciente respondió prometiendo espontáneamente no volver a golpearme, y cumplió su promesa pese a que tuvo que pasar todavía por varias fases de gran hostilidad.

Otro problema del tratamiento de pacientes en el hospital, muy influido por la actitud del personal, es el del tiempo durante el cual hay que mantener a un paciente en una Sala cerrada y el momento de transferirlo a ella. Todo hospital para enfermos mentales debe esforzarse por elaborar una sana política respecto a las funciones terapéuticas de sus Salas cerradas para pacientes perturbados. Si los miembros del personal tienen la sincera convicción de que la función de la Sala para pacientes perturbados es sólo terapéutica y de ningún

modo punitiva, y si los traslados a ella son dispuestos solamente por razones terapéuticas, los pacientes no experimentarán humillación, frustración ni resentimiento, ni percibirán ninguna intención de discriminación u ostracismo de parte del personal y los pacientes de Salas abiertas. A veces nuestros pacientes pedirán voluntariamente ser transferidos temporalmente a la Sala para perturbados, cuando sientan la necesidad de protegerse de una exteriorización de impulsos destructores incontrolables, contra ellos mismos o contra otros pacientes.

Uno de los ejemplos más notables que ilustran la gran influencia que ejerce la actitud íntima del psicoterapeuta hacia la sintomatología psiquiátrica sobre las posibilidades terapéuticas del paciente hospitalizado, es la historia de la valoración psiquiátrica del síntoma de ensuciar con los excrementos. Anteriormente se lo consideraba un síntoma de grave significación para la prognosis en todo paciente psicótico. Desde que los psicoanalistas han aprendido a encararlo con el mismo espíritu de investigación de su psicopatología y su dinámica con el que encaran cualquier otro síntoma, ha perdido sus aspectos amenazadores.

Una joven esquizofrénica era dada a la masturbación anal compulsiva, luego de la cual se tocaba y tocaba a su terapeuta con las manos sucias de materia fecal. La psicoanalista no podía evitar su desagrado al ser ensuciados por la paciente sus brazos y vestidos. Temía las entrevistas terapéuticas con la muchacha, hasta que decidió usar vestidos gastados, lavables y de largas mangas para ver a esta paciente. A ello siguió una marcada relajación por parte de la psicoanalista, a la que la joven esquizofrénica respondió inmediatamente dejando de ensuciar con los excrementos. Pronto pudo participar en la discusión terapéutica de la dinámica de su masturbación anal compulsiva, y pudo también abandonarla. Desde entonces se ha recuperado de su grave trastorno mental.

Todo psicoanalista conoce experiencias paralelas, aunque menos dramáticas, con pacientes neuróticos. Los pacientes reaccionaban ante toda interrupción de las entrevistas como ante un gran desastre, en la medida en que el psicoanalista daba a entender, con su propia actitud, que lo era; del mismo modo reaccionaban ante llamadas telefónicas de emergencia o ruidos exteriores, en cuanto serias interferencias en el procedimiento terapéutico. Cuando los psicoanalistas aprendieron a mostrarse relajados y naturales ante las interferencias inevitables, los pacientes neuróticos no se molestaron más por interrupciones ocasionales.

Solía considerarse de la mayor importancia que los pacientes en tratamiento analítico no tuvieran ni siquiera un encuentro accidental con el analista fuera del consultorio; en consecuencia, los pacientes reaccionaban ante encuentros de ese tipo de un modo intensamente emotivo. No abogamos por el abandono del principio de una relación estrictamente profesional entre el médico y el paciente, ni negamos la conveniencia de evitar encuentros extraprofesionales con ciertos pacientes, quienes están a veces tan abrumados por sus problemas corrientes que deben ser protegidos de toda posibilidad de complicaciones emotivas adicionales. La cualidad y número de estas dificultades dependen en gran medida de que el psicoanalista espere o no que ocurran, y de que cree o no la expectación de su ocurrencia en el paciente. El psicoanalista está justificado en salvaguardar su vida privada y su tiempo libre contra la interferencia profesional, siempre que -cuando surge el problema- no dé al paciente falsas racionalizaciones como razones. En cambio, el psicoanalista que es tan sensible respecto a sus necesidades personales que no puede tolerar las excepciones ocasionales, no es apto para la psicoterapia con psicóticos hospitalizados. No hay lugar en el psicoanálisis -sea en la práctica externa o en el hospital- para una situación de espléndido aislamiento para mantener la glorificación transferencial que hace el paciente del terapeuta, con el fin de reforzar la seguridad de éste. Si el terapeuta permite, deliberadamente o sin advertirlo, que esto suceda, el paciente sufrirá. Cuando el psicoanalista hace recorridas, encontrará en las Salas a sus pacientes psicóticos. Muy a menudo, si el psicoterapeuta se siente lo bastante cómodo para ello, le resultará benéfico al psicótico encontrarlo en una atmósfera social que sea menos convencional y más cercana a las exigencias de la realidad que las entrevistas psicoanalíticas.

Puede ser necesario ver con mayor frecuencia que la de sus entrevistas psicoanalíticas programadas a los pacientes psicóticos cuyo estado justifica la hospitalización, cuando se producen emergencias como la del

pánico. Cuando esto sucede estando el psicoanalista con otro paciente, puede interrumpir la entrevista sin perturbación, si él mismo no está en conflicto al respecto. Si ofrece al paciente de un modo franco y natural la razón de la interrupción, éste, por lo general, no sólo no se molestará, sino que a menudo reaccionará con un aumento de su sensación de seguridad por la seriedad y responsabilidad con que el psicoanalista encara las necesidades emotivas de sus pacientes cuando surge una emergencia. Rara vez intentan los psicóticos sacar ventajas de esa consideración u obligar innecesariamente al psiquiatra a interrumpir su trabajo con otros pacientes en beneficio de ellos. A diferencia del neurótico, y especialmente del histérico, estos pacientes están demasiado enfermos y sufren demasiado como para hacerles malas jugadas o importunar al psiquiatra cuyo auxilio necesitan.

III.-

El hospital psicoanalítico debe ser una comunidad terapéutica. No se le debe imponer prematuramente al paciente psicótico la “adaptación social” a esta comunidad. Ni siquiera tiene que ser ésa la meta, en el caso de las personalidades esquizoides. El personal (médicos, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales) debe estar adiestrado para ayudar a una feliz solución de este problema, bajo la guía especial de un terapeuta administrativo y uno psicoanalítico asignados a cada paciente. Recordemos que los términos “psicoanálisis”, “terapéutica psicoanalítica” y “psicoterapia intensiva” son usados alternada y sinónimamente para indicar que el enfoque psicoanalítico del psicótico es diferente de la terapéutica psicoanalítica de las neurosis, pero constituye, sin embargo, una modificación y amplificación de las técnicas de terapéutica psicoanalítica, cuyo desarrollo predijera Freud en 1904 (13).

¿Cómo se puede lograr tal cosa? El entusiasmo que provocó la aplicación de un nuevo tipo de terapéutica psicoanalítica a un nuevo tipo de paciente condujo originalmente a poner un énfasis exagerado sobre el tratamiento psicoanalítico, por encima de todos los otros aspectos del tratamiento en un hospital. Los psicoanalistas del personal trataban a “sus pacientes”, conocían a los demás pacientes, en caso de hacerlo, por las presentaciones del personal, y abandonaban la administración terapéutica a los psiquiatras más jóvenes, quienes a su vez no practicaban ninguna terapéutica psicoanalítica. Esta jerarquía perjudicaba la autoestima del psiquiatra administrativo y dañaba su prestigio entre los pacientes y el personal. Los psicoanalistas no hacían recorridas ni participaban en actividades sociales, en parte porque tenían su tiempo ocupado por las horas de psicoanálisis, y en parte porque no querían ver a sus pacientes fuera de las entrevistas programadas.

Diremos, de paso, que los miembros del personal de un hospital psicoanalítico no deben referirse a “los pacientes del Dr. X”, sino a “el Sr. A de la Sala B”. Todos los pacientes necesitan la ayuda de las posibilidades terapéuticas del hospital, incluyendo el auxilio por los psicoanalistas del hospital. Los psicoanalistas están familiarizarlos con el poder mágico de las palabras. Además, algunos de ellos agradarán más, y otros menos, a los miembros del personal del hospital, especialmente a los enfermeros. El paciente del Dr. X sufrirá más fácilmente las consecuencias positivas y negativas del grado de aprecio que sienten los enfermeros por el médico, si se habla de él como del paciente del Dr. X, y no como de un residente de una Sala.

En el estado actual de nuestras limitadas capacidades y experiencia, el número de resultados favorables con la terapéutica psicoanalítica modificada de psicóticos sigue siendo pequeño. No se ha atendido mucho a la sugestión hecha por William Alanson White de investigar las causas de las “recuperaciones espontáneas”. El psicoanalista debe unirse al terapeuta administrativo como parte de la comunidad terapéutica del hospital, que es un factor en estas “recuperaciones espontáneas” aun a expensas del tiempo que le demandan pacientes individuales (46). Debe hacer recorridas por las Salas, visitar los negocios y participar en algunas de las actividades sociales del hospital, y debe hacer algo más que pasar el día con los pacientes que le corresponden y a los que acierta a encontrar en el jardín, contribuyendo así al restablecimiento “espontáneo” de uno u otro paciente que no está bajo su análisis personal. Deseo expresar mi concordancia con aquellos psiquiatras que piensan, como pensaba William Alanson White, que pocas de las recuperaciones de los pacientes mentales hospitalizados logradas sin psicoterapia son realmente espontáneas, si es que alguna lo es. Factores que contribuyen a estos restablecimientos son la actitud del personal, la atmósfera del hospital, y los intercambios entre los pacientes. Era la cabal investigación de estos factores lo que White quería

estimular.

Los miembros del personal de todos los hospitales psicoanalíticos están de acuerdo en que es deseable que cada paciente tenga un terapeuta psicoanalítico y un terapeuta administrativo. El psicoanalista analiza al paciente, el administrativo asume la responsabilidad respecto a los privilegios, visitantes, participación en la terapéutica recreativa y ocupacional, dieta, atención médica y medicación. Originalmente, esta división de las responsabilidades fue un intento de aplicar al hospital las convenciones del tratamiento psicoanalítico de neuróticos no internados. La experiencia demostró que es apropiada también por otras razones.

Una esquizofrénica que padecía delirios de envenenamiento de los alimentos, utilizó alguna información fáctica acerca del manejo de las vacas y la leche en la granja del hospital -que no satisfacía las normas de sus parientes campesinos- para corroborar sus temores. La paciente trató repetidamente de entablar con el psicoanalista una discusión de los méritos de sus datos, con los que justificaba su temor de beber la leche del hospital. Hacía esto, sin saberlo, para evadir la investigación del mecanismo de sus ideas delirantes. El psicoanalista recomendó que le expusiera sus quejas al terapeuta administrativo, a quién informó del problema. Con este auxilio se alivió el delirio de la paciente sin desalentar su necesidad terapéutica de verificar la realidad.

Una esquizofrénica que, antes de su ingreso en el hospital, había intentado suicidarse ingiriendo lejía, necesitaba la dilatación de una estenosis esofágica a intervalos regulares. Convirtió en un problema el lograr donde debía practicarse la dilatación y el médico que debía hacerla. Al dejar que tratara este asunto el psiquiatra administrativo, el psicoanalista quedó libre para investigar y traer a la conciencia problemas de la personalidad y de implicaciones irracionales. Por supuesto, la acción y la decisión del terapeuta administrativo, que atendió a los detalles prácticos necesarios, no podían postergarse hasta que la paciente pudiera analizar los problemas vinculados.

Algunos hospitales han atribuido la responsabilidad de la terapéutica administrativa de todos los pacientes a un psiquiatra del personal; otros hacen que todos sus psiquiatras con instrucción psicoanalítica practiquen el psicoanálisis con algunos pacientes, y la psicoterapia administrativa con otros, dando a cada paciente un psicoanalista y un terapeuta administrativo. Después de algunos años de experimentación, pensamos que esto conduce al estímulo de una actitud no realista, hiperindividualista y, a veces, demasiado exigente, en algunos tipos de pacientes, como los alcohólicos y los psicópatas; por lo tanto, recientemente hemos asignado los pacientes de cada Sala a un terapeuta administrativo.

Se están realizando experimentos de terapéutica administrativa de grupo, con la participación del enfermero a cargo de la Sala, en los que se alienta a intervenir a todos los pacientes de la Sala en condiciones de hacerlo. Esto parece contrarrestar satisfactoriamente el peligro de la hiperindividualización, y disminuye, por lo menos en cierta medida, la rivalidad entre pacientes competitivos por la atención del terapeuta administrativo. Una dificultad para algunos pacientes es el cambio de terapeuta administrativo cada vez que se los traslada de una Sala a otra; pero el grado de esta dificultad es proporcional, en conjunto, a la actitud del personal respecto de ella, de acuerdo con nuestra observación de que las reacciones del paciente dependen mucho de las actitudes del personal. El tiempo que el terapeuta administrativo pasa con cada paciente lo determina el estado del paciente o el carácter de un problema práctico al que hay que hallar solución. Entre las dificultades de la psiquiatría administrativa está la necesidad de adquirir la intuición, la capacidad y el conocimiento psiquiátrico suficientes para percibir cuándo un paciente necesita verdaderamente que se le dedique el tiempo que está solicitando, y para saber cuándo es prudente reducir el tiempo que se otorga a un paciente que desea la atención del médico sin ser capaz de utilizarla constructivamente.

La terapéutica administrativa de grupo en las Salas proporciona la oportunidad de aprender algo acerca del ambiente donde vive el paciente hospitalizado. El conocimiento de la dinámica de las relaciones personales en la Sala es, por consiguiente, tan importante para la investigación psicoanalítica de las dificultades de un paciente, como lo es el del ambiente hogareño para comprender la psicología de los pacientes no internados.

IV.-

El paciente psicótico es muy sensible a la violación de las confidencias personales que hace a su psicoanalista. Una vez que se establece una relación entre ambos, por lo común él quiere concebirla como una experiencia estrictamente privada. Hablando de un modo general, parece que la mayoría de los psicóticos dan por sentado, por lo menos cuando están gravemente perturbados (alucinados, delirantes), que todo el mundo alrededor suyo tiene conocimiento de sus experiencias. ¿Cómo puede resolver esta contradicción el personal del hospital? ¿Cómo es posible discutir los problemas del psicótico entre los miembros del personal médico, los enfermeros, los asistentes sociales, y los terapeutas ocupacionales, sin violar la exigencia de intimidad del paciente?

Las entrevistas psicoanalíticas están programadas para períodos establecidos, sin tener en cuenta la naturaleza del problema terapéutico. El éxito de la terapéutica psicoanalítica como de la terapia administrativa depende de intercambios constructivos de opinión entre los dos terapeutas del paciente, y de la información inteligente acerca del paciente ofrecida a los enfermeros.

Se ha dicho que tal intercambio de opiniones es incorrecto porque el psicoanalista traiciona la confianza del paciente. Yo creo que un paciente cuyo estado es lo suficientemente grave como para justificar la hospitalización -si él tiene el contacto con la realidad suficiente para dedicarle algún pensamiento al problema- espera la actividad terapéutica conjunta del personal del hospital. Pronto llega a enterarse de que médicos y enfermeros realizan conferencias para debatir los problemas de los pacientes. El valor terapéutico de la discusión de los problemas y necesidades de un paciente por los miembros del personal, es mucho mayor que el de una fidelidad indiscriminada a un concepto no terapéutico de la confianza, cuya santidad se exagera en nuestra cultura. Se debe utilizar esta información solamente para ayudar a la comprensión de las necesidades y problemas del paciente, facilitando así el cuidado de los enfermos y las decisiones administrativas.

Los enfermeros tienen una mayor tolerancia y menos temor de los pacientes difíciles si se los mantiene al tanto de la dinámica de la patología del paciente, en términos de progreso o retardo, según sea el caso. A veces le resulta útil al psicoanalista introducir en las entrevistas con su paciente información que obtiene de otros miembros del personal, especialmente si se refiere a elementos afectivos importantes que el paciente omite mencionar.

En nuestro hospital, por ejemplo, se efectúa semanalmente una reunión del personal para debatir nuevas admisiones y problemas administrativos corrientes. Además, hay dos conferencias semanales, con participación de todo el personal médico y uno o dos enfermeros supervisores, para una exposición clínica, una discusión de los mecanismos psicológicos de progreso o fracaso en la terapéutica administrativa y psicoanalítica, y un debate del estado actual del paciente y de la técnica psicoanalítica, el tratamiento terapéutico y el cuidado que se aplicará ulteriormente. Cuando los terapeutas psicoanalítico y administrativo están en desacuerdo respecto al tratamiento de un paciente, la decisión compete al personal. Semanalmente, uno de los médicos hace consultas acerca de un paciente con los enfermeros y los terapeutas recreativo y ocupacional. Todos los meses se realiza una reunión de todo el personal terapéutico del hospital, en la que el Departamento de terapéutica ocupacional presenta un paciente para un debate general. Todos los enfermeros supervisores, algunos de los enfermeros practicantes y los terapeutas recreativo y ocupacional, han sido o están siendo psicoanalizados.

Los nuevos pacientes son visitados por el superintendente y el director de psicoterapia antes de su primera presentación clínica al personal. La conferencia de admisión llega a una conclusión provisoria respecto a la elección de un psicoanalista para el nuevo paciente. Los psicoanalistas que tienen horas disponibles se entrevistan con él. La junta del personal toma la decisión final, y, si es posible, se presta consideración a la preferencia del paciente.

A ningún paciente se lo somete a la prueba de aparecer ante una de las conferencias del personal. Por lo común, los pacientes no transmiten una imagen auténtica del carácter de sus dificultades cuando “actúan” ante un grupo. Si un paciente expresa el deseo de ser presentado al personal, ello demuestra habitualmente su falta de intenciones serias respecto al tratamiento, el cambio y el restablecimiento. Si quiere seriamente

dar expresión a dudas y quejas respecto al tratamiento, el personal o los médicos, y obtener ayuda en esa cuestión, se lo alienta a pedir una entrevista con el superintendente o el director de psicoterapia. Los terapeutas del paciente siempre conceden y conciertan esas entrevistas.

Es importante que se supervise la tarea psicoanalítica con todo paciente psicótico, para conjurar complicaciones de transferencia y contratransferencia. Éstas se pueden producir más fácilmente entre los psicóticos que en psicoanálisis de neuróticos, puesto que la terapia psicoanalítica modificada de psicóticos se encuentra aún en estado de experimentación. La larga duración del tratamiento, la particular intensidad del trabajo del analista, y el gran despliegue emotivo, en palabra y acción, de parte de algunos de los pacientes, son elementos adicionales que favorecen las dificultades de transferencia y contratransferencia, de una cualidad y una complejidad específicas.

A pesar de las muchas reuniones locales, nacionales e internacionales en las que se debatió el tema desde que se lo introdujo como un requisito de la instrucción psicoanalítica, siguen siendo objeto de controversia los criterios para establecer lo que constituye una buena supervisión psicoanalítica. En una de nuestras conferencias de personal, escuchamos la grabación de una entrevista psicoterapéutica con un psicótico (por supuesto, no se hizo ni la grabación ni el debate sin pedir explícitamente el permiso del paciente); cuando se les pidió sugerencias a los miembros del personal, ninguno encaró del mismo modo los problemas interpersonales involucrados.

Una paciente consiguió que yo la temiera. Me amenazaba reiteradamente con golpearme, arrojarme piedras o apretarme con la puerta al entrar o salir del cuarto; pero en realidad no sucedió gran cosa, excepto algunas bofetadas en mi cara. Dado que había trabajado con pacientes agresivos, varones y mujeres, potencialmente menos peligrosos, sin sentir miedo, yo sabía que existían razones inconscientes de mi temor de esta paciente. Luego de un debate de esta contratransferencia negativa mía, tomé conciencia de los motivos, y ella disminuyó.

Después del debate, encontré a la paciente en los jardines del hospital, y ella me saludó como siempre, gritando: “¡Dios envíe su alma al infierno!” Le contesté: “Durante tres meses usted ha conseguido asustarme, pero ni usted ni yo hemos obtenido ningún provecho con ello; de modo que ¿por qué no dejar de hacerlo?” “Muy bien”, dijo, “que Dios envíe su alma al cielo”. “Eso tampoco la ayudará, pues si me muero, no podré intentar serle útil”. Por entonces ella se había dado cuenta de que mi temor, que había sido una ofensa para ella, había desaparecido; se inclinó hacia el suelo, recogió una flor, y me la alcanzó ceremoniosamente, diciendo: “Bueno, vayamos a su consultorio y hagamos nuestro trabajo allí”, cosa que hicimos. La colaboración psicoterapéutica constructiva entre la paciente y yo se reanudó.

Después de una consulta con el terapeuta administrativo, los enfermeros y los terapeutas ocupacional y recreativo invitan a cada paciente, pero no lo presionan, a participar en actividades del hospital. La mayoría de los pacientes se ofrecerán voluntariamente a ello cuando estén afectivamente preparados. La atmósfera lo requiere como algo natural. En el caso de los esquizofrénicos catatónicos está especialmente indicado no forzar la participación en actividades de grupo. Requiere mucha experiencia y empatía saber hasta qué punto la renuencia de estas personas a tomar parte en actividades colectivas es el resultado de un temor psicótico de los demás, y un alejamiento defensivo de ellos, y en qué medida se debe a la necesidad de una soledad parcial.

Se debe tener una precaución similar para no obligar al psicótico a ser “cooperativo”. A aquellos pacientes que pueden escuchar, se les tiene que demostrar, con palabras y acción, que son miembros de la comunidad humana que el hospital representa, con privilegios y obligaciones. La cooperación contribuye a tener salas tranquilas, pero no infrecuentemente es el signo de la irremisible sumisión de un paciente. La conducta cooperativa puede significar un deterioro (44). Lo que parece ser cooperación es con frecuencia la defensa del psicótico, con el fin de inducir al personal a que lo deje en paz. Para muchos psicóticos,

las sugerencias de los miembros del personal son idénticas a la agresión arbitraria que padecieron en su niñez. Si se producen en un momento en que el paciente no está preparado para verbalizar y superar su resentimiento por ellas en entrevistas psicoanalíticas, la consecuencia inevitable son resultados terapéuticos negativos. El terapeuta administrativo debe tener presente que el consejo y las sugerencias, aunque a veces son útiles y necesarios, siempre es posible que aumenten la dependencia del paciente respecto a él y a la institución, y su resentimiento y rencor por esta dependencia.

Por estas razones, en principio es prudente ser más bien parco en los consejos a psicóticos, tal como lo son todos los psicoanalistas en su terapéutica con neuróticos. La conversación será útil para todo paciente con quien es posible comunicarse, en la medida en que sea un intercambio de opiniones. Si un paciente sigue mostrándose desafiante, el terapeuta tiene que investigar los motivos de ese comportamiento: ¿Se trata de algo relativo a su actitud personal? ¿Se dirige el desafío del paciente contra el hospital o contra el psicoanalista, de quien lo desplaza hacia el terapeuta administrativo? ¿Es una defensa contra una vinculación positiva con el terapeuta o con el hospital? El terapeuta o enfermero no planteará estas cuestiones al paciente, pero las usará como medios de orientación de su técnica en el tratamiento del desafío de aquél.

Hay solamente tres tipos de conducta que hacen imperativa la interferencia administrativa con los psicóticos: primero, los actos suicidas u homicidas; segundo, las fugas; tercero, las relaciones sexuales entre pacientes.

Contra el suicidio, según lo sabe todo psiquiatra, no hay una protección absoluta. Se ubica a los pacientes suicidas en Salas cerradas, donde enfermeros especiales y la eliminación de todos los implementos peligrosos sirven por lo menos para salvaguardar al paciente lo mejor posible, y para recordarle la seria intención de hacerlo que tienen el psiquiatra y todo el personal. Puede también hacer más fácil el mantener vivo lo que resta de las tendencias hacia la vida y la salud de la persona suicida. En algunos casos nos ha sido de utilidad admitir francamente ante un paciente nuestra incapacidad de protegerlo plenamente de sus impulsos suicidas, a menos que posea alguna tendencia hacia la vida que nosotros podamos intentar reforzar con nuestras medidas de protección.

A un paciente que se niega a comer, no se lo debe alimentar por sonda a menos que exista un peligro real de inanición. Eso tiene siempre la implicación de des-socializar temporalmente al paciente. Es una experiencia seriamente traumática, y el psiquiatra debe esperar, antes de imponerla a un psicótico, hasta que se hace inevitable por razones físicas. Se debe estimular al paciente haciendo que su bandeja sea especialmente atractiva; se debe dejar con él la comida durante largo tiempo, aunque esto importune, a los enfermeros de turno. La comida regular puede ser sustituida por un sándwich, que puede ser dejado indefinidamente en la habitación del paciente. Se puede inducir a comer a ciertos pacientes que se niegan a hacerlo por miedo al envenenamiento, si el enfermero o el psiquiatra comparten su comida.

V.-

La limitación de las entrevistas psicoanalíticas a períodos de una hora no tiene sentido para el psicótico, pues no tiene sensación del tiempo. Lo mismo vale para la pasiva aceptación, por parte del psicoanalista, del no cumplimiento de la cita por parte del psicótico. Puede haber horas durante las cuales el psicótico no puede comunicar nada; otras veces puede mostrarse tan productivo que cuesta gran trabajo interrumpirlo, como en el caso nada infrecuente de que se ponga comunicativo al final de la entrevista. Pero la necesidad de los psicoanalistas de cumplir su horario programado hace inevitables tales limitaciones ¿Cuál es la actitud que debe asumir el psicoanalista respecto al psicótico hospitalizado que rehúsa acudir a su entrevista analítica?

Cuando un psicótico se niega a venir a su entrevista, es prudente, por lo común, ir a verlo a la Sala y, si es necesario, permanecer con él durante la duración de la entrevista programada, aunque permanezca sin comunicarse todo el tiempo. Se recomienda esto porque el psicoanalista no tiene modo de saber inicialmente por qué un psicótico se niega a concurrir a su hora, si la “resistencia” del psicótico puede ser analizada, o si su negativa requiere una acción inmediata. Los esquizofrénicos suspicaces pueden querer probar si el

psicoanalista viene a verlos, a pesar de su negativa a ir a verlo a él. Una paciente se resistía a ver al analista porque no quería abandonar a su enfermera especial, a quien se apegaba celosamente, para que no atendiera a otros pacientes. Reconociendo el problema, pidió la ayuda del psicoanalista para resolver este apego posesivo. Otro paciente, un viajante de comercio, envió este mensaje: “Dígale que no iré a verla hoy. La veré mañana”. El motivo no era que no quería verme ese día, sino que quería hacérmelas pagar por decirle al final de cada entrevista: “Lo veré mañana”. Ésta era la fórmula que utilizaban los clientes que querían desembarazarse de él. Un catatónico en estado de estupor, con quien me senté durante muchas horas de mutismo, interrumpía ese mutismo para decir “quédese”, cada vez que yo cambiaba de posición.

Algunas veces sucede que un psicótico, en otras ocasiones comunicativo, rehúsa venir a su entrevista porque piensa que necesita tiempo para asimilar el material debatido en horas anteriores, antes de estar preparado para continuar. Si al investigarlo esto resulta ser así, puede ser prudente atender a la sugerencia del paciente. O bien el psicótico tiene maneras diferentes de expresar renuencia y resentimiento, o necesita más ayuda del psiquiatra, para darles expresión, que el neurótico. Si el psicoanalista consigue que el psicótico enuncie su resistencia y las razones de ella, esto puede contrarrestar explosiones de violencia.

Las tradicionales entrevistas de una hora no satisfacen, por lo general, las necesidades del psicótico. Como lo indicáramos antes, el psicótico carece de la sensación convencional del tiempo, y no puede evitar el contrariar los intentos del psicoterapeuta de poner límites temporales a sus esfuerzos de comunicación. Por lo común, el psicoterapeuta debe tratar de mantener sus entrevistas con cada paciente en un horario fijo, debido a sus obligaciones programadas con los demás. La norma o racionalización de que el psicoterapeuta debe atenerse rígidamente al horario con sus pacientes para destacar el carácter profesional de la relación entre médico y paciente, no tiene vigencia con los psicóticos. La decisión respecto al momento de finalizar la entrevista psicoterapéutica debe estar determinada por las necesidades clínicas del paciente, a juicio del psiquiatra, y no por una actitud compulsiva acerca del tiempo.

Algunos psicoterapeutas están experimentando en la distribución de su tiempo, trabajando tres veces por semana con psicóticos hospitalizados solamente, viéndolos por períodos de mayor o menor duración, según sea la necesidad, y dedicando el resto de la semana a pacientes externos. Las experiencias obtenidas se refieren a un período aún demasiado breve como para extraer conclusiones.

Muy compensadores han sido los grandes beneficios manifestados por pacientes psicóticos al concederles sus médicos entrevistas psicoterapéuticas de varias horas de duración (20, 39, 40). Una personalidad esquizoide, frustrada, había pasado durante veinte años por varios episodios esquizofrénicos. Cierta vez hablamos sin interrupción durante tres horas. El paciente se conmovió profundamente, y momentáneamente se mostró menos rígido. “Ojalá alguien me hubiera hablado así hace veinte años; entonces no me hubiera convertido en la persona que soy ahora”, comentó este paciente poco comunicativo.

Otro ejemplo es el de una muchacha catatónica, igualmente poco comunicativa. Un día, después de estar sentada sin decir nada durante la mayor parte de su entrevista psicoterapéutica programada, pareciendo muy triste y deprimida, consiguió, al final de la hora, comenzar a hablar acerca de las que ella consideraba eran las causas de su tristeza. Le permití continuar. Cuando hubo terminado, dijo afectuosamente, en gran contraste con su manera y aspecto rígidos habituales: “Me doy cuenta de que usted me dejó estar después de la hora. Hoy lo necesitaba. Estoy muy agradecida, y puedo aceptarlo de usted. Quizás esto es progreso”. En entrevistas subsiguientes, la muchacha expuso libremente las razones de su infelicidad, refiriéndose repetidamente a la prolongada entrevista y a su benéfica influencia sobre su relación con la psicoanalista y sobre su capacidad de colaborar en nuestra común empresa terapéutica.

Una objeción a las entrevistas especiales, prolongadas, es que los psicóticos, que en parte han sufrido las consecuencias de experiencias frustrantes y deformantes de toda una vida, son extraordinariamente

sensibles a la decepción, y una entrevista que dure varias horas puede preparar el terreno para una penosa desilusión, a menos que el psicoanalista tome todas las precauciones posibles para hacerle entender al paciente que esa no puede ser la norma regular de su relación terapéutica.

Hace algunos años, vi a un joven catatónico, atendiendo a su urgente pedido, durante prolongadas entrevistas por las noches, en tiempos de una suspensión de mis actividades docentes. Cuando se reanudaron las clases, tuve que cambiar el horario de los encuentros con el catatónico, pasándolos a más breves entrevistas diurnas. Desdichadamente, yo no había logrado dejar suficientemente en claro para el joven, el carácter temporario de nuestras entrevistas nocturnas; por consiguiente, él agregó esta decepción a algunas quejas menores anteriores, eventualmente las desahogó todas, e interrumpió la colaboración terapéutica. Hay suficientes pruebas, en la historia del tratamiento del paciente, para pensar que este infortunado incidente tuvo suprema importancia entre las causas del fracaso terapéutico final.

Permanecer alerta, espontáneo, y a la vez cauto, durante muchas horas continuamente, con una persona rígida y poco comunicativa, es una experiencia en extremo fatigosa. El psiquiatra no debe evitar la fatiga en el cumplimiento de sus deberes profesionales, pero debe poder mantenerse libre de resentimiento hacia el paciente, y debe aprender a evitar expectativas o demandas indebidas respecto a sus resultados terapéuticos. Debe poseer una conciencia no masoquista de los límites de su resistencia, y no tiene que traspasar ese margen; de otra manera, lo que parece ser un esfuerzo terapéutico desusadamente devoto, no ocasionará otra cosa que penalidades al paciente y al terapeuta.

VI.-

La oportunidad de aplicar la psicoterapia a psicóticos hospitalizados es un tema de discusión. Algunos psicoanalistas abogan por no ver a los psicóticos en entrevistas psicoanalíticas mientras ellos están perturbados. No estoy de acuerdo con este punto de vista. Mientras el paciente está gravemente trastornado, necesita pruebas de la disposición del psiquiatra a ser terapéuticamente útil, tanto, si no más, que en otras ocasiones; además, las entrevistas en estos episodios no constituyen una pérdida de tiempo y de esfuerzos, aunque se diga poca cosa y no se elabore nada. El hecho de que el psicoanalista haya observado los episodios de perturbación del paciente sin mostrar ningún signo de desaprobación o rechazo, facilita grandemente las referencias a ellos y su uso psicoanalítico en las entrevistas siguientes (46).

Si un paciente se muestra tan activamente agresivo que el psicoanalista se siente amenazado, y su atención es distraída por consideraciones de defensa propia, se debe ver al paciente sujeto. Se puede explicar a la mayoría de los pacientes las razones por las que se los ve mientras están sujetos. Esto es preferible a verlos en presencia de un ayudante, debido a que esto interfiere inevitablemente en la terapéutica psicoanalítica, que es en esencia una experiencia entre dos personas.

Todo paciente psicótico sufre de una grave pérdida de autoestima, no importa cómo la disimula; su baja autoestima está oculta tras una máscara de suficiencia, altanería, aislamiento o megalomanía narcisista; en consecuencia, él necesita apoyo y aceptación. Pero el apoyo indiscriminado tropezará con suspicacia o será tomado como un signo de falta de comprensión. La aceptación y el afecto indiscriminados chocarán con la desconfianza y el temor a la intimidad de muchos psicóticos ¿Cuál es entonces, para el psicoanalista y los demás miembros del personal del hospital, el modo deseable de tratar al psicótico hospitalizado?

La baja autoestima del psicótico y sus auto recriminaciones, así como su aprensión de que sus palabras y acciones pueden producir temor y ansiedad en quienes lo rodean, pueden requerir una rápida tranquilización de parte del terapeuta o los enfermeros. Con frecuencia, sin embargo, éstos pueden sentir la necesidad de hacerlo en su propio interés. Este problema es familiar para todo psicoanalista que trata pacientes externos; pero las reacciones de los psicóticos hospitalizados son frecuentemente más aptas para suscitar una tranquilización indiscriminada, porque inspiran mayor temor, al paciente y al psiquiatra. No importa

cuál sea la motivación, esa tranquilización directa es más acertada con el psicótico que con el neurótico.

Un catatónico solitario se mostró súbitamente ansioso y trastornado luego de que la enfermera le dijera que no se explicaba por qué una persona tan bien intencionada, cordial, y de buen corazón como él tenía que permanecer en aislamiento. Él dijo como explicación: “Dicen que soy una amenaza y que los asusto”. Se demostró que el paciente había percibido la ansiosa incomodidad de la enfermera por su insociabilidad e inaccesibilidad. Comprendió, por lo tanto, que esa invocación de todas sus supuestas buenas cualidades sociales respondía a la necesidad de tranquilizarse ella, tanto como de tranquilizarlo a él, respecto a las peligrosas posibilidades de su aislamiento culturalmente inaceptable.

Palmear en la espalda a un psicótico hace vacilar la confianza de él, si es suspicaz, en la sinceridad del psiquiatra, y aunque el paciente se tranquilice, no se ha logrado mucho psicoterapéuticamente. Esta tranquilización demasiado fácil puede significar que el psiquiatra no entiende la gravedad de la situación del paciente, y puede impedir la investigación y solución psicoanalíticas posteriores.

Por ejemplo, un psicótico puede ser capaz de expresar con palabras sus impulsos asesinos. Si el psicoanalista o los asistentes psiquiátricos se apresuran demasiado en llamar la atención del paciente sobre la gran diferencia que existe entre pensamiento y acción, etc., quizás el psicoanalista no vuelva a escuchar una palabra sobre el temor muy real al homicidio que experimenta el paciente. Pero si alguien dice, en sustancia, “Quisiera que usted me hiciera saber alguna vez qué injusticias sufrió de parte de otras personas para despertar en usted impulsos asesinos”, entonces, con buena suerte, quizás el paciente entregue a la terapia psicoanalítica los acontecimientos relacionados.

Sabiendo que la autoestima menoscabada de los psicóticos está asociada a menudo a no haber sido queridos ni deseados en el pasado, el psicoterapeuta quizá quiera ser útil mostrando una gran estima, amistad e inclusive amor, llegando a descubrir luego que un exceso de cordialidad choca contra la cerrazón y temor tan marcado en los psicóticos a las relaciones íntimas. Si un psicótico es capaz de responder a la cordialidad, ella puede llegar a significar tanto para él, que se vuelve reticente a hablar de sus dificultades por temor a perder la amistad del psiquiatra o del enfermero. Demasiado aprecio por parte del personal psiquiátrico puede ser interpretado como un reconocimiento de la docilidad del paciente más bien que como una aceptación de su personalidad por sí misma. Demasiada amabilidad puede ser concebida como adulación, como una falta de respeto o, peor aún, como una expresión de condescendencia. Cuando se advierte al personal psiquiátrico contra el despliegue de un exceso de cordialidad y afecto, se lo debe advertir también contra el otro extremo. Si se manifiesta demasiado poca aceptación al psicótico, ya antes frustrado, ello será la repetición de una experiencia traumática, “otro rechazo”, como lo expresó un paciente (18). A veces puede ser prudente y deseable tranquilizar al paciente manifestando el respeto que se tiene por él y sus posibilidades de desarrollo, o desagrado por sus fallas, implicando que puede hacer mejor las cosas.

Una joven con hemiplejía del lado derecho, retardo mental y epilepsia traumática desde el nacimiento, vino al hospital a los diecisiete años. Había aprendido a hacer todo tipo de trabajo de aguja con su mano izquierda, con considerable habilidad, y evidentemente estaba acostumbrada a ser elogiada por ello por todas las personas que la veían. La primera vez que la vi haciendo un complejo bordado, lo volví del revés, que no estaba nada prolijo. Comenté que quien tenía su notoria habilidad podía ciertamente mejorar el aspecto del revés. Muchos años después, cuando ella había logrado efectuar un gran progreso, mejorando su vida y sus relaciones personales, bajo una terapéutica psicoanalítica modificada, informó espontáneamente que su éxito se debía a mi observación inicial acerca del bordado. Esto la había convencido que no se la palmeaba en la espalda, simplemente, y le hizo pensar que yo tenía confianza en sus posibilidades de desarrollo y madurez.

El personal psiquiátrico debe recordar hasta qué grado sienten muchos psicóticos que el encomio de sus

realizaciones se hace a expensas de su personalidad.

Un escultor, cuya obra yo quería evaluar por sus aspectos psicológicos y artísticos, pareció muy complacido cuando le dije por primera vez que había viajado a su ciudad natal para ver sus esculturas. Contestó algunas preguntas acerca de su obra, aunque por lo general era muy poco comunicativo. En la siguiente entrevista, este catatónico estaba más perturbado que en los últimos tiempos. Eventualmente, dijo con gran énfasis: “Le advertí ayer que no continuara con esto; pero parece que usted no me escuchó”. Nunca averiguamos si me había hecho una advertencia sin yo escucharlo, o si se trataba meramente de una fantasía. Lo que aprendimos fue que mi estudio psicoanalítico de su arte le había significado que ahora yo estaba interesada solamente en su obra, y no en él.

Un psicoterapeuta inexperto le sugirió a un paciente esquizofrénico que fueran amigos. “¡Oh, no!”, replicó enfáticamente el paciente, “No lo somos; apenas nos conocemos, y, además, usted quiere que yo cambie; de modo que ¿cómo puede decir que es amigo de la persona que soy ahora?”. Se debe ofrecer al psicótico hospitalizado respeto y cordialidad, basados en el conocimiento de que, entre el psicótico, el neurótico y el psicoterapeuta “sano” hay una diferencia de grado solamente, y no de especie. Esto debe extenderse a detalles aparentemente sin importancia, tales como llamar a los pacientes por sus apellidos, con los prefijos apropiados (Sr., Sra...), a menos que ellos deseen ser llamados por sus nombres de pila, o hasta que la duración del trato mutuo con psiquiatras y enfermeros lo ocasione en el curso natural de los hechos.

VII.-

¿Cuál es la actitud de un hospital psicoanalítico respecto a la administración de sedantes químicos? La terapéutica psicoanalítica se propone traer a la conciencia las raíces inconscientes de los problemas de los perturbados mentales. Los sedantes farmacológicos oscurecen la conciencia de lo que sucede durante los episodios de perturbación, y reducen la capacidad del psicótico para elaborarlos y comprenderlos, sea en el momento o después. Si bien alivian estados de tensión aguda, pueden demorar el alivio permanente que trae la recuperación por la introspección psicoanalítica. La hospitalización debe ofrecer a los psicóticos la oportunidad de pasar por sus episodios de perturbación con la menor interferencia restrictiva que sea posible; de aquí se sigue que es deseable un mínimo de calmantes químicos. Sin embargo, hay estados psicóticos de tal gravedad, o estados de seria perturbación de duración tan prolongada, o estados prolongados de tal grado de ansiedad, que sería un error de juicio médico pedirle al paciente que los tolere sin ningún auxilio farmacológico. Lo mismo vale para los estados prolongados de insomnio, no sólo por el aumento de ansiedad que puede resultar de una sucesión de noches sin dormir, sino también por el resultante estado de fatiga (44). El estadio físico de un paciente que sufre una agitación prolongada puede peligrar por un esfuerzo excesivo, a menos que se lo calme temporalmente, y un paciente puede ponerse tan ruidoso que tiene que ser calmado por consideración a los otros pacientes. Cuando sea posible, baños continuos y envolturas húmedas merecen preferencia sobre los sedantes químicos, excepto con pacientes cuya ansiedad aumenta con las medidas restrictivas; por lo demás, la hidroterapia resulta bastante útil si se la administra como medida terapéutica y no punitiva. Algunos pacientes experimentan un gran alivio de la tensión si se les da algo de comer, sea antes de irse a acostar o cuando los amenaza el insomnio en el curso de la noche. Tendría que investigarse la cuestión de en qué medida el efecto sedante de la ingestión de alimentos se debe a su pauta infantil, de procurar protección y seguridad materiales, hasta qué punto la ingestión oral por sí misma transmite una sensación de seguridad, y en qué medida son responsables razones fisiológicas.

Nunca tiene que haber una orden permanente para la aplicación diurna o nocturna de calmantes. Se tiene que revisar y reconsiderar diariamente la necesidad de sedantes de cada paciente, de acuerdo con los informes diurnos y nocturnos de las enfermeras y luego de consultas con los terapeutas administrativos, a veces juntamente con los psicoanalíticos. Sobre la base de estas consultas, los psicóticos que se hallan en

las condiciones mencionadas reciben sedantes de noche o, en casos graves, durante el día. Se debe desterrar del tratamiento terapéutico del hospital psicoanalítico todo intento de calmar rutinariamente a los psicóticos perturbados.

Algunos enfermeros y terapeutas administrativos son partidarios de dar sedantes a los pacientes recién ingresados, para neutralizar los estados de ansiedad que pueden surgir en la primera noche. Creo que se puede y se debe contrarrestar estos estados con la psicoterapia general. Todos los miembros del personal que tienen contacto con el paciente en el primer día, deben proponerse instruirlo sobre la filosofía y los objetivos del hospital; la responsabilidad de los enfermeros, asistentes y médicos; y las funciones del médico que practica la admisión, del terapeuta administrativo y del psicoanalista. Por lo general, el paciente viene al hospital para una psicoterapia intensiva. Se le debe decir, por consiguiente, que hay que completar los exámenes iniciales y que tienen que conocerse mutuamente el paciente y el personal médico antes de que pueda hacerse la elección de su psicoterapeuta.

A los pacientes que luego de su admisión aparentemente no entablan contacto, se les puede transmitir parte de esa información por medio de actitudes y gestos, si no con palabras. Si se efectúa adecuadamente esta instrucción mediante los esfuerzos conjuntos y organizados de los miembros del personal, se puede facilitar grandemente la adaptación del paciente a su permanencia en el hospital, y contrarrestar satisfactoriamente la aparición de estados iniciales de ansiedad.

VIII.-

Los parientes de un psicótico están, por lo común, entre los responsables -aunque con frecuencia no culpables- del comienzo de la perturbación mental; por lo tanto, muchos psiquiatras se inclinan a reducir todo lo posible los contactos de ellos con el paciente y el médico, si bien el paciente hospitalizado necesita las visitas de sus parientes para preservar su prestigio y autoestima. El psiquiatra necesita la ayuda de ellos para obtener información colateral, y tiene que intentar enseñarles el mejor modo de llevarse con el miembro enfermo de la familia.

Al trabajar con psicóticos, los psicoanalistas se percatan de que necesitan la colaboración de los parientes. Hay que tener en cuenta que, a diferencia del paciente, un familiar no tiene oportunidad de establecer una adecuada relación de transferencia con el psiquiatra; en consecuencia, es mucho más difícil para él que para el paciente atender a las sugerencias de aquél; además, los familiares pueden tener buenas razones para sentir desagrado por el psiquiatra o para temerlo, pues se dan cuenta de que el paciente le ha contado las penalidades que le ocasionó su familia. Mientras que al pariente esto le puede caer mal, el psiquiatra, a su vez, debe recordar que el hecho de que aquél haya tenido parte en la iniciación de procesos infortunados en la vida del paciente, no implica necesariamente que sea responsable o culpable de ellos; pueden haberse producido a causa de acciones o actitudes que asumió el familiar por no saber hacer cosa mejor.

El psiquiatra tiene que precaverse de una tendencia a no ver a los parientes de un modo objetivo, sino a través de anteojos oscurecidos por su contratransferencia con el paciente. Es terapéuticamente beneficioso tomar el partido del paciente, por lo menos al comienzo del tratamiento. Especialmente en el caso del psicótico, debe quedar en claro que se lo somete a tratamiento por que él lo quiere, y no porque lo quieran sus parientes. No obstante, no beneficiará al paciente ni ayudará al psiquiatra a entenderse con sus familiares tomar el partido de aquél a expensas de una estimación correcta y desprejuiciada de los datos que el paciente ofrece respecto a sus familiares y a sus relaciones, al posible resentimiento de los parientes respecto al miembro mentalmente enfermo de la familia, y a las ambivalencias acerca de su tratamiento y restablecimiento.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, le demandará al psiquiatra un mínimo esfuerzo establecer una relación constructiva con los familiares, por lo cual puede beneficiarse mucho el paciente. En general, el psiquiatra debe ser capaz de obtener una información colateral fidedigna de los parientes del psicótico, y de hacerles ver la conveniencia de aceptar sugerencias respecto a su actitud hacia el miembro psicótico de la familia. Recientemente hemos logrado influir muy favorablemente en el curso del tratamiento de algunos

pacientes psicóticos enseñando a las madres, a través de entrevistas personales y cartas, cómo cambiar su proceder respecto a los pacientes.

En cuanto a las visitas de parientes y amigos a los psicóticos hospitalizados, los psicoterapeutas se han inclinado, en general, a eliminarlas o restringirlas si parecen perturbar más a los pacientes. Esta práctica me parece indeseable porque fomenta los prejuicios y contribuye a tenebrosas fantasías sobre los hospitales psiquiátricos. Más importante que esto es la reiterada experiencia que tiene todo psicoterapeuta en el hospital con la mayoría de los pacientes: la visita de los familiares puede trastornarlos momentáneamente. Al considerar una visita inminente, pueden pensar seriamente en negarse a ver a sus parientes. Pero cuando el visitante llega, se hace evidente que, después de todo, un gran número de los pacientes han deseado la visita. El sentido de vinculación, la elevación de la autoestima, y el aumento de prestigio a los ojos de otros pacientes, causados por las visitas de familiares y amigos, significan tanto para el psicótico hospitalizado que no se lo debe privar de ellas, aunque en ocasiones los pacientes tienen que pagarlas con un retroceso, aparentemente momentáneo, en su progreso. Los relatos autobiográficos de personas que estuvieron hospitalizadas y que se restablecieron, apuntan en la misma dirección (2, 6, 7).

En el pequeño número de casos en los que las visitas son desaconsejables, sea por la incapacidad de un familiar para tratar adecuadamente al paciente, o porque el paciente se niegue a verlo, el personal alentará a los familiares a visitar el hospital. Los inducimos a ver al superintendente, a los terapeutas administrativo y psicoanalítico y, a veces, al enfermero principal y al enfermero de Sala. De esta manera esperamos contrarrestar los prejuicios y la mala voluntad, y obtener y dar información valiosa en beneficio del paciente.

Por cierto, el papel del familiar es menos importante en las vidas de los pacientes psicoanalíticos externos (quienes tratan de liberarse de los vínculos infantiles con los familiares importantes de su infancia), que, en las vidas de los psicóticos, cuyas dificultades son tan grandes que necesitan hospitalización. Necesariamente siguen dependiendo de otras personas, por lo menos durante la duración de su hospitalización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Anderson Carl.: "Project Work: An Individualized Group Therapy", *Occupational Therapy*, XV (1936), 265.
2. Ex-internado anónimo del Asilo Real de Glasgow para Lunáticos, en *Cartnavel: "Philosophy of Insanity"*. Glasgow, 1860. Reimpresión: N. York, Greenberg Publisher, 1947.
3. Bullard, Dexter M.: "The Application of Psychoanalytic Psychiatry to the Psychoses", *Psychoanalyt. Rev.* XXVI (1939), 526-34.
4. Bullard, Dexter Nf.: "Experiences in the Psychoanalytic Treatment of Psychotics", *Psychoanalyt. Quart.*, IX (1940), 493-504.
5. Bullard, Dexter NI.: "The Organization of Psychoanalytic Procedure in the Hospital", *J. Nerv. Ment. Dis.*, XCI (1940), 697-703.
6. Beers, Clifford: "A Mind That Found Itself". N. York, Longmans, Green E Co., 1917.
7. Boisen, Anton: "The Exploration of the Inner World". Chicago y N. York, Willet, Clark E Co., 1936.
8. Chapman, Ross.: "Psychoanalysis in a Psychiatric Hospital", en *Am. J. Psychiat.*, XCI (1935), 1093-1101.
9. Eissler, Kurt R.: "Limitations to the Psychotherapy of Schizophrenia", *Psychiatry*, VI (1943), 381-91.
10. Erickson, Isabel: "The Nursing Problems in the Psychiatric Hospital", *Hospitals*, XI (1937), 58-62.
11. Erickson, Isabel: "The Psychiatric Nurse", en *Am. J. Nursing*, xxxv (1935), 351-52.
12. Erickson, Isabel: "The Psychiatric Nursing Care of Manic Depressive and Schizophrenic Psychoses", *Trained Nurse and Hosp. Rev.*, XCVIII (1937), 587-92.
13. Freud, Sigmund: "On Psychotherapy". En *Collected Papers*, vol. 1.
14. Freud, Sigmund: "On Narcissism: An Introduction". En *Co - llected Papers*, vol. IV.
15. Frommn-Reichmann, Frieda: "Psychoanalytic Psychotherapy with Psychotics", *Psychiatry*, VI (1943), 277-79.
16. Fromm-Reiehmman, Frieda: "Recent Advances in Psychoanalytic Therapy", *ibid.*, IV (1941), 161-64.

17. Fromm-Reiehmann, Frieda: "Tr a n s f e r e n c e Problems in Schiz o p h r e n i c s", en *Psychoanalyt. Quart.*, VIII (1939), 412-26.
18. Fromm-Reiehmann, Frieda: "A Preliminary Note on the Emotional Significance of Stereotypies in Schizophrenics", *Bull. Forest Sanitarium*, 1 (1942), 17-21.
19. Hemphill, Robert: "The Aims and Practice of Recreational Therapy", *Bull. Menninger Clin.*, 1 (1937), 117-22.
20. Kempf, E. J.: "Psychopathology". St. Louis, C. V. Mosby Co., 1920.
21. Knight, Robert P.: "The Place of Psychoanalytic Therapy in the Mental Hospital". En Glueck y Bernard (ed.), "Current Therapies of Personality Disorders", pp. 59-69. N. York, Grune and Stratton, 1946.
22. Knight, Robert P.: "Psychoanalysis of Hospitalized Patients", *Bull. Menninger Clin.*, 1 (1937), 158-67.
23. Knight, Robert P.: "The Use of Psychoanalytic Principles in the Therapeutic Management of an Acute Psychosis", *ibid.*, IX (1945), 145-54.
24. McKimens, Dorothy: "Psychiatric Nursing: the viewpoint of a Nurse", *Bull. Menninger Clin.*, II (1938), 40-46.
25. Medd, Manan: "Individualized Occupational Therapy", *Occupational Therapy*, XIV (1935), 47-51.
26. Menninger, Karl A.: "Psychoanalytic Psychiatry: Theory and Practice", *Bull. Menninger Clin.*, IV (1940), 105-23.
27. Menninger, William C. "Individualization in the Prescriptions for Nursing Care of the Psychiatric Patient", *JAMA*, CVI (1936), 756-61.
28. Menninger, William C.: "Individualization of Psychiatric Hospital Treatment", en *Wise. M. XXXVII* (1938), 1086-88.
29. Menninger, William C.: "Psychiatric Hospital Therapy Designed to ìfeet Unconscious Needs", *Am. J. Psychiat.*, XCIII (1936), 347-60.
30. Menninger, William C.: "Psychoanalytic Interpretations of Patients Reactions in Occupational Therapy, Recreational Therapy and Physiotherapy", *Bull. Menninger Clin.*, 1 (1937), 148-57.
31. Menninger, William C.: "Psychoanalytic Principles Applied fo the Treatment of Hospitalized Patients", *ibid.*, 1 (1936), 35-43.
32. Menninger, William C.: "Therapeutic Methods in a Psychiatric Hospital", *JAMA*, XCIX (1932), 538-42.
33. Menninger, William C., y McColl, L.: "Recreational Therapy as Applied in a Modern Psychiatric Hospital", *Occupational Therapy*, XVI (1937), 15-24.
34. Morse, R. T., y Noble, T. D.: "Joint Endeavors of Adminiaturative Physician and Psychotherapists", *Psychiat. Quart.*, XVI (1942), 578-85.
35. Noble, Douglas: "Some Factors in the Treatment of Schizophrenia", *Psychiatry*, IV (1941), 25-30.
36. Reider, Norman: "Hospital Care of Patients Undergoing Psychoanalysis", *Bull. Menninger Clin*, 1 (1937), 168-75.
37. Simmel, Ernst: "Die Psychoanalytische Behandlung in der Klinik", *Internat. Ztschr. Psychoanal.*, XIV (1928), 352-70. Traducido en *Internat. J. Psychoanal.*, X (1929), 70-89.
38. Simmel, Ernst: "The Psychoanalytic Sanitarium and the Psychoanalytic Movement", *Bull. Menninger Clin*, 1 (1937), 133-43.
39. Sullivan, Harry Stack: "Environmental Factors in Etiology and Course under Treatment of Schizoplirenia", *M. J. and Rec*, CXXXIII (1931), 19-22.
40. Sullivan, Harry Stack: "Affective Experience in Early Schizophrenia", *Am. M. Psychiat.*, VI (1927), 468-83.
41. Sullivan, Harry Stack: "A Note on Formulating the Relationship of the Individual and the Group", *Am. J. Sociol.*, XLIV (1939), 932-37.

42. Sullivan, Harry Stack: "Psychiatric Training as a Pre requisite fo Psychoanalytic Practice", Am. J. Psychiat., XCI (1935), 1117-26.
43. Sullivan, Harry Stack: "Socio-psychiatric Research: Its Implications for the Schizophrenia Problem and for Mental Hygiene", *ibid.*, X (1931), 977-91.
44. Sullivan, Harry Stack: "Conceptions of Modern Psychiatry", Psychiatry, III (1940), 1-117.
45. Tidd, Charles W.: "An Examination of the Recovery Process in Three Cases of Schizophrenia", Bull. Menninger Clin., 1 (1936), 53-54.
46. Weininger, Benjamin I.: "Psychotherapy during Convalescence from Psychosis". Psychiatry. 1 (1938), 257-04.
47. White, William Alanson: "Outlines of Psychiatry". N. York, Nervous and Mental Disease., 1935.
48. Zilboorg, Gregory: "Affective Reintegration in the Schizophrenias", Arch. Neurol. and Psychiat., XXIV (1930), 335-47. Z i l b o

Publicado en: Psychoanalytic Quarterly, vol. XVI, N° 3, julio, 1947 Frieda Fromm Reichmann 1889-1957. VERTEX Rev. Arg. de Psiquiat. 2006, Vol. XVII: 295-308

<http://polemos.com.ar/docs/vertex/vertex68.pdf#page=56>org, Gregory: "Ambulatory Schizophrenias", Psychiatry, IV (1941), 149-55.

Volver News-2 ALSF

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.