

GT 1: EL SUBJECTE I LA SEVA CONSTRUCCIÓ

“LA RE-CONSTRUCCIÓ DEL SUBJECTE EN LA RELACIÓ ASSISTENCIAL: NOTES SOBRE UN MODEL D’INTERVENCIÓ EN EL TREBALL HOSPITALARI”

LLUÍS FARRÉ I ROSA CASTELLÀ

RESUM

Els moviments orientats al desenvolupament d’una pràctica mèdica racional, paradoxalment han guiat l’esforç d’objectivitzar la praxi a un progressiu afebliment del subjecte, tal pel què fa al subjecte-pacient que busca cura com al/s subjectes-agents-del-procés-assistencial.

Tot i què podria ser exagerat atribuir aquesta de-construcció del subjecte a formes defensives destinades a aturar l’impacte de les ansietats emergents en el recorregut de la cura, no tenim dubtes del paper que hi juguen en el sí d’una trama complexa de fenòmens.

El nostre treball intenta limitar-se a la relació terapèutica hospitalària en la que interactuen subjectivitats que poden orientar-se tant a la mútua reconstrucció i evolució com a la pèrdua de “matèria subjectivant”. L’objectiu què ens guia és la descripció d’un sistema d’intervenció amb els equips sanitaris que intenta afeblir la fragmentació front l’impacte de les ansietats que desvetlla el tractament de la malaltia en els malalts atesos a l’hospital

L’experiència en treball hospitalari ens porta a un model en el què fent servir la sessió clínica hospitalària com a motiu de trobada i eix de reflexió, podem estudiar la dinàmica grupal, els moviments d’ansietats i defenses i, amb el foment de l’observació i l’anàlisi dels materials presentats, orientar l’organització del grup a una genuïna relació de treball. Dit d’una altra forma, el desenvolupament del pensament psicoterapèutic en la institució assistencial a través de la restitució de la capacitat subjectivant en els protagonistes del procés de cura. Les conclusions apunten a la possibilitat d’utilització sistemàtica del model en unitats assistencials similars.

INTRODUCCIÓ

Els moviments orientats al desenvolupament d’una pràctica mèdica racional paradoxalment han guiat l’esforç d’objectivitzar la praxi a un progressiu afebliment del subjecte, tant pel què fa al subjecte-pacient que busca cura com al/s subjectes-agents-del-procés-assistencial.

Podria ser exagerat atribuir aquesta de-construcció del subjecte a formes defensives destinades a aturar l’impacte de les ansietats emergents en el recorregut de la cura; això no obstant, no tenim dubtes del paper que hi juguen en el sí d’una trama complexa de fenòmens, també d’ordre científic, econòmic, polític, etc..

El nostre treball intenta limitar-se a la relació terapèutica hospitalària en la que interactuen subjectivitats que poden orientar-se tant a la mútua reconstrucció i evolució com a la pèrdua de “matèria subjectivant”. L’objectiu que ens guia és

la descripció d'un sistema d'intervenció amb els equips sanitaris que intenta afeblir la fragmentació front l'impacte de les ansietats que desvetlla el tractament de la malaltia.

L'experiència ens porta a un model en el què fent servir la sessió clínica hospitalària com a motiu de trobada i eix de reflexió, podem estudiar la dinàmica grupal, els moviments d'ansietats i defenses i, estimulant l'observació i l'anàlisi dels materials presentats, orientar l'organització del grup a una relació de treball; dit d'una altra forma, el desenvolupament del pensament psicoterapèutic en la institució assistencial a través de la restitució de la capacitat subjectivant en els protagonistes del procés de cura.

Les sessions de treball permeten avaluar tant la dinàmica i evolució com els avantatges d'un model que aprofita els recursos d'observació psicoanalítica i voreja entrar en la teràpia de grup, del tot impensable en el context assistencial d'un centre hospitalari. Les conclusions apunten a la possibilitat d'utilització sistemàtica del model en organitzacions similars.

PRIMERES CONSIDERACIONS

En diferents ocasions (Farré, 1990, 1998, 2001, 2002a, 2002b; Farré, Castellà i altres, 2003) hem insistit en les dificultats observades en els equips assistencials per al maneig eficient del patiment mental dels malalts ingressats a l'hospital general; la tensió i el desequilibri entre les capacitats d'ordre tècnic per al maneig químic o quirúrgic del trastorn que ha exigint la hospitalització i les requerides per l'el.laboració l'experiència emocional, es fa especialment extrema amb de malalts joves, nens i adolescents, i amb malalts terminals o amb una esperança de vida molt limitada.

És ben conegut que la malaltia remet a l'experiència de finitud. Les ansietats emergents desafien al malalt enfrontant-lo al conflicte fundacional del viure en el món: la temporalitat d'aquell ser per a la mort, com el definí Heidegger. Quan no pot resoldre-les se sent impel·lit a buscar lloc d'alleujament o d'evacuació. És llavors quan els equips assistencials se senten urgits a realitzar una tasca de la què el pacient és incapaç. I és molt suposar que del desenvolupament teòric-tècnic i instrumental dels sanitaris pugui deduir-se capacitat per tolerar i bregar amb el patiment mental propi i aliè... En realitat, tant a nivell individual com grupal la coincidència entre ambdós desenvolupaments és infreqüent.

Quan des d'un lloc i l'altre del conflicte —des del pacient/família o des dels sanitaris— no es troba acollida, comprensió i tractament del dolor mental —també dolor fruit de la ignorància—, es reproduïx el model que portà al pacient fins al metge: buscar un altre on pugui ser dipositat i, si és possible, ignorat. El psicòleg que treballa a l'hospital general es veurà aleshores sol·licitat a donar resposta a les demandes de suport emocional del malalt amb la fi d'alliberar els equips d'una càrrega que els apropa a la impotència. És així que la cadena de delegacions s'estén i ramifica: el dolor que no trobà ment que l'acollís busca seu en un cos que pateix, o be busca ser lliurat a un equip per tal què "operi" sobre ell, equip què, davant la incapacitat de lectura en allò simptomàtic busca seu d'acollida en el lloc suposadament expert, el del

treballador de la salut mental. En ell es reproduïx l'encontre amb un altre per tal que "tregui allò que fa mal"; rarament, y en el millor dels casos, es buscarà l'oportunitat del diàleg i la producció de pensament capaç de contenir una explicació per allò que ha esdevingut indigerible.

SUPÒSIT I REALITAT EN L'ORGANITZACIÓ HOSPITALÀRIA

En realitat, les institucions y els seus equips assistencials rarament gaudeixen d'una estructura continent adequada. Quan les demandes del pacient i/o de la família suposen l'evacuació massiva de patiment, amenaçant als equips assistencials amb una desestructuració similar a la que pateixen els dipositants, les ansietats emergents estimulen al grup a buscar un sistema que permeti evitar-les, i impedir la seva reaparició. D' aquesta manera, en l'encreuament de les possibilitats continents que ofereix l'estructura del pacient i la família, l'equip assistencial i la institució hospitalària, es va definint l'intercanvi emocional possible i, també, sistemes d'incomunicació a través d'una llei interna, explicitada a través de normes i models relacionals institucionalitzats, que actuarien sota l'imperatiu de regular el sofriment establint límits del que és i no és tolerable. L'organització busca protegir-se: quan més amenaçada se sent més elemental és el sistema, més simple la llei: mecanitzar les relacions, eludir el contacte emocional, substituir el pensament per la norma i l'obediència institucionalitzada a través d'un rígid sistema de jerarquització de les funcions... Un dels sistemes d'implantació més recent el procura el document del "Consentiment informat", pervertit el seu sentit original al servei de la protecció institucional davant el pacient i/o la família.

Recordem, ni que sigui molt succintament, que Bion (1961) postulà que els grups humans tendeixen a buscar formes organitzatives específiques per fer front a l'ansietat, destacant dues conformacions característiques, l'organització de supòsit bàsic i la de grup de treball. En la primera —de supòsit bàsic— el grup s'adhereix o a la creença inconscient de que algú de qui se'n pot dependre total i passivament donarà resposta adequada als conflictes presents; o a la de que tots els mals provenen de l'exterior del grup, essent aleshores necessari fugir d'ells o eliminar d'alguna forma a qui els produeixen; o que alguna cosa esdevindrà o arribarà al grup amb la resposta adequada a l'alleujament i/o resolució de la ignorància i el dolor grupals. Aquests tipus de respostes són quelcom de natural, que no requereix de cap entrenament, experiència ni maduresa mental. És un fenomen que s'activa de forma instantània, inevitable i instintivament (Bion, 1961, p. 124).

Quan utilitzem tals conceptes per a l'anàlisi de l'experiència quotidiana de l'hospital, fàcilment podem reconèixer-los en la delegació de las dificultats emocionals dels pacients en experts suposadament homologats — professionals de l'atenció a la salut mental—, el distanciament del malalt i els seus sentiments buscant refugi en la relació estrictament tècnica, i l'atribució a les deficiències estructurals de l'assistència —si es busquen sempre n'hi ha, naturalment— i a la seva futura resolució les possibilitats d'un tractament més adequat, etc.

En la segona modalitat organitzativa grupal —grup de treball— és mobilitzen tots els recursos adults dels seus membres, i bo i assumint el dolor de la ignorància, el dubte i la impossibilitat de recórrer a procediments irracionals per a resoldre les dificultats presents, s'estableix el compromís en la investigació sota l'imperatiu de la raó, la solidaritat i la responsabilitat; el grup intenta la promoció del pensament, la capacitat per a emetre judicis i la possibilitat de prendre decisions.

La transició d'una modalitat de funcionament a l'altra no és fàcil. Bion (1961) emfasitza el caràcter inestable del grup de treball. No obstant, cap obstinació mereix major suport que intentar reduir aquesta inestabilitat al mínim. En aquest sentit fem una aposta a favor de la nostra experiència.

UN MODEL PER A LA TRANSICIÓ

El treballador de la salut mental en l'hospital general pot veure's aspirat per la dinàmica assistencial que caracteritza l'organització de supòsit bàsic. Nosaltres pensem que el seu treball hauria d'orientar-se a reconduir els equips terapèutics cap a una modalitat operativa de grup de treball més que a intentar atendre a les demandes sense fi de suport directe tant dels malalts ingressats com dels seus familiars. Denominarem aquest objectiu "*foment del pensament psicoterapèutic en la tasca assistencial institucional*". Aquest concepte queda recollit en el document *La psicoteràpia en la xarxa pública de Salut Mental*, elaborat per una comissió d'experts i lliurat al Servei Català de la Salut la primavera del 2004.

No és fàcil trobar un model d'actuació interdisciplinari orientat a tal assoliment, de manera que explicarem el nostre. El model pren com eix vertebrador la reunió de discussió de casos —sessió clínica— tan característic de la tradició mèdica hospitalària. En aquestes sessions, metges, equip d'infermeria i psicoterapeutes són convidats a parlar de la seva relació amb el pacient de la mateixa manera que donen altres dades a propòsit d'exploracions i maniobres diagnòstiques i terapèutiques realitzades. S'emfasitzen les dificultats per a satisfer les demandes emocionals de malalts i familiars i també per a atendre adequadament les experimentades per l'equip assistencial. La discussió relativa als pacients permet avaluar els moviments emocionals del grup, fomentar la contenció del seu malestar, estimular la capacitat per a l'observació de les dificultats dels malalts i les pròpies, i desenvolupar el potencial psicoterapèutic de l'equip en ambdues direccions.

La nostra experiència amb aquest model revela que el desenvolupament de la capacitat d'observació, anàlisi i potencial psicoterapèutic del grup —al que abans denominarem *pensament psicoterapèutic*— millora l'assistència institucional i redueix la intervenció directa dels psicoterapeutes a casos amb greus descompensacions emocionals que demanen una dedicació més especialitzada. Amb aquest canvi es corregeix la dissociació entre tractament somàtic i tractament emocional del pacient, alhora que pot ser reconstruïda la figura dels clínics, enriquint-la més enllà de la pura condició de "tècnics" que tracten amb aparells i sistemes.

Aquest procés de “correcció” de la dinàmica grupal no és senzill. Travessa moments d'infundades expectatives sigui en la funció d'oracle atribuïda als psicoterapeutes o en la de receptors aptes per a qualsevol tipus d'evacuació de malestar. La transferència preformada (Meltzer, 1967, 1986) es manté amb obstinació durant un llarg període, fins que no s'instal·la la dependència de la tasca grupal com una llar per a l'aprenentatge i el desenvolupament. En aquest trànsit les queixes, el ressentiment i la denegació de la responsabilitat tindran la seva peculiar forma d'expressió. Lentament, molt lentament, sorgeix l'interès per la peculiar manera de funcionament que es produeix des de l'escolta i l'anàlisi.

A MODE DE CONCLUSIÓ

El model que presentem ens sembla útil per a l'assoliment d'una atenció al malalt i a la seva família a l'hospital general tan integrada i integradora com sigui possible. D'altra banda, constitueix una experiència que ens permet reflexionar sobre la distància òptima per a poder treballar amb els equips assistencials a les institucions. Pensem que el model dóna oportunitat a què les ansietats emergents siguin tolerades, i permet apropar-se al sofriment dels pacients i dels equips neutralitzant la tendència al refugi antipensament de l'organització de supòsit bàsic. Pensem que més enllà de promoure el pensament psicoterapèutic, desplegant així tot el potencial de contenció de l'organització assistencial, optimitza els recursos humans en evitar la multiplicació de les intervencions de diferents professionals i l'efecte “passar la patata calenta”.

Més que guarir o compensar deficiències, el model sosté l'organització de grup de treball: és el “*setting*” que permet la seva evolució i la capacitat de tolerar el dolor. Promou una millor articulació dels recursos biopsicosocials en la mesura que els factors somàtics i psicològics, les capacitats i recursos tecnològics i el saber fer en el maneig de les emocions queden més harmoniosament integrats; redueix la possibilitat de iatrogènia, fent més difícil que el comportament altament pertorbat d'alguns pacients, grups familiars i fins i tot institucions porti els equips assistencials a actuacions errònies, supèrflues i irracionals.

La nostra experiència suggereix que aquesta tasca de suport als equips assistencials ha de ser continuada, amb disciplina i fidelitat al seu manteniment. És dubtós que els efectes puguin mantenir-se sense la continuïtat del grup, més encara en els temps que vivim, caracteritzats per la progressiva tecnificació i sofisticació d'una pràctica assistencial que s'orienta a interferir el contacte emocional entre els protagonistes del procés sanitari.

REFERÈNCIES

Bion, W. (1961): *Experiències en grups*. Barcelona: Paidós, 1980.

Farré, Ll. (1990): Dinàmica emocional en l'assistència terapèutica al malalt neoplàsic. Anàlisi de les ansietats i recursos defensius mitjançant l'observació directa i indirecta”. Tesi doctoral, Universitat de Barcelona.

- (1998): Problemas psicológicos en diálisis. *5ª Jornada sobre diálisis, trasplante y generación de órganos*. Barcelona: Fundació Puigvert.
- (2001): Intervenció des del model psicoanalític en un hospital general. *Curs de formació teòrica per a PEF i MEF*. Institut d'Estudis de la Salut.
- (2002a): La relació multidisciplinària metge-psicòleg en l'assistència. *Curs de formació teòrica per a PEF i MEF*. Institut d'Estudis de la Salut.
- (2002b): Des de la psicoteràpia psicoanalítica a les intervencions en la pràctica assistencial a la Institució Pública. *Conferència a l'ACPP*. Barcelona
- Farré, Ll; Castellà, R. i altres(2003): Fragmentació i foment del grup de treball en la pràctica assistencial hospitalària. *Segon Congrés Europeu de Teràpia psicoanalítica de Grups*. Barcelona.
- Kaës, R.: *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales. Elementos de la práctica psicoanalítica en institución*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- Kernberg, O.: *Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones*. Barcelona: Paidós, 1999.
- Meltzer, D. (1967): *The Psycho-analytical Process*. London: Heinemann
- Meltzer, D. (1986): The psycho-analytical process: twenty years on, the setting of the analytical encounter and the gathering of the transference. En: *Sincerity and Other Works. Collected Papers of Donald Meltzer*, editado por A. Hahn. London: Karnac, 1994.
- Menzies, I.E.P i Jaques, E.: *Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad*. Buenos Aires: Hormé, 1980.
- Menzies Lyth, I.: *Containing anxiety in institutions. Selected essays*. London: Free Association Books, 1988.
- Menzies Lyth, I.: *The dynamics of the social. Selected essays*. London: Free Association Books, 1989.