

ALGUNAS OBSERVACIONES A PROPOSITO DE ETICA PSICOTERAPEUTICA EN LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS PUBLICOS

Paolo Boccara

Psiquiatra. Dipartimento di Salute Mentale USL 3, Roma.

The author considers some peculiar aspects of public psychiatric facilities in dealing with seriously ill patients. The psychotherapeutical duties of the staff cannot be limited to structured psychotherapeutical activity. The ethical aim of achieving the well-being of the patients must be related to the one of preserving the psychological well-being of the therapists.

“...no son solamente nuestros altos anhelos lo que nos hace ser unas criaturas conmovedoras sino más bien nuestros bajos deseos”.

(Philip Roth, 1979)

INTRODUCCION

A lo largo de los trece años de trabajo en los servicios psiquiátricos públicos, he dedicado buena parte del tiempo libre de actividad clínica a confrontar mis “altos anhelos” con los de mis interlocutores, tanto si eran reales como imaginarios.

Las ideologías iniciales, llenas de prejuicios fueron substituyéndose poco a poco por las más prometedoras metas terapéuticas, enriquecidas con el tiempo por las consideraciones de orden práctico que nacían de una experiencia clínica vivida y a veces sufrida.

Los encuentros con los pacientes más graves en los pabellones de Hospital Psiquiátrico, en los pasillos del Servicio de Diagnóstico y Tratamiento y en las salas del Centro de Salud Mental, me han aproximado a sus deseos más antiguos y a sus necesidades más actuales, experimentando la intensidad y la profusión de sus sentimientos.

El eco de aquellos diálogos resonaba también dentro de las paredes protectoras

de mi estudio y, mezclado de largas narraciones psicoanalíticas, se infiltraba prepotentemente en las encarnizadas discusiones con mis supervisores.

Sólo desde hace algunos años al lado del desconcierto y del temor ha surgido la curiosidad sobre el sentido de algunas actitudes mías de rechazo, de algunos pensamientos de “retiradas estratégicas” y de otras extrañas vivencias que, aunque formando parte de una experiencia común “a muchas relaciones terapéuticas”, no se integraban bien al inicio con mi deseo explícito de ayudar, contener, comprender las angustias de los pacientes más graves.

Los deseos de sentirse constantemente apoyado, los miedos respecto al sentimiento de impotencia, las fugas imaginarias o llevadas a cabo ante casos difíciles, las exaltaciones ante los fugaces resultados positivos y la rabia contenida a duras penas ante los colegas más próximos, se convirtieron en los ejemplos concretos de las “pocas ganas” que continuamente animaban el difícil oficio que había elegido.

Con el tiempo descubrí también que podía reconciliarme con estos aspectos aparentemente inaceptables e incompatibles de mi profesión, consiguiendo aproximarme con menos miedo a aquella parte de mí mismo y de los demás que, en los primeros años, quería solamente “extirpar” sin comprender.

LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS PUBLICOS

La reflexión sobre la ética psicoterapéutica en los servicios públicos, además de estar relacionada con algunos principios deontológicos más generales, se relaciona también en la práctica con algunas consideraciones sobre las características de los contextos de trabajo, sobre la naturaleza de las problemáticas que presentan los pacientes, sobre el sentido de las demandas y de las posibles respuestas que se pueden dar a las principales necesidades expresadas. El conjunto concreto de normas, de preceptos, de exhortaciones que podrían componer una especie de “moral de la actividad psicoterapéutica pública” se enriquece, en consecuencia, con la continua confrontación con la experiencia clínica cotidiana.

Los servicios psiquiátricos territoriales, nacidos básicamente como desafío a la custodia tradicional, ejercida sobre la enfermedad mental, después de haberse ocupado en los años posteriores a la reforma, de los efectos de la institucionalización prolongada, han tenido que enfrentarse con el arduo trabajo de desarrollar soluciones terapéuticas para los casos de psicopatología grave.

El Departamento de la Salud Mental en su conjunto no tendría entonces que ser considerado como una suma de diversas profesiones, encaminadas a dar respuestas individuales, sino más bien como una estructura interprofesional y interespecializada que produce programas de intervención correlacionados con la labor general que debe cumplir a nivel institucional.

El tratamiento de las patologías graves, aunque no es exclusiva competencia de las instituciones públicas y hallándose actualmente junto también a la cura de

situaciones menos difíciles, tiene en sí determinadas características que hacen que los servicios territoriales sean particularmente aptos para tal objetivo.

TRATAMIENTO, TERAPIA Y PSICOTERAPIA EN LAS PATOLOGIAS GRAVES

La dificultad de hacerse cargo de un paciente grave, la particularidad de su sintomatología, la previsible larga duración del tratamiento, la posibilidad de realizar al mismo tiempo varios programas para el mismo paciente y de desarrollar un contacto más amplio con su entorno vital a través de diferentes figuras profesionales, han orientado las demandas de ayuda sobre todo hacia el servicio público.

Además, la necesidad de hacerse cargo de estos casos graves sin poder operar una selección explícita de los usuarios, la prescripción sentida por parte de los profesionales de tener que intervenir “sea como sea”, las condiciones concretas del trabajo mismo no óptimas, la constante proximidad a situaciones psicopatológicas al límite de la existencia humana, la relación con colegas no elegidos y a veces sufridos en su diversidad, se han convertido en elementos que han hecho a veces “bajar la guardia” respecto a un decoroso nivel científico y ético del trabajador institucional.

Disponibilidad, recursos, competencias tienen que ser atentamente valoradas en función de la tarea prefijada y no pueden darse por supuestas por el solo hecho de que “de todos modos” hay que hacer siempre algo.

Un análisis atento de las necesidades presentes en la demanda de ayuda y un serio procedimiento diagnóstico permiten hacer emerger las exigencias deformadas y ocultas de la psicosis y valorar la oferta de ayuda con las posibilidades de acogida por parte del paciente. Frente a la variedad de demandas de contención, de delegación total, de tratamiento farmacológico, de simple asistencia o de un tratamiento terapéutico más estructurado es necesario antes que nada distinguir los diferentes niveles de respuestas posibles.

Se puede articular progresivamente una distinción entre la oportunidad y, a veces, la necesidad de un tratamiento, la propuesta de una relación terapéutica interpersonal y la utilización de diferentes instrumentos terapéuticos disponibles (entre los cuales la psicoterapia).

Tratamiento, terapia y psicoterapia pueden, de este modo, convertirse en las diferentes etapas de un único recorrido, no caracterizado, desde luego, de rígidas certidumbres teóricas o modelos preestablecidos, sino de un recorrido del terapeuta dirección al paciente para llegar a un encuentro que exprese “la fatiga del camino” de ambos interlocutores.

Al hacer frente a las patologías graves resulta, además, importante tomar en consideración todas las condiciones de vida que pueden favorecer y hacer eficaz la terapia (y la psicoterapia) y que no siempre se identifican con la misma terapia.

Aquellas condiciones que pueden dar al paciente una mayor contractualidad, una dignidad más significativa a su existencia cotidiana, evitar una marcada regresión debida al aislamiento, un apoyo social válido. Circunstancias de vida que es necesario valorar paralelamente a las dificultades más intrínsecas de la situación psicopatológica, como por ejemplo la escasa motivación ante el tratamiento, el fuerte miedo por el cambio, las continuas y significativas interferencias de los familiares.

Circunstancias, todas, que en su conjunto hacen difícil el inicio y la prosecución de una terapia (o de una psicoterapia) y que, a veces, imponen una redefinición o un posponer continuo de los objetivos del tratamiento y de los interlocutores privilegiados del proceso terapéutico.

Como afirmaba K. Jaspers (1991) en relación al médico y al tratamiento, podríamos decir que también la tarea de la psicoterapia es “descubrir y reconocer el sentido y el significado del transtorno del paciente para reconducirlo después a un espacio de mayor libertad”. Pero si por psicoterapia entendemos “un proceso interpersonal, consciente, planificado, encaminado a influir sobre los transtornos del comportamiento y sobre las situaciones de sufrimiento, con medios psicológicos, normalmente verbales, pero también no verbales, en vistas a un objetivo elaborado conjuntamente” (Galimberti, 1992), resulta evidente que en las situaciones graves muchas de las competencias terapéuticas de los profesionales se agotan antes del inicio de una psicoterapia.

Pero, a veces, son precisamente estas competencias lo que hace posible un trabajo posterior más estructurado y lo que mantiene en pie las condiciones que favorecen un setting más definido.

ALGUNOS PRINCIPIOS ETICOS

He aquí entonces que el primer principio ético de un psicoterapeuta que trabaja en un ámbito institucional es no considerar resuelta su propia función cuando se hace una derivación a un tratamiento psicoterapéutico, sino, al contrario, utilizar su formación específica para realizar tareas de acogida de las demandas, valoración de los problemas y elección de las respuestas progresivamente más oportunas.

Debido a la imposibilidad de definir en un inicio un contrato claro y de establecer una alianza terapéutica, a menudo las fases iniciales del tratamiento se convierten, por ejemplo, en ocasiones en las cuales se privilegian las acciones de contención, hospitalización, un importante uso de psicofármacos, que hacen problemático el acceso inmediato a lo “psíquico”.

Estas mismas medidas, en caso de que resulten necesarias y inderrogables pueden, en cambio, llevarse a cabo sin saturar el espacio del pensamiento, de una posible relación, de un encuentro con potencialidades evolutivas y consiguen ser utilizadas precisamente por aquellos profesionales que, utilizando “éticamente” su formación psicoterapéutica, son capaces de articular las prescripciones con algunas

condiciones favorecedoras de una mayor libertad del paciente.

Frente a pacientes, cuya gravedad se expresa en una fuerte disgregación, con un miedo a existir y, por tanto, a colaborar, tendremos que empezar a considerar que su “no colaboración” es “el único nivel en el cual encontrar (reconocer) al paciente, mientras la colaboración continúa siendo el motivo de encuentro, básicamente el proyecto, quizás verdadero fin de la terapia” (Riefolo y Sciacera, 1994).

Entonces surge otro principio ético: valorar atentamente la oportunidad de iniciar cuanto antes una verdadera y propia psicoterapia, de elegir los tiempos y las modalidades de una propuesta de este tipo, de tener debidamente en cuenta las características y los recursos reales del servicio, intentando no sobrevalorar los recursos institucionales y del paciente para perseguir metas terapéuticas más teóricas que concretas.

En un servicio que tiende institucionalmente a “actuar siempre en cualquier caso” resulta fundamental dar un espacio al pensamiento, a la formulación de preguntas abiertas sobre el actuar propio y ajeno para no quedar atrapados por la fuerza desintegradora de la locura y de las rígidas normas institucionales.

A menudo durante el proceso psicoterapéutico iniciado puede ser necesario aplicar otros tipos de intervenciones terapéuticas, sin por eso incurrir en una mera sobreposición que priva al proyecto de un objetivo común.

Por lo tanto, se convierten en requisitos éticos necesarios la competencia científica profesional, el conocimiento profundo del contexto en el cual se opera, la capacidad de derivar las respuestas teniendo en cuenta las demandas y las potencialidades reales (también a largo término) presentes en el servicio y finalmente un respeto y un sentido de protección de la integridad y del bienestar de los usuarios.

LOS ESTADOS MENTALES DEL TERAPEUTA

Todas estas condiciones son necesarias, pero no siempre son suficientes. Desde los primeros encuentros con una situación psicótica o al límite de la psicosis y en el tratamiento posterior, la misma competencia terapéutica tendría que poder ejercer una vigilancia sobre el significado de las vivencias internas de los terapeutas, de sus palabras y de los hechos que se derivan de ellas.

Ocuparse de las emociones o sentimientos del terapeuta y de su experiencia interior resulta fundamental cuando se trabaja con los estados primitivos de la mente humana, porque la disponibilidad de acoger y de dejar fluir en la mente las identificaciones proyectivas del paciente no es nunca indiferente al resultado obtenido.

¿Cuántas veces hemos sido inducidos, incluso con un sentimiento de fracaso y de frustración, a reaccionar con una lógica de internamiento ante la violencia de nuestros pacientes, creando a su vez una negación de lo “psíquico” y una consiguiente pérdida de la subjetividad, de la comprensión y del valor de la comunicación?.

¿En cuántas ocasiones nos hemos dado cuenta sólo *a posteriori* de haber sido llevados por una actitud nuestra seductora mal resuelta a coludir con demandas patológicas de algunos familiares de los pacientes o de los mismos pacientes, a la búsqueda ni siquiera demasiado inconsciente, de crear una efímera alianza terapéutica?

¿Y cuán a menudo nos ha sucedido entender después de mucho tiempo que una determinada actitud, técnicamente inaceptable, se había convertido de forma imprevista en ocasión de interrupción de la relación con el paciente en cuanto escondía un rechazo de fondo a afrontar adecuadamente una situación que nosotros juzgábamos como demasiado grave?

Y finalmente ¿no nos ha sucedido a veces que nos hemos alejado de circunstancias difíciles con una mezcla de miedo, vergüenza e incluso de rechazo hasta el punto de tener que, a menudo, justificar nuestra actitud con diagnósticos de incurabilidad y de cronicidad intratable sobre el plano psicoterapéutico?. Emociones hostiles hacia el paciente, fantasías agresivas, ideas de omnipotencia terapéutica, pensamientos y comportamientos relacionados con deseos infantiles o conflictos irresueltos propios que, incluso para los psicoterapeutas expertos y preparados, pueden considerarse como antiterapéuticos y resultar completamente inadecuados de cara a promover el bienestar de los pacientes.

LOS PRINCIPIOS ETICOS “BILATERALES”

Juzgar estas y otras actitudes “sintomáticas” de los terapeutas sólo como manifestaciones de incompetencia, de no profesionalidad y, quizás, de inmoralidad que hay que resolver con un fuerte retorno a la ética, no sirve para nada y sobretodo impide captar el significado profundo y la necesidad de una continua labor benefactora.

Muchas de estas “actuaciones” nacen de la imposibilidad por parte del terapeuta de dar un espacio adecuado a las vivencias que experimenta en la relación con el paciente, que pueden, sin embargo, ser comunicadas, comprendidas e interiorizadas, impidiendo así su “expulsión” a través de la acción.

Trabajar sobre características del “contenedor” además de sobre “lo que se debería contener”, se convierte en consecuencia en un importante nivel operativo, dado que las transformaciones psíquicas a menudo se inician primero en la mente del terapeuta para después llegar al paciente a través de la relación (Ferro, 1993).

Intentemos recuperar por un momento los deseos de tranquilidad, de protección, de alejamiento de los problemas y de los peligros de una “no supervivencia psíquica” y estos mismos comportamientos nos parecerán más comprensibles, aceptables y naturales.

El principio ético de fondo, que podríamos denominar “bilateral”, consiste en conciliar el bienestar de los pacientes con el bienestar y la paz mental de los terapeutas.

Sobretodo de aquellos terapeutas que saben que no pueden elegir el tipo de

patología a tratar, que deben intervenir “siempre y en cualquier caso” y que inician un tratamiento también en condiciones no consideradas adecuadas y portadoras de notable malestar.

Una “paz mental” que se debe entender sobretodo (Bollas, 1988) como el desarrollo de una área interna del terapeuta, capaz de recibir las comunicaciones desestabilizadoras del paciente y de contenerlas sin transtornar demasiado al contenedor.

A veces no basta una pequeña toma de conciencia, o una atención vigilante o un mayor conocimiento de las partes oscuras de nuestra personalidad. Se hace necesaria una estrategia precisa y programada para adquirir una metodología de trabajo capaz de focalizarse en los diferentes niveles (individuales, de grupo e institucionales) en los cuales se articulan nuestras respuestas desadaptadas respecto a la tarea del servicio del cual formamos parte.

Empezar por establecer una metodología de intervención del servicio público que permita actuar de modo que se multipliquen el número de posibilidades de intervención sin centrarse en unas pocas y obligadas, puede convertirse en un buen principio ético “bilateral”.

Facilitar momentos de debate entre colegas a través de encuentros estructurados en los cuales poder encontrar puntos de anclaje para afrontar los diversos problemas emergentes en las situaciones clínicas más difíciles, y seguramente otros elementos éticos encaminados apuntan también al bienestar del terapeuta.

Organizar la actividad de un servicio preveyendo la posibilidad de que pequeños grupos de trabajo puedan dar apoyo a los diferentes terapeutas, justamente en los momentos en los que su excesiva implicación puede crear disonancias con su labor institucional, puede convertirse en otro principio de ética terapéutica.

CONCLUSIONES

En 1929, Freud escribió: “En todos los tiempos se ha asignado a la ética el máximo valor como si todos esperaran de ella importantes consecuencias. Y es verdad que la ética, como es fácil reconocer toca el punto más vulnerable de cada civilización. Por eso es entendida como experimento terapéutico, como esfuerzo para conseguir a través de un imperativo del Superyó, lo que hasta ahora no ha sido alcanzado a través de ninguna otra obra de la civilización”.

Reconocer también en el ámbito restringido de nuestra actividad terapéutica (y psicoterapéutica) las problemáticas relacionadas con la ética que tocan nuestros “puntos más vulnerables” y que pueden entenderse como la premisa de un “experimento terapéutico”, proyecta una nueva luz sobre el debate actual.

Un “experimento terapéutico” que probablemente no puede fundarse exclusivamente sobre un imperativo del Superyó, sino también y sobretodo sobre una responsabilización coherente y consciente del valor de una continua autorreflexión sobre nuestro quehacer cotidiano.

El autor analiza las principales características de los servicios psiquiátricos públicos y del tratamiento de las patología graves.

La formación psicoterapéutica de los profesionales permite poner en práctica no sólo psicoterapias sino también otros tratamientos extremadamente importantes en ese contexto de trabajo.

Los principios éticos de tales actividades se articulan mediante tareas operativas que tienden a la consecución del bienestar del paciente a la vez que el bienestar mental del terapeuta.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Nota Editorial:

Este artículo apareció en *Psicobiiettivo*, 14, 83-89, (1994) con el título “Alcune note a proposito di etica psicoterapeutica nei servizi psichiatrici pubblici”. Agradecemos el permiso para su publicación.

Referencias bibliográficas

- BENEDETTI, G. (1991). *Paziente e terapeuta nella esperienza psicotica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- BOLLAS, (1988). *La funzione multipla dello psicoanalista: la regressione nel contro transfert*. Roma: Seminari all'Università di Roma.
- FAJRAJZEN, S. (1966). Alcune considerazioni sulla aggressività controtransferale nel trattamento di pazienti psicotici. *Rivista di Psicoanalisi*, 1. Roma: Pensiero Scientifico.
- FERRO, A. (1993). Il dialogo analitico: costituzione e trasformazione di mondi possibili. *Relazione al Centro Psicoanalitico di Roma*.
- FREUD, S. (1976, ed. italiana). Il disagio della civiltà. *Opere Complete*, vol. 8. Torino: Boringhieri.
- JASPERS, K. (1991, ed. it.). *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Raffaello Cortina.
- NERI, C., et al. (1990). *Fusionalità*. Roma: Borla.
- RIEFOLO, G., & SCIASCERA, P. (1994). Quando il paziente non collabora. *Proposte per la Salute Mentale*, 3, 59-73.
- ROTH, P. (1980, ed. it.). *Lo scrittore fantasma*. Milano: Bompiani.
- SEARLES, H.F. (1994, ed. it.). *Il controtransfert*. Torino: Boringhieri.
- SCOTTI, F. (1992). Terapia degli psicotici nei servizi pubblici. In F. Scotti, *Strutture intermedie in psichiatria*. Roma: Borla.
- WINNICOTT, D.W. (1975, ed. it.). L'odio nel controtransfert. In D.W. Winnicott, *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze: Martinelli.