

La re-construcció del subjecte en la relació assistencial: notes sobre un model d'intervenció en el treball hospitalari¹

Lluís Farré i Rosa Castellà

Resum

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 enfront de l'impacte de les ansietats que desvetlla el tractament de la malaltia en els malalts atesos a l'hospital

Introducció

Els moviments orientats al desenvolupament i consolidació d'una pràctica mèdica racional, els afanys en cerca d'una medicina basada en l'evidència, el fort impuls a l'especialització que, en teoria, ha de permetre l'aprofundiment en l'objecte d'estudi i el tractament adequat dels seus trastorns, paradoxalment han guiat l'esforç d'objectivitzar la praxi a un progressiu afebliment del subjecte, tant pel que fa al subjecte-pacient que busca cura com als subjectes-agents que participen en el procés assistencial.

Tot i que podria ser exagerat atribuir la pèrdua en complexitat 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 si d'una trama complexa de fenòmens que inclouen evolucions en l'àmbit de la ciència mèdica, aspectes econòmics, una demanda assistencial que no sembla tenir fi a les societats més avançades, interessos en l'àmbit docent, polític, etc.

El nostre treball intenta limitar-se a la relació terapèutica hospitalària en la que interactuen subjectivitats en forma tal que poden orientar-se tant a la mútua reconstrucció i evolució com a la pèrdua de *matèria subjectivant*, generant en un cas noves perspectives en un entorn intern-extern sempre canviant i, en l'altre, zones de silenci on tot comença a trontollar.

L'objectiu que ens guia és la descripció d'un sistema d'intervenció amb els equips sanitaris que intenta afeblir la fragmentació enfront de 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 que 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; és així que podem constatar l'afebliment de la fragmentació, l'augment de la cohesió grupal enfront de la tasca a realitzar, i la promoció de recursos terapèutics del grup que milloren l'eficiència. 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 grupal permeten avaluar tant la dinàmica i evolució del grup com els avantatges d'un model que aprofita els recursos d'observació psicoanalítica i voreja entrar en una teràpia de grup, del tot impensable en el context de la rutina assistencial d'un centre hospitalari.

Les conclusions apunten a la possibilitat d'utilització sistemàtica del model en unitats assistencials 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; és freqüent escoltar tant la seva queixa com la demanda a propòsit del *què fer* amb determinats pacients. Aquesta reclamació s'escolta d'igual mode en sentit invers, des del lloc dels hospitalitzats. Hi ha quelcom en comú entre les diferents veus?

Des dels pacients es fa present la queixa per l'experiència de la malaltia i el dolor que l'acompanya, des dels equips assistencials, la queixa per la incapacitat per tractar-los; a vegades, fins i tot, la perplexitat i desconcert enfront del què no arriben a comprendre. Una i altra part s'agermanen en la incomprensió del dolor i manquen d'un bon fer per encarar un malestar que no entenen. La tensió i el desequilibri entre les capacitats d'ordre tècnic per al maneig químic o quirúrgic del trastorn que ha exigint l'hospitalització i les requerides per al maneig de l'experiència emocional, es fa especialment extrem en el cas de malalts joves, nens i adolescents.

És ben conegut que la malaltia remet a l'experiència de finitud i encara més quan és greu. 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 ho definí Heidegger. Quan no pot amb elles se sent impel·lit a buscar en els altres lloc d'alleujament o d'evacuació. És llavors quan els equips assistencials se senten apressats 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 semblant 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. S'assisteix llavors a perplexitats de l'ordre de «no comprenc per què aquest malalt es queixa de tant dolor; no és possible que li faci tant de mal [...]» o «no entenc per què en aquests dos pacients que pateixen la mateixa malaltia, presenten els mateixos símptomes, etc., un segueix el curs natural de la malaltia i el tractament que li dispensem i en canvi l'altre no fa altra cosa que queixar-se, presenta una complicació rera l'altra i segueix un curs inusual [...]»

Quan des d'un lloc i l'altre del conflicte no es troba acollida, comprensió i tractament del dolor, també del dolor 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 dolencós o bé busca ser lliurat a un equip per tal que *operi* sobre ell, equip que, davant la incomprensió de la lectura en allò simptomàtic busca nova 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, i en el millor dels casos, es buscarà l'oportunitat del diàleg i la producció de pensament capaç de contenir una explicació per a allò que ha esdevingut inexplicable.

Fins aquí res de nou sota el sol: el caminar humà a l'encontre de l'altre, simultàniament mogut per l'afany de conèixer i el desig d'ignorar, amb voluntat d'aprendre i fugint de la responsabilitat, buscant el gaudi i escapant del dolor, esperant acollida i solidaritat davant l'infortuni i deixant el pes del sofriment a càrrec de l'hospitalitat... Si el grup humà és imprescindible com a lloc per al desenvolupament, l'evolució i comprensió de les relacions a través de l'aprendre dels altres d'un mateix gràcies al mirall de l'alteritat —no en va Bion (1961) sostingué la inevitabilitat d'aquest caràcter gregari— no és menys cert que en aquest encontre es poden generar els obstacles més potents contra el progrés i les formes més aberrants de vinculació. La llar per al desenvolupament i la seu de l'escapisme i la irresponsabilitat comparteixen el mateix immoble.

Supòsit i realitat en l'organització hospitalària

En realitat, les institucions i els seus equips assistencials rarament gaudeixen d'una estructura continent adequada. Quan les demandes del pacient i/o de la família suposen una dipositació massiva de patiment, amenaçant als equips assistencials amb una desestructuració similar a la que pateixen els dipositants, les ansietats emergents estimulen al grup a la cerca d'un sistema que permeti evitar-les, reorganitzant-se de manera tal que impedeixi la seva reparició. D'aquesta manera, en l'encreuament de les possibilitats 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 fins i tot a través de normes i models relacionals institucionalitzats, que actuarien sota l'imperatiu de regular el sofriment establint límits del què és tolerable. L'organització busca protegir-se i ho fa evitant vacil·lacions davant l'ona expansiva de l'experiència emocional. 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 jerarquitze 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.

Devem en bona mesura a les observacions realitzades per Bion (1961) en el seu treball amb grups l'interès suscitat en diversos investigadors per l'anàlisi i el maneig de les ansietats en les institucions. Són les experiències de Menzies i Jaques (1980) i Menzies (1988, 1989) a les que més s'aproxima el contingut d'aquest treball tot i que també ens sentim pròxims als desenvolupaments més recents de Kernberg (1999) i Kaës (1998). Recordem, ni que sigui molt succintament, que Bion 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 que algú de qui se'n pot dependre totalment i passivament donarà resposta adequada als conflictes presents; o a la que tots els mals provenen de l'exterior del grup, essent aleshores necessari fugir-ne o eliminar d'alguna forma a qui els produeix; 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 natural, que no requereix 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 omplir-los de contingut en comprovar la delegació de les 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 destacada per Bion —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 del que esdevé 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.

L'atenta observació del funcionament dels grups evidencia que en la modalitat de supòsit bàsic les conseqüències de la jerarquització condueixen a un model de col·laboració basada en la submissió i el domini, que s'assoleixen mitjançant l'adoctrinament en el pensar i el sentir; d'aquí se segueix la suposició de valors i coneixements *per se* als equips sanitaris sense considerar l'experiència que pugui avalar-los. L'organització jeràrquica estrangula les transformacions en els sistemes d'interpretar i avaluar la realitat, de manera tal que queden bloquejats els canvis que podrien donar-se en la manera de treballar i en l'organització del grup enfront de les dificultats emocionals circulants. Queda llavors fixat el grup, fixats els individus, fixat el saber i fixada la manera d'operar sobre la realitat; la comunicació queda substituïda per la submissió. Com emfasitza Bion (1961), aquest fenomen de la vida mental del grup ocasiona dificultats en la realització dels objectius individuals.

En la modalitat de grup de treball l'organització de l'equip arracona la jerarquia, la submissió queda desplaçada a favor de la comunicació, s'accepta el saber de cadascú i també el que s'ignora. Ningú posseeix el saber complet i per tant ningú tampoc assumeix en exclusiva la iniciativa. Només el grup posseeix el saber i ningú pot apropiarse del saber de tots, de manera que ningú pot erigir-se amb el poder sobre els altres. És així que cadascú té una responsabilitat que no pot ser-li sostreta ni pot ser delegada: és el grup el que la posseeix. El que mou al grup no pot ser l'obediència, de manera que la marxa ha de passar per l'estímul de la comunicació capaç de promoure la formació de l'equip.

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 als 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 com *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* lliurat al Servei Català de la Salut en la primavera del 2004, l'encàrrec de l'elaboració del qual a una comissió d'experts va partir del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental de Catalunya.

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 característica 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 què abans denominarem *pensament psicoterapèutic*— millora l'assistència institucional i redueix la intervenció directa dels psicoterapeutes a l'atenció de casos amb greus descompensacions emocionals, que reclamen una atenció 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: «La institució no ajuda, ens demanen massa [...] És culpa de la cultura d'avui dia [...] etc.» 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. Encara que aquesta consideració l'entendem vàlida amb caràcter general, a causa de la seva major vulnerabilitat ens sembla especialment rellevant en l'atenció de nens i adolescents.

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 per a què les ansietats emergents siguin tolerades, i permet apropar-se al sofriment dels pacients i dels equips que els atenen 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, de mala praxi, 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 sembla suggerir 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 aquesta condició, 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. Aquesta pèrdua de contacte inhabilita per al reconeixement de l'emocionalitat en joc, i fa cada vegada més incompetents els professionals que, des del punt de vista estrictament tècnic gaudeixen, cada vegada més, de recursos instrumentals i informació que semblen no reconèixer límits.

El coneixement tècnic cada vegada més amplia va de la mà de la regressió del saber emocional. Potser demana de les nostres possibilitats, en tant que professionals dedicats a la salut mental, un esforç més gran d'intervenció en l'esquerda entre malaltia i la seva comprensió i tractament.



Lluís Farré i Rosa Castellà
República Argentina, 252, 2n 3a
Barcelona
Tel.: 93 418 38 33

Nota

1. Treball presentat al 3r Congrés Català de Salut Mental: Necessitats i respostes en salut mental: la construcció de la cura, sota el tema general El subjecte i la seva construcció

Bibliografia

- ALCONCHEL, S.; CASTELLÀ, R.; FARRÉ, LL; MARTÍNEZ, M.; OCÓN, J. (2003). «Fragmentació i foment del grup de treball en la pràctica assistencial hospitalària». *Segon Congrés Europeu de Teràpia psicoanalítica de Grups*. Barcelona.
- BION, W. (1961). *Experiencias en grupos*. 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*. Tesis 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*. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut.
- (2002a). «La relació multidisciplinària metge-psicòleg en l'assistència.» *Curs de formació teòrica per a PEF i MEF*. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut.
- (2002b). «Des de la psicoteràpia psicoanalítica a les intervencions en la pràctica assistencial a la Institució Pública». Barcelona: *Conferència a l'ACPp*.
- KAËS, R. (1998). *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales. Elementos de la práctica psicoanalítica en institución*. Buenos Aires: Paidós.
- KERNBERG, O. (1999). *Ideología, conflicto y liderazgo en grupos y organizaciones*. Barcelona: Paidós.
- 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.» *A Sincerity and Other Works. Collected Papers of Donald Meltzer*, editat per A. Hahn. London: Karnac, 1994.
- MENZIES, I.E.P i JAQUES, E. (1980). *Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad*. Buenos Aires: Hormé.
- MENZIES LYTH, I. (1988). *Containing anxiety in institutions. Selected essays*. London: Free Association Books.
- MENZIES LYTH, I. (1989). *The dynamics of the social. Selected essays*. London: Free Association Books.