



ESCRITOS CLINICOS PSICOANALITICOS.
UNA MIRADA CRÍTICA A NUESTRA PRACTICA PROFESIONAL.

José González Cosimini.

Psicólogo Clínico, Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.

ESCRITOS CLINICOS PSICOANALITICOS.

UNA MIRADA CRÍTICA A NUESTRA PRACTICA PROFESIONAL.

Los siguientes artículos implican una tarea de documentación escrita y difusión de los resultados de nuestra práctica clínica.

Las experiencias de pérdida, soledad y angustia son sucesos inevitables en la vida humana; tarde o temprano, llegan a nosotros produciendo efectos que habrán de condicionar nuestro futuro.

Sin embargo, el tiempo de dolor, que supone una crisis, es también una oportunidad para el replanteo de vida, el crecimiento personal y una renovada relación con los otros.

Esta será nuestra tarea: orientar, apoyar, contener, sostener, acompañar y escuchar - constituyendo un espacio clínico de asistencia, orientación y apoyo - ante situaciones de pérdida y duelo, depresión, adicciones y urgencias psicológicas.

El principio de solución a un problema consiste, la mas de las veces, en saberlo plantear bien, y eso es lo que ofrecemos: un espacio clínico donde se fomenta y se posibilita el encuentro, la escucha y la valoración personal.

DE LAS ADICCIONES Y SU TRATAMIENTO.

Hacia la construcción de un modelo clínico de intervención.

Nos proponemos con esta comunicación pensar sobre algunos aspectos relativos al tema en el marco de nuestra tarea clínica.

La conducta adictiva puede ser definida como un patrón habitual aprendido que apunta a la gratificación inmediata y que conlleva consecuencias negativas a mediano plazo. Habitualmente - en el sujeto - estas consecuencias tienden a ser no consideradas o negadas mientras que la perspectiva de la gratificación se destaca en primer plano.

La adicción es una enfermedad primaria, de etiología multifactorial, física, mental y social, es crónica, progresiva y con frecuencia fatal, además es sistémica afectando a todo el entorno del individuo, incluyendo a la familia.

Es también una enfermedad tratable, y cuando el enfermo y su familia adhieren a la terapéutica y realizan las conductas apropiadas para la rehabilitación tiene un buen índice de recuperación.

Esta enfermedad se caracteriza por una pérdida del control del uso de las sustancias psicoactivas (alcohol, drogas, etc.) en las que inciden factores genéticos, neurobioquímicos, mentales y sociales, enmarcada por dos grandes componentes: el deseo irreprimito (obsesión) por consumir y la incapacidad de parar una vez que se inicia el consumo (compulsión).

La adicción se comporta como cualquier otra enfermedad, es evolutiva y graduable, se inicia con el uso, avanza al abuso y termina en la dependencia; lo más importante es que en el individuo se establece una relación patológica cada vez más fuerte con la sustancia y se disminuye, o se deteriora la relación con sus seres queridos, con él mismo y con su significado existencial.

Operativamente el poder pensar a la adicción como algo aprendido implica que la persona no está condenada a soportar pasivamente un mal congénito sino que puede participar activamente en el desarrollo de estrategias eficaces para el mejor manejo de la patología.

Lo que sostenemos es que, más allá de las características de personalidad que sin duda determinan la conducta, es posible aprender estrategias que pongan en juego nuevas configuraciones defensivas a fin del mejor manejo y control de las adicciones.

El paciente es libre para experimentar emocionalmente las consecuencias de beber alcohol o usar drogas, una meta es ayudar a los pacientes a identificar sus comportamientos auto agresivos que los llevan al uso de las sustancias y es importante que sepan que el tratamiento y el programa terapéutico es solo el principio y que cualquier decisión que tomen es su responsabilidad, la opción de intoxicarse o de estar sobrios es únicamente de ellos.

Si ellos eligen la sobriedad, no es por el programa de tratamiento, sino que es por motivaciones y fuerzas internas re-encontradas. La experiencia es que con el tratamiento la persona puede reconocer que necesita un nuevo relacionamiento con su familia, con su trabajo, con el mismo y con su proyecto vital.

La esencia del tratamiento está orientada a romper el estereotipo vincular con la sustancia, los sistemas de negación psicológica del paciente y ayudarlo en la búsqueda de un nuevo significado a la vida y a su proyecto.

De la Psicoterapia Ambulatoria como modelo asistencial

La modalidad de tratamiento Psicoterapéutico Ambulatorio se ha consolidado en el tiempo como una alternativa efectiva y válida en relación al problema de consumo, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas.

La característica principal de esta modalidad de tratamiento se fundamenta en la no desinserción total de la persona de sus medios naturales (familia, trabajo y/o estudios), lo cual posibilita que la persona realice los cambios necesarios para su rehabilitación en el convivir diario con su realidad. En este sentido cobran real importancia las redes de apoyo social constituyéndose de esta manera en factores de contención psicoafectiva circunstancia eminentemente necesaria para el éxito en esta modalidad de tratamiento.

Se jerarquiza el rol que juega la familia en esta modalidad de tratamiento, la cual debe estar preparada y capacitada para asumir la responsabilidad que a ella le compete en el tratamiento. La familia participará periódicamente en Encuentros de familia con el objetivo de llegar a un conocimiento acabado del fenómeno de la toxico dependencia y del cómo ayudar a su familiar en tratamiento. Así también se crearán las instancias para que ésta pueda reflexionar y cuestionar sus patrones de interacción con la finalidad de propiciar y favorecer la creación de un clima afectivo que posibilite el desarrollo, autonomía y crecimiento de sus integrantes.

Si la familia no se compromete o simplemente no se hace presente, el tratamiento no podrá ser llevado a cabo con éxito.

Importante es señalar y dejar establecido que este tipo de tratamiento, a pesar de su efectividad con distintos tipos de adicciones y personas toxico dependientes, no es la solución y la alternativa para todas las personas con problemas de adicción a sustancias psicoactivas.

Es en relación a lo anterior que deben ser considerado distintos factores a la hora de decidir el tipo de tratamiento y su modalidad más conveniente para una persona determinada. Factores de índole social, biológicos, psicológicos, familiares, económicos, grado de dependencia, redes de apoyo social, deseo de cambio, etc.

Modalidad de intervención.

La Propuesta Terapéutica se articula en cuatro fases cada una de las cuales posee objetivos específicos y generales que el paciente deberá alcanzar durante su paso por cada una de ellas.

1º FASE

Esta fase se inicia con la primera Entrevista destinada fundamentalmente a provocar el "enganche" afectivo con la persona que llega por primera vez a tratamiento. Se busca que el paciente adhiera a tratamiento y pueda mostrarse sinceramente, reconocer que está mal y que necesita ayuda. La frecuencia de consultas se establece en 2 por semana.

OBJETIVOS:

- Realización del diagnóstico diferenciado (Entrevista y evaluación psicológica, aplicación de instrumento de diagnóstico DSM IV)
- Definición del modelo adecuado de intervención
- Refuerzo de la motivación al cambio
- Toma de conciencia del protagonismo personal

2º FASE

Durante esta etapa la persona asistirá a psicólogo – con la frecuencia ya establecida - y se integrará a un grupo terapéutico, mientras que su familia asistirá a los encuentros de familia quincenales.

OBJETIVOS:

- Desarrollo y fortalecimiento de la motivación al cambio y conciencia crítica de sus dificultades.
- Evidenciar un mejoramiento en la honestidad consigo mismo y con los demás.
- Lograr la identificación y un manejo adecuado de las ansiedades y de los mecanismos de defensa.
- Mejorar ostensiblemente el propio concepto de sí (autoestima) y el autoconocimiento (aumento de herramientas para el autocontrol).

3ª FASE

El régimen de asistencia es de una vez a la semana. En esta etapa de manera particular se profundizará en el área del proyecto de futuro, entendido éste como la vivencia de valores y fortalecimiento del sentido vocacional. Así también se privilegiará y propiciará el desarrollo ostensible de la autonomía personal.

OBJETIVOS:

- Alcanzar un nivel adecuado de autonomía afectiva, psicológica y física en relación a la conflictiva personal, que le permita conducir su vida responsablemente y con confianza en sí mismo.
- Lograr la consolidación de las relaciones familiares.
- Lograr estabilidad laboral y/o educacional.
- Definir claramente los logros alcanzados durante el proceso de rehabilitación y metas futuras a realizar.

4ª FASE

A esta fase la persona llegará luego de haber evaluado concienzudamente todo su proceso de rehabilitación y desarrollo personal hasta el momento vivido, es así como posteriormente la persona estaría culminando su proceso terapéutico intensivo de rehabilitación.

Durante esta etapa considerada de suma importancia ya que será en ella en donde se verificarán los logros obtenidos y el grado de reinserción alcanzado, la persona asistirá una vez al mes durante 12 meses hasta llegar al término de su tratamiento. La idea es privilegiar la autonomía de la persona en relación al proceso terapéutico, transformándose éste en un espacio para el compartir de las experiencias vividas es la cotidianidad.

OBJETIVOS:

- Evaluación de la reinserción social concreta
- Evaluación permanente del proceso de desarrollo personal
- Evaluación del estilo y realidad de vida

- Evaluación del nivel de desarrollo y participación de la persona en sus medios naturales (familia, trabajo y/o estudios)

A modo de conclusión.

Desde mi experiencia puedo señalar que uno de los factores más significativo de considerar es el de la particularidad de cada ser humano, es decir, comprender que todas las personas son distintas y han establecido una particular relación existencial con la sustancia, así como también el consumo de ésta ha provocado unos singulares efectos en el organismo de la persona más allá de los efectos generales conocidos.

En este sentido la persona es entendida como un ser humano que posee la capacidad de cambio y de redescubrirse como individuo consciente y responsable de su propia vida. De allí que se comprenda entonces al adicto como un ser humano con un problema más, el cual tiene la necesidad de recurrir a una sustancia química para sentirse bien o para no sentirse tan mal. La drogadicción será visualizada como consecuencia de un malestar existencial en donde el consumo parte de un vacío interior y tiene como consecuencia un vacío más profundo junto a una dependencia física y/o química.

ANEXO CLÍNICO.

INFORME PSICOLOGICO.

Daniela G.P, 31 años, tramita en forma intermitente desde abril del 2010 proceso terapéutico de corte analítico bajo nuestra dirección.

Le asisto – en un primer período- en mi calidad profesional, por un cuadro de trastornos de conducta que presenta un patrón recurrente de comportamiento desafiante acompañado de impulsividad, auto agravios, baja autoestima, inestabilidad emocional y baja tolerancia a la frustración, que justificaron la intervención psiquiátrica: aripiprazol, escitalopram, topiramato, clonazepan; acompañaba el cuadro el uso problemático de sustancias psicotrópicas de duración media y evolución deteriorante.

En junio del 2013 solicitó reingreso a su espacio terapéutico; del proceso de valoración psicopatológica formulado surge un cuadro de muy importantes dificultades de conducta, asentado en un trastorno de personalidad del grupo B, trastorno límite (criterio operativo DSM IV) que compromete las áreas de la afectividad, la cognición y el control de impulsos ; presenta dependencia de sustancias psicotrópicas, acompañado de un cuadro de distanciamiento vincular y restricción de la expresión emocional con incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y emocional - falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa – mostrándose refractario en el vínculo; medicada con: quetiapina 100, sertralina 100, zolpiden, clonazepan, trileptal 600, topiramato 200, regental, levomepromazina.

Se destaca la presencia de un yo frágil - con defectuosa relación afectiva, baja tolerancia a las frustraciones y muy importantes fallos en el comportamiento -

relacionados con la presencia de contenidos primitivos, idealizados e impulsivos que muchas veces siente que no puede controlar; estos contenidos generalmente se vinculan a experiencias familiares vividas como abandonicas y muy hostiles expresándose en su conducta adictiva y trastornos de conducta, reforzando sus vivencias de desvalorización y una angustia de alto contenido narcisista.

Daniela aparece marcada por una situación afectivo-familiar de ansiedad e incertidumbre que dificultó el potencial sostenedor de la familia, en la provisión de un espacio seguro, limitante y protector; en el terreno emocional se dan alteraciones en las configuraciones vinculares, apareciendo la separación – individuación dificultosa que condicionaron su natural desarrollo evolutivo. Como consecuencia de ello, aparecen fuertes distorsiones y restricciones en su manejo vincular, alto monto de angustia persecutoria y la ya referida baja tolerancia en el manejo de la frustración.

Con marcada predisposición a actuar de un modo autodestructivo sin tener en cuenta las consecuencias junto a un estado de ánimo inestable, su capacidad de planificación es restringida y es frecuente que la conduzcan a actitudes poco responsables. Sus características predominantes son la inestabilidad emocional, el embotamiento afectivo, la pasividad y las conductas auto punitivas.

Evoluciona, entiendo, a un marcado deterioro cualitativo y cuantitativo en la interacción social que se expresa por incapacidad para mantener y establecer relaciones con pérdida de la reciprocidad social y emocional. De lo trabajado me preocupa el patrón de creciente distanciamiento psico-afectivo y un aumento importante de los apragmatismos, intento terapéuticamente en la disminución de la sensación de aislamiento y extrañeza, en evitar una descompensación psicoafectiva y en mejorar la función social y familiar del paciente.

Dada la grave situación clínica de la paciente y su riesgo emocional, necesario orientar a:

proveer – en el grupo familiar y referente - las medidas de análisis y comprensión de la conflictiva;

la asistencia médica especializada, con proceso psicoterapéutico psicoanalítico concomitante para Daniela;

así como establecer como medida pronta su inclusión en un Programa Residencial de Rehabilitación de su dependencia a las sustancias psicoactivas.

Es cuanto tengo que informar.

Del discreto encanto de permane(ser) niña.

Del no tan extraño caso de la señora Alicia.

De las intenciones.

En esta comunicación - a través del material clínico de una paciente - intentamos establecer un vínculo entre el maltrato infantil y ciertos patrones permanentes del sujeto adulto en la cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de impulsos.

Pretendemos escuchar la problemática intrapsíquica que se encuentra detrás de las distorsiones considerables del apego y como - de niña con apego patológico y maltrato psicológico - deviene en un adulto con diagnóstico de personalidad de Tipo B, trastorno histriónico de personalidad.

Intentamos establecer como algunos individuos con trastornos de personalidad B han sido víctimas de maltrato infantil y lo afrontaron bloqueando represivamente afecto y pensamiento de sus figuras de apego, evitando así el sentir y pensar sobre los deseos de sus figuras de apego.

La repetición defensiva del bloqueo afecta hoy su capacidad para representar estados mentales propios y ajenos, llevándoles a operar con impresiones esquemáticas e imprecisas sobre pensamientos y sentimientos en tanto – finalmente – devienen en inmensamente vulnerables a las relaciones íntimas y con una llamativa reducción de la capacidad reflexiva.

Sostenemos que los individuos que sufren un trauma precoz suelen inhibir defensivamente su capacidad para simbolizar por la palabra; y que algunas características de sus trastornos de personalidad están basados en dicha inhibición.

Material clínico.

Una mujer de 37 años, a la que llamaré Alicia, inicia una serie de entrevistas que se prolongarán por el término de dos años, con algunas interrupciones.

Llega a consulta -luego de abandonar a su terapeuta anterior- muy angustiada, se siente sola y golpeada emocionalmente, atribuyendo todo lo que le pasa a la reciente ruptura con su compañero.

Está en pareja con él desde hace un año; cuando Alicia le conoce, cuenta que "era un amor": estaba pendiente de ella, la buscaba todo el tiempo; ahora, viven peleando. El conocerlo la ayudó a olvidar a otro hombre – su primer relación afectiva, 22 años mayor que ella - con el que estuvo casada y convivió durante poco más de un tres meses; también con él se peleaba todo el tiempo.

Ya en esa primera entrevista, Alicia ubica lo que se repite en sus relaciones amorosas: "al principio todo bien, pero en algún momento algo cambia"; comienzan a llevarse muy mal, a pelear todo el tiempo y ella a sentir que le agreden.

No sabe por qué pasa esto - tampoco puede precisar por qué el cambio - lo que sí sabe es que los hombres de los que se enamora, en algún momento, "dejan de ser los de antes" y la agreden.

La paciente -de niña con apego patológico y víctima de maltrato psicológico por parte de sus padres- presenta un patrón general vincular de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, intentando ser el centro de la atención mediante un comportamiento seductor y exagerada expresión emocional.

En el trabajo en transferencia, presenta una necesidad permanente de que se ocupen emocionalmente de ella - llevada por su deseo de lograr protección y apoyo del otro – ante el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí misma.

Tramita, durante casi dos años y una frecuencia semanal, un proceso terapéutico psicoanalítico, desprendiéndose del mismo la existencia de un importante trastorno de angustia sin agorafobia que acompaña a elementos del síndrome depresivo - reactivo a problemática afectiva - dentro de un patrón general de inestabilidad de la autoimagen y una configuración vincular dependiente.

Se destaca la presencia de equivalentes psicossomáticos e inestabilidad afectiva - que se entienden relacionados con la presencia de contenidos primitivos, idealizados y persecutorios - que muchas veces siente que no puede controlar; se expresan así sus dificultades para tolerar frustraciones, las que aparecen reforzando sus vivencias de desvalorización y una angustia de alto contenido narcisista.

Alicia a lo largo de todo el proceso, aparece marcada por una dinámica afectivo-familiar de maltrato infantil, ansiedad e incertidumbre que imposibilitó el potencial sostenedor de la familia, en la provisión de un espacio seguro, limitante y protector para su tránsito vital; dicha conflictiva – cohabitación y colecho con familiares de primer grado de consanguinidad hasta hoy - generó un modo vincular donde las conductas y actitudes regresivas aparecen utilizadas como defensa, en la búsqueda de pruebas de afecto y la presencia y atención del otro para su reaseguramiento.

El abordaje asistencial propuesto trabajó sobre: espacio de contención y análisis del vínculo, consecuencias del maltrato infantil sobre su afectividad, configuración defensiva, trastornos de carácter, niveles de investimento objetal disponibles, capacidad de tránsito por situaciones de duelo y cambio, niveles de actuación.

Los obstáculos de una intervención clínica compleja con una paciente muchas veces resistente, la ausencia de resultados en la cura y sus consecuencias sobre el vínculo llevan a Alicia a un nuevo abandono de su espacio psicoterapéutico..

El impacto del maltrato infantil sobre la capacidad de simbolizar.

Desde la clínica existen claras evidencias sobre el deterioro que el maltrato produce en la capacidad reflexiva y el sentido del yo de Alicia; nuestra experiencia en el tratamiento de las víctimas sugiere que el maltrato infantil lo afrontaron bloqueando represivamente afecto y pensamiento de sus figuras de apego, en una suerte de retiro del mundo mental.

Esta situación de maltrato nos abre la posibilidad de re-pensar al mito edípico como estructura - articulada y articulante - posibilitadora de la capacidad de simbolizar.

En un primer tiempo el hijo aparece como el todo de la madre, compensándola de toda decepción. En el segundo tiempo se impone la presencia interdictora del padre, que impone la ley, separando al hijo de la madre. En un tercer tiempo el padre se remite a un orden simbólico que lo trasciende; representa la ley.

El nombre del padre es el significante que realiza el corte, es decir separa al hijo del deseo de la madre. En tanto tal es pacificante, instaura un límite al deseo de la madre.

Estos conceptos teóricos nos han sido productivos para abordar la patología que nos muestra el caso clínico que nos convoca a estas reflexiones, así como también para pensar ciertos rasgos del maltrato en las prácticas sociales de hoy.

Patologías en las que prevalecen los fenómenos de borde, como manifestación de una cierta estrategia frente al goce insuficiente:

Estas patologías y estas prácticas sociales dan cuenta de una cierta inoperancia de la ley, de una pérdida de eficacia de la regulación paterna y de resistencias para renunciar a compensaciones por las decepciones.

Proponemos pensar a estos fenómenos clínicos y sociales como efectos de un cierto estilo vincular: el de la violencia materna. Particular interjuego entre madre y padre, como consecuencia del cual el hijo queda ubicado en el lugar del goce materno. No reconocido como un otro con derecho a la subjetividad.

En síntesis entendemos por violencia materna un estilo vincular que condujo a Alicia a un entrapamiento en la fascinación sensual y a dificultades en el acceso al universo discriminador de la palabra. Estilo vincular que facilitó el quedar capturada en la juventud eterna que promete la reinstalación en el paraíso narcisista, donde las pérdidas, el mundo adulto y la muerte, puedan evitarse.

Gracias por visitar este Libro Electrónico

Puedes leer la versión completa de este libro electrónico en diferentes formatos:

- HTML(Gratis / Disponible a todos los usuarios)
- PDF / TXT(Disponible a miembros V.I.P. Los miembros con una membresía básica pueden acceder hasta 5 libros electrónicos en formato PDF/TXT durante el mes.)
- Epub y Mobipocket (Exclusivos para miembros V.I.P.)

Para descargar este libro completo, tan solo seleccione el formato deseado, abajo:

