El enfoque de la salud mental de Clínica Moravia

Corrían los años ´90 cuando entre nuestros invitados a dar conferencias en el ciclo de Investigación y Docencia de Clínica Moravia, contamos con la presencia del Profesor Jorge García Badaracco. Disertó entonces sobre el “ Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar”. Además de deleitarnos con sus conocimientos teóricos y su experiencia clínica, invitó a algunos de los directivos de la Clínica, a participar de las sesiones de psicoanálisis multifamiliar que estaba coordinando en el Hospital Braulio Moyano. Cuando concurrimos, fue grande nuestra sorpresa. Estábamos acostumbrados a que el psicoanálisis solo se realizara en forma individual, y además exclusivamente con pacientes neuróticos. En este contexto, había pacientes con toda clase de diagnósticos, desde a neurosis a la psicosis, pasando por infinidad de estructuras de personalidad. El único diagnóstico excluído eran las psicopatías, dado que el encuadre terapéutico implica, entre otros temas, una disposición psíquica de cada integrante a dar lo mejor de sí mismo, descartando todo impulso en donde el otro pudiera ser tomado como objeto de sí mismo.

Además de pacientes ambulatorios, de hospital de día y de internación, había familiares de pacientes. También había pacientes que no habían podido convocar ningún familiar, e inclusive familiares de pacientes que estaban ausentes. Y muchos profesionales de la salud mental deseosos de aprender y aprehender. A veces, también, había abogados, médicos y enfermeros o acompañantes que se encontraban implicados en algunos de los casos. Y por si fuera poco, el Dr Badaracco había reservado una última fila alrededor de esta escena, que era ocupado por estudiantes de psicología y de medicina del último año de la carrera. En total se convocaban unas 70 u 80 personas. Las sesiones duraban entre dos y tres horas.

Todos eran pacientes, y terapeutas a la vez. No era imprescindible que cada uno hable, es decir, que todos lo hagan. En esas largas sesiones, los que hablaban eran un puñado. Los que no hablaban, participaban escuchando. Había un coordinador, y dos colaboradores. Pero el agente mas terapéutico solía ser un ex adicto, un familiar o un psicólogo novel que hacía una pregunta aparentemente inocente, etc.

Se miraban mucho las miradas. A través de las miradas se notaba que una vivencia de un participante era compartida por otro. Una situación que sucedió, fue la de una mujer que nunca había hablado en seis meses, levantó la mano y dijo algo así como esto: “hace tiempo que vengo acá, nunca hablé, pero yo no soy la paciente….el paciente es mi hermano, que es esquizofrénico, y nunca lo pude traer… la sorpresa es que al venir acá y escuchar… me llevo a mi casa como una vibración, un clima emocional….y estamos cambiando todos, y lo principal, mi hermano está mejor.

Se usaban interpretaciones, juegos de roles, dramatizaciones, todas la herramientas que cada uno manejara, siempre que el objetivo fuera la elaboración psicológica para conseguir el cambio psíquico, valga con creces la redundancia. Un padre podría mostrar su angustia para con su hijo refiriéndose al hijo de otro, una mujer que no podía hablar con su hermana, tomaba a otra para decirle lo que no podía con la propia. Reiteramos que todos eran pacientes y terapeutas; uno de nosotros que había llevado a su hija, fue convocado a coordinar los grupos. Sucedió que la propia hija allí presente, lo convirtió en vivo al coordinador en paciente al plantearle reclamos públicamente, mientras al mismo tiempo era terapeuta. Fue algo que, como las demás situaciones, nos sirvió a todos.

Porque contamos ahora estas anécdotas? Por otra anécdota más que queremos transmitir. Los alumnos del último curso que eran los únicos que no podían hablar durante las sesiones, si podían hacerlo luego de las mismas, cuando todos se hubiesen ido, salvo los coordinadores que nos quedábamos para hacer una evaluación de lo trabajado. En esas reuniones, post sesiones, los alumnos solían preguntar ¿Dónde están los locos? Aquí vemos gente que habla de sus problemas, pero no vemos locos por ninguna parte…

Que sirva lo anterior como introducción al desarrollo actual, que es nuestro enfoque de la salud mental. Estamos basándonos en quien extendió a partir de Freud, el psicoanálisis mas allá de las fronteras de las neurosis, hasta abarcar las psicosis. Nos referimos a Donald Winnicott, que supo capitalizar sus conocimientos de psicoanálisis integrándolos con su formación como médico pediatra. Ya Freud había dejado el camino abierto, sugiriendo que era fundamental proseguir en la investigación de la infancia para profundizar en el psicoanálisis no solo de niños sino también de adultos. Freud no habla de niños perversos, por ejemplo, pero habla de lo perverso polimorfo que caracteriza la niñez. Winnicot análogamente habla de estados esquizoides en los niños y lo presenta como prolegómenos de la psicosis del adulto.

No existe en la niñez tal cosa como un niño, dice Winnicot. El paradigma que sostiene aquí es el del bebé para con el adulto, específicamente para con la madre, que si cumple con su función, será suficientemente buena. (Desarrollos posteriores señalarán la existencia también de un padre suficientemente bueno). El niño, avanzará en su desarrollo hacia una posición cada vez más independiente, si el ambiente es adecuadamente facilitador, sin la construcción de un falso self que lo defienda de las fallas ambientales.

La formación e ideología de nuestra clínica está fundamentada en estas ideas, por las cuales la recuperación de los pacientes dependerá de constituir un clima facilitador (holding) que intentará restañar los fallos ambientales en el proceso evolutivo. Una vez logrado esto, todos los demás dispositivos podrán funcionar, psicoterapia individual y grupal, control de medicación, talleres de laborterapia, musicoterapia y otros.

Cuando un observador externo es testigo del estado de un paciente nuestro en recuperación, no es raro que reaccione como los alumnos de la facultad, preguntándose “donde están los locos?” como nos pasaba en las multifamiliares del Moyano. Esto típicamente nos sucede en las salidas recreativas que realizamos con grupos de pacientes. Los pacientes, en esos momentos, parecen personas sanas. O, si se toma en cuenta la teoría aquí bosquejada, podríamos decir que son “sanas momentáneamente.” El problema nuevo que podría suscitarse en este punto, es una confusión diagnóstica, y podría creerse que estarían listos para ser dados de alta.

Estos pacientes necesitan completar su recuperación y entretanto poder desarrollar recursos propios como para generar un clima emocional interior continente, mas allá de los embates del mundo externo.