

LA EXPERIENCIA DE LO CRUEL. UNA MARCA QUE SUBYACE AL MOTIVO DE CONSULTA

María de los Ángeles Bustos, Analía Rossi²¹

RESUMEN

En los últimos años observamos frecuentemente, en nuestra práctica en el hospital público, que subyacen al motivo de consulta problemáticas ligadas a la crueldad en sus distintas dimensiones, sin que sean necesariamente las que motivan la consulta a Salud Mental. Esto nos llevó a preguntarnos cómo han impactado estos acontecimientos en la organización psíquica de estos sujetos. Pensar el sujeto actual y sus sufrimientos, supone considerar la complejidad de la construcción subjetiva atravesada, entre otras, por la propia historia, los conflictos, el contexto socio-histórico, el funcionamiento del organismo, lo traumático; del cual dan testimonio las enfermedades psicosomáticas, las adicciones, la psicosis, las conductas de riesgo, las faltas de cuidado de sí, a través de la dificultad o imposibilidad de acceder al circuito del deseo.

Desde esta perspectiva, elegimos, siguiendo a Ana María Fernández (2011), hablar de una *clínica de la crueldad*, conceptualizada como un modo de padecimiento psíquico por el que transitan sujetos con historias de infancia donde lo cruel ha instituido particularidades específicas en la conformación de sus psiquismos. Pensar esta clínica es pensar en los malestares de la época actual. Época donde el sujeto reivindica su derecho a gozar a su manera bajo el imperativo de la sociedad y la cultura que lo fuerza a tal.

En tanto hospital general, asistimos frecuentemente a personas con el cuerpo afectado por enfermedades crónicas, cirugías, accidentes, efectos de abusos de sustancias, mencionando sólo algunas. ¿Cómo intervenir frente a alguien que sufre intensamente para ayudarlo a encontrar alivio? Nos disponemos para escuchar su dolor, sus carencias, sus pérdidas, pero también acompañarlo a rescatar sus aciertos, sus logros, lo que además forma parte de su capital afectivo y representacional. Se trata de no desmentir su historia, sino de resignificarla.

Proponemos un dispositivo que contenga al sujeto y lo sostenga para que pueda tramitar la implicación de sí mismo y de su historia en lo cruel, un dispositivo que albergue sin desmentir pero con el resguardo atento que permita re significar sin re victimizar.

Nos proponemos, repensar y teorizar la práctica. También investigar y capacitar. En ese sentido la inserción de los alumnos de psicología en el Hospital Tránsito Cáceres de Allende, significa para los profesionales que formamos parte de esta institución, la responsabilidad de transmitir a los futuros psicólogos el hacer de nuestra práctica profesional en la realidad institucional.

²¹ Licenciadas en Psicología; Institución de procedencia: Hospital Tránsito Cáceres de Allende, Ministerio de Salud de la Pcia. de Córdoba. Direcciones de contacto: María de los Ángeles Bustos (m23psico@yahoo.com); Analía Rossi (arossi11@hotmail.com)

PALABRAS CLAVE

CLÍNICA DE LA CRUELDAD - MODALIDADES DE SUBJETIVACIÓN - DISPOSITIVO TERAPÉUTICO.

Introducción

La práctica en el hospital público nos enfrenta a desafíos constantemente. Debido a la complejidad de las demandas, se hace cada vez más necesario pensar no solo en nuestras intervenciones sino en el sustento teórico de nuestra clínica. En los últimos años observamos frecuentemente, que subyacen al motivo de consulta problemáticas ligadas a la crueldad en sus distintas dimensiones: maltrato, abuso, destrato, entre otras. Estas no son necesariamente las que motivan la consulta a Salud Mental. Por el contrario, la mayoría de las veces, es el síntoma en el cuerpo el que abre paso a otra demanda, a través de la derivación del médico y otras tantas el sufrimiento psíquico.

Esto nos llevó a preguntarnos acerca de qué demanda de tratamiento se trata; cómo han impactado estos acontecimientos en la organización psíquica de estas personas; cómo atender lo que, en muchos casos aparece bajo la forma de duelo pero otras tantas con la vigencia de un acontecimiento traumático reciente, qué mecanismos psíquicos están presentes, qué indicadores podemos detectar como específicos, ya que, entendemos, puede atravesar cualquiera de las entidades clínicas.

Pensar el sujeto actual y sus malestares, supone considerar la complejidad de la construcción subjetiva atravesada, entre otras, por su propia historia, los conflictos presentes en su desarrollo, sus modos de vincularse, el contexto socio-histórico, el compromiso del cuerpo en su modo de hacer frente a los acontecimientos que se suscitan. Cuando quien consulta está sufriendo, como psicoterapeutas nos involucramos con el dolor psíquico, lo acompañamos e interrogamos. Hablamos de lo traumático, del narcisismo herido, del cual dan testimonio las enfermedades psicósomáticas, las adicciones, la psicosis, las conductas de riesgo, las faltas de cuidado de sí, a través de la dificultad o imposibilidad de acceder al circuito del deseo.

En medio de estos avatares es necesario pensar cómo hace un sujeto para mantener en equilibrio su identidad en tanto "proyecto identificador" (Aulagnier, 1977) cuando la realidad y la relación con los otros, se torna cruel. Desde esta perspectiva, entendemos, siguiendo a Ana María Fernández, que es posible hablar de una *clínica de la crueldad*, conceptualizada como un modo de padecimiento psíquico por el que transitan personas con historias de infancia donde lo cruel ha instituido particularidades específicas en la conformación de sus psiquismos. Preferimos hacer nuestra esta conceptualización porque consideramos que en las instituciones se ha naturalizado el término "violencia familiar", creando la ilusión de un discurso común entre los profesionales de la salud. Sin embargo en la práctica nos encontramos con que esto no siempre es así. Por el contrario suele estar cargado de prejuicios y moviliza afectos y representaciones que obstaculizan a la hora de intervenir.

Desarrollo

1. Características del contexto socio-histórico

Pensar esta clínica es pensar en los malestares de la época actual. Esta es una época donde el sujeto reivindica su derecho a gozar a su manera bajo el imperativo de una sociedad y una cultura que lo presionan. Época de caída de los ideales, de desencuentros con el otro o encuentros sin consistencia producto de la satisfacción individual y del consumo como sustitutos de la satisfacción. También el psicoanálisis se ve desafiado a dar respuesta a un modo de manifestación de los síntomas distinto al producido por la moral victoriana que marcó sus orígenes. Los malestares ya no son solo producto de la represión de la sexualidad sino también de modos de goce donde la liberación sexual, hace de la

sexualidad algo sin consecuencias, donde los sujetos deben establecer lazos construidos gracias a su propio esfuerzo y habilidades en contextos inciertos y cambiantes (Bauman, 2006), donde las instituciones garantes de proveer sentido se diluyen para dar lugar a otro tipo de configuraciones que se construyen en el intento mismo de dar respuestas.

En consecuencia también la palabra está devaluada, todo puede decirse como si no tuviera efecto ni encontrara tope. ¿Cómo intervenir entonces desde un abordaje que privilegia la palabra como modo de tramitar la pulsión? ¿Cómo hacer que recobre densidad, solidez, peso para que pueda producir efectos terapéuticos en un sujeto? Junto con esto se advierte que el modo en que se han organizado y organizan los poderes económicos y políticos produce una marcada desigualdad e inequidad en los grupos sociales transformando en vulnerables a grandes sectores, que a su vez contienen minorías doblemente desfavorecidas por género, edad, elección sexual, entre otros.

Este modo de distribución del poder y la riqueza no solo produce hegemonías que disponen arbitrariamente de los recursos económicos, naturales y culturales, sino que también imponen su marca en las identidades, los lazos sociales, en los vínculos de afecto, las formas y la calidad de vida y en el modo de enfermar de las personas (Fernández, 2011).

En condiciones de fluidez, la institución Estatal rígida, sólida, es ineficaz ya que la complejidad de situaciones y requerimientos pone de manifiesto que ya no está preparada para esas circunstancias. Tal como funcionaba en la lógica de un Estado soberano no encuentra, en este nuevo Estado técnico-burocrático impregnado de la lógica del mercado, modos eficaces para abordar los malestares actuales, pero al mismo tiempo se espera de ella una respuesta.

Consideramos, apoyándonos en el pensamiento de Ignacio Lewkowicz (2004), que ante la perplejidad que generan estas transformaciones, no se trata de reproducir las estructuras conocidas sino de configurarse en cada circunstancia, apelando al pensar como condición de posibilidad ante cada eventualidad.

Los hospitales públicos, en tanto instituciones atravesadas por las mismas contingencias, tienen que dar respuesta a la demanda de atención en situaciones, muchas veces tan desfavorables e inequitativas como las de quienes demandan. Esta situación genera, por un lado, una resistencia a abandonar un modelo que sostenía la estructura reproduciéndola y por otro, al requerir pensar dispositivos eficaces y eficientes, ante los escasos recursos de que se dispone, abre la posibilidad en cada contingencia un modo particular de intervenir.

Nuestro hospital recibe no solo la demanda de un amplio sector poblacional de Córdoba Capital sino también del interior de la provincia y de otras provincias. La población se caracteriza por ser, la mayoría de ellos, desocupados o con una situación laboral precaria y en consecuencia, sin cobertura de obras sociales. Sumado a esto, hábitos de vida y de cuidado poco saludables que contribuyen a generar más enfermedad o complicar la existente. Proviene de contextos de violencia cotidiana que requiere desplegar una gran diversidad de estrategias de supervivencia, muchas de ellas sostenidas por los aportes del Estado. Aunque hay consultas espontáneas, la mayoría de las veces la consulta con Salud Mental está favorecida por la derivación del médico que los atiende, que detecta el compromiso de lo psíquico en lo que les ocurre y encuentra allí su límite para dar respuesta.

2. Descripción de la problemática, los mecanismos psíquicos que se observan y propuestas de intervención

Freud, en *El malestar en la cultura* (1930), explica que el sufrimiento amenaza desde tres lados: el propio cuerpo, el mundo exterior y las relaciones con otros seres humanos, esto último como lo más doloroso. “El contexto social y comunitario y las leyes que lo rigen, son también, en tanto otro social, determinantes potenciales de sufrimiento y posibles atenuantes del mismo” (Fainstein, 2013).

En tanto hospital general, asistimos frecuentemente a personas con el cuerpo afectado por enfermedades crónicas, cirugías, accidentes, efectos de abusos de sustancias, etc. En muchas de ellas el dolor psíquico no aparece como sufrimiento subjetivo y como alternativa a la lesión de órgano por no contar con un soporte representacional que posibilite la elaboración del duelo. Así, la carga de excitación produce desequilibrios, favoreciendo la descarga en el cuerpo y en la acción, en lugar de su procesamiento simbólico. En ese sentido cobra importancia el rol del profesional de la salud en contener un monto de ansiedad que frecuentemente agrava el compromiso físico.

En estos hombres y mujeres adultos, observamos muchas veces modalidades de subjetivación en los cuales distintos tipos de maltratos y violencias dejaron su impronta en la particular conformación de su psiquismo.

Ante el relato de escenas crueles, intentamos descifrar qué mecanismos inconscientes están presentes y pesquisar indicadores clínicos de riesgo que permitirían adecuar el dispositivo.

Entre los primeros observamos la desmentida y la desafectación como dos modos con que el psiquismo tramita el registro real de la muerte (propia o ajena) o el riesgo a que esto se desencadene.

En tanto defensa fallida, la desmentida no rechaza la percepción sino sus consecuencias, generando un saber que viene a desmentirla. Interrogar sobre esas desmentidas supone una tarea difícil para no reproducir iatrogénicamente las desmentidas familiares, instituyentes de subjetividad.

La desafectación tiene lugar frente a la dificultad de simbolizar el estímulo que produce sufrimiento. Por lo tanto se produce una separación por la cual los afectos ligados al acontecimiento cruel, pueden seguir la vía de lo somático. Son sujetos que pueden admitir, e incluso quejarse de estos acontecimientos pero no ligarlos a afectos ni a representantes simbólicos.

Por otra parte, los celos y la presencia constante y controladora de un partenaire, la toma de decisiones sobre intervenciones que modificarían el cuerpo, el trabajo o los vínculos del paciente, la indiferencia frente a lo que le sucede a un familiar que consulta, dan cuenta de vínculos de dominio-sometimiento, de trato y humillación, indicadores de esta clínica de la crueldad que observamos en lo que ocurre en las salas de espera, en los pasillos del internado o en la habitación del paciente. Es en esos lugares en los que la posibilidad de singularizar la problemática debe ser construida por nosotros.

¿Cómo intervenir frente a alguien que sufre intensamente para ayudarlo a encontrar alivio? Nos disponemos para escuchar su dolor, sus carencias, sus pérdidas, pero también acompañarlo a rescatar sus aciertos, sus logros, lo que además forma parte de su capital afectivo y representacional. Se trata de no desmentir su historia, sino de resignificarla.

Nuestra intervención consistirá en dar lugar a un proceso de historización diferente; debemos aplacar el superyó y ayudarlo a construir una cadena de representaciones menos auto incriminatorias (Lerner, 2013) Pensamos que el momento de la consulta reviste una importancia crucial en tanto posibilidad (o no) de encontrarse, quizás por primera vez, con una escucha diferente y la disponibilidad afectiva que habilite un espacio terapéutico donde el sufrimiento pueda desplegarse, donde el yo pueda seguir formándose, sostenido por la historia actual (Hornstein, 2008).

Entendemos que intervenir en el abordaje de esta problemática implica reconocer la existencia de la crueldad como experiencia real que afecta de modo singular a cada sujeto, el cual se ve impelido a tramitar psíquicamente un trato cruel proveniente de quien debería darle un trato amoroso de cuidado y protección. Esto conlleva mecanismos de defensa específicos para tolerar lo que, de otra manera resultaría intolerable y que hay que atender cuidadosamente por la precariedad con que se sostienen muchas estructuras.

En la actualidad, las políticas públicas derivadas de la reciente implementación de la Ley 9848, involucra a los servicios de Salud Mental de los hospitales generales en la transformación del sistema provincial de salud mental, preservando el derecho de la población a la misma, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, considerando además la atención en salud mental como parte integrante e integrada de los servicios generales de salud.

En el contexto de dicha ley, el hospital Tránsito Cáceres de Allende, desde el servicio de Salud Mental, ha hecho la experiencia innovadora como hospital general, en la admisión para internación de personas con sufrimiento psíquico en situación de crisis por un periodo breve, donde un equipo interdisciplinario formado por psicólogos y psiquiatras, evalúan tanto la necesidad de internación como la correspondiente externación y la reinserción socio familiar del paciente.

Nos proponemos, repensar y teorizar la práctica. También investigar y capacitar.²² En ese sentido la inserción de los alumnos de la carrera de psicología en el Hospital Tránsito Cáceres de Allende, significa para los profesionales que formamos parte de esta institución, la responsabilidad de transmitir a los futuros psicólogos el hacer de nuestra práctica profesional en la realidad institucional. El hospital público, como institución del Estado debe asumir el rol, adecuado a las necesidades de quien consulta, de responder a su demanda reconociéndolo como otro significativo. Si bien el sufrimiento muchas veces es inevitable, desde nuestra participación como agentes de salud mental, aspiramos a mitigarlo. Para ello contamos con las herramientas que nos provee nuestro marco teórico conceptual.

Por eso proponemos un dispositivo que contenga al sujeto y lo sostenga para que pueda tramitar la implicación de sí mismo y de su historia en lo cruel, un dispositivo que albergue sin desmentir pero con el resguardo atento que permita resignificar sin revictimizar.

²² Durante el año 2012 se realizaron desde Salud Mental dos investigaciones sobre temáticas de interés que surgieron del trabajo interdisciplinario con el Programa de Diabetes y el Servicio de Reumatología: Rossi, Analía, "VULNERABILIDAD PSICOSOMÁTICA Y SU VINCULACION CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO MEDICO-CLINICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 " y Bustos, María de los Ángeles, "REPRESENTACION DE LA ENFERMEDAD EN PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDEA. Un estudio en un hospital público de la ciudad de Córdoba".

BIBLIOGRAFIA

- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bauman, Z. (2006). *Amor Líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Buenos Aires: FCE.
- Fainstein, A. (2013). "Formas actuales del sufrimiento. Clínica, sociedad e instituciones psicoanalíticas". En H. Lerner (comp.) *Los sufrimientos* (pp.27-40). Buenos Aires: Psicolibro.
- Fernández, A (2011). "Hacia los Estudios Transdisciplinarios de la Subjetividad. (Reformulaciones académico-políticas de la diferencia)". *Revista Investigaciones en Psicología*, 16 (1), pp.61-82. Instituto de investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Freud, S. (1930) "El malestar en la cultura", Vol. XXI, *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hornstein, L. y Lerner, H. (2008). Clases del curso anual de la Fundación para el Estudio de la Depresión (FUNDEP).
- Lewcowicz, I. (2004). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Buenos Aires: Paidós.
- Lerner, H. (2013). "Felicidad, sufrimiento, realidad". En H. Lerner (comp.) *Los sufrimientos* (pp.119-135). Buenos Aires: Psicolibro.
- Ley 9.848- Régimen de la protección de la salud mental en la provincia de Córdoba. 2010.