

EL PSICOLOGO CLINICO EN EL HOSPITAL GENERAL

Mariana Ollague Córdova

El desarrollo tecnológico de las Ciencias Biológicas es cada vez mayor, permitiendo que el conocimiento biológico del cuerpo sea cada vez mejor, aunque este saber no vaya acompañado del conocimiento del sufrimiento del enfermo.

Según Leriche, sufrimiento, término que incluye al dolor, aunque designa, del modo más general, el estado de tensión interna que ha de culminar en una resolución especialmente en las crisis que señala el apogeo y el fin de las afecciones.

En el discurso médico, el sufrimiento se llama dolor, fiebre, opresión; para el médico sólo existen signos y síntomas en tanto son agrupables en los significantes que constituyen un síndrome ubicable en la nosología médica.

Se percibe, entonces, que existe una dicotomía entre los conocimientos que se tienen en el cuerpo biológico, su enseñanza, su eficacia y la multiplicidad de síntomas, quejas, sufrimiento de los cuerpos vivos que no responden a esa ciencia y se convierten algunas veces en obstáculo para el trabajo médico

Mientras la ciencia expande más su dominio sobre el cuerpo biológico, más desprovisto está el sujeto de ese cuerpo, por el anonimato que le impone esa misma ciencia que lo diagrama, lo contabiliza, y, su dolor de vivir, sus síntomas, sus quejas irrumpen por todos los ejes científicos.

Muchos valoramos los efectos de los progresos de la ciencia en la relación de la medicina con el cuerpo, pero percibimos también que el ser vivo es excluido del conocimiento del cuerpo por parte de esa ciencia, en tanto no es reductible a lo biológico. Un cuerpo tratado como objeto científico deja escapar la dimensión de la especificidad de tal sujeto como cuerpo.

El cuerpo vivo es el de un ser que habita un lenguaje en relación con una imagen específica del cuerpo; sus posibilidades de sufrimiento y de placer están relacionadas con una historia particular, con sus fantasmas particulares que jamás llegarán a ser generalizados como objetos de saber, pero que para él conforman su verdad.

Los síntomas del enfermo, su sufrimiento, están relacionados con el hecho de que cada ser habla en su interior de unas significaciones, de unos principios bien precisos que distinguen a un individuo de otro.

La diferencia que existe entre el cuerpo en general y un cuerpo en especial, está representada por el discurso particular que anima a este cuerpo.

Lo intrincado de la noción de un síntoma expresado en palabras y sostenido por otras palabras,

en relación con los ejes de cualquier vida: la muerte, el goce, la angustia, el poder; es una deducción complicada de un síntoma dado; aparece entonces el malentendido el cual se percibe en la diferencia entre la queja del enfermo y lo que el médico demanda del psicólogo con relación a ese enfermo.

De lo que dice el enfermo, el médico retiene exclusivamente lo que resuena en el discurso médico. Como dice Ginette Raimbault, para él carece de importancia si el enfermo tuvo su primer dolor precordial el día en que murió su madre; la fecha de esa muerte sólo le interesa como punto de referencia cronológica del inicio de la enfermedad; no tiene nada que hacer en el sufrimiento del enfermo en tanto no se limite al espasmo y a la obliteración de la coronaria. No dejará que el enfermo hable demasiado de su vida y de los elementos que no son integrables al discurso médico, es mejor que no hable porque puede cansarse y, además, no tiene tiempo y hay otros enfermos que lo esperan.

La dificultad que conlleva el trabajo del psicólogo clínico en el hospital general está relacionada con:

- La institución hospitalaria, y,
- La enfermedad orgánica.

En cuanto a lo institucional, el trabajo en el hospital difiere de su práctica privada, puesto que está en una unidad médica y el enfermo no ha venido a consultarle a él en cuanto psicólogo, sino que ha sido referido por el médico, y por lo tanto no tiene demanda propia para un trabajo psicológico.

En lo referente a la enfermedad orgánica, muchas veces nos encontramos con enfermos cuya muerte real tiene una proximidad previsible, y en cuyo sufrimiento físico deambula una palabra posible; detrás de aquello que es nombrado, está lo innombrable, la muerte. Parece que no hay nada en los tratamientos psicológicos con estos enfermos que sea tan cotidiano, constante, encarnizado como la polusión de la muerte; le pone trabas a la palabra, es aquello en lo que está presa, la hace hablar en falso, tropezar, titubear.

El choque visual de una mutilación en su realidad material, podría infundir la suficiente medida, como para ocultarnos la realidad psíquica.

En el hospital, el psicólogo es para el médico, o el especialista, o el lugar donde se pueden derivar esos enfermos que no tienen nada que la medicina pueda curar como por ejemplo: los enfermos terminales y los histéricos con síntomas conversivos o somatizaciones.

En otras ocasiones es llamado como el técnico de las relaciones interpersonales para que realice el diagnóstico de dichas relaciones y para su tratamiento; entre el enfermo y su familia, entre el personal, miembros de un servicio.

El psicólogo es requerido para que forme grupos con enfermos de patologías comunes como por ejemplo: artríticos, diabéticos, hipertensos, etc. Se le pide dicte cursos o conferencias sobre diversos temas de su especialidad; también para que participe en tareas comunes de investigación.

En el trabajo con los médicos, el descentramiento de la escucha del psicólogo en relación con el discurso médico global, se hace más difícil a causa de la repetición y peso de este discurso; ese peso es más aplastante ya que es validado aparentemente por unas realidades anatómicas, sociales, históricas.

El psicólogo escucha una gama de discursos: imprevistos, parcelados, contradictorios, discontinuos, etc.; unas veces se encuentra con discursos mantenidos en monopolio y otras con discursos silenciosos. Más allá de esas diferencias, el profesional procede al análisis de la demanda del médico y del enfermo, con esa escucha descentralizada en relación con ella, siguiendo el hilo de sus puntos teóricos de referencia.

El psicólogo está ahí para dejar que el enfermo ponga en palabras su sufrimiento y escuchar lo que dice. Encontrar el lugar que uno ocupa en sus preguntas, en sus dudas, en sus creencias. Hacerle preguntas sobre la realidad psíquica de los demás y a la suya propia, en lugar de juzgarla, clasificarla o suponerla evidente. Pero, esa puesta en juego, ese ejercicio omite todo lo que es costumbre, hábito, velo, todo lo que nos preserva tanto del sufrimiento como del goce.

El psicólogo en el hospital corre el riesgo de hacer terapia "a lo salvaje", de ponerse como modelo, de funcionar en lo imaginario o sea respondiendo a las diversas preguntas de unos y otros con sus propios fantasmas.

Estas dificultades las encontramos de una forma muy precisa en el hospital general con pacientes orgánicos que en el tratamiento con neuróticos.

En ciertas patologías graves, en ciertos casos de invalidez permanente como por ejemplo: cáncer, cuadriplejía, paraplejía, etc. Aún cuando se le haya dado una información clara y completa, es sorprendente cuando tiempo después la familia o el enfermo hacen las mismas preguntas, a las que se les había dado ya respuesta. Aquí percibimos el despliegue de toda una gama de mecanismos de defensa contra la aceptación de la realidad, que van desde la incomprensión hasta la deformación de la información, desde la ausencia de reconocimiento hasta la denegación.

Ubicar esos mecanismos de defensa que cortan la comunicación, es posible si se deja que los enfermos hablen y si se les escucha. Empero, para escuchar y para dejar que la familia y el paciente hablen, cada uno de nosotros debe permanecer atento a sus propios fantasmas, a sus propios estereotipos.

BIBLIOGRAFIA

- CLAVREUL JEAN. El orden médico. Argot Compañía del Libro, S.A, España, 1983
LACAN JACQUES. Seminario VII. Paidós. Buenos Aires, 1990
MANNONI MAUD. Lo nombrado y lo innombrable. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires, 1992
RAIMBAULT GINETTE. El psicoanálisis y las fronteras de la medicina. Editorial Ariel, S.A. Barcelona. 1985

