

VIII Congreso Internacional de Psicoanálisis Multifamiliar

“El poder de la vivencia”

Buenos Aires, 17, 18 y 19 de noviembre de 2018

VIVENCIA DE CONTENCIÓN INSTITUCIONAL

DIAGNOSTICO VIVENCIAL

Hugo A. Vallejo

Dr.VallejoHugo@gmail.com

hugovallejo@aol.com

Temática general e ideas claves

Mi interés en compartir una experiencia clínica se basa en la vivencia de sorpresa al ver como un “usuario” del dispositivo MF desarrolló nuevas habilitaciones psíquicas para alcanzar el despliegue de nuevos recursos yoicos, dentro de un marco psicoterapéutico institucional, en un caso de migración traumática.

Experiencia de base

En una institución polivalente, como lo es el Sanatorio Dr. Julio Méndez, estábamos acostumbrados a ofrecer una atención programada tanto para Psicología como para Psiquiatría en sus Consultorios externos, dado que la atención de urgencia y la internación están tercerizadas. Con la implementación de las Reuniones de Psicoanálisis Multifamiliar tres veces por semana y en diferentes horarios para facilitar la concurrencia de los afiliados, fueron apareciendo nuevas circunstancias que pudimos incorporar como nuevas experiencias institucionales.

Desarrollo

Uno de los pacientes comenzó a concurrir al grupo nocturno en un estado de gran angustia, además de poseer su espacio de psicoterapia

individual y recibir medicación psicofarmacológica, inició su participación en los otros dos grupos, por propia decisión.

Interrogado sobre el por qué de su decisión, respondió que en las condiciones desesperantes e intolerantes que estaba atravesando, la “vivencia de contención” que recibía de la institución, complementada por su espacio individual, era la respuesta que necesitaba para sobrellevar acompañado, el dolor de abordar el análisis y la elaboración de duelos pendientes de su etapa infantojuvenil, en la cual fue víctima de violencia familiar y social (por una dictadura militar, que obligó a su familia a migrar de país para sobrevivir).

Motivación para compartir la experiencia

Esta utilización del dispositivo MF, evidenció algo nuevo hasta entonces, que fue el poder utilizar todos los GPMF, como un Centro de Día o Comunidad Terapéutica, que alojaba y respondía a la demanda, basado en la experiencia vivencial de empatizar con el sufrimiento, brindando un espacio de escucha confiable con respeto y tolerancia, generando así, una oportunidad para el cambio psíquico.

Mi interés de compartir una experiencia clínica se debe a la sorpresa que me generó ver como un “usuario” del dispositivo MF, desplegó nuevas habilitaciones psíquicas para desarrollar nuevos recursos propios, dentro de un marco psicoterapéutico institucional.

En una institución polivalente de obra social, como lo es el Sanatorio Dr. Julio Méndez de Ob.SBA, ofrecíamos solamente la atención ambulatoria programada, tanto para Psicología como para Psiquiatría en sus Consultorios Externos, dado que la atención de urgencia y la internación están tercerizados. Posteriormente, con la implementación de las Reuniones de Psicoanálisis Multifamiliar tres veces por semana y en diferentes horarios, para facilitar la concurrencia de los afiliados, fueron apareciendo nuevas

circunstancias que incorporamos como nuevas experiencias institucionales.

Tal fue así el hecho de haber percibido que un paciente que concurría al GPMF nocturno en un estado de gran angustia, además de poseer su espacio de psicoterapia individual y de control psicofarmacológico inició, por propia decisión, su participación también en los otros dos grupos semanales. Al interrogarle sobre el por qué, respondió que la “vivencia de contención” que recibía de la institución, complementada por su espacio individual, era la respuesta que necesitaba para sobrellevar, acompañado, las condiciones desesperantes e intolerantes que atravesaba, junto con el dolor de abordar el análisis y la elaboración de duelos pendientes de su etapa infantojuvenil, en la cual fue víctima de violencia familiar y social, por una dictadura militar, que obligó a su familia a migrar desde Chile a la Argentina, para “sobrevivir”.

Ahora bien, si nos ponemos a reflexionar sobre estos hechos institucionales, además de la descripción fenomenológica de lo ocurrido, también podrán surgir otros interrogantes, como ser:

¿qué es lo que ocurrió profundamente en el psiquismo del paciente?,

¿cómo, porque y para qué ocurrió?

¿Existieron motivaciones psicológicas, emocionales y/o “vivenciales” para ello?

¿fueron motivaciones intrapsíquicas y extrapsíquicas?

¿fueron ambas en interdependencia?

¿Qué le ocurrió con la institución?

En el caso de referencia, dentro del marco de los GPMF, pareciera que el instinto de “super-vivencia”, se vio potenciado por los diferentes recursos terapéuticos disponibles. Corroborando así la existencia de la “virtualidad sana potencial”, la cual busca su desarrollo, a través del “poder de las vivencias”, si es que se dan las

condiciones de un medio suficientemente sano que garantice su despliegue.

Este modo de utilizar el dispositivo MF, evidenció algo nuevo hasta entonces, que fue la utilización de los GPMF, como un Centro de Día o una Comunidad Terapéutica, que alojaba y respondía la demanda del sujeto sufriente. Brindando así, un espacio de escucha confiable con respeto y tolerancia, basado en la “experiencia vivencial” de empatizar con el sufrimiento del otro, generando así un clima de “familiaridad” y una oportunidad para el “cambio psíquico”.

Continuando con las reflexiones, también podemos decir que, en un principio, no se le prescribió que concurriera a las tres reuniones semanales pues no habíamos pensado en esa posibilidad previamente, si bien luego se evaluó la pertinencia de que lo siguiera haciendo. Fue evidente que, en la evaluación diagnóstica tradicional inicial, no se tuvo en cuenta las “necesidades vivenciales” del consultante de ser contenido y acompañado en su proceso, dentro de un colectivo terapéutico y con una mayor frecuencia; es decir, no se efectuó un “diagnóstico vivencial” del paciente y sus circunstancias.

Dentro del “proceso terapéutico”, considero a las “vivencias” como un “sistema dimensional”, que funciona como una vía regia para conocer y comprender empáticamente al otro y a sus circunstancias vitales que lo condicionan en su devenir. Sumándose de este modo, una variable poderosa de gran influencia sobre el sujeto, que es la “temporalidad”, por el hecho de ser un condicionamiento que nos atraviesa a todos los seres humanos para constituir así, la “historia vivencial”. Es por lo que las resonancias de las vivencias actuales, aún vigentes y “presentes”, con las vivencias pasadas, nos darán señales significativas para una aproximación diagnóstica y un eficaz abordaje terapéutico. También creo que, a los fines de la comunicación, este tipo de diálogo con el paciente, se lo puede expresar como un “lenguaje de transferencia vivencial recíproco en interdependencia”.

Evidentemente, desde que Ortega y Gasset tradujo del alemán “*Erlebnis*”, a partir de “vivir”, y creó la palabra “vivencia” como “experiencia del sujeto que contribuye a formar su personalidad”, se ha multiplicado y aprovechado su significado de manera exponencial.

Conclusiones:

La presunción diagnóstica, tanto en la clínica psicoanalítica, psicológica o psiquiátrica, habitualmente, esta referida a la “sintomatología” del consultante para poder arribar a un diagnóstico y una terapéutica posible. Pero, si bien la clínica transcurre en un plano psicoemocional-conductual individual, la mirada y la escucha del PMF tiene en cuenta varios planos de las diferentes dimensiones de la “trama de interdependencias recíprocas”, incluyendo los aspectos sociales, culturales, familiares, y especialmente lo que transcurre en el área “vivencial”.

Es por todo ello que podemos inferir, la existencia en la psiquis, de una “hiper-complejidad multidimensional” que incluye lo subjetivo, lo intrasubjetivo, lo intersubjetivo y lo transubjetivo. Atravesado por lo prehistórico personal-familiar transgeneracional, sobre la base de la “trama de archivos de la memoria vivencial”.

Como agentes de salud considero un desafío, dentro del proceso terapéutico, incorporar el “pensamiento multidimensional y vivencial” para crear las condiciones, con nuevas interdependencias más sanas, que ayudarán al otro (paciente) a que pueda cambiar su manera de pensar y así también, transformar su modo de estar siendo en la vida.

Referencias:

MF: Multifamiliar

GPMF: Grupos de Psicoanálisis Multifamiliar

BIBLIOGRAFIA

García Badaracco, J. E. (1990) Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura Multifamiliar. Madrid. Editorial Tecnipublicaciones SA.

Ponencias presentadas en Congresos:

Jones, A.; Bar G.; Vallejo H. A. (2011). El Psicoanálisis Multifamiliar y la mundialización. Simposio. Congreso de los Cinco Continentes. Lyon, Francia.

Jones, A.; Vallejo, H. A. (2013). Las tramas de la mente. Congreso Internacional de Psicoanálisis Multifamiliar. Ditem.

Kaes, R.; Faimberg, H.; Enríquez, M.; Baranes, J. J. (2006) Trasmisión de la vida psíquica entre generaciones. Buenos Aires. Amorrortu editores.

Kandel, E. (2012). En busca de la memoria. Buenos Aires. Katz Editores.

Mitre, M. E. (2016). Las voces del silencio. Por qué se curan los pacientes que se curan. Argentina. Sudamericana.

Vallejo HA (2016). Los poros del alma. Articulación entre Neurociencias y el Psicoanálisis Multifamiliar. Redes y Paradigmas N° 10 (465-472) Buenos Aires. Fundación PROSAM. Editorial Letra Viva.