

VIGENCIA DEL PSICOANALISIS EN EL TRABAJO CON POBLACIONES VULNERABLES

Denise Defey

I -JUSTIFICACION Y CONTEXTO DEL TRABAJO

En mi práctica profesional, me he desarrollado como terapeuta de orientación psicoanalítica durante varias décadas. Otras tantas las he transcurrido en hospitales públicos con tareas docentes y asistenciales. En las últimas décadas -ya pasadas esas otras etapas-, me he concentrado en ofrecer formación en psicoterapia y otras intervenciones psicosociales, estando además muy cercanamente involucrada con múltiples programas e instituciones sociales en tareas docentes, de supervisión, orientación y cuidado de equipo.

Esta combinación de experiencias y recorridos me ha llevado desde hace ya un tiempo a la necesidad de depositar un considerable esfuerzo en conjugar la tradición psicoanalítica (mía, de la disciplina y del contexto más cercano) con las realidades y necesidades asistenciales en Salud Mental de personas, colectivos y familias que viven en condiciones de extrema carencia, exclusión social y deprivaciones.

Ya Freud hablaba en 1919 de la necesidad de un “Psicoanálisis para el pueblo” impactado por los efectos de la guerra sobre los más vulnerables. Afortunadamente, en nuestro país no hay guerras... pero sí vastos sectores de la población que se ven enfrentados a situaciones de vida (y de muerte) que tensan la capacidad de sufrimiento psíquico al máximo. Múltiples experiencias en diversos contextos institucionales muestran que es posible conducir procesos que parten de una comprensión psicoanalítica y adecuan sus métodos para dar acceso a los tratamientos psicológicos como parte de los derechos universales a la salud.

II - ANTECEDENTES y FUNDAMENTACION

En este trabajo haremos una serie de revisiones y propuestas que pueden ser discutidas y discutibles, cuestionadas y cuestionables. Por ello, nos parece importante explicitar su génesis.

En inicios de la década del 80, un grupo de jóvenes psicólogas ofrecíamos en el hospital asistencia a las mujeres que transitaban embarazos llamados “de alto riesgo”. Sin posibilidad de formación específica en aquel momento histórico del país, hacíamos con nuestras pacientes lo que recibíamos de nuestros terapeutas y analistas: superar los mecanismos de defensa para llegar lo más profundamente posible a la angustia subyacente, explicitando los temores y fantasías que veíamos negar y desmentir. La crítica cuidadosa de nuestros compañeros médicos nos hizo detenernos y reflexionar. ¿Era razonable generar esos montos de angustia en pacientes que, luego de la consulta, volvían a sus casas y sus carencias vitales, siendo que probablemente no las veríamos más? ¿Estábamos teniendo en cuenta las repercusiones de tal movilización en pacientes vulnerables somáticamente (cardiopatías, hipertensión, etc)? ¿Era lo que les ofrecíamos (“pensarse”, “hacerles ver”) lo que precisaban de nosotros o lo tomaban por “obediencia informada”? Los problemas de esas personas (que implicaban riesgo inminente de vida para ellas y sus hijos en gestación) tenían que ver con su subjetividad o con su realidad

tangible que muchas veces solo podían tolerar con una consistente negación, la cual nosotros nos preocupábamos de dismantelar?

Estas preocupaciones y cuestionamientos nos hicieron detener nuestra práctica e iniciar un camino de revisión y exploración de abordajes asistenciales más adecuados, relevantes y respetuosos de la realidad y necesidades de estas personas y sus familias.

Un segundo momento de reflexión lo constituyó, en la década de los 90, la oportunidad que tuvimos junto a algunos colegas de ofrecer formación psicoterapéutica a los psicólogos que cumplían tal tipo de funciones en el ámbito de INAU. Enorme fue nuestra sorpresa -y desazón- al ver que todos aplicaban al pie de la letra las pautas de una psicoterapia psicoanalítica clásica, estimulando la transferencia y procurando que el niño o adolescente reviviera sus experiencias anteriores en su relación con el terapeuta. Esta modalidad de abordaje resultaba agobiante para los terapeutas, que hora tras hora se veían colocados en el lugar de padres que abandonan, abusan, maltratan y explotan a sus hijos. Por otra parte -y más grave aun- siendo una asistencia en el marco institucional, ocurría que perdían contacto inesperadamente con sus pacientes y que ellos mismos, en tanto funcionarios, también eran removidos a otro servicio, o renunciaban en aras de su desarrollo profesional personal, con lo cual es fácil imaginar el efecto iatrogenico sobre sus pacientes, que no solo vivían un nuevo abandono (esta vez de una persona que se ofreció como alguien confiable) sino que muchas veces esta separación se daba en medio de eclosiones de hostilidad en la transferencia que hubieran sido sanadoras de continuar el vínculo pero terminaban generando -a los ojos de los pequeños pacientes- un nuevo abandono y confirmando que el o los anteriores se debieron a su maldad y mal comportamiento.

Un tercer momento fundante de las reflexiones y propuestas que aquí se presentaron lo constituye, en la década de 2010, el contacto con el caso de un niño de 9 años institucionalizado en un Hogar de 24 horas que, en una salida de visita su madre, sufre múltiples violaciones por parte de diferentes adultos presentes. Al retornar al Hogar nada comenta, no manifiesta modificaciones en su conducta y todo transcurre como si nada hubiera sucedido. Pasados varios meses de esta reacción, el equipo técnico del Hogar decide iniciar un proceso psicoterapéutico (inconsulta con el niño, por otra parte), buscando dismantelar la desmentida y abordar los recuerdos angustiosos del momento vivido. El niño reacciona con un quiebre psicótico que permanece al día de hoy. Similares experiencias en otros casos y contextos similares condujeron a reiterados intentos de autoeliminación en adolescentes.

III -REPENSANDO NUESTRAS PRACTICAS

Todas estas experiencias -vivas intensas y dolorosamente- obligan a una revisión de algunos principios que rigen no sólo nuestra práctica psicoterapéutica. ¿Será cierto que, como nos han dicho, “la verdad os hará libres”? Por lo pronto, parecería que en algunas ocasiones, al menos, hará un daño incommensurable. ¿Será cierto que es productivo y saludable explorar el pasado en busca de elaborar lo vivido y de la “reconstitución de la memoria” (como hoy en día se describe desde la Neurociencia al mecanismo principal de la psicoterapia)? Sabemos hoy, por otra parte, que el trauma temprano inhibe el desarrollo del hipocampo, que constituye la “caja de los recuerdos” del funcionamiento cerebral.

¿Todo lo vivido (y lo perdido) puede ser elaborado o hay límites que la mente humana no puede pasar y es imprescindible desmentir y escindir lo vivido? ¿Todas las pérdidas pueden ser elaboradas o algunas son tan devastadoras que sólo pueden superarse -y sobrevivir a ellas- por medio de la sustitución de sujeto en la vida real (como vemos en las madres a las que se les quita la patria potestad e inmediatamente se embarazan)?

La senda que recorre toda terapia exploratoria pasa por la de-construcción, la exploración, (en algunas de ellas), el revivir la experiencia dolorosa, para lograr una posterior reconstrucción- Se b de-construcción que permita comprender el significado profundo de aquello que se quiere comprender y abordar: los síntomas, las dificultades, las inhibiciones y todo aquello que genere sufrimiento y lleve a buscar una ayuda. La exploración de las causas (generalmente en el pasado, cuando mas preterito mejor) lleva ineludiblemente a ‘viajar’ al pasado y se busca -en otro aspecto de la técnica- revivir en la transferencia lo vivido en la propia historia. Todo esto apunta a una “reconstitución” (de los recuerdos, de los mecanismos de defensa, de los estilos vinculares, de la percepción de si) que ha demostrado ser duradera y generadora de un estado solidamente mejor en terminos de Salud Mental.

Sin embargo, el tránsito productivo por este camino requiere condiciones que no son consistentes con las condiciones de vida de las personas en situación de vulnerabilidad y desamparo: la continuidad, la permanencia, el ajustarse a lugares/horarios y, especialmente, la larga extensión de tiempo de estos procesos. Es frecuente oír/leer respecto a su respuesta a los tratamientos prolongados ofrecidos la frase “no sostiene”. Sería interesante preguntarnos si no sostiene o nosotros le ofrecemos tratamientos insostenibles, por lo pronto por su extensión. En frases de una paciente del hospital, luego de su primera sesión de psicoterapia:

“Mire, doctora, yo le agradezco mucho que ud me quiera ayudar, pero yo no voy a poder venir mas. Ud me explico que esto es con verdar y que tengo que venir todas las semanas dirante varios meses. Eso es imposible para mi. Vivo lejos y entre, ir, venir y conversar con ud, pierdo uno de los cinco dias de la semana de limpiezas que hago. Por otro lado, para venir tengo que dejar a mis hijos solos... vivimos en un barrio bravo: en la calle es peligroso y encerrados tambien....”

En relacion al uso de la transferencia y contratransferencia como herramientas tanto diagnosticas como terapeuticas, es importante cuestionarse si se dan las condiciones de “tabla rasa” donde, a modo de pantalla de proyeccion, el paciente ve en el terapeuta las figuras de su pasado y su mundo interno, en un proceso en el que yo, como terapeuta, no puedo ni debo tomar acciones que puedan modificar el curso de vida de mis pacientes. Esto directsmemente es imposible en los procesos terapeuticos en estas condiciones, pues el terapeuta puede verse obligado a denunciar situaciones de abuso, violencia o explitacion sexual. Esto genera lo que un aprticipante no idntifas icado en un Taller sobre este tema en le marco delcongreso de APU sobre Desamparo denomino “transferencia radioactiva” pues el profesional tiene poder -por asi decirlo- de “vida o muerte” sobre su paciente, pues puede tomar acciones que sean decisivas en que se pierda lo considerado mas valioso: los hijso a suspadres, los padres a sus hijos.

El trabajo sobre los mecanismos de defensa invita nuevamente a la reflexion. Es un criterio clasico plantear su exploracion, revision ymodificacion -en aras del desliegue de mecanismos mas evolucionados que consideramos parte del trabajo terapeutico. Sin embargo, en determinadas condiciones de vida o en situaciones extremas, los meecanismos mas radicales, qe solemos identificar como “primitivos” resultan ser imprescindibles y parece imprudente intentar modificarlos, al menos sin una revision exhaustiva de la cualidad de aquello de lo que deben “defendernos” nuestros mecanismos de defensa.

Esto nos lleva a un asunto fundamental en esta revision conceptual y tecnica: el lugar de la realidad tangible y actual en el psiquismo.

Considerado unanimemente (también por el dr Kandell, premio Nobel de medicina), la forma más completa y compleja de comprender la mente humana, el Psicoanálisis ha echado luz sobre los procesos más arcaicos de su constitución, jerarquizando más que adecuadamente el papel de la infancia en la constitución psíquica del ser humano adulto. Aquello que el niño ha vivido en sus primeras etapas de desarrollo en su cotidianeidad real y tangible deviene psiquismo, permaneciendo “vivo y real” dentro suyo y determinando su mirada y accionar sobre el mundo y sobre sí mismo. El contacto cotidiano con personas que viven situaciones extremas de dolor, humillación y traumatismo intensos en la vida adulta lleva a cuestionarse si esa construcción del psiquismo no se continúa -apoyada en la génesis preterita e iluminada u oscurecida- por la misma, en la vida adulta por la realidad externa y el contexto de vida. Como Samuel Fuks, pionero de la Salud mental Comunitaria, lo ha expresado claramente: el contexto se vuelve texto. O, como lo ha ilustrado claramente una carátula de la revista Brecha: “Junto basura, como basura, soy basura”. Un ejemplo dramático (que lleva el tema más allá de lo vinculado a la pobreza) es la reciente identificación en Suecia y Nauru del “síndrome de resignación”, por el cual niños y adolescentes refugiados en condiciones de falta total de certeza sobre su pertenencia territorial y futuro, caen en un coma psicógeno, que se revierte al solucionarse la situación legal de sus familias.

Esta es una discusión vigente dentro del Psicoanálisis, que pensamos se ilumina con los aportes de Pichon-Riviere (introduciendo la dimensión social e incluso socio-política dentro de la disciplina) y del concepto de situación (introducido por Bleger con la idea de ‘situación analítica’) y profundizado por H. Fiorini con sus aportes sobre el diagnóstico y abordaje situacionales, en los cuales se complementa la mirada hacia el pasado y el mundo interno con una perspectiva sobre lo real y actual.

IV - LOS APORTES CONCEPTUALES Y TÉCNICOS DEL PSICOANÁLISIS

Muchos son los desarrollos que aportan a la comprensión de los efectos (algunos letales) de la vulnerabilidad y el desamparo, especialmente en las primeras etapas del desarrollo. Estos van desde el concepto de ‘falta básica’ de Bion XXXX, al de ‘angustia de desamparo’ de Winnicott, los desarrollos sobre los efectos de la pérdida temprana tanto de Bowlby como Spitz (que mostro, con el concepto de depresión anaclítica, los efectos aun en la sobrevivencia de pequeños infantes de la ausencia de vínculo de apego).

Por otra parte, en aportes mas recientes, Killignmo ha planteado la crucial importancia para la tecnica de distinguir entre patologias de deficit y de conflicto. En estas ultimas - sobre las que se desarrollo inicialmente el Psicoanalisis- el trabajo consiste en “develar” el sentido de los sintomas y el sufrimiento subjetivo. En las patologias de deficit, por el contrario, se trata de “construir un sentido”, que ha estado faltando a causa del deficiente desarrollo del psiquismo. En la misma linea, Fanny Shcholnik ha desarrollado en diversos trabajos el concepto de lo arcaico en la neurosis, jeraquizando la importancia de modificar la tecnica al enfrentarse con aspectos que generan lo que denomino “lo arcaico en la neurosis”, en que plantea la necesidad de modificar la tecnica analitica al aparecer, en el marco del trabajo con un paciente neurotico, aspectos arcaicos que requieren de la construccion como recurso técnico fundamental.

V – REVISIONES CONCEPTUALES

V 1 – Elaboracion/sustitucion

La sustitucion de objeto en la vida real ha sido considerada generalmente una resolucion patologica de las perdidas y relegada, cuando ha resultado salvadora, a relatos de casos. Magullanky ha senalado la diferencia entre la sustitucion maniaca y la torifica. En la proera, el objeto perdido es denigrado, el dolor de la perdida suprimido y la sustitucion es inmediata y total. En la sistuticion tofica, por lo contrario, se produce un proceso de duelo que permite valorar lo perdido y aceptar el dolor por la perdida, buscando un nuevo objeto que ocupe un lugar similar pero no anule el de la figura perdida (de hecho, ya Abraham decia que no habia completamiento del duelo sin una saluda de sustitucion de objeto...).

No resulta razonable (ni lo vemos en los encuentros reales) esperar una capacidad de elaboracion en historias de multiples y reiteradas perdidas a lo largo del tiempo, junto con una constitutiva fragilidad, en que a la vez la capacidad de simbolix=izacion esta muchas veces jaqueada por las carencias proteicas en el desarrollo temprano y prenatal del cerebro. La sustitucion de objeto resulta un recurso espontaneo y protector en situaciones potencialmente devastadoras como la perdida de hijos por decision judicial, como mencionabamos al inicio de este trabajo.

V 2 Paradigma de conflicto vs paradigma de privacion

Una concepcion centrada en la ambivalencia presente en los vinculos afectivos, especialmente el de maternidad, nos resulto insuficiente en nuestro trabajo en las Maternidades publicas y luego en el entorno comunicatio para comprender las dificultades de los padres (especialmente las madres) para el cuidado de sus hijos. Esto nos llevo (tomando el concepto de estrucuta de deficit de Killignmo) a desarrollar el concetp de ‘paradigma de privacion’ versus el paradigma de conflicto que regia hasta encontes nuestro modo de entender estas dificultades en los cuidados parentales. El concepto fundamental es que quien no ha sido querido y cuidado tiene grandes dificulatades para querer y cuidar. No retiene el afecto y sus demostraciones o el cuidado por snetimientos ambivalentes sino por una especie de ‘aprendizaje procedural’ de ausencia de cuidados y demostraciones, a lo cual muchas veces se suma la construccion de un estilo de apego evitativo que se aparte de los vinculos afectivos para no volver a sufrir como lo ha vivido en el pasado.

VI – TECNICA

En el trabajo sostenido de décadas con lo que se denomina “poblaciones vulnerables”, tanto en contexto institucionales como de trabajo en calle, comunitario o en servicios de salud, la sensibilidad clínica y la vibración empática de los técnicos y operadores ha conducido a un rico y diverso “armamentario” de intervenciones psicológicas. Algunas de ellas pueden, sin duda, ser conceptualizadas desde otras corrientes teóricas pero muchas son instrumentaciones de profundas comprensiones de raíz psicoanalítica y constituyen, a nuestro modo de ver, invalorable aporte que enriquecen la técnica y hacen honor a la riquísima teoría que les da sustento. Dada la distancia entre la práctica y la producción escrita sobre ella, hemos hecho un esfuerzo por recopilarlas, conceptualizarlas y nombrarlas (Defey 2018).

A su vez, otros colegas (e.g. Charbonier et al 2018, Mora & Queirolo 2018, Rodríguez & Hounie 2020) e instituciones (e.g. El Abrojo, 2018) han procurado recoger por escrito sus experiencias de intervención, dando cuenta de ellas.

En este apartado del presente trabajo, pretendemos compartir algunas de estas propuestas técnicas que son, a nuestro modo de ver, desarrollos actuales -muchas veces cuasi anónimos- de la práctica psicoanalítica.

V 1 – El encuadre

Los intentos en mantener la práctica habitual de procesos de alta frecuencia y duración extendida no han encontrado eco en este contexto de trabajo. Creemos que se explica por la transitoriedad de las vidas de las personas en situación de vulnerabilidad y desamparo, así como su dificultad para confiar en otro -dadas sus experiencias traumáticas y de abandono previas- y la limitación en la posibilidad de explorar el propio pasado.

M. Knobel ha introducido -a partir de su trabajo en hospitales en Brasil- el concepto de “encuadre disponible” que, combinado con el concepto de “encuadre interno”, implica la posibilidad de realizar la intervención en tiempos y lugares diferentes de los habituales. En nuestro medio, la propuesta del Portal Amarillo -nodo de trabajo con adicciones de ASSE- de la metodología de “Grupos T” ha resultado extraordinariamente exitosa y se ha divulgado a otras instituciones asistenciales. Su metodología se basa en “danzar” con el funcionamiento psíquico de su población usuaria, dando un tiempo libre de asistencia, horarios y terapeutas (T=transitoriedad, transicionalidad) a los potenciales pacientes hasta que puedan, finalmente, “anclar” en un espacio regular y estable de trabajo grupal (T=terapia) donde despliegan el temor al derrumbe y la angustia de desmoronamiento de lo que hablaba Winnicott junto al doloroso relato de sus historias de abandono, abuso, privación y trauma.

V 2 – El lugar de la palabra

Definida tradicionalmente como “cura por la palabra” (talking cure), el psicoanálisis y otras formas de terapias llamadas expresivas o exploratorias han jerarquizado este modo

de trabajo, no solo como vía de comunicación con el paciente sino como vía princeps para lograr procesos de mentalización y simbolización que permitan resolver problemáticas no solo del orden neurotico sino también de origen arcaico.

Si bien este lugar sigue siendo jerarquizado en todas las experiencias relatadas, es imprescindible tener en cuenta hechos tan tangibles y candentes como el volumen de léxico que surge de las diferentes trayectorias de vida y educativas. Se ha investigado en nuestro medio (Cuadro 2010) la distancia sustancial en el volumen de léxico de niños en contexto de pobreza y de clases medias y altas. También los contextos de vida y cultura de la vida adulta inciden: quien trabaja en el campo o la pesca, así como quien vive en calle no da el uso privilegiado a la palabra de quienes sistenemos una vida urbana y privilegiamos el desarrollo intelectual.

Anne Brun (2011) ha conceptualizado dentro de la mirada psicoanalítica el uso de “mediadores” en el trabajo terapéutico, lo cual ha sido retomado y desarrollado en relación al proyecto de psicoterapia en calle extrema desarrollado por INAU y otras instituciones por J. Mora (2018). La “intermediación del encuentro”, en combinación con el encuadre disponible, permite un acercamiento paulatino que genere un vínculo de confianza básica que dé luego paso a la alianza terapéutica en quienes temen vincularse y han desarrollado un estilo de apego evitativo para evitar volver a sufrir como lo han vivido en sus experiencias vinculares anteriores y fundantes.

V 3 – La actitud del terapeuta

Junto con otros autores, creemos que es necesario rever la actitud del terapeuta en que no demuestra expresividad en la sesión en el trabajo con pacientes con historias plenas de privación afectiva. El sustento de esta necesaria revisión tiene su sustento en los estudios en nuestro medio sobre el efecto sobre el desarrollo y la salud mental de la ausencia de expresividad y explicitaciones por la palabra por parte de la madre en condiciones de pobreza (Bernardi et al. 1996), junto con las múltiples investigaciones sobre los efectos en el desarrollo del niño por parte de madres que cursan una depresión durante las fases tempranas de desarrollo del hijo.

Por otra parte, como hemos desarrollado en otro apartado, la tendencia en estas historias de vida de pérdida y traumas es a la sustitución, lo cual genera el dilema ético de que lo que es pensado desde el técnico como trabaja en transferencia (permitido por la extensión e intensidad de los encuentros) se transforme desde el lado del paciente en una extraordinaria (y peligrosa) oportunidad de sustitución. Creyendo encontrar (por fin!) el vínculo permanente y confiable que ha buscado toda la vida, se ve nuevamente enfrentado a una pérdida -vivida como nuevo abandono- al concluir el tratamiento.

Los “actos de valor simbólico” sustituyen muchas veces de manera excelente el recurso a la palabra en otros contextos. En el proyecto de psicoterapia en calle extrema, el terapeuta esperó durante varios días (bajo lluvia y frío también) que pudiera acercarse el adolescente con el que pretendía trabajar, bajo la atenta mirada del muchacho que, escondido pero dando señales de presencia, precisaba de ese tiempo y demostración de disponibilidad real para poder atreverse a un vínculo que luego permitió dos años de trabajo terapéutico sumamente productivo.

Por otra parte, Killigomo (1990) resalta la importancia de las intervenciones que denomina “afirmativas” en las estructuras de déficit.

Hemos desarrollado el concepto de “espontaneidad responsable” (Defey 2018) para conceptualizar una actitud del terapeuta que no deprive afectivamente al paciente pero

no le invite a la ilusión de un vínculo que está ineludiblemente condenado a terminar. Este cuidado va directamente asociado a temas de intensidad y frecuencia que desarrollaremos en el apartado siguiente.

V 4 – La consulta terapéutica

Conceptualizada originalmente por Winnicott y desarrollada luego por B. Cramer para el trabajo con madres/padres y niños pequeños, el dispositivo por el cual se conjugan la instancia digansotica y terapeutca en un solo encuentro (“consutla terapéutica”) ha demostrado en múltiples contextos ser una forma óptima de lograr encuentros terapéuticos que cumplan sus función de tales y protejan de efectos deletereos con el “no sostener” de los pacientes o los mencionados efectos secundarios de la alta frecuencia e intensidad.

En la medida en que cada encuentro es válido por sí mismo, es posible extender/profundizar la intervención en relación tanto a las posibilidades reales de encuentro como a las posibilidades externas de exploración de la propia historia y el tolerar compartirla con otros. Esta modalidad también “danza” adecuadamente con la transitoriedad de la vida, los vínculos y los lugares de residencia, así como lo que hemos conceptualizado (Defey 2018) como necesidad de “menor dosis” en los vínculos y los encuentros.

V 5 – Insight ...o oversight?

En un encuentro sobre trabajo en calle organizado por el MIDES, una persona que vive en calle y fue invitada a compartir con la audiencia su experiencia y vivencias, decía que la ayuda fundamental para el por parte de “los muchachos del refugio” fue ayudarlo a percibir que su situación de calle tenía otros determinantes externos (sociales, políticos, etc) y no se debía exclusivamente -como él pensaba- a sus fallas y omisiones con los demás y su autocuidado.

Esta observación nos ha llevado a desarrollar el concepto de “oversight” (Defey 2018) o “insight sociopolítico”, directamente relacionado con los conceptos de fortalecimiento y dignificación que han sostenido la mayoría de los proyectos de intervención social en su diseño original. Esto pretende ser complementario a la exploración de los aspectos propios en juego en la situación de vida y dificultades, dando un lugar a la dimensión de realidad externa (actual y pasada) que mencionábamos en un inicio. El poder asignar la situación de vida no solo al propio accionar y dificultades sino a factores externos (generalmente fuera de la posibilidad de toda influencia) constituye un acto de dignificación que abre, a su vez, la posibilidad de explorar la propia contribución al devenir de vida, con la consiguiente posibilidad de modificarla o, al menos, comprenderla.

v- 6 Los mecanismos de defensa

El trabajo con estas historias de dolor y la resultante fragilidad -muchas veces oculta en aparentes fortalezas y desafíos- requiere por parte del terapeuta un exquisito balance entre tener presente el dolor de la realidad actual y el pasado que la condiciona, con el tacto y cuidado de proteger a quien asiste de una percepción tan dolorosa que se vuelva insoportable y -como relatabamos al inicio- conduzca a desenlaces trágicos.

Una mujer en calle ha construido con un colchon y un nylon cuidadosamente adosado a la pared un refugio para la inclemencia de la vida en calle que denomina “mi casa”. Si productivo cuestionar esta negacion/desmentida? A nuestros ojos claramente no es una casa pero es imprescindible comprender que esto no es solo necesario sino i nsigno de salud mental, puesto que es posible pensar en una casa-hogar y se tiene, ademas, la envidiable capacidad de verla donde solo hay indicios de la misma.

De la misma forma, la escision/desmentida respecto a aspectos intolerables de la propia historia (que pueden ir desde la prostitucion hasta el infanticidio) son el unico recurso psiquici que permite sobrevivirlos. La descarga por la accion que denominamos acting out es, en muchos ninos y jovens que han vivido situacione de abuso y maltrato, una forma de dignificacion y “ponerse tablas” con la vida y el mundo adulto que, en un contexto de contencion y aceptacion, permite a lo largo del tiempo reorganizar su mundo interior y sus vinculos.

Desde el punro de visra tecnico, creemos que en el teabajo con poblaciones vulenrables, la comprension psicoanalitica de los mecanismso de defensa desplegados es esencial e ineludible, pero su abordaje requiere de cuidadosas evaluaciones que no dejen de lado nuestros paradigmas culturales y de clase sobre la validez de ciertos mecanismos adaptativos en diferentes contextos de vida.

SUSTITUCION, MEC DEF, CONSUTLA TERAPEUTICA, INSIGHT/OUTSIGHT
hombre calle, ESPONTANEIDAD RESPONSABLE, PARADIGMA DE
DEPRIVACION, ANA CHARBONNIER, JOSEFINA MORA GRUPOS T talking cure
CONSUTLA TERAPEUTICA reconomineto del otro unicef cerutti mec def

BIBL ANA JOSEFINA KILLIMGO BALINT WINNICOT GRUPOS T FANNY
sustituciion dd Triaca manzo terapias breves largas cramer cons terap magullansky

Di valencia