

## DIAGNOSTICO Y PSICOTERAPIA. UNA CONCEPCION PSICODINAMICA DE LA PSIQUIATRIA DE URGENCIA Y DEL ROL DEL PSICOLOGO

MAURICIO KNOBEL

Universidad de Buenos Aires

ARGENTINA

Uno de los problemas con que nos enfrentamos en la práctica de profesiones vinculadas a la Salud Mental, en *nuestro medio*, es el de la ubicación del psicólogo clínico en el rol profesional que le corresponde.

Sabemos que está capacitado para colaborar activa y plenamente en el *equipo clínico*, en las funciones de diagnóstico, de organización y de investigación (Knobel, 1965) y que esto se dió con mayor claridad originalmente, en las "clínicas de orientación infantil" haciendo así que la paidopsiquiatría marcara un rumbo inicial de trabajo *interdisciplinario* de ulterior significado de aproximación del psicólogo y del psiquiatra para que puedan *compartir* tareas (Knobel, 1968a).

Sin embargo la dificultad del ejercicio de la *psicoterapia* por parte del psicólogo, en nuestro país y en otros países de la América Latina, sigue vigente y la real acción interdisciplinaria parece coartada por un verdadero plano de escisión que pasa por precisamente lo psicoterapéutico.

Hay ansiedades y fantasías persecutorias, así como actitudes reactivas retaliativas, tanto por parte de médicos como de psicólogos, que ya lo he enfocado (Knobel, 1968b; 1971a) y que creo deben estudiarse con mayor profundidad en nuestros países para lograr una praxis profesional que no solo facilite al psicólogo el ejercicio de la psicoterapia, puesto que esto sería desplazar y minimizar una problemática que tiene serias concomitancias socio-políticas de significativa transcendencia en la estructuración de verdaderos planes y acciones de salud mental al servicio de la comunidad, y nó de un sistema que trata de perpetuar la alienación de la psiquiatría (Knobel, 1971b).

Es por ello que creo debemos ubicarnos *en* el mundo de hoy, salir de abstracciones nosotáxicas de la patología y ubicarnos, psiquiatras y psicólogos en un quehacer pragmático frente a las situaciones de conflicto que padece el individuo en *nuestro medio*, y mediante reformulaciones adecuadas *encontrarnos*—en un sentido fenomológico—con perspectivas de futuro en un compartir profesional actual, pero dentro de un marco de dimensiones socio-políticas que den sentido *le realización* a nuestras tareas.

Creo que debemos aceptar las diferentes coyunturas para que esto se concrete. Una de ellas, a mi entender, es la que ofrece la conceptualización y la praxis en lo que se denomina "Psiquiatría de Urgencia", tema del que recientemente me he ocupado y que en gran parte reproduzco en este trabajo (Knobel, 1972).

El desarrollo actual de la Psiquiatría con sus múltiples aplicaciones en el campo social, educacional, laboral, político, sin dejar de lado su pertenencia clínica, es decir, sin dejar de ser una especialidad médico-Psicológica, no ha hecho mucho por desvirtuar prejuicios y aclarar su rol en y frente a la comunidad.

Por el contrario, no pocas veces se ha hecho mucho más confuso aún, especialmente frente a los mismos psiquiatras, algunos de los cuales se enrolan en lo que se denomina una "anti-psiquiatría" (Cooper, 1971) y otros critican el "modelo médico" al que la psiquiatría sigue sometida (Leifer, 1970).

Por otro lado he encontrado que algunos psicólogos en un aparente afán de "no someterse" a este modelo médico, buscan técnicas de acercamiento al enfermo mental manifiestamente no-médicas. El problema es que muchas de estas "técnicas" son altamente cuestionables metodológicamente y desde luego difícilmente evaluables clínicamente. En ocasiones son iatrogénicas. Esto me hace pensar en la necesidad de—por lo menos—planearnos hasta que punto estas "técnicas" no son más que lo manifiesto de una rebeldía y un resentimiento, que contribuyen más a separar a médicos y psicólogos y que inconscientemente—a través del fracaso o la iatrogenia—no buscan someter más al psicólogo, en esta escisión psicólogo-médico, que permite al médico mantener la hegemonía de todo lo que llamamos psiquiátrico.

La medicina psicosomática intenta introducir la correlación psiquis y soma en la patología. Sin embargo, esto es más superficial de lo que algunos psiquiatras creen. Después de dictar varios cursos para graduados sobre diferentes aspectos psiquiátricos y psicodinámicos aplicables a la práctica médica, en los que realicé una investigación al respecto, pude constatar que la mayoría de los médicos (y eso que se trataba de una muestra selectiva, de manifiesto interés y cierta información sobre el tema) no habían hecho, hasta ese momento una integración real psicosomática (Knobel, 1967).

Realizado el mismo tipo de encuesta entre 200 médicos de Buenos Aires, practicantes de clínica general en las zonas suburbanas y entre 50 cirujanos del área céntrica de la ciudad, los resultados indicaron que la conclusión psico-socio-somática era aparentemente aceptada por el 65% de los profesionales, lo que no se exteriorizaba en su práctica, que seguía los cánones clásicos en el 90% de los casos. Tanto para estos médicos, como para los ya sensitivizados de la investiga-

ción anterior, la Psiquiatría sigue siendo una especialidad esotérica. Un 60%, especificó que consideraban los tratamientos psiquiátricos excesivamente prolongados y costosos.

Nosotros podemos afirmar que esto no es cierto. La Psiquiatría ya no está más relacionada con la cronicidad, la afección cerebral incurable, el tratamiento interminable, etc. Hoy, la psiquiatría es dinámica, pragmática y social (Knobel, 1971). *Las mismas denominaciones de Psiquiatría y Psicología Clínica tratan de mantener la separación, al servicio de un "sistema" disociativo y alienante, del que todos participamos.* Aceptamos esta división sin reparar que las denominaciones semánticas encierran toda una configuración significativa social. Es por ello que cuando yo aquí hablo de Psiquiatría, lo hago deliberadamente, pero estableciendo claramente, como definición operacional, que en ella va implícita la Psicología Clínica especialmente, y la Psicología Social en cuanto complementa a la Psicología Clínica.

Hay pues una Psiquiatría que puede tratar de diferentes maneras y con diversos criterios lo que puede o no llamarse "enfermedad mental" o "desajuste de la personalidad", y existe una *Psiquiatría de Emergencia*, que debe aceptarse con todas sus posibilidades y sus limitaciones.

Modifico la definición de Miller (Miller, 1959) diciendo que una *emergencia psiquiátrica se da cuando una persona, un profesional, un agente de la comunidad o un familiar sienten o consideran que esa misma persona está por desarrollar, desarrolla o ya desarrolló una desorganización en su capacidad de utilizar su personalidad para adecuarse a sus capacidades de enfrentar las instituciones dentro de sus esquemas que le permitan vivir productivamente para sí mismo y para la sociedad de la que forma parte.*

Esto me permite deslindar el concepto de "crisis psiquiátrica" como teoría, práctica e investigación (Darbone, 1968), del concepto de "emergencia" que acabo de señalar. El primero está centrado en la elaboración del proceso de duelo (Lindemann, 1944) o según lo define Caplan (Caplan, 1961), como una desorganización que le impide utilizar sus habituales métodos de resolver problemas, surgida ante un obstáculo muy importante para sus objetivos vitales, de la cual saldrá más o menos adaptado. Estos conceptos ubican a la "crisis" tan solo *en el individuo*. Para mí, la *emergencia* tiene dimensiones sociales que no niegan lo individual, pero que obligan a una comprensión social de la expresión patológica dentro del contexto institucional.

*Toda crisis es una emergencia, pero no toda emergencia es una crisis.*

Es por ello que divido a las *emergencias psiquiátricas* en la ac-

tualidad y en nuestro medio *socio-político-cultural*, en dos tipos: 1) la Emergencia Institucional, y 2) la Emergencia por la Psicopatología propiamente dicha.

1) *Emergencia Institucional*: se refiere a la que se plantea a un grupo social o a una emergente del grupo social estructurado de determinada manera frente a la persona que muestra los signos de emergencia más arriba indicados. Para un maestro, un alumno que no responde a la disciplina o técnica de enseñanza instituida es una emergencia. Para un hospital o servicio asistencial donde es derivado "un paciente" por una autoridad médica, este paciente se convierte en una emergencia. Son emergencias para la institución escolar, la asistencial, la familiar, etc.

2) *Emergencia por la Psicopatología propiamente dicha*: con el concepto actual que tengo de la Psiquiatría (más arriba explicitado) entiendo que la definición de *psicopatología* debe sin duda ser revisada. Este tema no lo puedo encarar en este trabajo, por el planteo que hago de lo que considero *emergencia*, en un contexto micro y macrosocial, además del estrictamente psicopatológico (si cabe el término), orientarán por lo menos al lector a lo que apunto al pretender la revisión de la *psicopatología* con que habitualmente nos manejamos.

Puedo, muy esquemáticamente, señalar las siguientes situaciones:

a) *Crisis Psicopatológicas del individuo*:

- 1) Suicidios (intentos, amenazas, especulación con ideas de auto-destrucción, "accidentes", caídas frecuentes en los niños, exposición innecesaria a situaciones de peligro).
- 2) Depresiones con franco componente melancólico o durante un proceso esquizofrénico o esquiñoide.
- 3) Paranoia o estados paranoides, especialmente aquellos en los que hay somatizaciones genitales o rectales (Matthews, 1958).
- 4) Crisis agudas de ansiedad (incluyendo el pánico homosexual; la fobia aguda; la despersonalización ansiosa, etc.).
- 5) Crisis depresivas o maníacas de cuadros psicóticos o neuróticos severos.
- 6) El ataque epiléptico de diverso tipo con o sin manifestaciones evidentes de componentes psíquicos.
- 7) La enfermedad somática grave que puede ser negada, exacerbada o descuidada.

b) *Repercusión Socio-Familiar del Desajuste*: se refiere a los casos en donde puede haber amenazas, posibilidades o concretización de agresión física a personas que integran el medio familiar, de

trabajo o social del individuo. (De acuerdo a mi definición de emergencia, la amenaza o el ataque a otra persona no *necesariamente* es un caso psicopatológico, pues puede tratarse de una manera que el individuo ha encontrado adecuada para producir cambios en su medio social que conduzcan a una sociedad donde él y sus semejantes vivan con mayor plenitud).

- c) *Situación Económica*: la privación económica enferma. Es una patología social que puede expresarse en un individuo que se refugia entonces en un cuadro neurótico o psicótico. Lo mismo puede ocurrir con la riqueza que induce estados esquizoides, paranoides y de agresión por sometimiento a un sistema que favorece esta condición de sobreexistencia. La sobreexigencia frente a lo económico se puede dar en los tres niveles sociales clásicos de acuerdo a cada estructura individual.
- d) *Localización Geográfica*: una expresión de desorganización que se da en un individuo o grupo familiar geográficamente alejado de centros asistenciales obliga a considerar *cualquier* expresión como de emergencia. Este es otro problema socio-psiquiátrico-psicológico donde las fantasías paranoides de abandono, desinterés, desafecto, en el nivel social se viven en el plano individual. La amenaza o la fantasía de desarraigo pueden ser mecanismos masoquistas o un intento revolucionario de adecuación que se hace necesario discriminar.
- e) *Exigencias Comunitarias*: aquí incluyo variados tipos de problemas. Ya señalé que la exigencia económica del pobre, del rico o de la clase media se ligan al sistema social en modalidades que pueden ser patógenas. Además vemos:
- 1) falta o escasez de profesionales, que obligan a los que existen a perfeccionarse en técnicas de emergencia.
  - 2) falta o escasez de servicios asistenciales para los que no puedan pagar tratamientos en una sociedad organizada en forma capitalista.
  - 3) exceso de "pacientes", por motivos diversos (generalmente sociales o culturales).
  - 4) mal planeamiento sanitario con pretendida "educación en salud mental" que resulta luego iatrogénica.
- f) *Situaciones de Excepción*: como son los desastres de tipo geofísico (inundaciones, derrumbes, terremotes), accidentes multipersonales, estados de conmoción como revoluciones o guerras, vividas individual o grupalmente con mayor o menor capacidad de adecuación y participación (sea ésta de sometimiento o de ayuda al prójimo o al servicio de una ideología coherentemente estructurada).
- g) *Problemáticas Sociales*: son numerosas las que se expresan a

través de una psicopatología de *nuestra actualidad*, por lo que me limitaré a citar algunas:

- 1) enfermedades de la llamada "civilización" como las producidas por ruidos, contaminación ambiental, vivienda insalubre, medios masivos de comunicación e información (distorsionada o intencionada), problemas de sub-alimentación, etc.
- 2) conflictos familiares que llevan a la desorganización de la familia tradicional en varias modalidades (divorcios, relaciones extramaritales, separación de los hijos, ausencia de padre, de madre, o de ambos del hogar, etc.).
- 3) múltiples problemas laborales (organización, remuneración, accidentes, trabajar por qué y para qué, etc.).
- 4) institucionalización de la violencia (que hay que discriminar como instituida desde las altas esferas, instrumentada por los delincuentes o la psicopatología propiamente dicha, como reacciones de protesta, o como mecanismo de cambio).
- 5) problemas gubernamentales, entre los que incluyo las dictaduras, la corrupción administrativa, el desinterés por las necesidades populares, que realmente enferman, creando situaciones de miedo patológico, reacciones paranoides, esquizoides, o fóbicas.

Me permito afirmar que evidentemente muchas emergencias sociales no son emergencias psiquiátricas, pero que sí toda emergencia psiquiátrica es una emergencia social. Una rebelión estudiantil o un acto obrero de violencia pueden ser una emergencia social, pero no son necesariamente una emergencia psiquiátrica (salvo para los representantes del sistema que son atacados), pero un intento de suicidio es una emergencia eminentemente psiquiátrica que tiene repercusiones familiares y sociales diversas.

El *peligro* o la *amenaza* es lo que da el tinto de *emergencia* al problema que se plantea.

Así vista la *emergencia psiquiátrica* se plantea entonces su tratamiento.

Es preciso deslindar los *Servicios de Emergencia* de los *Tratamientos de Emergencia*.

Parto del principio que *toda persona que acude a un profesional en forma privada o a una institución, considerándose o siendo considerada por el referente o acompañante como una emergencia, debe ser tomada como tal.*

El *Servicio de Emergencia* debe practicar el examen del caso y determinar entonces si se trata de una emergencia o nó. En el primer caso es cuando se instituye el tratamiento correspondiente. En el segundo, la derivación adecuada es la única conducta posible.

El *Tratamiento de Emergencia* para muchos es el farmacológico exclusivamente; otros hablan de cuidados de emergencia, detención de emergencia y hospitalización de emergencia (Liaison Committee of the American Hospital Association and the American Psychiatric Association, 1965), a los que agrego la derivación y sobre todo el tratamiento de emergencia propiamente dicho.

Este último es muy variado y es por ello que he insistido en mi descripción de lo que considero emergencia psiquiátrica. Los objetivos resultan entonces variables de acuerdo a cada situación. Esto lleva a que se haga un diagnóstico del caso con un criterio psiquiátrico social (Knobel, 1967, 1968; Pichon Riviere, 1970), lo que no implica una actitud antinósológica. El diagnóstico es integral; para el individuo es psicopatológico, familiar y socio-económico, y debe completarse con una evaluación de la sociedad en la que el individuo actúa con sus estructuras y los mecanismos de adecuación que el mismo ha utilizado hasta este momento (que pueden ser los enfermantes) y los que realmente puede usar, de acuerdo a las potencialidades de su propia estructura de personalidad.

De esta manera los objetivos psicoterapéuticos en la emergencia psiquiátrica, no son los de una mera reducción de tensión emocional como señal de alarma, como símbolo o como amenaza de aniquilamiento de la personalidad; sino los de facilitar el pleno ejercicio de las capacidades de adecuación del ser humano para sentirse realizado como persona integrante de una sociedad que padece y hace padecer a él y a los suyos, ubicándose en la acción de cambio. *El no poder intervenir en el cambio social es ya una expresión de psicopatología cuya delimitación nosológica debe aún efectuarse.*

Los objetivos son, en términos generales, dentro de la Emergencia Institucional, disolverla como tal (para lo cual el reconocimiento de las variadas vivencias contratransferenciales es de gran utilidad, así como el conocimiento de la situación en sí, que puede ser iatrogénico), discriminar lo que se presenta como emergencia institucional y es emergencia por psicopatología, y discriminar lo que se presenta como emergencias institucional y no es emergencia psiquiátrica, para la derivación que corresponda.

En la Emergencia por la Psicopatología propiamente dicha los objetivos variarán de acuerdo al esquema nosográfico presentado, que aunque incompleto, puede servir de guía. La labor puede desarrollarse a nivel familiar, grupal, social, institucional o individual. Se debe discriminar lo más certeramente posible la acción patógena del medio y la modalidad reaccional del individuo o del grupo. La fractura de la personalidad que claudica en lo que hoy llamamos "enfermedad" debe ser atendida. Creo que es iatrogénico quedarse en la crítica del "sistema", como sería iatrogénico quedarse solo en la

etiología y la patogenia de cualquier enfermedad, dejando de lado al enfermo.

El tratamiento comienza en la entrevista misma. Para mí no hay entrevista pura, meramente diagnóstica. Ésta es una experiencia de laboratorio y nó una acción médica. La entrevista en la emergencia, debe ser siempre una *entrevista diagnóstica y terapéutica*, funcionando el entrevistador como un buen depositario de las ansiedades del paciente. Es necesario *valorar* lo que significa para un ser perturbado el poder comunicarse con alguien que lo acepte, vivenciar la posibilidad de expresar agresión sin retaliación, y que el terapeuta sepa que "a menudo llega un momento de la vida de una persona en el que sí puede decirle a alguien con toda honestidad como se siente, como es, qué es, cuales son sus sentimientos, sus amores, sus odios o pecados . . ." (Matthews, 1958).

Concuerdo con Garber (Garber, 1965) que el psiquiatra debe inspirar confianza, que además debe saber que nos comunicamos con diferentes aspectos de la persona que examinamos, la cual tiene percepciones que para nosotros son distorsiones de la realidad, pero que todo paciente tiene roles sanos y enfermos y que no debemos ser nosotros los que distorsionemos la realidad mediante un enfoque unilateral del problema.

Para hacer esto me baso en nuestra experiencia con *psicoterapia breve*. Para Bellak y Small (Bellak y Small, 1969) "la psicoterapia de emergencia es psicoterapia rápida aplicada en situaciones especiales de crisis y exigencia".

Nosotros (Szpilka y Knobel, 1968) consideramos técnicamente que la psicoterapia breve es "no regresiva", o que puede ser denominada mejor, "de tiempo y objetivos limitados". Esta técnica comparada con la psicoanalítica es entonces: a) *no regresiva*, porque no favorece ni estimula la regresión; se trabaja con el aquí y ahora del paciente y su mundo; b) es elaborativa pero no a nivel simbólico y afectivo sino cognitivo principalmente; c) buscamos una mutación de la información o adoctrinamiento falsos por la información objetiva y verdadera de la realidad personal y social, y d) es no-transferencial, porque la transferencia se disuelve terapéuticamente en cuanto el paciente, inconscientemente, la pone en juego favoreciendo la dependencia.

A ello le agrego un contrato de tiempo limitado, pero de comienzo inmediato. Lo *temporal* es un elemento que entra en los objetivos y en la técnica de trabajo. En un lapso preestablecido la reubicación del consultante debe tratarse de obtenerse en forma concreta. Para ello el terapeuta debe aceptar un cambio en su propio aprendizaje y formación previos, así como la capacidad de evaluar la brevedad no



como superficialidad sino como imposición de una *realidad que no espera para destruir*.

Los objetivos más específicos pueden ir desde el lograr la aceptación de un psicofármaco a la internación. Pueden focalizarse en una problemática social o familiar que requiere un reaseguramiento del "enfermo" como "persona adulta". Puede tan solo buscar un confrontamiento con una realidad, evidente desde la perspectiva del propio consultante, pero negada o distorsionada por la plurideterminación patógena.

Los objetivos en psiquiatría de emergencia son sacar al individuo o al grupo de la urgencia y restituirle posibilidades de tratamientos más complejos y de mayor duración, facilitar otras terapias que puedan ayudarle a impedir su autodestrucción, o reubicarlo con toda su capacidad de *adecuación comprensiva y crítica* de su posición como individuo, en su familia, en su grupo, en su cultura y en la sociedad de la que forma parte.

Todo esto no es rígido ni sigue necesariamente etapas preestablecidas. La psicoterapia de emergencia puede además ayudarnos a modificar el diagnóstico y cambiar nuestro rumbo terapéutico, que básicamente no es tarea exclusiva del terapeuta, sino que debe ser la resultante de una acción combinada y coherente de consultante y consultor.

#### BIBLOGRAFIA

- Bellak, L. y Small, L. *Psicoterapia Breve y de Emergencia*. México: Editorial Pax, 1969.
- Caplan, G. *An Approach to Community Mental Health*. New York: Grune and Stratton, 1961.
- Cooper, D. *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1971.
- Darbone, A. Crisis, a review of theory, practice and research. *International Journal of Psychiatry*, 1968, 6, 5, 371.
- Garber, R. S. A psychiatrist's view of remotivation. *Mental Hospital*, 1965, 16, 8, 219.
- Knobel, M. El psicólogo en un servicio de psiquiatría infantil. *Revista Psicología*, 2, 37. La Plata, Argentina: Universidad Nacional de La Plata, 1965.
- Knobel, M. Un enfoque dinámico de la psiquiatría social y su aplicación en la psiquiatría clínica y la medicina. *Jornal Brasileiro de Psiquiatría*, 1967, 16, 3-4, 219.
- Knobel, M. La especialidad psiquiátrica y su relación con la psiquiatría general. *Jornada Médica*, 1968a, 1, 92, 4.
- Knobel, M. El psicólogo y el médico como psicoterapeutas. *Revista Mexicana de Psicología*, 1968b, 3, 4, 215.
- Knobel, M. Relaciones entre psiquiatría y medicina psicosomática. *Revista de Medicina Psicosomática*, 1968c, 5, 13, 19.
- Knobel, M. El psicólogo en la práctica psicoterapéutica. *Revista Argentina de Psicología*, 1971a, 11, 7, 97.
- Knobel, M. La psiquiatría, la universidad y la sociedad. *Prensa Médica Argentina*, 1971b, 58, 27, 1396-1410.

## KNOBEL

- Knobel, M. Objetivos psicoterápicos en psiquiatría de urgencia. *Orientación Médica*, 1972, 21, 992, 139.
- Leifer, E. The medical model as ideology. *International Journal of Psychiatry*, 1970, 9, 13.
- Liaison Committee of the American Hospital Association and the American Psychiatric Association. *Psychiatric Emergencies and the General Hospital*. Chicago: American Hospital Association, 1965.
- Lindeman, E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 1944, 61, 141.
- Matthews, R. A. How to handle psychiatric emergencies. In *Psychiatry for the General Practitioner*, seminar series of the Carrier Clinic in Belle Mead, New Jersey. Philadelphia: Smith-Kleine and French Lab, 1958.
- Miller, A. A report on psychiatric emergencies. *Canadian Hospital*, 1959, 36, 3637, 82-84.
- Pichon Reviere, E. Una nueva problemática para la psiquiatría. In *Del Psicoanálisis a la Psicología Social*, T. I. Buenos Aires: Editorial Galerna, 1970.
- Szpilka, J. I. & Knobel, M. Acerca de la psicoterapia breve. *Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina*, 1963, 14, 116.