

XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2008.

Abordaje y tratamiento de un paciente catatónico.

Aduco, Nadia Inés, Peskin, Viviana Andrea, Fiol, María De La Paz, Gazda, Daniela Sandra y Díaz, Ricardo Mauricio.

Cita:

Aduco, Nadia Inés, Peskin, Viviana Andrea, Fiol, María De La Paz, Gazda, Daniela Sandra y Díaz, Ricardo Mauricio (2008). *Abordaje y tratamiento de un paciente catatónico. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-032/136>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/efue/pq0>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ABORDAJE Y TRATAMIENTO DE UN PACIENTE CATATÓNICO

Aduco, Nadia Inés; Peskin, Viviana Andrea; Fiol, María De La Paz; Gazda, Daniela Sandra; Díaz, Ricardo Mauricio Hospital General de Agudos Doctor Teodoro Álvarez. Argentina

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es dar cuenta de un caso de catatonía que se presentó en la Sala de Internación de Salud Mental del Hospital Álvarez para poder, a través del mismo, referir el abordaje terapéutico -pensado desde el trabajo mancomunado de profesionales de diversas disciplinas- realizado con el paciente. Se presenta inicialmente el caso clínico, para luego plantear las hipótesis sobre las cuales se pensó el abordaje del paciente y, finalmente, el relato del trabajo de los profesionales junto al mismo. Nos resulta de especial interés y valor la transmisión de nuestra experiencia en el trabajo con este paciente, en función de la complejidad del caso, el cual requirió de un trabajo en conjunto, integrado, creativo, y en ocasiones extenuante.

Palabras clave

Catatonía Psicoterapia Interdisciplinario Palabra

ABSTRACT

APPROACH AND TREATMENT OF A CATATONIC PATIENT

The aim of this work is to account on a case of catatonia presented in the in-patient Mental Health Service at the Hospital Álvarez in order to refer, by means of it, the therapeutic approach -thought as the combined work of professionals from various disciplines- performed with the patient. Firstly, the clinic case is presented, so as to set forth the hypothesis on which the patient's approach was thought and, finally, the report on the professionals' work together with the patient. We find of special interest and value the transmission of our experience in working with this patient, in terms of the case's complexity, which required a combined, integrated, creative and sometimes exhausting work.

Key words

Catatonía Psychotherapy Interdisciplinary Word

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO: INGRESO DEL PACIENTE A LA SALA DE INTERNACIÓN DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL

Florencio ingresó a la Sala de Internación de Salud Mental con diagnóstico de "catatonía, descompensación psicótica". Había sido traído a la guardia externa del hospital por allegados y su padre debido a que presentaba, según ellos referían, "hinchazón en los pies". Sin embargo, y a pesar de que la guardia considerase pertinente la internación en la Sala de Salud Mental, la única demanda alguna vez formulada por sus acompañantes estaba relacionada con el síntoma médico, desestimando la gravedad del estado en que Florencio había llegado al hospital: desaliñado, sin control de esfínteres, prácticamente incapaz de desplazarse por sus propios medios o de comunicarse verbalmente. Esta situación de abandono habría tenido lugar, según el relato de sus acompañantes, desde hacía aproximadamente un año y medio. Resultó asimismo particularmente llamativo que el padre refiriera en una de las entrevistas mantenidas con el equipo tratante que sólo accedió a llevar a su hijo a una consulta en el hospital cuando él se acercó descalzo a -según su propia interpretación- "mostrarle" el estado en que se encontraban sus pies.

La evaluación semiológica del paciente era variable con el co-

rrer de las horas: presentaba flexibilidad cérea; durante largas horas permanecía inmóvil en su cama, y luego, de un momento a otro, comenzaba a deambular, para volver posteriormente a recostarse. Presentaba mutismo selectivo, oposición negativista, catalepsia, paracinesias, y pérdida de iniciativa motriz, de modo intermitente.

OTRO LUGAR POSIBLE: LAS HIPÓTESIS QUE ORIENTARON EL TRABAJO TERAPÉUTICO

Desde su ingreso a la sala de internación, el trabajo con Florencio requería necesariamente que se pensarán estrategias de abordaje por fuera de las intervenciones estándar: se trataba de un paciente que no solamente no se comunicaba verbalmente sino que ni siquiera establecía contacto visual con los demás.

Florencio no hablaba: los demás hablaban por él. Decodificaban sus escasos movimientos, les atribuían significaciones, muchas de las cuales cobraban cierto carácter delirante. La primera pregunta que se abrió fue cómo establecer un contacto, cómo entrar en el mundo de alguien que parecía haber cerrado la puerta a toda relación con lo que lo rodeaba. Florencio parecía aplastado, abúlico, inerte. Dice Freud en sus consideraciones acerca de los mecanismos de la psicosis: "El enfermo ha sustraído de las personas de su entorno, y del mundo exterior en general, la investidura libidinal que hasta entonces les había dirigido; con ello, todo se ha vuelto indiferente y sin involucramiento para él [...]"; y agrega, en una nota al pie: "Quizá no sólo le ha sustraído la investidura libidinal, sino el interés general, vale decir, también las investiduras que parten del yo"[i]. Lacan ubica este momento como el de la perplejidad característica del primer momento de un desencadenamiento psicótico, allí donde el sujeto que ha sido llamado a responder desde un lugar simbólico del que no dispone, tiene la sensación de "haber llegado al borde del agujero"[ii]. La perplejidad se caracteriza no sólo por la imposibilidad de dar una respuesta, sino también por la imposibilidad misma de formular siquiera una pregunta: el sujeto queda detenido.

En Florencio podría pensarse que ese detenimiento en el pensamiento alcanzó incluso al cuerpo, y que ese retraimiento que lo tuvo prácticamente un año y medio casi inerte en una cama podría estar relacionado con alguna situación que lo haya dejado sin respuesta.

Al momento de su ingreso a la sala, se observaba en el paciente que la función de los cuidados, incluso la de los más básicos, estaba alterada, perturbada: no parecía que hubiese allí un Otro capaz de asistir a tal desvalimiento. Diana Rabinovich plantea que "el desamparo humano da a ese otro su lugar y su función primordial, creando así una nueva "necesidad", necesidad lógica de la dimensión de ficción propia del deseo en tanto que humano"[iii]. Más aún, en relación con el concepto freudiano de "acción específica" la autora sostiene que la misma "trae aparejada la satisfacción de la necesidad" y que "la ejecución de dicha acción exige [...] una ayuda externa, ajena a él, ayuda de un otro cuya atención debe atraer mediante una descarga interna: el grito, el llanto"[iv]. En este sentido, ambos adquirirían una función secundaria que Freud llamará función de comunicación y que Lacan retomará con el concepto de demanda. Siguiendo lo anterior, podemos pensar para este caso que en Florencio el circuito de la demanda se encontraba de algún modo interrumpido, entendiendo a tal circuito como el recorrido donde el sujeto encuentra su lugar en el Otro.

En función de las condiciones en las que Florencio llegó a la internación, podríamos inferir que en el tiempo previo a la misma este Otro de los cuidados -encarnado eventualmente en el padre- habría operado de modo caprichoso, no sujeto a una normativización, dejando sin lugar al llamado del sujeto, sin registro de aquél y decodificando de modo incluso místico cualquier comportamiento del paciente. Pensamos que tal situación podría haber precipitado una suerte de "retirada" del sujeto del circuito de la demanda, un detenimiento del llamado. Es en este sentido que consideramos que era necesario habilitar en el ámbito de la institución hospitalaria un espacio normativizante, constituyendo un Otro que fuese capaz de nombrar, individuali-

zar, libidinizar a través de los cuidados y de la palabra, un Otro distinto del que planteábamos más arriba.

EL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO CON EL PACIENTE: LA RESTITUCIÓN DEL TEXTO A UNA HISTORIA FRAGMENTADA

Al inicio del tratamiento, como consignamos anteriormente, el paciente prácticamente no hablaba. Más aún, su entorno avalaba tal negativa ante la palabra, arguyendo que “Florencio no se sentía cómodo en ese terreno” y que “él se comunicaba por otros medios”, por ejemplo, a través de la orina. Como equipo tratante consideramos, en función de las hipótesis que orientaban nuestro trabajo, que era justamente en el terreno de la palabra en donde se debía jugar la partida, en función de su capacidad creadora y subjetivante. Para decirlo con Lacan, “la palabra es esencialmente un medio para ser reconocido” o “una palabra sólo es palabra en la exacta medida en que hay alguien que crea en ella” [v].

Se abría entonces una invitación que habría que sostener: la de habitar en la palabra nuevamente, la invitación a que hable. Una tarea que asimismo se veía complicada por el “rechazo” familiar a un tratamiento “psi” posible: según su filosofía de vida, la intervención del equipo tratante en la vida del paciente sería más bien una “alteración del ritmo natural de Florencio”, una suerte de intromisión, en lugar de un intento de restablecer sus lazos con la realidad exterior.

Pero entonces, ¿cómo interesarlo en esto, cómo “traerlo de vuelta” cuando el paciente no tenía demanda, no llamaba? Tal vez fuera demandándole una respuesta. En un principio, el simple acto de pasar junto a su cama y saludarlo, comentarle que estábamos en la institución, lo que estábamos haciendo esa mañana, funcionó como un primer registro de su presencia allí para nosotros, de su existencia como sujeto. Tanto médicos como psicólogos, enfermeros o trabajadores sociales nos acercábamos a hablarle cada día, a hacerlo parte del trajín diario de la sala, recordando en ese “organismo inerte” un cuerpo libidinizable.

Por otra parte, ya dentro del marco del tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico, se lo invitaba a ir hasta un consultorio, se lo instaba a que hable o escriba. Se probó con invitarlo a caminar, con leerle literatura, con jugar a ofrecerle biomes, con “molestarlo” un poco para ver si al menos devolvía un “basta”. Y cada vez, fueron las respuestas que Florencio fue dando frente a tales propuestas las que orientaron por dónde continuar con nuestro trabajo.

Luego de aproximadamente tres semanas de iniciado el tratamiento, el paciente comenzó a establecer contacto visual con su equipo tratante, y fue también accediendo gradualmente a interactuar con sus terapeutas: comenzó a decir algunas palabras, sus movimientos comenzaron a definirse un poco más, y fue cediendo la rigidez. Empezaba a contar algunas pocas cosas; y también en ocasiones a elegir qué cosas hacer, y en qué momento: empezaba incluso a establecer el límite de tiempo para una entrevista y pedía permiso para retirarse, o solicitaba dar un paseo por los jardines del hospital en lugar de entrar en un consultorio.

El tiempo y el lugar de la internación habían posibilitado que se produjera un efecto de subjetivación en un individuo que hasta hacía poco tiempo se entregaba pasivamente a ser “manipulado” por el capricho del Otro. El desafío consistía en poder reconstruir junto a Florencio el tiempo y el espacio como un continuo y no como entidades fragmentadas.

Desde el inicio, los datos biográficos del paciente aportados por sus familiares fueron escasos, dispersos, cronológicamente imprecisos e incluso contradictorios entre sí. Cuando Florencio comenzó a narrar pasajes de su historia, quien le escuchaba se encontraba con un panorama similar: un relato anacrónico, focalizado en detalles descontextualizados, anécdotas sin tiempo ni lugar que dejaban por fuera incluso a sus protagonistas, y en particular a Florencio. Pensamos entonces que la dirección del tratamiento debía apuntar a ayudar a Florencio a poder hilvanar estas narraciones inconexas, estas diapositivas de su vida, para recuperar con ellas la narrativa de su historia vital.

En este sentido, durante un largo tiempo, la literatura funcionó

como un puente que permitió un primer modo de relación con el paciente: en un primer momento, la lectura era llevada a cabo por la terapeuta; pero pronto el paciente mismo comenzó a leer algunos párrafos. Más tarde, la “tarea” se basó en poder componer historias, relatos ficcionales junto al paciente, que incluyeran una introducción, un desarrollo y un desenlace.

Paralelamente, como se expresó más arriba, se iba orientando el trabajo con él hacia la (re)construcción de su historia previa a la internación en la sala, en un intento de “armar” el texto de su vida, para luego poder poner en conexión el pasado, el presente y el futuro; de modo de posibilitar que Florencio pudiese recuperar la narrativa que le permitiese historizar su propia vida, y que le permitiera abandonar ese eterno aquí y ahora en el que parecía estar detenido. Las entrevistas empezaron a girar entonces en torno a un borde muy fino, y muy delicado, que implicaba la cuidadosa tarea de ir rodeando junto al paciente los fragmentos de su vida, e intentar encontrarlo a él en ellos. Una tarea ardua y paciente, dado que muchas veces, frente a preguntas relacionadas directamente con él, con lo que pensó o sintió, Florencio respondía drásticamente con un silencio absoluto y un repliegamiento postural que sólo parecían ceder al interrumpir la charla y comenzar, por ejemplo, con la lectura.

Nuestra experiencia de trabajo con Florencio dio origen a una serie de interrogantes y desafíos. Una vez que el paciente hubiese recuperado la palabra -en los términos en los que la definiéramos anteriormente-, una vez que se reactivara en él el circuito de la demanda, y comenzara a formular pedidos, a realizar elecciones, se abría la posibilidad de pensar en otro momento del tratamiento. La apuesta ahora se jugaba en relación con armar un lugar posible por fuera de la internación, y con la toma de una serie de decisiones que esto conllevaba. Decisiones que en esta oportunidad podían ser tomadas por Florencio.

En la actualidad, el paciente continúa su tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico en el Bolsón, donde reside junto a otros familiares. Atrás quedaron los días y el tiempo de la internación, pero confiamos en que sus huellas persistan.

NOTAS

[i] *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente (Caso Schreber)*, Sigmund Freud, en *Obras Completas*, tomo XII, Amorrortu Ediciones, Buenos Aires, 1986.

[ii] *El Seminario. Libro 3: “Las psicosis”*, Jaques Lacan, Paidós, Buenos Aires, 1984.

[iii] *El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica. Sus incidencias en la dirección de la cura*, Diana S. Rabinovich, Manantial, Buenos Aires, 1990.

[iv] Ídem.

[v] *El Seminario. Libro 1: “Los escritos técnicos de Freud”*, Jaques Lacan, Paidós, Buenos Aires, 1981.

BIBLIOGRAFÍA

FREUD, Sigmund. *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente (Caso Schreber)*, en *Obras Completas*, tomo XII, Amorrortu Ediciones, Buenos Aires, 1986.

LACAN, Jaques. *El Seminario. Libro 1: “Los escritos técnicos de Freud”*, Jaques Lacan, Paidós, Buenos Aires, 1981. Lacan, Jaques. *El Seminario. Libro 3: “Las psicosis”*, Paidós, Buenos Aires, 1984.

RABINOVICH, Diana. *El concepto de objeto en la teoría psicoanalítica. Sus incidencias en la dirección de la cura*, Manantial, Buenos Aires, 1990.