

EL CAMPO ANALÍTICO EN LA COMUNIDAD COVID-19. DESDE EL AQUÍ Y AHORA^{1,2}

Debra Gill*

Abrí la puerta de la sala de espera para recibir a Anna, de 27 años. Levantándose rápidamente, pasó junto a mí corriendo para entrar al consultorio. Con un profundo suspiro se acomodó en el sillón frente a mí.

Mi hermano está muy enfermo. Tiene fiebre y una tos horrible. Está tan mal que a veces no puede respirar. Probablemente tenga el coronavirus. Su médico dijo que debía aislarse y quedarse en casa. No hay nada más que hacer. Si llama a una ambulancia, lo van a sacar de su apartamento en una cámara de aislamiento rodeado de socorristas con trajes protectores. Todo el edificio sabrá que tiene el virus.

Ligeramente mareada, pensé para mis adentros: Ok, así es como sucederá. Me escuché preguntarle: “¿Cuándo viste a tu hermano por última vez?”. Nuestros pensamientos colisionaban, Anna me miró con los ojos muy abiertos y dijo: “No me siento enferma, pero Dios mío, espero no tener esto”. Proyectándonos ansiosamente la una a la otra, comenzamos a hablar sobre el virus, cada una diciendo lo que había escuchado sobre Italia: cuarentena, enfermedad grave, muerte, escasez de trabajadores de salud y equipo de protección personal necesario. Las predicciones indicaban que estábamos a unas pocas semanas de esto. Un silencio cayó entre nosotras. Una honda reflexión invadió la hora, cada

* Psicoanalista, Psicoterapeuta de parejas en Nueva York. Analista en función didáctica y Supervisora en el Instituto Psicoanalítico de la Sociedad Freudiana Contemporánea (CFS-NY). Profesora en el Programa de entrenamiento de Psicoanálisis Integrado de Niños y Adultos, Profesora y Supervisora en el Instituto Metropolitano para el entrenamiento en Psicoterapia Psicoanalítica, y Profesora visitante y supervisora en el Instituto Americano de Psicoanálisis. Ha presentado trabajos y organizado talleres en diversos congresos de la IPA y APsA, entre otros. Miembro del Comité de Organizaciones Comunitarias de la IPA
<debra.gill@gmail.com>

1. Trabajo presentado en el 52do Congreso de la IPA. Vancouver 2021.

2. Traducción de Ilse Rehder.

una trataba de volver a entrar en el campo psíquico que habíamos construido y compartido durante tres años. Las ansiedades disminuyeron cuando reconocimos lo desconocido, terminando la que sería nuestra última sesión en el consultorio por un año y medio.

La ciudad de Nueva York será recordada durante mucho tiempo como uno de los primeros epicentros del virus en los Estados Unidos. Tras la orden de quedarse en casa, los residentes se retiraron al nuevo mundo de la cuarentena³. La ciudad que nunca duerme se paralizó completamente. Negocios, escuelas y restaurantes de barrio cerrados. Las bulliciosas calles quedaron repentinamente desoladas. Una oscuridad silenciosa cubrió la ciudad, interrumpida por sirenas que recordaban el 11 de septiembre. En el 2016, las cabinas telefónicas fueron reemplazadas por quioscos de *Wi-Fi* que albergaban el nuevo sistema *Link*, una red digital de vanguardia donde cualquier residente de la ciudad podía cargar su teléfono o acceder a Internet. Cada quiosco publicitaba digitalmente noticias, hechos históricos, eventos culturales y, a veces, inspiraciones poéticas. De la noche a la mañana, las pantallas interactivas se convirtieron en letreros y símbolos que representan el nuevo orden pandémico: Aplanar la Curva, Detener la Propagación, 6 Pies de Distancia, Cubrirse la Cara y agradecer a los trabajadores esenciales. Como la pandemia continuó y la tasa de mortalidad aumentó, la economía cambió y se vieron largas filas para hacerse de provisiones, indicativo de inseguridad alimentaria. La brecha cada vez mayor de inequidad en el acceso a la atención en salud no podía evitarse. Las personas negras y de piel morena tenían 3 veces más probabilidades de morir por el virus que los blancos. La salud mental disminuyó en todo el espectro social. Los trabajadores de la salud, con mayor riesgo de contraer Covid-19, con exceso de trabajo y sin protección, comenzaron a manifestar síntomas de trauma por estrés secundario.

El estrés traumático secundario (también llamado “fatiga por compasión”) o la traumatización vicaria se definen a través de las reacciones internas y externas del terapeuta en respuesta a escuchar a los sobrevivientes del trauma. Charles Figley (1994) compara los síntomas del estrés postraumático con el trauma por estrés secundario y encuentra fuertes correlaciones. Esto incluye pero no se limita:

La reexperimentación del evento traumático a través de recuerdos, sueños o pensamientos intrusivos. Un evitamiento de recordatorios y adormecimiento emocional, incluida la disociación. Excitación persistente, como dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad, hipervigilancia y reactividad. El trauma también se aloja en el cuerpo y se experimenta somáticamente. (p. 16)

3. En Nueva York la cuarentena se inició el 20 de marzo.

Ghislaine Boulanger (2017) escribe sobre STS en médicos que escuchan y presencian mentalmente detalles gráficos horribles de sobrevivientes de eventos violentos o catastróficos. El material abrumador y traumático puede poner a los terapeutas tan cerca de la experiencia como si hubieran vivido los eventos.

Como parte de la técnica, los terapeutas analíticos buscarán escuchar la experiencia temprana en las narrativas de los adultos. Cuando la experiencia temprana no tiene forma y es abrumadora, la proyección es masiva y el analista hace todo lo posible por contener la experiencia hasta que se pueda ayudar al paciente a transformar el trauma en dolor psíquico. Si bien hay impasses y puestas en escena, en la mayoría de las circunstancias, los niños y los adultos confían en el terapeuta y, como postula Bion (1968), aprenden de la experiencia.

Cuando ambos, el terapeuta y el paciente viven en medio de un trauma masivo, el marco varía, generalmente sin que el terapeuta se dé cuenta. Así como el trauma excluye y altera el pensamiento simbólico, el trauma secundario confisca la capacidad reflexiva del analista en las sesiones.

Mi última sesión antes de la pandemia de Covid-19 con Anna, evidencia cómo los estados traumáticos se filtran en el campo psíquico. Mi capacidad de pensar se vio afectada por la posibilidad de infección en la habitación. Los límites cambiaron en respuesta a una amenaza externa que ingresó a nuestro espacio analítico. En nuestro estado compartido de ansiedad, Anna y yo intercambiamos fragmentos de lo que escuchamos y entendíamos de otros lugares y del entorno inmediato en la ciudad de Nueva York. En retrospectiva, desde el aquí y ahora, puedo ver que perdí la capacidad de pensar y, en cambio, reaccioné en tiempo real a una amenaza que en ese momento apenas podía tener en mente.

Teniendo cierta distancia psíquica de esa sesión, pero todavía no mucha, ahora pienso que tendría que haberme disociado de la posibilidad de enfermarme para continuar con la sesión. En ese momento, no podía imaginar que mi consulta, solo una semana después, se llevaría a cabo de forma remota desde casa. El cambio drástico de marco, el no contacto en persona, tenía que pensarse como algo protector. Podría infectar a mi paciente y la paciente podría infectarme a mí.

El contacto humano se volvió peligroso. Cerramos nuestras oficinas y mentalmente nos re-posicionamos para ofrecer trabajo virtual.

Como muchos analistas y profesionales en cuarentena a nivel mundial, me sumergí en un trabajo que incluía ofrecer servicios pro bono a los socorristas, tal vez como un medio para manejar mi propio trauma.

Ofreceré descripciones narrativas de un grupo de apoyo de 4 semanas a 9 profesionales de la salud mental, codirigido con un colega, en el que se muestra el estrés secundario agudo e inicial. El grupo ofreció un espacio tanto para contener las ansiedades como para pensar como colectivo. Luego discutiré aspectos de una psicoterapia ofrecida a una enfermera que trabajó directamente con pacientes de Covid-19, donde destaca el trauma por estrés secundario.

Grupo de apoyo a profesionales de la salud mental enfrentando Estrés Agudo

El grupo de apoyo se llevó a cabo en zoom y se ofreció a terapeutas que trabajan en una clínica comunitaria de salud mental que atiende a una población económicamente desfavorecida en la ciudad de Nueva York. La clínica cerró y todos los médicos trabajaron desde casa. Durante la cuarentena, las experiencias de aislamiento y muerte emocional, se alternaban con ansiedad, ira y claustrofobia. Esta fue una experiencia compartida entre terapeutas y pacientes. El Covid-19 entró en la vida psíquica, desencadenando ansiedades internas de estar demasiado lejos o demasiado cerca al objeto. Por esta razón, mi co-coordinador y yo decidimos contener nuestras propias ansiedades, pero trabajamos cerca del afecto y la narrativa, a veces compartiendo nuestras propias experiencias clínicas en el espacio del grupo.

La narrativa del grupo fue cortés al inicio, pero rápidamente aumentaron las ansiedades. El alivio de que la clínica cerrara y de que permanecieran resguardados para protegerse de infecciones y contagios se yuxtaponía con la desconfianza en la información sobre cómo se propagaba el virus y los temores de aislamiento. Hubo una rápida alteración del afecto, hasta que el grupo llegó a aceptar que refugiarse era lo más seguro, independientemente de las experiencias internas de claustrofobia y/o soledad profunda. El reconocimiento de estos diferentes estados creó una atmósfera de apertura y cierta esperanza de que las reuniones virtuales pudieran ofrecer un contacto significativo y que los terapeutas pudieran continuar trabajando con los pacientes.

Si bien los terapeutas lograron mantener a la mayoría de los pacientes, el marco debía ser más flexible y adaptable. Desprovistos de la estructura habitual, los pacientes y, a veces, los terapeutas llegaban tarde, confundían el tiempo o se olvidaban. Esto indicaba una combinación de evitamiento, estupefacción y pensamiento confuso.

Los pacientes atendidos por la clínica también tuvieron dificultades para encontrar un espacio privado para sus sesiones. Esto surgió en el contexto de espacios habitables superpoblados que presentaban un mayor riesgo de infección, especialmente porque no todos en un hogar podían trabajar desde casa y mantener la seguridad de la cuarentena. No siempre era posible distanciarse de un familiar que contraía Covid-19.

No tener noticias de un paciente despertaba preocupación. Las sesiones perdidas llevaban a pensamientos catastróficos. La separación se equiparó con la muerte, una enfermedad grave o el suicidio, lo que indicaba un aumento de ansiedad de separación y pánico como respuesta a la incertidumbre.

Aparecieron pensamientos acerca de tener que regresar a la clínica prematuramente. Los terapeutas se sentían a merced de las autoridades municipales y

estatales y creían que se ignoraría sus temores sobre las condiciones de trabajo inseguras. Algunos hablaban de renunciar.

Dicho esto, se recogieron percepciones y significados, ofreciendo una comprensión integradora, siendo la más central cómo los terapeutas debían ser conscientes de sus propias ansiedades y qué tan rápido nos fusionamos con nuestros pacientes en el aquí y ahora del trauma. Fue útil reconocer el contacto con realidades inquietantes y la facilidad con que el entorno sociopolítico impactaba la vida psíquica. Tener una voz de grupo centrada, disminuyó la ansiedad. Todos notamos lo rápido que las ansiedades de los terapeutas se fusionaban con las de los pacientes, un recordatorio de mi experiencia con Anna.

Trauma de Estrés Secundario en un Socorrista

Alice es una mujer judía ortodoxa moderna de unos 35 años. Se crió en una comunidad segregada que limitaba sus interacciones con el mundo secular hasta que fue a la universidad para estudiar enfermería. Está casada y tiene hijos pequeños. Alice me fue remitida a través de una organización comunitaria que vinculaba a los trabajadores de la salud con los profesionales de la salud mental. Alice pidió una referencia aproximadamente un mes después de la cuarentena de Nueva York, ante la insistencia de su esposo, debido a su mayor consumo de cannabis que él creía se debía al estrés de su trabajo en un hospital durante el Covid-19. Negó que su consumo de cannabis hubiera aumentado, pero describió irritabilidad, fatiga, evitamiento y aislamiento.

Alice y yo acordamos encontrarnos virtualmente. Se sentaba en su camioneta durante las sesiones porque su departamento no le ofrecía privacidad. Alice se recostó en el asiento del conductor de su SUV y, mientras sostenía su iPhone en la mano, comenzó nuestra primera sesión diciéndome que estaba metida en un lío. Su esposo la amenazaba con irse si no dejaba de fumar. Dijo que no estaba dispuesta a parar, que fumar era su único placer. Claustrofóbica, se encontraba asfixiada por las necesidades y exigencias de su familia, fumar era un escape.

Fumar en particular le permitía ir a la deriva en su propio mundo. Notoriamente evitaba hablar sobre su trabajo, cosa que le señalé. Ella sonrió diciendo: "Cierto. Odio pensar en ello."

Se supone que debería estar hablando de cómo todo esto está relacionado con el Covid-19. Sí, todo es terrible, pero no creo que lo contraiga y me enferme, simplemente no me preocupa. Simplemente miro hacia adelante y hago el trabajo con compasión.

Si bien negaba el riesgo de infección, Alice se quitó y se cambió de ropa en el automóvil antes de volver a casa, una acción en la que no pensó pero que

simplemente comenzó a hacer. Esto llevó a un cambio y comenzó a hablar sobre el hospital.

Alice habló sobre las condiciones de hacinamiento en el Departamento de Emergencias y sus pacientes con Covid-19 que estaban ardiendo, tosiendo e incapaces de respirar. Describió turnos acelerados en los que nunca dejaba de moverse y muchas escenas emocionales en las que estaba dando atención, administrando medicamentos y dando la mano a pacientes que no se esperaba que murieran y luego acontecía. Decía que solo podía esperar al final del día para poder fumar en su auto y ponerse en marcha. Aunque estaba comprometida con el tratamiento, entendí que no tenía intenciones de dejar de fumar.

En una sesión aproximadamente a los 3 meses de nuestro trabajo, Alice habló sobre un hombre judío ortodoxo que tuvo que ser llevado a radiología. Con Covid-19 positivo y una dificultad respiratoria severa, tosió repetida e incontrolablemente hasta que vomitó sobre sí mismo. Lo sacaron de su habitación y lo dejaron en un pasillo. Tendido en una camilla y notablemente descubierto, Alice notó que estaba cubierto de sudor y tosiendo, ahogándose en sus propios fluidos. El personal del hospital pasaba junto a él. Sabiendo que los auxiliares y las enfermeras estaban disgustados con los judíos ortodoxos, Alice se encargó de limpiarlo. Había escuchado a otras enfermeras culpar a los judíos por continuar reuniéndose y propagando el Covid-19. No querían arriesgar sus vidas.

Este incidente cambió el estado mental de Alice y aparecieron síntomas complejos de trauma secundario. Comenzó a sentir pánico por el antisemitismo, separándose de todos sus compañeros de trabajo. No podía decidir si la odiaban o si ella los odiaba a ellos. La rabia y el miedo se volvieron tan intensos que empezó a llamar para decir que estaba enferma. Enojada y sin querer cumplir con las normas, dejó de usar mascarilla en la calle, invitando a la desaprobación y miradas de disgusto.

Empezamos a reunirnos dos veces por semana, lo que ayudó a reducir la rabia/ansiedad, pero Alice comenzó a sufrir dolores de cabeza que la debilitaban. Como ya no podía trabajar en sus turnos, solicitó descanso por discapacidad y se le concedió una licencia de 6 semanas.

Lejos del hospital, Alice se volvió más relajada y se sintió menos amenazada. Pudimos identificar una imagen intrusiva: el hombre ortodoxo y sufriente que se había convertido en una fijación en su mente, y después de escuchar sobre él repetidamente, noté que lo mismo se entrometía en mi mente. La imagen finalmente pasó de la fijación a los recuerdos inquietantes del antisemitismo en la infancia. Recordó haber sido acosada por un grupo de niños seculares que se burlaban de su ropa; lo más probable es que esto fuera una pantalla para toda una historia de amenazas antisemitas. Recuperar la memoria y sus propias experiencias aterradoras, suavizó la imagen del hombre ortodoxo y entendimos

que presenciar el antisemitismo había activado traumas pasados. Ya no corría maníacamente ni fumaba compulsivamente, Alice comenzó a encontrar una verdad estable en su interior, relacionada con sus propias ansiedades sobre la separación y la muerte. Temerosa de la enfermedad y el antisemitismo en ese entorno hospitalario en particular, decidió no volver a su trabajo en el hospital y, en cambio, ahora está trabajando en entornos donde no tiene que enfrentar la vida y la muerte a diario.

Conclusión

La pandemia de Covid-19 ha impuesto un trauma masivo: muerte, enfermedad, pérdida expansiva y profunda. El Covid-19 ha expuesto las grandes diferencias de privilegios dentro de las sociedades y en todo el mundo. El Dr. Jagadish J. Hiremath, director médico de ACE Health Care en Mumbai, ha sido citado ampliamente en las redes sociales por señalar que la mayoría de las formas de protegerse contra el Covid-19 son accesibles solo para los ricos (Aspinall, G., 2020). La distancia social significa tener un hogar que acomode la separación física. Lavarse las manos requiere acceso a agua limpia. La cuarentena significa que uno puede darse el lujo de no trabajar. No hay equidad en la batalla contra el Covid-19, y se ha pedido a los psicoanalistas de todo el mundo que amplíen el campo para adaptarse a las crecientes demandas de salud mental.

Históricamente, el psicoanálisis se ha expandido y crecido para acomodar el trauma en el contexto de las crisis sociales. Un ejemplo temprano es el Hampstead War Nurseries de Anna Freud y Dorothy Burlingham en 1941, que cuidaba a bebés, niños pequeños y niños que habían sido separados de sus familias (Midgley, 2007).

El estudio de Vamik Volkin (2020) de 40 años de psicología de grupos grandes, ha puesto una lente psicoanalítica en la comunidad internacional, permitiéndole reunir grupos en conflicto en un esfuerzo por crear diálogo y comprensión.

El campo analítico es lo suficientemente amplio para recibir y sostener el trauma ambiental. La experiencia vivida del trabajo psicoanalítico sostiene el espacio para pensar y potencialmente hacer el duelo por una existencia perdida. Desde el aquí y ahora, el Covid-19 continúa presentando una amenaza generalizada en todo el mundo. Las dimensiones temporales de un trauma continuo operan inconscientemente impactando la diada analítica y configurando el campo analítico. Encuentros compartidos y separados con el mundo amplio, especialmente en situaciones de crisis, influyen en la experiencia de todos los tratamientos terapéuticos, individuales, grupales y comunitarios. Dándonos cuenta de las presiones conscientes e inconscientes que el Covid-19 ha ejercido recientemente sobre el marco de la práctica tradicional, el psicoanálisis tiene la

capacidad de apoyarse en una rica teoría y experiencia para satisfacer las demandas de un mundo cambiante.

Referencias bibliográficas

- Aspinall, G. (2020, March 30). *A viral reminder that 'social-distancing is a privilege that poor people cannot afford'*. Recuperado diciembre 30, 2021, de <https://grazia.daily.co.uk/life/in-the-news/viral-message-social-distancing-privilege/>
- Bion, W. R. (1991). *Learning from experience*. London: Maresfield Library.
- Boulanger, G.L. (2017). Some dark reality: a community develops skills to cope with shared trauma. En *Psychoanalysis, trauma and community: History and contemporary reappraisals*. Essay. Abington & New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Figley, C. (1999). Compassion Fatigue. En *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Essay. Baltimore: The Sidran Press.
- Midgley, N. (2007). Anna Freud: The Hampstead War Nurseries and the role of the direct observation of children for psychoanalysis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(4), 939–959. <https://doi.org/10.1516/v28r-j334-6182-524h>
- Volkan, V. D. (2020). *Large-group psychology, Racism, Societal Divisions, Narcissistic Leaders and Who We Are Now*. London: Phoenix Publishing House.

Resumen

El confiscamiento del pensamiento y la pérdida de la capacidad reflexiva por trauma secundario en el analista se consideran parte de la experiencia vivida en un encuentro analítico durante la pandemia de la Covid-19. Dado que el campo analítico es lo suficientemente amplio como para recibir y contener un trauma masivo, se puede tomar conciencia de las reverberaciones conscientes e inconscientes ejercidas en la situación de tratamiento y transformar en una narrativa significativa. Se ofrece ejemplos clínicos de socorristas en un entorno grupal e individual.

Palabras claves: pandemia Covid-19; Trauma de Estrés Secundario; Pensamiento Confiscado; capacidad reflexiva

Abstract

Foreclosed thinking and the loss of reflective capacity in the analyst due to secondary trauma is considered to be part of the lived experience of an analytic encounter during the Covid-19 pandemic. Given that the analytic field is broad enough to receive and hold massive trauma, awareness of the conscious and unconscious reverberations exerted in the treatment situation can be realized and transformed into meaningful narrative. Clinical examples from first responders in a group and individual setting are offered.

Keywords: Covid-19 pandemic; Secondary Stress Trauma; Foreclosed Thinking; Reflective Capacity