

DE LA URGENCIA A LA PAUSA. EL PSICOANALISIS Y LAS INSTITUCIONES

Lardizábal, Maite

Residente de psicología PRIM (Programa de residencias integradas multidisciplinares) Lanús. HZGA

Narciso López.

maite_lardizabal@hotmail.com

RESUMEN

El campo de la salud mental se enfrenta a nuevos desafíos. La Ley Nacional de Salud Mental n°26.657, reafirmando el papel de todos los individuos como sujetos de derechos, sanciona la necesidad de ampliar y regular determinadas prácticas. En este marco encontramos la necesidad de establecer guardias interdisciplinarias y por lo tanto adquiere fuerza el rol del psicólogo de guardia, figura que existía en muy pocos lugares del país. Junto con la promesa de nuevos cargos reaparece el viejo interrogante: ¿Cuál sería la especificidad de la práctica del psicólogo en general, y del psicoanalista en particular, en la urgencia?

La guardia suele nominarse como “guardia médica”, los hospitales en general son instituciones en las que el discurso y las prácticas que abundan son diferentes a las nuestras. Por los pasillos, los olores y la muerte circulan recordándonos lo lejos que quedamos del consultorio y su diván.

Los analistas no suelen asistir al padecimiento en vivo, por lo general se encuentran luego de las crisis, para trabajar sobre lo sucedido. Pero no es así en estos espacios. Vestidos de ambo o guardapolvo, y generalmente nombrados como doctores, intentan mantener lo particular de su práctica.

El propósito del escrito, es reflexionar sobre las condiciones de intervención analítica en contextos hospitalarios. Utilizando fragmentos de un caso clínico, en el que una mujer de 23 años se presenta al hospital luego de atravesar situaciones traumáticas, intentaré delimitar las particularidades de este tipo de abordajes.

En la viñeta clínica se sitúa lo que produjo un efecto traumático en el psiquismo particular de ese sujeto, intentando pensar al trauma en la particularidad del caso. Vemos que el trauma se constituye como una producción de compromiso entre lo que pasa (peligro, cantidades, lo real) y lo que no pasa (falla del Otro) (Bleichmar, 2010). Se atiende a que la realidad de un acontecimiento no es sinónimo de realidad psíquica. Cada psiquismo tiene diferentes umbrales para elaborar lo vivido, su historia y su pasado permitirán encontrar diferentes reacciones. Incluso las catástrofes padecidas en común, impactan en la subjetividad de manera diferente. Nadie queda exceptuado de los efectos de una catástrofe, pero cada sujeto responde desde su subjetividad (ibíd.).



Se observa cómo al desplegar diferentes aspectos de su sufrimiento, la palabra alivia y permite comenzar a tramitar algo de la angustia. Escuchar el relato y transformarlo, sancionarlo como un decir permite crear una demanda, “la demanda en la urgencia es el efecto que se puede producir del encuentro” (Bialer et. al. 1988:12). Se buscó que ponga palabras a su dolor, hacer hablar la urgencia, para así introducir la dimensión del tiempo, un tiempo de comprender que nos permita considerar la causa de su actual padecer.

En estos dispositivos el analista debe prestar el cuerpo y no solo convocar al trabajo significativo, ya que este trabajo suele encontrarse obturado. Se busca re-localizar un sujeto que ha perdido sus coordenadas, u ofrecerse como testigo a la certeza delirante. Lo particular de nuestras intervenciones es que apuntarían a volver a anudar, alojar, velar esta verdad que ha quedado brutalmente develada para este sujeto, al punto de dejarlo desamparado sin referencias identificatorias, sintomáticas o fantasmáticas (San Miguel, T. s.f.).

Concluiremos el escrito con una serie de afirmaciones tendientes a responder nuestros interrogantes iniciales: Que no es cualquier urgencia la que se aborda desde esta disciplina, sino particularmente la urgencia subjetiva. Que más que soluciones rápidas, lo que se busca es encontrar lo particular del sufrimiento de ese sujeto. Atendiendo al tiempo lógico más que al cronológico y entendiendo que es la urgencia médica la que suele eliminar la noción del tiempo. Que las intervenciones en guardia suelen ser por fuera de la transferencia propiamente dicha, ya que en estos dispositivos la transferencia suele ser masiva, indiferenciada y en relación a la institución. Y que encontramos que esta activa escucha tiene múltiples consecuencias en la particularidad del encuentro; permitiendo que se produzcan movimientos subjetivos significativos.

Palabras clave: urgencia – psicoanálisis- trauma- instituciones

TRABAJO COMPLETO

Introducción:

El campo de la salud mental se enfrenta a nuevos desafíos. La Ley Nacional de Salud Mental n°26.657, reafirmando el papel de todos los individuos como sujetos de derechos, sanciona la necesidad de ampliar y regular determinadas prácticas. En este marco encontramos la necesidad de establecer guardias interdisciplinarias y por lo tanto adquiere fuerza el rol del psicólogo de guardia, figura que existía en muy pocos lugares del país.



Junto con la promesa de nuevos cargos reaparecen viejos interrogantes ¿Cuál sería la especificidad de la práctica del psicólogo en general, y del psicoanalista en particular, en la urgencia?

La guardia suele nominarse como “guardia médica”, los hospitales en general son instituciones en las que el discurso y las prácticas que abundan son diferentes a las nuestras. Por los pasillos, los olores y la muerte circulan recordándonos lo lejos que quedamos del consultorio y su diván.

Los analistas no suelen asistir al padecimiento en vivo, por lo general se encuentran luego de las crisis para trabajar sobre lo sucedido. Pero no es así en estos espacios. Vestidos de ambo o guardapolvo, y generalmente nombrados como doctores, intentan mantener lo particular de su práctica.

¿Qué es lo que permite decir que algo de la práctica analítica toma lugar?

Psicoanalista en guardia.

En primer lugar no podemos desconocer lo particular de estas instituciones. Cuando tuve la oportunidad de rotar por la guardia del HIGA Evita de Lanús, observé que en este dispositivo hospitalario la “prisa” circula por los pasillos atravesando a todos los actores institucionales. Urgen las soluciones rápidas y se vuelve fundamental no perder de vista que es la urgencia médica la que elimina la noción del tiempo. A diferencia de esto, nosotros (como psicólogos) buscamos ampliar la dimensión temporal para que pueda surgir algo del padecer de *ese* sujeto particular que consulta por guardia. Apelar a la palabra es lento e inevitable. Buscamos someternos al tiempo lógico, desprendiéndonos del cronológico¹.

La transferencia también tiene un lugar particular. Aunque encontramos cierta transferencia a la institución, esta es masiva e indiferenciada. Las intervenciones en guardia suelen ser por fuera de la transferencia propiamente dicha.

En el hospital presenciamos que las urgencias se funden y confunden: de psiquiátrica a social, de social a médica, circulan sucediéndose en diferentes presentaciones. Para nosotros, como analistas, es la urgencia subjetiva la que nos convoca. Urgencia que muchas veces aparece recién ante el encuentro con el analista y sus efectos. La pregunta sobre el motivo que los llevó a consultar en ese momento determinado nos permite atender a qué es lo que dejó de funcionar, entendiendo que si la urgencia subjetiva se define como una cadena rota, nos encontramos con algo que ya no marcha, ya sea: la caída del otro, un significante que retorna en lo real o la mostración del objeto (Sotelo 2004).

Para pensar estas cuestiones me resulta interesante presentarles a María. Ella con 23 años llega muy nerviosa y angustiada a la guardia, acompañada por sus tías, dos hermanas de su madre.

En la entrevista manifiesta que lleva varias noches sin poder dormir, que quiere una pastilla que la haga “no pensar”, pues quiere olvidarse de todo. Ante la pregunta sobre lo que desea olvidar, relata que fue violada por seis hombres hace un mes y medio; que desde entonces recibe amenazas y está muy



asustada. Le cuesta mucho terminar las frases, tiembla y llora al hablar. Se le propone continuar la entrevista a solas con la psicóloga para que pueda contar lo que le sucedió. Acepta eso, aunque indica que no la va a ayudar en nada hablar sobre lo que pasó.

Esto implicaba una primera apuesta, se le ofrece un espacio privado para que ella pueda relatar lo sucedido, se le señala que tienen todo el tiempo para hacerlo y que la psiquiatra le va a entregar una medicación para que al menos esa noche pueda dormir. Entendiendo que ante lo traumático es importante responder en primer lugar a la demanda consciente del sujeto, para no aumentar el desamparo y la incertidumbre. Ella pide lo que considera necesario para aplacar su dolor. Con esta promesa se puede relajar algo de su apremio y se le ofrece una escucha que no renueve la violencia haciendo público lo privado.

Un buen trabajo interdisciplinario basado en el conocimiento y la confianza del profesional con quien articulamos es esencial. En este caso, la psiquiatra estuvo de acuerdo en que tenga un espacio privado para ella. Considerando la importancia de la evaluación psicológica, la psiquiatra no sostuvo una entrevista previa que le haría relatar dos veces lo sucedido.

Al encontrarse en otro consultorio, a solas con la psicóloga, comienza a contar lo sucedido; hablando muy rápido y apelando todo el tiempo a la comprensión del que escucha, no solo incluyendo al oyente sino que esperando su respuesta: *“me siento sucia... ¿como puedo sentirme mujer después de esto?”*.

Se busca introducir una pausa en esa cascada de significantes que se enlazan sin cortes y se intenta ordenar el discurso. Relata que estaba por tomarse un colectivo cuando seis hombres la introdujeron por la fuerza en un auto y la violaron. Al día siguiente, ella realizó las denuncias pertinentes y pudo dar el nombre de algunos de ellos, ya que eran conocidos del barrio. A raíz de esta denuncia comienza a recibir amenazas y mensajes intimidatorios a su celular. Manifiesta estar muy asustada ya que no solo le dicen que *“la van a matar”*, sino que la golpearon tres hombres e intentaron atropellarla con un auto. Ante cada abuso ella realizó nuevas denuncias y en la actualidad está dentro de un programa de protección a la víctima por el cual un auto civil ronda la zona en la que ella se encuentra. El acoso relatado era tan intenso que fue necesario descartar una paranoia.

Se le pregunta qué la llevó a decidir venir este día y por qué consulta en este momento en particular (había pasado un mes y medio del hecho traumático). A lo que refiere que no aguanta más, que no duerme y que no sabe por qué no puede hacerlo. Intentó tomar pastillas varias veces pero, según dice, las pastillas no la ayudan a dormir, *“no le alcanzan”*. La última noche tomó varias pastillas que encontró en la casa y hubiera tomado más de haberlas hallado.

Se le pide que intente explicar por qué no puede dormir y se angustia... *“mis tías dicen que no le cuente a la psiquiatra lo que me pasa, porque van a decir que estoy loca... hoy yo no quería tomar pastillas y me*



tuve que atar acá (tiene dos marcas en el brazo), *siento que me carcome la piel*” se le pregunta por esto y explica que siente que le arrancan pedazos y que se ata fuerte el brazo para no sentirlo. “*No duermo porque tengo miedo... miedo a todo, tengo miedo de mi sombra*”, ante las preguntas señala que “*es una manera de decir*”. Cuando se indaga sobre la posibilidad de alucinaciones auditivas refiere: “*escucho que me llaman y me nombran*”. Se necesitó realizar diferentes indagaciones para ver que el sentido no quedaba fijo, que no había certezas y que podía asociar y metaforizar. Se le indica la necesidad de un tratamiento psicológico, con una derivación por escrito a los consultorios de esa misma institución y un miligramo de Risperidona por día, citándola para control en cuarenta y ocho horas.

Antes de concluir la entrevista se le pregunta a dónde va a ir a dormir, entendiendo que no alcanza una pastilla para poder descansar. Explica que va a volver a su casa porque no quiere que las tías la vean así. Se muestra reticente a hablar (a diferencia de momentos anteriores), motivo por el cual se realizan varias preguntas: ¿cómo se siente al estar en su casa?, ¿con quién vive?, etc. Explica que se siente muy mal y que vive con su madre pero que “*ya no es su madre*”, que “*ya sabe lo que vale para ella*”. Su madre trabaja en la casa de uno de los violadores, es empleada del padre de uno de los chicos, y al momento de elevar la denuncia testifico en su contra “*porque necesitaba la plata... me vendió, para mí está muerta*”. Se la convoca a hablar y se busca sancionar algo del horror que esto le produjo. Se le indica que no vuelva a la casa, que se quede en lo de una de las tías, que no es el momento para enfrentar situaciones de más estrés. Se muestra visiblemente apaciguada ante esta indicación.

Luego de 48 horas se presenta refiriendo que pudo dormir y que sus alucinaciones remitieron en forma completa, se muestra aseada y su postura corporal es visiblemente diferente. Tiene un turno para comenzar el tratamiento psicológico al día siguiente.

De traumas y algo más

En el trauma el peligro es el aumento de tensión en el psiquismo, debido al gran volumen de estímulos externos, frente al cual se es indefenso (Freud [1920] 2002). Esta indefensión consiste en la falta de fuerzas del sujeto para soportar o canalizar la energía no ligada, y no hay Otro (otros) a quien recurrir para que se interponga frente al peligro. El trauma se constituye entonces, como una producción de compromiso entre lo que pasa (peligro, cantidades, lo real) y lo que no pasa (falla del Otro) (Bleichmar, 2010). El trauma también lo encontramos definido como la figura de la irrupción de lo real sobre las representaciones simbólicas que tenía ese sujeto hasta ese momento (Belaga 2004).

La realidad de un acontecimiento no es sinónimo de realidad psíquica, sabemos que cada psiquismo tiene diferentes umbrales para elaborar lo vivido, su historia y su pasado permitirán encontrar diferentes reacciones. Incluso las catástrofes padecidas en común, impactan en la subjetividad de



manera diferente. Nadie queda exceptuado de los efectos de una catástrofe, pero cada sujeto responde desde su subjetividad (Bleichmar *op. cit.*).

Podemos suponer que la violación que María relata es altamente traumática. Sin embargo, *no es eso* lo que la trae a la guardia del hospital. En ella lo imposible de soportar fue la reiteración de un abuso, ahora por parte de su madre, que la vuelve a dejar en lugar de objeto a merced del otro. Eso pareciera ser lo verdaderamente intolerable.

Teniendo en cuenta que lo traumático se suele acompañar de una pérdida (etimológicamente trauma significa perforación o rotura), notamos que María muestra pérdidas severas que ponen en juego el mantenimiento de la continuidad del “sí mismo”. Pérdida identificatoria que se expresa en su interrogación sobre “cómo volver a sentirse mujer”. Ella deberá asumir las marcas que dejaron estos acontecimientos sobre su subjetividad.

Lacan, en el seminario IV, señala las coordenadas para la urgencia de angustia en el surgimiento del deseo del Otro, de tal modo que está impedido todo reconocimiento y que la caducidad de la imagen especular revela súbitamente aquello que está siempre velado: en el deseo del Otro se es un objeto (Lacan 1999). Este es el lugar en el que la madre deja a María: “porque necesitaba la plata... me vendió, para mí está muerta”. Vemos así, lo imposible de simbolizar, el traumatismo que deviene agujero en lo real.

Ella mencionaba fenómenos alucinatorios: auditivos y cenestésicos, pero no estaban desprendidos de toda asociación, podía seguir respondiendo cuando se le pedían más datos sobre esto y no eran puntos fijos, ni tenía certeza de los mismos. Había pasado por una situación traumática y cuando son superadas las defensas, la angustia automática avasalla al yo (Freud, [1926] 2002). Esto implicaría una regresión narcisística que le impediría al sujeto implementar defensas eficaces, de carácter neurótico, como ocurre en el caso en que la angustia funciona como angustia señal. Estos momentos pueden considerarse como momentos psicóticos en los que no existe un yo capaz de establecer un comando, implementando medidas adecuadas para ejercer alguna protección sobre el sujeto (Kordon 1998). Laplanche (siguiendo a Freud) define a las neurosis traumáticas como aquellas en que los síntomas son consecutivos a un choque emotivo, ligado a la situación de amenaza a la vida o integridad del sujeto, donde el trauma posee parte determinante en el contenido de los síntomas (pesadillas, repetición mental del hecho traumático, reacción de angustia automática con gran compromiso somático, etc.). Podemos pensar el lugar que tienen las sensaciones corporales enunciadas: “me carcome la piel”.

Para concluir retomamos la pregunta ¿algo distinto surge del encuentro con un psicoanalista en la guardia? No podemos saber qué hubiera pasado si era otro el discurso desde el que se la escuchaba. Pero vemos que en este encuentro algo del sujeto pudo aparecer. Ella parece encontrar algo

apaciguador que le permite decir y ordenar su discurso; al mismo tiempo que no cerrar el sentido traumático en la violación sufrida y avanzar más allá.

María logra desplegar diferentes aspectos de su sufrimiento, la palabra alivia y permite tramitar algo de la angustia. Asumiendo que “la demanda en la urgencia es el efecto que se puede producir del encuentro” (Bialer et. al. 1988:12), se buscó que hable, con la presencia y a través de la acción de escuchar, entendiendo que si habla puede pedir. De este modo, su demanda pudo situarse más allá de pastillas para dormir o alguna mágica solución para olvidar lo sucedido. Ponerle palabras a su dolor, hacer hablar a su urgencia, permitió introducir la dimensión de un tiempo de comprender que nos permitió bordear la causa de su actual padecer.

Pareciera que las intervenciones del analista tienen características particulares en este dispositivo. Encontramos que, muchas veces, el analista debe prestar el cuerpo y no solo convocar al trabajo significativo, ya que este trabajo suele encontrarse obturado. Se busca re-localizar un sujeto que ha perdido sus coordenadas, u ofrecerse como testigo a la certeza delirante. Lo particular de nuestras intervenciones es que apuntan a volver a anudar, alojar, velar esta verdad que ha quedado brutalmente develada para este sujeto, al punto de dejarlo desamparado sin referencias identificatorias, sintomáticas o fantasmáticas (San Miguel, T. s.f.).

Nota

¹ cf. Lacan, (1985) y para una ampliación cf. Sotelo, I (2004)

Bibliografía

Belaga, G. (2004) “Presentación: La urgencia generalizada. La practica en el hospital”. En *La urgencia generalizada*. Bs. As: Grama.

Bialer, M. Dreyzin, A. Hornstein, C. Lifschitz, G. Manavella, N. Michanié, L. Palmieri, C. Rozenberg, N.Seldes, R.Wolodarsky, D. (1988) “Sobre la urgencia (1)” *La urgencia. EL psicoanalista en la práctica hospitalaria*. Bs. As: Ricardo Vergara ediciones.

Bleichmar, S. (2010) *Psicoanálisis Extramuros. Puesta a prueba frente a lo traumático*. Bs.As: Entreideas.

Cruglak, C. (1993) “Emergencia: hacer del orificio agujero”. Ficha de cátedra de *clínica de la Urgencia*. Bs. As.

Freud, S. ([1920] 2002) “Más allá del principio de placer”, en *Obras Completas*, tomo XVIII. Bs. As.: Amorrortu.

Freud, S. ([1926] 2002) “Inhibición, síntoma y angustia”, en *Obras Completas*, tomo XX. Bs. As.: Amorrortu.



Kordon, D. Edelman, L. Lagos, D. & Kersner, D. (1998) "Trauma social y psiquismo" en *VERTEX Rev. Arg. De Psiquiatría*. Vol. IX. N° 31, pp. 42 a 51. Bs. As.

Lacan, J. (1999). El seminario 4, la relación de objeto (1956-1957) Bs. As: Paidós.

Lacan, J. (1985) "El tiempo Lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma", en *Escritos 1*, Siglo Veintiuno Editores, Bs. As.

Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1993) *Diccionario del psicoanálisis*. Barcelona: Labor.

San Miguel, T. (s.f.) "La guardia, un lugar posible". Ficha de cátedra de *clínica de la Urgencia*. Bs. As.

Sotelo, I. (2004) "La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de la emergencia". En *La urgencia generalizada*. Bs. As: Grama.

Yacoi, A. (1988) "La angustia y la urgencia." *La urgencia. EL psicoanalista en la práctica hospitalaria*. Bs. As: Ricardo Vergara ediciones.
