



Universidad Nacional de Rosario.

Facultad de Psicología.

Trabajo Integrador Final.

Título: El más allá de las palabras.

Autora: Lomuto, Rocío Belén.

Legajo: L-5031/8

Docente responsable: Quiroga, Víctor.

Año: 2017

Índice

1	Resumen:.....	3
2	Palabras claves:.....	3
3	Introducción.....	4
4	Desarrollo.....	6
4.1	Caso Clínico.....	6
4.1.1	Primer encuentro con el caso: supervisión en uno de los espacios clínicos del hospital.....	6
4.1.2	Segundo encuentro con el caso: charla con la psicóloga con quien estuvo en terapia.....	8
4.1.3	Tercer encuentro con el caso: primera entrevista en la que participé con el paciente.....	10
4.1.4	Cuarto encuentro con el caso: la hermana lo retiraría del hospital.....	11
4.1.5	Quinto encuentro con el caso: única y última vez que asistió al hospital Juan.....	11
4.2	La clínica de la escucha.....	12
4.3	La clínica de la escucha en acción.....	17
4.4	Entonces, ¿es posible ejercer la clínica de la escucha en hospitales?.....	21
5	Conclusión.....	23
6	Bibliografía.....	25

1 Resumen:

Este trabajo fue la consecuencia de algunos interrogantes que surgieron luego de mi práctica profesional supervisada en un hospital público. Desde la perspectiva psicoanalítica, el presente ensayo tiene como finalidad desarrollar conceptos sobre la clínica, el lugar y la función terapéutica y el oficio singular que impone y propone su práctica. Desarrollar esta práctica en un hospital público interroga la posibilidad de proponer y propiciar este dispositivo dentro de una Institución pública.

Una entrevista realizada ofició de médium para poner en tensión y anudar la teoría con algunas categorías conceptuales que conjugan a ésta y a la práctica clínica-hospitalaria. A modo de conclusiones parciales, adscribo a la idea de pensar que es posible ejercer el psicoanálisis en un hospital público, sin evitar las renovadas preguntas en relación al tiempo de trabajo, condiciones posibles y otras características, con la principal decisión de sostener los pilares fundamentales de la clínica psicoanalítica.

2 Palabras claves:

Psicoanálisis, análisis, clínica, inconsciente, encuadre.

3 Introducción.

Este ensayo se nutrirá de una experiencia personal que motivó y despertó interés sobre el ejercicio clínico. Se abordarán los siguientes temas: cómo es posible teorizar los efectos de la práctica y principalmente el pasaje entre el registro imaginario y su enlace con el registro simbólico, como vías de acceso e interrogación a toda práctica clínica.

Voy a partir de pensar a la adolescencia como un tiempo signado por tensiones y contradicciones que intensifican y despiertan un nuevo desafío al iniciar una terapia. Uno de los principales propósitos es interrogar un caso clínico, sus avatares y su modo de inscripción en un hospital público.

Para abordar esta temática, además de hacerlo desde diferentes autores que concibo muy interesantes, desarrollaré un caso clínico que conocí y tuve la suerte de poder abordar en mi residencia, puntualmente tomaré la entrevista que le realicé al paciente a modo de clarificar la forma en que se trabaja desde el psicoanálisis y más precisamente la forma en que se trabaja desde el psicoanálisis en un hospital público.

Uno de los primeros interrogantes que me nacieron y en realidad el más importante, era ¿cómo pararme desde el rol de psicoanalista frente a este paciente? ¿Cómo ayudarlo? ¿Cómo conocer algo más de historia? ¿Cómo acceder a algo de su inconsciente? Y es en este punto donde la pregunta aparece algo más clara, ¿cómo se hace para articular la teoría y la práctica? ¿Cómo hacer aparecer la clínica?.

Cómo desarrollaremos a continuación, para que aparezca algo de la clínica es necesario un retrabajo de todos nuestros conceptos, de nuestra experiencia, pero en relación con cada paciente y con cada situación.

Tanto mi paso por la facultad como por la residencia, me permitieron definir el psicoanálisis como un trabajo de carácter artesanal, un concepto que lo pensé demasiado al enfrentarme con este paciente y ver las dificultades que iban surgiendo. El trabajo artesanal al que me refiero, tiene que ver con un trabajo especial con cada paciente, un trabajo que no es en serie y en el que la teoría por sí sola no produce ningún efecto, ni la práctica aislada tampoco, sino que debiera retrabajarse la teoría sobre la práctica para que se genere la clínica, es decir se debiera, por ejemplo, poner en tensión algunos conceptos de la teoría con la escucha que realizamos, supervisar los caso, para que al final surja algo del orden de la clínica. Y este proceso con cada paciente va a ser diferente, porque lo que se valora en la clínica psicoanalítica es la clínica de la escucha, concepto que empecé a interrogarme durante mi residencia y puntualmente con este caso. El deseo del analista es el deseo de escuchar para que el otro pueda sostener el deseo de hablar. El analista, entonces, se hace un hueco para anidar al paciente, para alojarlo.

La terapia analítica hinca más hacia la raíz de los problemas, llega hasta los conflictos de los que han nacido los síntomas, y esto es posible gracias a la escucha; “a partir de Freud los pacientes son escuchados, al mismo tiempo que pasan a escucharse en un saber, que no saben que tienen” (Achilli, 2015) “El sujeto puede reflexionar sobre sí mismo; pensarse y, soltándose del discurso de quienes le rodean, escuchar sus propios deseos para crear una nueva narración que es, aunque atada a tramas discursivas que le preceden, esencialmente subjetiva.” (Achilli, 2015). Es por esto tan necesario darle lugar a la palabra del paciente, no importa si dice la verdad sobre los hechos o no, solo importa lo que trae a la terapia, lo que narra, lo que SE dice, para comenzar a historizar su propia historia, para comenzar a crear esa red de significantes que lo contengan; de alguna manera este trabajo es el que comencé a observar con el caso clínico en cuestión. A partir de observar y participar en el trabajo con este paciente, estas cuestiones comenzaron a tomar cada vez más relevancia para mí y mayor interés por preservar esta práctica dentro del hospital, con todas las dificultades que esto trae aparejado.

La cura analítica impone a médico y enfermo un difícil trabajo que es preciso realizar para cancelar unas resistencias internas. Mediante la superación de estas, la vida anímica del enfermo se modifica duraderamente, se eleva a un estadio más alto del desarrollo y

permanece protegida frente a nuevas posibilidades de enfermar. Este trabajo de superación constituye el logro esencial de la cura analítica; el enfermo tiene que consumarlo, y el médico se lo posibilita mediante el auxilio de la sugestión, que opera en el sentido de una educación. Por eso se ha dicho con acierto que el tratamiento psicoanalítico es una suerte de pos-educación. (Freud, 1916-17, p. 410, 411).

Para que esto pueda llevarse a cabo hace falta un encuadre, es decir algunas variables que se conviertan en constantes para sostener el espacio analítico.

Me propuse entonces a lo largo de este trabajo profundizar los conceptos hasta aquí mencionados. Podrán encontrarse a lo largo del ensayo con tres partes, una en la que se abordará la clínica de la escucha, el trabajo de un analista, desde mi recorrido teórico, pero también práctico y clínico, otra que incluirá algunas particularidades del caso clínico para mostrar, con un ejemplo, cómo se trabaja y se vuelca esa teoría antes mencionada, y para finalizar, se abordara la siguiente pregunta: ¿se puede trabajar desde la perspectiva del psicoanálisis en un hospital público?

En este momento creo conveniente resaltar que no se encontrarán con un diagnóstico de este adolescente, ya que no fue mi paciente; Pero algo de la transferencia nació y me permitió extraer algunas enseñanzas para mi futura clínica.

4 Desarrollo.

Finalizando mi carrera opté por hacer la residencia en un hospital público de la provincia de Santa fe. Me interesaba pensarme en un efector público de la salud, me interesaba conocer, desde la perspectiva psicoanalítica, el lugar y la función terapéutica y el oficio singular que impone y propone su práctica. Desarrollar esta práctica en un hospital público interroga la posibilidad de proponer y propiciar este dispositivo dentro de una Institución pública. Estos son los interrogantes que guiaron el presente trabajo y que se abordarán en él.

Cuando comencé las prácticas fui despojándome de algunos ideales y tuve uno de los primeros choques con la realidad de lo que es la clínica psicoanalítica. Me encontré con un paciente que callaba todo lo que su cuerpo gritaba, y que transmitía más de lo que muchos percibían.

Conocí a este paciente, Juan, a partir de la supervisión de su caso clínico y luego, gracias al jefe de salud mental del hospital, pude acceder a algunas entrevistas directamente con él. Una psicóloga había estado trabajando con Juan desde hacía dos meses y medio y al finalizar la licencia que estaba supliendo, el psicólogo al que estaba reemplazando me pidió que lo acompañara a visitarlo. Desde su mirada era importante que en las charlas hubiera una figura femenina, alguien que pudiese simbolizar una figura materna y así, posiblemente, el paciente hablara con mayor comodidad que si estuviera solo con el psicólogo.

Sus charlas con la anterior psicóloga eran muy escuetas, la relación con los médicos de la sala de la unidad de quemados se estaba convirtiendo en algo difícil de sostener, no era una relación fácil, el paciente no “obedecía” ordenes de los médicos, ni de los kinesiólogos, y cada vez resultaba más complicada su evolución.

A continuación se presentara el caso clínico de Juan, según fui tomando contacto con éste.

4.1 Caso Clínico.

4.1.1 Primer encuentro con el caso: supervisión en uno de los espacios clínicos del hospital.

La psicóloga que acompañó a Juan durante su mayor tiempo dentro del hospital, presentó el caso en una sección clínica de dicha institución para ponerlo a la escucha de diferentes profesionales y buscar una solución.

Juan presenta quemaduras tipo AB y B; apenas llego al hospital lloraba y no sabía por qué, según decía. Refería no acordarse de nada.

Apareció debajo de un puente, embarrado, golpeado, quemado y semidesnudo.

Un día después de las curaciones estaba angustiado, había tenido sueños. Contó que había soñado con la gente que le hizo esto: *“soñé que me tiraron agua caliente”*.

El relata que en el sueño estaba mirando la tele y uno de los hijos de esta señora (familia nueva a la que frecuentaba) PUTEA a su madre, él le pega a ese chico y cuando se está yendo, la madre de ese chico, le arroja agua caliente.

No quiere que la madre sepa esto por miedo a lo que ella pueda hacer o por lo que podrían hacerle a ella (comienza a mezclarse el sueño con el relato).

Cuando se entrevistó a la madre dijo que su hijo había empezado a frecuentar una familia nueva y dijo que sentía que había algo que Juan no le contaba.

En otra entrevista la madre relata que a los 9 años de Juan se separa de su marido y éste nunca más apareció.

El paciente no tenía recursos para hablar, la psicóloga le daba opciones para elegir.

Él trabajaba con el padre (cuenta en otra ocasión), hacia changas, aprendió de él a levantar paredes.

Luego de un tiempo JUAN empezó a demandarle mucho a la madre, él dice que tenía miedo y que quería que la madre estuviese con él.

Según la madre Juan es muy compañero, muy independiente.

Ella cuando él le demandaba tanto se saturaba y le contestaba mal, lo trataba mal.

Un dicho de la madre que le sorprendió a la psicóloga fue: *“hasta la piel le va a quedar igual”* (haciendo referencia al padre que tiene psoriasis), se nota enojo de la madre con el padre (a estas cosas las decía cuando se enojaba con Juan).

Un fin de semana la madre habló con los médicos y enfermeros de la unidad de quemados para poder organizarse entre todos y así ella podría volver por el fin de semana a su casa a ver a sus otros hijos y el lunes volvería.

Luego de ese lunes no apareció más, tampoco le contestaba el teléfono al personal del hospital.

Va pasando el tiempo y la situación va agravando, empeora la situación física de Juan, confronta con los médicos y enfermeras.

La madre no volvió a aparecer, la llamaron, pero no acudía al hospital.

Juan tenía crisis de dolor y pedía por su madre.

Ese fin de semana que la madre se fue, lo fue a cuidar una cuñada y a ella le cuenta que se quemó robando cobre, cortando un cable de alta tensión. Ese corte produjo una explosión que lo despidió desde una altura considerable. Esta sería la causa de los golpes que se le encontraron.

Parece que la madre se enteró qué fue lo que le pasó a su hijo, que fue por robar y entonces no apareció más, decía que no se podía levantar de la cama.

A partir de este “abandono” él retrocede en todo su tratamiento, e inclusive no le crece el pelo.

Se quiso escapar, hizo toda una escena, se tiró de la cama, pero lograron contenerlo los médicos y el equipo de salud mental.

Él dice que es cierto lo que explica la madre, que él había robado, que lo hacía con esta gente “nueva” desde hacía un mes. Decía una cosa y luego otra.

La psicóloga le pregunta: *¿Por qué me contaste la otra versión?*

Para que no le pase nada a mi mamá.

Supuestamente él fue a robar el cobre de los cables de alta tensión, pero siempre iba con el buscador de polo y esta vez no, cortó y se electrocutó.

Según la madre había contado en una de las entrevistas que habían tenido los psicólogos con ella, *“al hermano de Juan lo respetan todos en el barrio, él es el débil”* (refiriéndose a Juan).

Hay un gran montante de angustia que circula en relación con la madre que sigue sin venir nos cuenta la psicóloga.. La madre dice: *“NO VA A CAMBIAR”*.

Él se siente solo. Ahora viene otra cuñada (mujer de un hermano que está en la cárcel de Coronda).

Según Juan, es la primera vez que le pasa esto con la madre, pero no le sorprende, porque con su hermano hizo lo mismo, no lo visitó nunca más en la cárcel.

Juan se angustia al hablar de su hermano, relata cuando la policía lo fue a buscar y cuenta que sale en diciembre de la cárcel.

¡Supuestamente estaba por comprarse una moto, juntando plata con las changas y por irse a vivir solo, y justo hace esto! (¡ir a cortar el cable sin busca polo!)

Medicación: morfina para el dolor, carpentín y clonazepam.

En este momento había cinco psicólogas en la reunión, dos psiquiatras y dos residentes de psicología y como invitado se encontraba un psiquiatra que fue el que debatía y compartía algunas de sus opiniones sobre el caso.

Lo que éste psiquiatra aportó fueron las siguientes interpretaciones:

- Que había que darle lugar a las crisis de dolor que el paciente refería, ya que con eso estaba expresando otro tipo de dolor, más subjetivo, un dolor moral.

- Que al “boludo” cuando no puede hacerse respetar y quieren que lo respeten lo mandas a la violencia, si no tiene otro recurso.
- Que Juan dice (que puede ser excusa) que él tiene que cuidar a la madre, puede ser que si se queda en la posición de cuidar a la madre es porque no ha sido cuidado por sus padres.

4.1.2 Segundo encuentro con el caso: charla con la psicóloga con quien estuvo en terapia.

JUAN tiene 17 años, vive en un pueblo de la provincia de Santa Fe, llega al hospital derivado desde otro nosocomio que lo recepciona al momento seguido del suceso, ingresa en estado grave de salud a terapia.

Luego pasa a Unidad de Quemados, desde donde se realiza la interconsulta con Salud mental. Se encontraba muy angustiado. Las quemaduras serian, refieren los médicos, por fuego (reacción), pero Juan no cuenta nada, no se acuerda de nada.

Motivo de interconsulta a Salud Mental:

“Angustiado, crisis de llanto por motivos desconocidos. Acompañado permanentemente por la madre. Se desconoce lo que sucedió.”

Inicio de Trabajo clínico con Juan (entrevistas):

Juan solo puede decir (acerca del episodio) *“fui a la casa de unos amigos...”* *“No me acuerdo”* Se angustia por la madre, cuando la menciona o refiere “miedo” a que le pase algo”.

En otra entrevista Juan refiere no poder dormir. *“Tengo sueños feos con la persona que me hizo esto”*. Ocurre una escena un fin de semana con unas visitas por la cual él se angustia mucho y puede decir luego a la psicóloga: *“vino acá”* (al Hospital en horario de visitas) *“me miraba”*.

Se comienza un trabajo con él, en el que tal episodio y sus motivos (cuestión que conmovía mucho al personal de la Unidad de quemados al punto de entretener multiplicidad de hipótesis al respecto, por ejemplo: abuso, venganzas, ajuste de cuentas, etc), dejan entonces de ser el foco de las intervenciones posibles, pudiéndose leer que Juan *no podía* decir algo sobre ello, episodio del orden del horror, solo podía angustiarse (llorar).

En una entrevista con Juan la psicóloga le pregunta

- *¿Cómo pasaste el fin de semana?*
- *No me podía dormir...*-refiere Juan. *Soñaba con la gente que me hizo esto.*
- *¿Siempre es con la misma persona?* (pregunta la psicóloga en relación a los sueños que es lo que el sujeto podía bordear, relatar hasta el momento).
- *No, a veces sueño con su familia.*
- *¿Que soñaste?* Le pregunta la psicóloga.
- *Que me tiraba agua caliente...*
- *Qué terrible* (sanciona la psicóloga) *¿qué sentías en el sueño?*
- *Mucho miedo*
- *¿Porque te tiraba agua caliente?*
- *Porque le pegue a su hijo. (15 años)*
- *¿Por qué le pegaste?* (la psicóloga se interesa a medida que va emergiendo el relato)
- *Porque puteó a mi mamá*
- *¿Cómo?*
- *Él putea siempre* (dice Juan haciendo alusión al chico en cuestión)... *si lo miras ya te putea, Estábamos jugando a la play y yo lo miré, me dijo: ¿jla c...de tu madre que me miras!? Me levante a pegarle.*

A medida que Juan va pudiendo relatar este sueño, la Psicóloga que, en principio lo toma como tal (en carácter de sueño como lo presenta el sujeto, único material posible, al momento, que podría habilitar algún trabajo subjetivo), a medida que continua el relato

y las intervenciones, se van borrando las fronteras del mismo para pasar a ser otra cosa, cobrar carácter de *acontecimiento*.

Así, Juan despliega que, una vez que le pega a este chico, va a la cocina a contárselo a la madre de éste, “la señora” como le llama, ésta le dice algo como que lo “comprende” porque “no se putea a la madre”.

Y continúa: “*salen todos de la casa y van a buscar a un tío del pibe para jugar al futbol*” (figura ésta, que aparece en las distintas versiones referidas por el personal y también por la madre de Juan). “*Él también le ha pegado a su sobrino porque putea.*” Agrega Juan.

“*Sale la madre a la puerta con una olla con agua caliente y me dice “vos le pegaste a mi hijo” y me tira el agua caliente.*”

Sus amigos dicen que salió corriendo. “*No me acuerdo de más nada.*”

Trabajo con la Madre de Juan (entrevistas):

La madre, en un principio, se escucha abrumada, desbordada intentando reconstruir lo sucedido, en su relato se escucha el desconcierto, Según ella, Juan, es muy compañero, cariñoso, muy independiente, trabaja, hace changas. Pero además se la escucha muy sola tratando de “verificar” algunas versiones con vecinos, testigos, etc. También está sola acompañando a Juan (no hay otros familiares que cooperen). “*Siempre fue así, siempre estuve sola*” refiere con enojo e historiza situación familiar: tiene 7 hijos con su marido, del cual ya hace varios años está separada.

Cuando se separa, Juan tiene 9 años, “*éste era muy pegado con su padre*” y después aquél no vuelve a aparecer en la escena familiar, no se hizo más cargo. “*Juan deja de hablar del padre*” “*mis ojos tristes*” le empieza a decir ella.

Con respecto al suceso que ocasiona las quemaduras de Juan, ella hace referencia a unos vecinos, dice que el chico había empezado a frecuentar una familia nueva y dijo que sentía que había algo que Juan no le contaba.

Sin embargo, Juan respecto de su padre puede decir que lo visitaba en su casa, él trabajaba con el padre, hacia changas, aprendió de él a levantar paredes.

No obstante, el padre nunca apareció en el hospital.

Impresiona que Juan no contara con recursos subjetivos de los que pueda valerse para poner en palabras lo que le pasa. Cuestión con la que la psicóloga tenía que oficiar de un Otro, que pone las palabras, le daba opciones para elegir; pero también el cuerpo, abrazándolo ante crisis de mucho dolor, sosteniendo un contacto corporal importante ante escenas de padecimiento tal en las que no se podía decir más.

En esta demanda continua de Juan a su madre, se empieza a escuchar su saturación, algo del orden de lo insoportable, por lo que se incorpora a la estrategia de abordaje las figuras de tres acompañantes terapéuticos para poder descomprimir, de algún modo, tanto peso, tanta presencia por parte de aquella, la cual comenzaba a generar escenas muy violentas, de mucho enojo para con Juan y de mucha tensión entre los dos. Ante las mismas, se comenzaba a dificultar que intervención alguna pueda tener efecto.

En ese momento es cuando la madre de Juan pide permiso para volver un fin de semana a su casa, y es allí cuando no vuelve más a visitar a su hijo.

Va pasando el tiempo y la situación se va agravando, empeora la situación física, la salud de Juan, y también comienzan escenas de tensión en la Unidad de Quemados, confronta con los médicos y enfermeras, se resiste a higienizarse, a realizar determinados ejercicios indicados, y todo lo que tenga que ver con el cuidado de su salud, con su recuperación. Esto va en vía progrediente con el tiempo. Finalmente se resiste a comer.

Cuestión ésta que comienza a generar conflictos en la Unidad con el personal (profesionales tratantes y enfermeros) que se van traduciendo en “rechazos” reacciones expulsivas, malos tratos, intervenciones agresivas para con Juan, “*por algo te paso esto*” se escuchaba. Comienza a escucharse una fuerte posición de éstos reclamando un alta voluntaria, que ya no se podía trabajar con Juan y que no podría continuar en el Hospital en esas condiciones. Ante tal situación Institucional se comienza, desde el Servicio de

Salud mental, un intento de trabajo, abordaje con equipo tratante en función de que Juan, con su padecer pueda ser alojado.

Ese fin de semana que la madre se fue, lo fue a cuidar una cuñada, a ella le cuenta que se quemó robando cobre

Cuando la madre se entera de esto, que fue por robar, refiere mucho enojo en conversación telefónica con la psicóloga. En uno de tantos intentos de convocarla ante la crítica situación que atravesaba Juan, decía que no se podía levantar de la cama. La madre dice: *“NO VA A CAMBIAR MÁS”* (Se escucha categórica).

A partir de este “abandono” el retrocede en todo su tratamiento, no le crece el pelo. Y la situación institucional se complica.

Se quiso escapar, hizo toda una escena, se tiró de la cama.

Ante esta otra versión (robo), la psicóloga Interviene, se lo trae a Juan, él dice *“Ahora tengo que sacar la verdad”, “tengo que contar ya no puedo aguantar más...”*

Al ver que su madre no volvía al hospital, la psicóloga le pregunta, “

- *¿Te pone triste?* Se podía percibir la angustia de Juan.

- *Quiero que venga mi mama, quiero ir a mi casa y ver cómo me recibe, sino me voy a casa de mi hermana* (dice Juan).

4.1.3 Tercer encuentro con el caso: primera entrevista en la que participé con el paciente.

Al volver el psicólogo al que estaba reemplazando la psicóloga que estaba tratando a Juan, éste me pide que lo acompañe a ver al paciente, me pide que entre con él porque según él es mejor que haya una figura femenina (alguien que pueda intervenir, alojar desde lo maternal) para que tal vez pudiese abrirse un poco más, Juan.

Entramos, saludamos y apenas se podía escuchar su voz. Luego de unos segundos el psicólogo me presenta, diciéndole que yo tenía ganas de conocerlo.

Yo le pregunto cómo prefería que lo llamen, ya que tiene dos nombres.

Me responde: *“como quieras”*.

El psicólogo y yo le contamos como nos gustaba que nos llamaran a nosotros y entonces, luego me responde que todos le dicen JUAN.

El psicólogo le pregunta cómo había estado aquellos días, esa noche, mientras que Juan le responde que bien, pero que se quiere ir. Le preguntó si había tenido visitas, el conto que sus amigos habían ido a visitarlo.

(Los médicos de Quemados nos cuentan que ese fin de semana la madre le mando un mensaje que decía que el ya no tenía madre, que iba a ir a firmar los papeles para que lo operen y luego buscaría su sillón, que dejó olvidado en la habitación.

Siguieron algunas preguntas más con respuestas monosilábicas hasta que le pregunté si le gustaba el fútbol.

Allí nos cuenta que sí, que jugaba al fútbol, que extrañaba eso, que no aguantaba más estar ahí adentro (habían pasado 3 meses más o menos desde que ingresó al hospital), y en un momento dice: *“¡pero... la vida es así!”*

- *¿Así cómo?* Le pregunta el psicólogo.

- *Así de difícil, de triste, me quiero ir, extraño a mi familia, a mis amigos, extraño a mi mama.*

Le preguntamos por qué había llegado al hospital, (porque el psicólogo, como expliqué anteriormente, había estado de licencia y en su reemplazo lo estaba viendo otra psicóloga, hasta que este volvió y la primera vez fue a verlo conmigo, por eso le volvió a preguntar un poco de su historia).

JUAN nos cuenta la versión de que estaba “cortando” un cable y que no llevó el buscapolo ese día, por eso cortó el cable equivocado y se quemó.

Contó también que su mamá no había venido desde hacía algún tiempo y que él quería irse a su ciudad porque allí lo irían a visitar sus hermanos y amigos.

Luego nos despedimos, prometiéndole pasar al día siguiente.

4.1.4 Cuarto encuentro con el caso: la hermana lo retiraría del hospital.

Un día fue la hermana y él le pidió por favor que se lo lleve, en el hospital no quería comer, no se quería bañar, no quería realizar las curaciones, ni mover las piernas y brazos (los kinesiólogos le recomendaban ejercicios porque existía la posibilidad de que quedase rígido, porque no quería ni siquiera levantarse de la cama) y prometió que en su ciudad iría todos los días al hospital por las curaciones y una vez por semana a este hospital. La hermana lo iba a llevar a la casa de su abuela porque allí tenían una habitación más, en su casa (la hermana) no tenía lugar y a la casa de su madre no quería volver.

Se firmaron los papeles porque no tenía el alta médica, por ende la hermana se hizo cargo de él y se responsabilizó por el seguimiento de su tratamiento.

4.1.5 Quinto encuentro con el caso: única y última vez que asistió al hospital Juan.

El paciente fue con la vecina y la policía con una orden judicial, en la que pedían que lo reevaluaran y así estar al tanto si tenían que volver a internarlo; Juan no había asistido al hospital de su ciudad, no había realizado sus curaciones y había retrocedido en su estado general, el brazo estaba casi inmovilizado y a punto de infectarse todas sus heridas. Los médicos de “quemados” junto con el equipo de salud mental lo reevaluaron y comentaban que nunca debería haberse ido de alta.

Juan quedó internado pero esa noche se escapó.

4.2 La clínica de la escucha...

En el momento que me interesé por este caso, las primeras preguntas que me brotaron fueron el cómo del psicólogo, el para qué, el hacia donde, el desde donde construir conocimiento.

Pensando en todo esto, algo que comenzó a interesarme puntualmente luego de escuchar la supervisión del caso clínico (mi primer acercamiento con el paciente), aparece como pregunta ¿qué hace el psicólogo con todo lo que sabe cuándo está delante de un paciente? ¿En qué momento se unen la teoría, la práctica y la clínica?, y para responder de alguna manera estas preguntas me gustaría resaltar algunos párrafos del libro “la investigación en psicoanálisis” de Pura Cancina, que dicen:

Según mi nudo (práctica, clínica y teoría), ateniéndonos al enlazamiento de distintos registros, podemos decir que si la teoría marcha sola se transforma en dogma y si la práctica marcha sola se vuelve inefable y se emparenta con la iniciación (...). Pero si la teoría y la experiencia están anudadas por la clínica, tal como propongo, esto agujerea la teoría, agujerea la práctica y, a la vez, la clínica cuenta con el agujero necesario (...). (Cancina, 2008, p.83).

Se podría decir entonces, que lo importante es lo que puede producir la investigación en psicoanálisis, que va más allá de lo que se produce en el ámbito de la cura.

Esta autora propone que el nudo sea borromeico (entre teoría, práctica y clínica) para que se cumpla el requisito de que, si se suelta uno, se suelten todos.

Hablamos primero de una praxis, la del analista con el analizante, en la que se procesan estos dos modos del sujeto, que son el sujeto del inconsciente y el sujeto supuesto saber; práctica que se produce en la intimidad del acto donde se ejercita este método que Freud consideraba que investigaba al tiempo que curaba. Es a partir de esta práctica que va a producirse la teoría psicoanalítica y no solo la teoría psicoanalítica, sino también la clínica psicoanalítica. (Cancina, 2008, p.54).

La clínica psicoanalítica, usualmente se la entiende como si fuera la práctica de la cura; los psicólogos se refieren a la clínica como la práctica de lo que se denomina «psicología clínica» y esta designación ha alcanzado a los psicoanalistas. Por mi parte, he preferido diferenciar clínica y práctica porque hay una no simple relación de articulación entre el saber del psicoanalista y el saber que se efectúa en el seno de la cura. (Cancina, 2008, p.54 y 55).

En el seminario RSI, Lacan dice que es imprescindible que el psicoanalista sea al menos dos, aquel que produce efectos y el que a esos efectos los teoriza. Es imprescindible entonces que el analista teorice los efectos que produce para poder producirlos. (Cancina, 2008, p.55)

La autora del libro antes mencionado, nos cuenta que:

Esto responde directamente al consejo freudiano: «olviden todo lo que saben al comenzar cada tratamiento». Cada vez hay que olvidar todo lo que se sabe y olvidar todo lo que se sabe hace que el psicoanálisis no sea una aplicación de teoría psicoanalítica, pero, al mismo tiempo, que no sea aplicación de la teoría exige el requisito de teorizar los efectos. Entonces, **clínica es la que construye cada analista teorizando los efectos que produce en la experiencia, su práctica.**

A esta praxis no tenemos acceso, resta real, imposible, pero tenemos acceso a la clínica o sea a lo que el analista teoriza como reflexión sobre su práctica. Por ello, Pura Cancina nos cuenta que deja a la práctica en el terreno de lo real, lo imposible y propone a la clínica como la teorización de sus efectos.

Esta autora piensa a la teoría en lo imaginario, no porque diga que sea imaginaria, sino porque la teoría siempre está produciendo un efecto de cerramiento puesto en cuestión cada vez. ¿Desde dónde? Recordemos que Freud estaba dispuesto a cambiar su teoría cada vez que en la práctica encontrara algo que así se lo exigiera. Es desde la clínica, desde esa teorización de los efectos, que la teoría va a ser conmovida cada vez. Entonces podríamos decir que aquí tenemos ese saber propio de la teoría que no va sin el saber del psicoanalista, está anudado al saber del psicoanalista. Y ese saber del psicoanalista responde del requisito de reflexión sobre los efectos en la cura. (Cancina, 2008, p.55)

Cuando escuchaba la forma en que la psicóloga trabajaba con Juan, éstas eran las dudas que me invadían, cómo trabajar con un paciente que producía “poco material” (a mi entender hasta el momento) y cómo trabajar desde el psicoanálisis con pacientes de tan diversas condiciones. La teoría no alcanzaría a cada caso en particular; con la teoría y algo de práctica o experiencia me parecía inalcanzable algo de la cura. Pero es ahí donde interviene la teorización de los efectos que se producían en cada charla, en cada silencio, porque teorizar es una forma de retroalimentación también, es decir parto desde la teoría, pongo en tensión los efectos que se producen con algo del orden de la teoría, los escribo, los superviso, los pongo a la escucha de otro, los comparo con mi experiencia, con mi práctica, pero para generar algo, para encontrar algo nuevo, no solo teoría o práctica, sino que lo que se produce es la clínica. La clínica es el retrabajo teórico que se hace sobre una práctica, es un retrabajo de las dos.

Para que se pueda realizar ese retrabajo es necesaria, como lo mencioné anteriormente y como dice Lacan, la figura del analista como al menos dos. ¿Qué significa esto? Que uno es el analista en el momento que está con el paciente, el analista cuerpo, y otro es el analista cuando trabaja sobre lo que escuchó, cuando teoriza sobre algo que apareció en análisis; y en algún punto se produce nueva teoría, eso significa teorizar los efectos, es decir no quedarse con lo que paso en terapia, con una simple intervención que pudo haber aparecido hasta sin saber por qué, sino volver sobre lo que apareció, trabajarlo, ponerlo en jaque con nuestro propio saber, el del analista, y es este retrabajo de la teoría y de la práctica, el que tiene como resultado la clínica.

Creo desde mi experiencia que muchas veces esto es lo que cuesta en un análisis, este lugar de teorizar los efectos, el no quedarnos en la mera descripción de un síntoma y en la típica pregunta clásica y casi retórica ¿Qué habrá allí detrás reprimido? ¿Qué no podrá visibilizar un paciente? Sino que se debiera intentar teorizar los efectos que produce cualquier cosa que haya aparecido en las sesiones, ¿por qué apareció ese significativo en el discurso del paciente, con que lo asoció, por qué con eso y no con esto otro? ¿qué es lo que en verdad está atravesando y por qué? No existen recetas ni series de pasos escalonados para aprender a guiar una sesión de psicoanálisis, el que sabe es el paciente, el sujeto, ese sujeto del inconsciente, y al psicoanalista le resta la tarea de acompañar en ese descubrir, de resaltar ciertas cosas, de repreguntar otras, de “encontrar, pero no buscar”. Y antes de adentrarme en uno de los seminarios de Lacan que me interesa, quiero resaltar algo de la terapia psicoanalítica, algo que, si bien dije que no había métodos exactos, y no soy yo quien lo dice sino Freud, hay una regla indispensable para que el psicoanálisis de sus frutos y esta terapia no se convierta en una pura sugestión e incidencia del psicólogo sobre el paciente llevándolo a lugares que él espera encontrar o descifrar. Esto que es necesario que aparezca es la **asociación libre**, es necesario que aparezca, pero para que ello suceda es imprescindible que le demos lugar, que fomentemos esto y le demos su tiempo y espacio.

Quiero recordar uno de los primeros textos de Freud, CONSEJOS AL MEDICO SOBRE EL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO, en el que “el primer consejo” que da, podríamos decir, es que el médico deberá guardar en la memoria los innumerables nombres, fechas, detalles de recuerdos, ocurrencias y producciones patológicas del paciente sin confundirlo con un material parecido proveniente de otro paciente (Freud, 1912). Para lograr esto, el médico no debe fijarse en nada en particular y prestar a todo lo que escucha la misma **atención parejamente flotante**, ya que tan pronto como uno tensa adrede su atención, empieza también a escoger entre el material ofrecido, guiado por expectativas e inclinaciones propias, corriendo el riesgo de no hallar nunca más de lo que ya sabe. Esta forma de atención flotante es la que se debiera aplicar, por ejemplo, al escuchar cada palabra de Juan, cada sueño, como los que aparecieron durante las sesiones, porque uno puede escuchar de todo, pero no todo se interpreta instantáneamente.

El médico deberá abandonarse por entero a sus memorias inconscientes, deberá volver “hacia el Inconsciente emisor del enfermo su propio Inconsciente como órgano receptor” (Freud, 1912, p.115). El paciente por su parte, deberá contar todo lo que se le

ocurra, todo lo que aparezca en su mente por más disparatado que parezca, deberá asociar libremente; la asociación libre es considerada la regla fundamental del psicoanálisis. Y mientras aparecen las asociaciones, “los elementos del material que ya se ensamblan en un nexo quedarán a disposición consiente del médico” (Freud, 1912, p.112), mientras que los elementos restantes, todavía incoherentes, surgirán en la memoria del médico tan pronto como el analizado presente algo nuevo al cual referirlo (Freud, 1912).

Esta pareja de trabajo, asociación libre – atención parejamente flotante, hace a la clínica de la escucha, permite convocar al paciente a hablar, darle su espacio, y también poner a caminar nuestro deseo de la escucha. Justamente la escucha analítica puede entenderse, como un trabajo artesanal, que implica el caso por caso excluyendo la posibilidad de generalizaciones o recetas que guíen el trabajo del analista.

En este momento recuerdo las sesiones dentro del hospital y específicamente la sesión en la que estuvimos trabajando con Juan, y entiendo lo difícil que se hace en un ámbito como este sostener esa atención parejamente flotante, librarse al inconsciente de uno para llegar al inconsciente emisor del paciente, ya que pueden encontrarse diversos tipos de interrupciones, diversas cuestiones que dificultan la asociación libre del paciente, que rompen ese momento y ese lugar que se puede ir construyendo.

Mientras escribo y pasan por mi mente cada una de las situaciones que atravesé con este paciente, también recuerdo un concepto de Lacan que toma de Picasso, en el cual dice que él no busca, encuentra. Y me parece interesante porque de esta manera se pone el foco en el paciente, esto de no presionar y de otorgarle al paciente su tiempo y un clima necesario es algo que también se entorpece en un hospital, sobre todo por el apremio con el que a veces se trabaja. Este poner el foco en lo que el paciente produce y la capacidad del analista de que se descubra abierto a todo el material que pueda producir su paciente, sin esperar nada, sin incitar nada, opino que es condición sine qua non para encontrar algo relevante en su discurso y producir algún movimiento subjetivo; pero hay algo para destacar y es que “el encontrado ya está siempre detrás, el problema es que está marcado por algo que es del orden del olvido” (Lacán, 1964, p.15), si no hubiera estado en algún momento, no podríamos buscarlo y si no permitimos esa asociación libre, esos nexos que el paciente quiere hacer, esas ocurrencias (que pueden parecer disparatadas), nada de eso olvidado va a aparecer, nada vamos a encontrar, salvo un torrente de palabras vacías.

Al momento de hablar, de la palabra, esta palabra que tiene que ver con el compromiso del sujeto en el discurso, lo que como psicoanalistas queremos descubrir, ubicar, identificar, es algo del orden de la palabra plena, algo que caiga de la cadena significativa para significar algo, buscamos ese momento en donde el inconsciente hace su aparición; todo lo demás es palabra vacía, es palabra que llena el discurso pero que no aporta nada.

Pensando en la palabra plena vienen a mi mente mis primeros momentos en la residencia, esas expectativas de que los pacientes hablarían tanto que me iba costar identificar esas palabras llenas de sentido, ese temor que sentía de que si la persona hablaba poco no se la iba a poder ayudar, ni entrar en algún tratamiento, y menos producir algún movimiento subjetivo. Será por eso que al final de cuentas este caso me conmovió, movió la estantería de conceptos y expectativas que fui generando en la parte más teórica de mi carrera. Con este paciente otra de las cosas que aprendí, ya que lo viví profundamente, es que no interesa si lo que cuenta el paciente es verdad, interesa lo que el paciente trae a la charla, el material del cual este paciente se sirve que no es cualquiera. Y precisamente los sueños, como aparecieron en el caso clínico con el que trabajé, son materiales a escuchar, se hacen asociaciones, las hace el paciente y el analista solo escucha, atentamente, intentando hacer alguna asociación o conexión, para poder lograr una intervención que produzca algún tipo de efecto en el paciente.

Al conocer a Juan se pusieron en jaque algunas construcciones que fui haciendo durante la carrera y entendí la importancia de una sola palabra, de un llanto en un momento puntual, de un silencio y la importancia, sobre todo, de los tiempos.

Qué importante, en esta relación psicólogo – paciente, es la transferencia. Este concepto “rige la manera de tratar a los pacientes” (Lacán, 1964, p. 130) y es un afecto que permite liberar las resistencias o si tiene una valoración más negativa, abrazarnos a ella. Gracias a la transferencia, el paciente actualiza fantasías, temores, amores (transferencia positiva o negativa) que sucedieron hace tiempo, sobre la figura del analista, y es el analista el que debe sostener esos sentimientos, porque la transferencia es el andamiaje del tratamiento psicoanalítico. Sin la transferencia sería imposible la dirección de la cura. Aquí es donde la figura del analista se me asemeja a una imagen de nuestro propio inconsciente, más que imagen un espejo, espejo en donde aparecen nuestros fantasmas, donde es tan espejo el analista y nos vemos tan desnudos que nos cuesta identificarnos. ¿O será que no queremos identificarnos con esa persona? ¿Que no queremos darnos cuenta de lo que en realidad somos, sentimos, buscamos? ¿Será que necesitamos, a veces, entrar en crisis con nuestros conceptos, con nuestra imagen para entender quiénes somos y no quienes pensamos ser? ¿Será que a veces el psicoanálisis es tan odiado o pareciera ser un enorme obstáculo porque en realidad nos enfrenta con una parte nuestra que no conocemos tanto o que no queremos conocer? ¿Será que al fin de cuentas lo que usamos para engañar, el significante, lo usamos también para engañarnos? Claro que sí, y no lo digo yo. Es aquí donde empieza a jugar el lugar del analista como esa persona que interpreta, o como dirá Freud en el texto “construcciones en el análisis” esa persona que construye, que construye a partir de los significantes que pueden aparecer en el análisis.

En este caso, con Juan, los significantes que fueron apareciendo no lo alojaban de ninguna manera, lo materno es bastante expulsivo, es indiferente, no se observa contención de parte de su madre. Está a la vista cómo el paciente confronta en algún punto con algo del abandono, hasta el punto que él mismo se abandona; hasta el punto que un significante, el abandono, marca su propia historia sin tal vez darse cuenta.

Unos párrafos atrás hice alusión al trabajo del analista, a este trabajo de la escucha, como un trabajo meramente artesanal, nada más explícito que esta frase para realzar que la teoría a veces queda chica, a veces corta, a veces no encaja, y el trabajo de un analista consta de nunca dejar de investigar, nunca dejar de construir.

A modo de ejemplificar el trabajo particular que se necesita hacer con cada paciente, recuerdo a Procusto de la mitología griega, Procusto tenía su casa en las colinas, donde ofrecía posada al viajero solitario. Allí lo invitaba a tumbarse en una cama de hierro donde, mientras el viajero dormía, lo amordazaba y ataba a las cuatro esquinas del lecho. Si la víctima era alta y su cuerpo era más largo que la cama, procedía a serrar las partes del cuerpo que sobresalían: los pies y las manos o la cabeza. Si por el contrario era de menor longitud que la cama, lo descoyuntaba a martillazos hasta estirarlo (de aquí viene su nombre). Paradójicamente esto es lo que se espera que no suceda en análisis. Cada paciente es único, cada mirada es única, cada problemática es única, y es importante no hacer encajar “a la fuerza” cada paciente con alguna teoría en particular, hay que hacer un trabajo cada vez, para no quedar al pie de la cama de Procusto.

Para ir cerrando esta primera parte en la que intenté abordar algunos aspectos sobre la práctica del psicoanalista, quería resaltar este fragmento del texto “construcciones en el análisis” de Freud, que a mi entender resume perfectamente el trabajo en análisis: “el consabido propósito del trabajo analítico es mover al paciente para que vuelva a cancelar las represiones —entendidas en el sentido más lato— de su desarrollo temprano y las sustituya por unas reacciones como las que corresponderían a un estado de madurez psíquica” (Freud, 1937, p. 259).

El paciente nos dará fragmentos de recuerdos, de sueños, que tendrán un gran valor pero estarán desfigurados. Al entregarse el paciente y permitirles nosotros entregarse a estos, podremos descubrir alusiones a las experiencias reprimidas. Freud mismo es quien en el texto consejos al médico nos cuenta que el psicoanalista debe orientar hacia lo inconsciente emisor del sujeto su propio inconsciente como órgano receptor, el psiquismo inconsciente del médico está capacitado para reconstruir, con los

productos de lo inconsciente que le son comunicados, este inconsciente mismo que ha determinado las ocurrencias del sujeto (Freud, 1937).

4.3 La clínica de la escucha en acción.

En la introducción de este trabajo mencioné que incorporaría un fragmento de un caso clínico, para ejemplificar de alguna manera el trabajo del psicólogo, para mostrar la forma en que se puede llegar a la clínica psicoanalítica a partir de la teoría y de la práctica de cada profesional.

Gracias a que los psicoanalistas podemos ponernos en el lugar de la escucha, en el lugar de espejo que solo devuelve la imagen del paciente y no otra, también estamos en condiciones de teorizar los efectos de cada palabra, de cada silencio, podemos hacer uso de los sueños, de los significantes que aparecen, para acceder al inconsciente de un paciente y así conocerlo, saber algo más de su historia, de sus temores, de sus deseos. Conocerlo nos posibilita ayudar al paciente, por ejemplo en el caso de Juan, ayudarlo a transitar su estadía dentro del hospital, pero también para intentar provocar algún movimiento subjetivo en él.

A modo de plasmar algo de la teoría anteriormente mencionada, voy a transcribir la entrevista en la que participé con el paciente.

Entramos, saludamos y apenas se podía escuchar su voz. Luego de unos segundos el psicólogo me presenta, diciéndole que yo tenía ganas de conocerlo.

Yo le pregunto cómo prefería que lo llamen, ya que tiene dos nombres.

Me responde: “como quieras”.

El psicólogo y yo le contamos como nos gustaba que nos llamaran a nosotros y entonces, luego me responde que todos le dicen JUAN.

El psicólogo le pregunta cómo había estado aquellos días, esa noche, mientras que Juan le responde que bien, pero que se quiere ir. Le preguntó si había tenido visitas, el contó que sus amigos habían ido a visitarlo.

(Los médicos de Quemados nos cuentan que ese fin de semana la madre le mando un mensaje que decía que él ya no tenía madre, que iba a ir a firmar los papeles para que lo operen y luego buscaría su sillón, que dejó olvidado en la habitación.

Siguieron algunas preguntas más con respuestas monosilábicas hasta que le pregunté si le gustaba el futbol.

Allí nos cuenta que sí, que jugaba al futbol, que extrañaba eso, que no aguantaba más estar ahí adentro (habían pasado 3 meses más o menos desde que ingresó al hospital), y en un momento dice: “¡pero... la vida es así!”

- ¿Así cómo? Le pregunta el psicólogo.

- Así de difícil, de triste, me quiero ir, extraño a mi familia, a mis amigos, extraño a mi mamá.

Le preguntamos por qué había llegado al hospital, (porque el psicólogo, como expliqué anteriormente, había estado de licencia y en su reemplazo lo estaba viendo otra psicóloga, hasta que este volvió y la primera vez fue a verlo conmigo, por eso le volvió a preguntar un poco de su historia).

Juan nos cuenta la versión de que estaba “cortando” un cable y que no llevó el buscapolo ese día, por eso cortó el cable equivocado y se quemó.

Contó también que su mamá no había venido desde hacía algún tiempo y que él quería irse a su ciudad porque allí lo irían a visitar sus hermanos y amigos.

Luego nos despedimos, prometiéndole pasar al día siguiente.

Más allá de un pequeño análisis que se podría realizar sobre el paciente, me interesa demostrar cómo se va gestando el espacio que se le da al mismo para asociar libremente y cómo se le hace preguntas que invitan a ampliar las asociaciones. Pero, sobre todo, quiero resaltar el lugar de la teorización de los efectos que realicé al finalizar la entrevista, cómo puse a andar mis dudas, mis interrogantes, para intentar buscar una estrategia que le permitiera realizar un movimiento subjetivo al paciente.

Cuando hablo de otra estrategia para generar algún movimiento subjetivo en el paciente, me refiero a intentar sacar del lugar de objeto de desecho en el que lo puso su propia madre.

En esta pequeña entrevista se puede evidenciar, por ejemplo, las preguntas que le realizamos junto con el psicólogo para que el paciente pudiera asociar libremente, le fuimos dando su espacio, su tiempo, pero también se evidencia cómo fuimos sosteniendo esa atención parejamente flotante, ya que en la entrevista salieron a la luz deseos, preocupaciones y significantes, que gracias a sus anteriores charlas con la psicóloga y a un sueño que apareció recurrente en el paciente, pudimos sacar algunas conclusiones de su historia, del por qué de tanta angustia que se evidenciaba al comienzo.

Cómo se expone en la entrevista, una intervención que realicé en ese momento, pero quizás sin saberlo, fue preguntarle cómo quería que lo llamaran porque aparecían dos nombres en su historia clínica. Cuando nos logra contar cómo lo llamaban sus amigos y su familia, descubrimos que no era el nombre que utilizaban en la unidad de quemados para nombrarlo. En ese momento, luego de terminar la charla con el paciente, comencé a pensar en las dificultades que aparecían en éste a lo largo de su internación y una de ellas era que no podía tomar el lugar de sujeto, se encontraba en un lugar de objeto de desecho puesto por su madre, que luego desarrollaré, entonces pienso: ¿esta no es una forma de impedir también que el paciente se identifique? ¿Una forma de impedir la subjetivación de Juan?

Al seguir charlando con Juan, me pareció oportuno preguntarle si le gustaba el fútbol, ya que no estaba hablando demasiado, para darle la posibilidad de que comience a asociar libremente desde el fútbol, con suerte, hacia otros temas más profundos. En ese momento nos comenta que sí, que le gustaba, que jugaba en su ciudad, que extrañaba eso, que no aguantaba más estar ahí dentro (habían pasado 3 meses más o menos desde que ingresó al hospital), y en un momento dice: ¡pero... la vida es así! En ese preciso instante encontramos la forma de preguntarle ¿cómo es la vida? Y así introducimos en algunos temas de su historia un poco más profundos, que tienen que ver con su lugar, ¿su lugar como sujeto, o como objeto?.

En este punto de la terapia con el paciente, pudimos observar una gran diferencia desde que comenzó el tratamiento con respecto a su angustia.

Recordemos que no hay tratamiento posible sin angustia, y a lo largo de mi formación en psicoanálisis pude aproximarme y sostener verdaderamente que con lo único que se trabaja es con la angustia del paciente.

Para que se pueda hacer algo con esa angustia, el psicólogo debe permitir que aparezca y darle su espacio, debe comenzar a acotar esa angustia, a hacerle una red de significantes que la sostengan, debe buscar la forma de que el paciente entre en tratamiento.

“La angustia es un estado afectivo, es un estado displacentero particular con acciones de descarga que siguen determinadas vías” (Freud, 1925, p. 126), es decir que la angustia es una señal ante algo displacentero.

En el texto Inhibición, síntoma y angustia, Freud nos indica: “tendemos a representarnos al yo como impotente frente al ello, pero, cuando se revuelve contra un proceso pulsional del ello, no le hace falta más que emitir una señal de displacer para alcanzar su propósito con ayuda de la instancia casi omnipotente del principio de placer” (Freud, 1925, p. 88).

¿De dónde proviene la energía empleada para producir la señal de displacer? Aquí nos orienta la idea de que la defensa frente a un proceso indeseado del interior acaso acontezca siguiendo el patrón de la defensa frente a un estímulo exterior, y que el yo emprenda el mismo camino para preservarse tanto del peligro interior como del exterior. A raíz de un peligro externo, el ser orgánico inicia un intento de huida: primero quita la investidura a la percepción de lo peligroso; luego discierne que el medio más eficaz es realizar acciones musculares tales que vuelvan imposible la percepción del peligro, aun no rehusándose a ella, vale decir: sustraerse del campo de acción del peligro. Pues bien; la represión equivale a un tal intento de huida. El yo quita la investidura (preconsciente) de la agencia

representante de pulsión que es preciso reprimir (desalojar), y la emplea para **el desprendimiento de displacer (de angustia)**. Puede que no sea nada simple el problema del modo en que se engendra la angustia a raíz de la represión; empero, se tiene el derecho a retener la idea de que el yo es el genuino almacén de la angustia. (Freud, 1925, p. 88 y 89).

Lacan señala que la angustia no engaña porque al enfrentarse el sujeto al significante enigmático del deseo del Otro (el deseo del inconsciente), el sujeto no puede deslizarse en la cadena significativa. Con eso lo que estamos diciendo es que lo que engaña, lo mentiroso por ejemplo de los afectos es que pueden desplazarse, sustituirse y además nos permite entender que lo que fundamentalmente engaña es la relación del significante con el significado.

Pensando en todo esto me parece pertinente desarrollar el proceso de este paciente con respecto a su angustia. En un primer momento parecía que ésta no se encontraba anudada a nada, a ningún significante. Juan lloraba sin saber por qué (eso es un punto angustioso en el que hubo que trabajar). En este primer momento la angustia era muy invasiva y estaba totalmente anudada al cuerpo del paciente, sufría de dolores muy agudos y las crisis de llanto eran inmensas. **Aparecía algo de lo real en escena, porque lo simbólico estaba inhibido.** El trabajo posterior con el paciente, permitió que él construya una red de significantes que pudiera contener esa angustia, es necesario anudarla a una red de significantes para darle un tratamiento simbólico, para empezar a nombrarla, a ponerla en palabras.

Al final de su estadía en el hospital logró poner en palabras eso que tanto lo angustiaba, eso que tanto dolor físico y también psíquico le causaba. Y esa angustia siempre aparecía al hablar de su madre y puntualmente cuando surgía miedo a que la madre pudiese decepcionarse de él, y tal vez ¿volver a abandonarlo?

En el momento que el adolescente le demandaba demasiado a la madre y ésta no era capaz de responder esa demanda, de hacerse presente, esa angustia se hacía más insoportable. ¿Ante qué cosa displacentera estaría anteponiendo la angustia como señal?, porque sabemos que la angustia es lo único que no engaña, por ende, sabemos que allí detrás hay algo, algo que le costó enfrentar; pero sostengo y tomo a esta angustia como alegato, que detrás de ese llanto, de esos silencios, de esa involución, no se esconde la vergüenza ante un robo, la sanción ante algo incorrecto, sino el dolor ante una nueva pérdida, la resignificación de todo el dolor que en algún momento sintió.

Considerando que nuestro paciente es un adolescente, y que la adolescencia no es una etapa más sino toda una circunstancia evolutiva, me pareció un caso clínico más desafiante todavía, un paciente difícil de guiar para que pueda salir de ese lugar de objeto de desecho, un lugar que quizás, Juan, ya tomó como propio y se identificó con ciertos significantes.

La adolescencia está caracterizada fundamentalmente por ser un período de transición entre la pubertad y el estadio adulto del desarrollo. Existe, como base de todo este proceso una circunstancia especial, que es la característica propia del proceso adolescente en sí, es decir, una situación que obliga al individuo a reformularse los conceptos que tiene acerca de sí mismo y que lo lleva a abandonar su autoimagen infantil y a proyectarse en el futuro de su adultez. El problema de la adolescencia debe ser tomado como un proceso universal de cambio, de desprendimiento, pero que se teñirá con connotaciones externas peculiares de cada cultura que lo favorecerán o dificultarán, según las circunstancias. (Knobel, Aberastury, 2004, p. 13).

Knobel continúa diciendo:

En trabajos anteriores he llegado a definir a la adolescencia como: 'la etapa de la vida durante la cual el individuo busca establecer su identidad adulta, apoyándose en las primeras relaciones objetales-parentales internalizadas y verificando la realidad que el medio social le ofrece, mediante el uso de los elementos biofísicos en desarrollo a su disposición y que a su vez tienden a la estabilidad de la personalidad en un plano genital, lo que sólo es posible si se hace el duelo por la identidad infantil' (Knobel, Aberastury, 2004, p.13, 14).

Creo necesario hacer un paréntesis para explicar cómo llegué a una de las hipótesis sobre este caso, aquella que reza que el paciente se encuentra en un lugar de objeto de desecho.

Hay una frase en un sueño que se repite mucho los primeros días de la internación de Juan, y en él se puede ver una frase que dice: NO SE PUTEA A LA MADRE.

A mi criterio esta frase, esta negación, “NO SE PUTEA A LA MADRE”, encubre algo que busca salir a la conciencia y que la única forma en la que le es permitido hacerlo, es a partir de una negación; ¿es una necesidad de este adolescente el enojarse con esa madre? ¿De al fin poder aceptar su propia realidad, de comenzar a construir su propia realidad despojándose del lugar que le reservó su madre para su propia vida, ese lugar de objeto, ese lugar de debilidad, esa necesidad de tener que estar siempre demostrando algo que tal vez él no sea, para agradar, para no perder el amor de su madre?

El relato de cómo es encontrado, bajo un puente, sucio, quemado, pareciera ser una descripción casi exacta de cómo se siente él, del lugar que cree ocupar en la vida, de cómo él se ve, del lugar subjetivo del adolescente, ¿el lugar en el deseo de la madre tal vez? Un lugar de simple objeto. Una cita de la madre en este caso me permite resaltar este lugar de objeto en su propio deseo cuando explica que el fin de semana va a ir a buscar un sillón que se olvidó... ¿se olvidó un sillón o su propio hijo?

Cuando alguien rechaza a alguien, en este caso a los médicos, los psicólogos, el personal del hospital que trabajaba con él, hay que ver cuánto de su propio abandono se está poniendo en juego, de ese abandono que él experimentó y siente constantemente, ¿podríamos decir que era el mismo Juan quien lograba que los demás lo rechazaran?

Pensando estos conceptos, este momento de crisis del paciente y teniendo en cuenta la pobreza subjetiva de éste, la carga con la que afronta este momento, ¿será capaz de encontrar su identidad? Creo que en esto debió basarse el tratamiento si hubiera continuado internado el paciente, o quizás ya fuera del ámbito hospitalario. Intentar que pueda armar lazo con algo o con alguien, que pueda salir de ese lugar de objeto y encontrarse con ese sujeto, esos significantes, ese deseo que tanto cuesta aparecer, amigarse con ese otro y salir de ese lugar de abandono constante.

4.4 Entonces, ¿es posible ejercer la clínica de la escucha en hospitales?

Me reservé el último apartado para construir una mirada crítica sobre el lugar, el trabajo del psicólogo y el encuadre psicoanalítico en hospitales.

Primero me parece oportuno diferenciar el lugar del analista del lugar del médico en un hospital. Recuerdo a Winnicott, en su texto consejos a los padres, cuando compara estos dos trabajos y nos relata que una madre le hace una pregunta al pediatra de su hijo, que nada tiene que ver con el campo de su dominio, y éste de todas formas le brinda un consejo, pero es un ámbito en el que el médico no está capacitado y solamente lo hace desde su experiencia personal. Esta persona, el médico, no debe salirse del dominio de su especialidad, la cual tiene que ver con la enfermedad física, nos cuenta Winnicott. El psicólogo, en cambio:

La principal cualidad que necesita es ser confiable en todos los aspectos, ello significa no sólo respetar a la persona que acude a nosotros y su derecho de disponer de parte de nuestro tiempo y nuestra preocupación. Todos nosotros tenemos nuestra propia escala de valores, y eso nos permite no tratar de modificar el sentido del bien y del mal de la persona que nos consulta. El hecho de hacer un juicio moral y expresarlo destruye la relación profesional en forma total e irrevocable (Winnicott, 1957)

Por eso el analista es quien más capacitado está para ayudar y sostener a una persona en sus dificultades sin aconsejar algo desde su propia mirada, desde su propia escala de valores, sino acompañar al paciente para que encuentre respuestas, sin generar una dependencia, brindándole herramientas para que pueda desenvolverse solo. ¿Será posible dentro de un hospital, en donde, por lo menos desde mi experiencia en la institución en la cual realicé mi residencia, reina el discurso médico, sostener una terapia analítica como la presentamos hasta el momento? ¿Será posible que nuestra clínica de la escucha produzca algún efecto a pesar de todas las interrupciones en cada sesión, de todos los obstáculos que hay que sortear para poder preservar el espacio del paciente y un cierto encuadre?

Ya introducidos en la terapia analítica y avisados del discurso médico reinante en un hospital, me parece importante citar a Bleger, él llama a los fenómenos incluidos en la relación terapéutica entre paciente y analista, la "situación psicoanalítica"; "esta situación abarca fenómenos que constituyen un proceso, que es el que estudiamos, analizamos e interpretamos; pero incluye también un encuadre, es decir un "no-proceso" en el sentido de que son las constantes, dentro de cuyo marco se da el proceso" (Bleger, 1978, p. 237).

Dentro del encuadre psicoanalítico incluimos el rol del analista, el conjunto de factores espacio temporales y parte de la técnica (en la que se incluye el establecimiento y mantenimiento de horarios, honorarios, interrupciones regladas, etc.). Hay pacientes que cumplen el encuadre al pie de la letra y otros que no. El encuadre es donde suceden los fenómenos que llamamos comportamientos. (Bleger, 1978).

Pensando en el paciente que presenté en este trabajo y en el tipo de trabajo del analista en el hospital, comencé a preguntarme si se podría establecer un encuadre dentro de éste, ya que los tiempos no siempre son los mismos, hay días en los que se dispone de pocos minutos para trabajar y otros en que los tiempos son menos tiranos. Los horarios por supuesto no son siempre los mismos, no hay un monto de dinero corriente y algo que me parece de suma importancia son las interrupciones constantes que se generan dentro de un hospital público, donde todo pareciera ser más importante que el espacio de la salud mental, interrumpen enfermeras, médicos, la hora de la cuba porque se desocupó un turno, la hora de la limpieza, y se complica sostener un espacio tranquilo, de concentración y privado.

Es inevitable que, al pensar en estas cuestiones, enseguida repase los pilares de la terapia psicoanalítica, en donde aparece la demanda como necesidad para que haya análisis. Muchas veces en el hospital no surgía la demanda del paciente en primera plana, pero con el tiempo se podía ubicar algo similar y así se emprendía el camino de

algún tratamiento, alguna estrategia. En este momento se podría comenzar a pensar en la aparición de la transferencia de ese paciente con el analista. Pero este analista debe ser neutral en todos los ámbitos para que el paciente se pueda alojar, encuentre su lugar, es decir para que pueda aparecer esa transferencia.

Pensando en Juan, ¿realmente se pudo establecer una transferencia con su analista? ¿Apareció algo del orden de la demanda? Porque, analizando el caso puntual que narré, no se pudo emprender una estrategia para que, por ejemplo, estableciera algún lazo, o para que dejara ese lugar de objeto de desecho. Y entonces me pregunto, ¿hubo un paciente psi en algún momento? ¿Habrá tenido algo que ver que no se pudieran dar las condiciones para un encuadre óptimo?

En realidad, hay dos encuadres: uno, el que propone y mantiene el psicoanalista, aceptado conscientemente por el paciente, y otro el del "mundo fantasma", el que en él proyecta el paciente. Este último es una compulsión de repetición tan perfecta ya que es la más completa, la menos conocida y la más inadvertida. (Bleger, 1978, p. 242)

El encuadre "es" la parte más primitiva de la personalidad, es la fusión yo-cuerpo-mundo, de cuya inmovilización depende la formación, existencia y discriminación (del yo, del objeto, del esquema corporal, del cuerpo, de la mente, etc). Los pacientes con acting in o los psicóticos traen también su propio encuadre: la institución de su primitiva relación simbiótica, pero también la traen todos los pacientes. (Bleger, 1978, p. 243).

Es por esto que me parece importante, además de la escucha, prestar atención a qué es lo que aparece en la terapia cuando algo sale de ese orden previsto, de esas constantes que supuestamente tienen que permanecer así, ¿qué sucede cuando el analista es el que rompe el encuadre, por ejemplo con alguna interrupción, con un horario diferente, con una forma diferente de afrontar la terapia, con sus vacaciones? porque en estas rupturas se produce un "agujero" por el que se filtra algo de la realidad, de las relaciones primarias con su entorno, (en este caso podría ser con su madre) que resulta catastrófica para el paciente: "su" encuadre, "su mundo fantasma" quedan sin depositario y se pone en evidencia que "su" encuadre no es el encuadre psicoanalítico. (Bleger, 1978)

Toda variación del encuadre pone en crisis al sujeto, "problematiza" al yo y obliga a la re-elaboración del yo, o a la activación de las defensas para inmovilizar o re proyectar una parte de la personalidad(...) (Bleger 1978); esto hubiese sido interesante captar en el paciente y a mi modo de verlo quedó pendiente, faltó desde mayor lugar para la asociación libre hasta una observación algo más precisa de su conducta y reacciones (considerando que la mayor parte del tratamiento sucedió con la psicóloga anterior); Sostengo entonces que, dentro del hospital, se puede trabajar desde el psicoanálisis con un encuadre propio, con una serie de variables aceptadas por el paciente y vueltas constantes, que tal vez no podamos sostener siempre por miles de razones exentas a nosotros, pero es ahí donde no debemos perder de vista sus reacciones, su comportamiento ante esto; podemos usar esas dificultades para conocerlo más y descubrir algo de eso reprimido o escondido, podemos apropiarnos y hacerlas parte del tratamiento.

5 Conclusión.

Como se viene desarrollando en el presente ensayo, queda resaltar que la clínica psicoanalítica no tiene absolutamente nada que ver con la mirada de una persona, la conjunción de algunos síntomas y un diagnóstico; mi principal interés a lo largo de todo el desarrollo estuvo en resaltar la importancia de que un psicoanalista sea la persona que ayude a su paciente, que lo guíe en su desorden para encontrar bienestar en su vida.

Quise destacar la importancia de la escucha y de las palabras, la importancia de estar abierto a “encontrar” material para trabajar dentro del discurso del paciente, material como un sueño, una repetición constante de algo, una simple palabra. La importancia de nuestra formación, tanto en la teoría como en la práctica, pero también en la clínica es algo que quise abordar puesto que sostengo que no hay una sin la otra, ya que el analista puede haber leído las obras completas de Freud y de Lacan, puede estar familiarizado con la práctica en psicoanálisis, pudo haber abordado diferentes casos clínicos, pero la clínica, es decir ésta práctica en la cura, este momento bisagra en toda terapia es algo muy diferente, será por eso que la supervisión es tan importante, cada caso es único, no por el tema en cuestión que cada persona trae a su terapia, sino por cómo lo vive, cómo lo sufre, cómo lo historiza, si puede o no historizarlo. Podremos saber desde nuestra práctica qué es lo que le está pasando al paciente, pero cada forma de abordar la problemática y de buscar herramientas para generar estrategias será diferente, tendremos que tener en cuenta la teoría, la práctica, la historia del paciente, sus herramientas y hasta una posible cura.

Al incluir en el desarrollo del trabajo la entrevista con el paciente, queda plasmado de forma más clara, el trabajo del analista antes explicado teóricamente, para mostrar cómo se trabaja en un hospital, cómo se trabaja con un paciente como este y a diferencia de otros, cómo a través de un sueño también podemos acceder al inconsciente de un paciente y cómo este nos presenta un material que podemos ir asociando con todo lo que aparezca en las charlas.

En definitiva, la experiencia que me dejó este trabajo y este caso clínico en particular, es la importancia de descubrir qué es lo que guía el mundo del paciente, cómo son sus relaciones o cómo las siente él, para pensar cómo se podría armar una estrategia de intervención. En el caso de Juan, las relaciones que pudimos observar con los médicos y el personal de salud mental, se pueden definir como abandonicas, y una posible intervención podría haber sido una estrategia para insertarlo en la sociedad, para romper la barrera que impone el paciente, para permitirle sentirse un sujeto y liberarlo de ese lugar de objeto que le reservó su propia madre, ese objeto de desecho; se lo podría haber estimulado a construir algún lazo con alguien para comenzar a situarse como sujeto, como un sujeto de deseo que se relaciona con un otro, pero de igual a igual, un otro que le funcione como espejo y sin utilizar como mediador el temor al abandono, un otro que lo ubique como un par.

Gracias a nuestra atención flotante y a su propia asociación libre podríamos ir entretejiendo y construyendo algo de su historia pasada para construir un presente en el que tenga herramientas para afrontar sus obstáculos, para conocerse, para encontrarse, y teniendo en cuenta el momento que está atravesando, su adolescencia, ayudarlo a resignificar ciertos conceptos y convertirse en un adulto con un pasado, pero también con un futuro.

Cómo conclusión y cómo pregunta, quizás retórica, que quiero destacar y dejar abierta para futuras investigaciones posibles, es aquella que muchos consideran, ¿está en vías de desaparecer el psicoanálisis? Y sobre todo en el ámbito hospitalario... Y en torno a este ensayo, a mi propia práctica, a mi experiencia, a mi recorrido bibliográfico, puedo aseverar que no. Algunos pueden pensar, “¡estábamos tan bien sin inconsciente y cuando éramos amos y señores de nuestro ser!” (Jalof, 2017) que creo que asusta saber que hay algo más allá que nos gobierna, algo de lo que poco sabemos pero que nos define tanto. Nos cuesta aceptar la responsabilidad que tenemos en nuestra propia vida, en nuestra conducta y en el compromiso requerido en cada análisis... ya no hay nada mágico ni predestinado que nos defina. El psicoanálisis puede ser molesto porque nos

permite encontrarnos con aspectos de nuestra personalidad, con recuerdos que no queremos que salgan a la luz ya que estamos más cómodos sin comprometernos con ellos, pero son necesarios para conocernos y a veces poder situarnos desde otro lugar para obtener otra mirada de las cosas.

El hospital no deja de ser un ámbito en el que la subjetividad se pone en juego y en riesgo, en el que las personas necesitan que alguien las sostenga, que alguien las escuche, y quizás no será la clínica analítica que conocemos en un consultorio privado, pero se genera un espacio tal que el psicoanálisis, sí, tiene lugar en un efector público como este, quizás con otras reglas, quizás con otros tiempos, pero preservando los pilares más importantes de este y sirviéndonos de las dificultades que puedan aparecer para hacerlas parte del tratamiento.

“Afortunadamente, la eficacia del psicoanálisis, así como la poesía y el amor, seguirá necesitando del secreto, de recuerdos inexactos y preciosos, de la voz modulada; de sujetos que encuentran en ello un modo más deseable y digno de habitar el mundo” (Jalof, 2017).

6 Bibliografía.

Achilli, E. (2015). "La clínica de la escucha." En El silencio en psicoanálisis. Visita 10 de junio de 2017 <http://www.imagoagenda.com/>

Bleger, J. (1978). "Simbiosis y ambigüedad". En Psicoanálisis del encuadre psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós.

Cancina, P. (2008). *La investigación en psicoanálisis*. Rosario: Homo Sapiens.

Freud, S. (1979) 28^o conferencia: "la terapia analítica". En obras completas, tomo 16: conferencias de introducción al psicoanálisis. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1975a). "Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico". En Obras completas, tomo XII: Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente, trabajos sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1975b) "Construcciones en el análisis". En Obras completas, tomo XXIII: Moisés y la religión monoteísta, esquema del psicoanálisis y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1975c). "Inhibición, síntoma y angustia". En Obras completas, volumen XX, Presentación autobiográfica, Inhibición, síntoma y angustia, ¿Pueden los legos ejercer el análisis? y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1975d). "Más allá del principio de placer". En Obras completas, tomo XVIII: Más allá del principio de placer, psicología de las masas y análisis del yo y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu.

Jalof, Alejandra. (2017). "La desaparición del psicoanálisis, un deseo de muerte". Página 12, junio 22, Sección Psicología.

Knobel, M. y Aberastury, A. (2004). *La adolescencia normal*. México: Paidós.

Lacan, J. (1964a). "La excomuni3n". En Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1964b). "Presencia del analista". En Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.

Winnicott, D. (1957). "Consejos a los padres". Visita 15 de junio de 2017 <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/consejpa.htm>