



UNIVERSIDAD
DE LA REPUBLICA
URUGUAY



Trabajo final de grado

Monografía

“Discursos que interpelan.

El psicoanálisis y el hospital psiquiátrico”

Autor: Silvana Tagliaferro De León

Tutor: Ana Hounie González

Montevideo, de febrero de 2015

Índice

Resumen.....	.....
1-Introducción.....	.....
1.1-Sobre el origen de este proceso. Motivos y preguntas.....	.....
1.2-Sobre los métodos de realización. Metodología.....	.....
2-Referencial Teórico.....	.....
2.1-Sobre las visibilidades de una época. El hospital psiquiátrico.....	.....
2.2-El psicoanálisis sobre la locura. Perspectiva y abordaje.....	.....
3-Palabras que interpelan. Articulando entrevistas e interrogantes.....	.....
3.1-Perspectiva actual de la psiquiatría sobre la locura.....	.....
3.2- Psicoanálisis en el hospital.....	.....
Consideraciones Finales.....	.....
Referencias Bibliográficas.....	.....
Anexos.....	.....

Resumen

El presente trabajo ubica su punto de partida en la experiencia de haber concurrido al hospital psiquiátrico durante el periodo de un año como estudiante en el marco de una práctica de psicopatología. Años más tarde se articula dicha experiencia con las inquietudes actuales que congojan desde una mirada, ya casi como profesional, acerca del discurso del psicoanálisis y del hospital psiquiátrico sobre de la locura.

¿Qué es el hospital psiquiátrico? ¿De qué forma alberga a aquellos sujetos llamados locos? ¿Cómo ve el psicoanálisis a la locura y que tiene para ofrecerle? ¿Existe un lugar para el psicoanálisis en el marco del hospital psiquiátrico? Son algunas interrogantes que recorren este trabajo.

Cuestiones que se encuentran en el marco de una monografía con carácter exploratorio la cual busca responder interrogantes al tiempo que abre a nuevas. Entrevistas a psicoanalistas con amplia trayectoria, enriquecen desde sus diferentes aportes al presente trabajo que es fruto de un proceso no lineal.

En la búsqueda y exploración paso a paso se trata de dar cuenta de aquellos aspectos que unen dos lógicas bastante diferentes: la del hospital psiquiátrico y la del psicoanálisis como disciplina.

Palabras Claves: Locura, Hospital Psiquiátrico, Psicoanálisis.

1-Introducción

1.1-Sobre el origen de este proceso. Motivos y preguntas.

Durante mi formación de grado en la Licenciatura en Psicología he tenido la oportunidad de irme formando a través de diversas prácticas. Una de ellas en particular que ha quedado resonando en mí a lo largo de los años y a la cual me generó mucho entusiasmo volver ahora, desde otro lugar. Hablo de la práctica de psicopatología en el Hospital. Quedaron desde ese entonces algunas ideas bastante claras y otros varios cuestionamientos. Algunas ideas resonantes relacionadas a la subjetividad que produce el ámbito hospitalario en sí mismo, subjetividades producidas y reproducidas a lo largo de los años, enmarcadas en el contexto histórico en el que ha surgido. Por otro lado la locura, lo excluido, su tratamiento farmacológico, los talleres y el hospital de día, fueron resonancias que con el paso del tiempo resultaron insuficientes. ¿No hay ningún otro abordaje que el hospital pueda ofrecer a sus pacientes? ¿Es suficiente contar con abordajes que apunten solamente a eliminar lo molesto de la sintomatología del paciente? ¿Es lo único que existe?

Cercana a mí egreso, me encuentro formándome en una línea de trabajo psicoanalítico, encontrando en ella, una forma de ver el mundo que me identifica y desde la que quiero trabajar y profundizar de aquí en adelante.

Llegado el momento de definir el tema de mi Trabajo Final de Grado, me interesé por una forma de trabajo que recién en este momento de mi proceso de aprendizaje podía visibilizar con mayor claridad y por ello llamó mi atención. El sujeto que enloquece, no hospitalizado, que tiene la posibilidad de asistir a una consulta individual con su analista, ¿tiene, tal vez, la oportunidad de trabajarse de forma constante más allá de los episodios agudos? Enmarca ese encuentro todo un abordaje psicoanalítico, una forma de pensar y hacer con la locura, que merece ser trabajado por mí en mayor profundidad. Para este abordaje el tratamiento farmacológico, los talleres que el sujeto quiera/pueda realizar son facilitadores del trabajo central; trabajar con el sujeto, su subjetividad, atravesamientos e historia.

Las resonancias de aquella práctica hospitalaria me interrogan ahora aún más; ¿Es que son abordajes tan diferentes? ¿Puede haber algo del hospital en el trabajo psicoanalítico? ¿Y del abordaje del psicoanálisis en el hospital? ¿Hay lugar para el psicoanálisis en el mismo seno del hospital psiquiátrico?

El motivo principal de este trabajo tiene que ver con vincular dos contextos que parecieron a mi persona tan diferentes y que luego de un proceso exploratorio y cambiante arriban a formar parte de un único núcleo de interés y que será por consiguiente el motor de esta búsqueda exploratoria de la temática. ¿Dialoga el ámbito hospitalario con la práctica psicoanalítica? Si lo hace ¿de qué forma? ¿Qué otros diálogos o actores encontraremos puestos en relación?

1.2-Sobre los modos de realización. Metodología.

La presente producción es fruto de un trabajo con carácter exploratorio. Dicho trabajo tiene como objetivo repensar, desaprender y así reconstruir un aprendizaje que permita seguir avanzando en la ardua tarea de indagar aquello que nos interesa.

Se utilizó como principal referencia teórica las postulaciones desde el Psicoanálisis, fundamentalmente de los autores principales, Freud y Lacan. El formato utilizado es el de monografía por lo que se trata de una revisión bibliográfica, se trató de recopilar textos, publicaciones y experiencias de trabajo específicas dentro de la temática para su articulación, revisión y formulación de interrogantes críticas que permitan continuar ampliando y enriqueciendo el proceso de aprendizaje. Se utilizó la entrevista a informantes calificados. Dicha técnica consiste en seleccionar personas que posean un nivel profundo de información con respecto a la temática a trabajar, ya sea sólo por experiencia, o por conocimientos especializados en el tema. El objetivo fue el de recopilar datos que enriquezcan la presente producción, entrevistando a tres personas sumamente empapadas en la temática y de gran experiencia en ello, los psicoanalistas Enrique Rattin, Pablo Fidacaro y Gonzalo Percovich. Todos con suma apertura, supieron dar lugar a repensar e interrogar el tema que nos convocaba, generando un espacio cómodo y agradable para la producción de conocimiento. Los primeros contactos fueron telefónicos, obteniendo de su lado una grata y rápida respuesta que permitió estar a los pocos días reuniéndome con cada uno de ellos, dando lugar de esa forma a encuentros sumamente ricos que estarán reflejados en el

contenido del presente trabajo. El análisis posterior a las entrevistas fue dando cuenta del rico material teórico y de las nuevas interrogantes que fueron teniendo lugar en el proceso.

El curso del presente trabajo no fue lineal. Su recorrido está enmarcado primeramente en condiciones azarosas que hicieron que hubiera un cambio de tutor más allá de la voluntad y el alcance de quienes estábamos implicados. A partir de allí, se incursiona en un proceso de cambio rotundo en el eje de trabajo y en las interrogantes que motivaron la exploración en el tema. El proceso de trabajo se basó en un interjuego constante y dialéctico entre los disparadores que motivaron la indagación, las instancias de tutoría, las conversaciones con la tutora, la realización de las entrevistas, la construcción de interrogantes previo a ellas y las lecturas realizadas respecto a los materiales consultados. Todos y cada uno han sido factores de preguntas y repreguntas a cada paso y en cada encuentro. Un proceso en el que se fue descubriendo y redescubriendo interrogantes abriendo paso cada etapa del trabajo de forma no lineal, reformulando, cambiando y redimensionando la estrategia de cómo proseguir una vez ya inmersos en el campo de trabajo y de forma constante.

2-Referencial Teórico

2.1-Sobre las visibilidades de una época. El hospital psiquiátrico

“Toda formación histórica
ve todo lo que es capaz de ver,
ve todo lo que puede ver”
Deleuze, 2013, pág. 24

No siempre existió el hospital psiquiátrico tal como lo conocemos hoy. ¿Cómo surge? ¿Cómo era entonces? ¿Qué ofrecía? ¿A quienes albergaba?

Deleuze (1985) nos da a conocer las teorizaciones de Foucault sobre los lugares y discursos que albergan la locura en una de sus mayores obras: “Historia de la locura”. Esta obra es enteramente el conjunto de enunciados sobre la locura existentes a partir del siglo XVII.

Una de las interrogantes que encabeza la obra como motivo y disparador y que se intentará responder es ¿qué es el hospital psiquiátrico? para lo que Foucault responderá que es un modo de encierro de los locos. Un modo creado, que surge a partir de lo que se conocía como el hospital general o las casas de corrección, nacidos en el siglo XVII. En esta época podemos decir que la psiquiatría no existía como tal, no así ya la medicina, la cual no solo existía sino que hablaba de la locura en aquella época bajo los términos de enfermedades de los nervios y/o de la cabeza, pero no por esto debemos vincular a estos términos con la antesala de lo que luego será la psiquiatría, ya que no se vinculan de esa forma.

Es en 1963 que Foucault publica una obra llamada “El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica” en la cual el autor considera cómo las enfermedades médicas se agrupan según sus síntomas y por otra parte cómo el discurso médico se

organiza sobre esos síntomas. De esta forma podemos observar como el tema de los lugares físicos como el hospital general y el asilo siempre están presentes en los escritos de Foucault. Se describe al hospital general, al asilo, a la casa de corrección como arquitecturas, es decir, un agregado material. Una arquitectura por sí sola no dice mucho, pero implica un estilo y lleva consigo un efecto, un leit motiv que lo organiza y le da sentido. El hospital general de aquella época era una arquitectura que hacía ver algo, constituía un lugar de visibilidad. ¿De visibilidad de qué? De visibilidad de la locura, un lugar físico que hace ver a la locura de cierta manera. Poseía una forma de funcionamiento donde las visitas eran algo cotidiano, haciendo que la locura fuera visible literalmente, dentro de un lugar físico que la albergaba, marcando un adentro y un afuera muy claros. A partir de este momento hay una visibilidad sobre el lugar físico y tomándolo como referencia se puede comenzar a hablar de un lugar con “estilo hospital general” cuando se hable de arquitecturas. Hoy en día también se muestra a los locos, pero de otras formas. En el siglo XVII las visitas eran detrás de los barrotes, por lo que la visibilidad del hospital general unía directamente a la locura con el encierro.

La visibilidad no tiene que ver solamente con las visitas al hospital, sino que tiene que ver directamente con razones más profundas. Es que el hospital general implica una nueva forma de ver la locura, una nueva forma de visibilidad, ya que anterior a esto, la locura era visible pero de otras formas. No escapa al loco la forma en la que ahora se ve a sí mismo, ya que al loco también lo conforma esta nueva forma de visibilidad y él alimentará las nuevas formas de ver.

Esta nueva forma de ver la locura es un cambio radical y muy peculiar. En el hospital general no solo se albergan locos, sino que también es el lugar para los vagabundos, los mendigos, los desempleados, los depravados, todos y cada uno albergados dentro del mismo lugar físico y cuya correspondencia les es adjudicada por igual. Ya desde el siglo XVII se escucharon voces que denunciaron dicha mezcla como algo fuera de lugar, reclamando que los vagabundos y desempleados no merecían estar semejados a los locos. Otras voces sostuvieron algo bastante distinto, sobre que la separación debería de hacerse ya que los locos necesitaban cuidados especiales y no debían estar asemejados a los vagabundos. Estas dos posturas ya estaban hablando en su época de una visibilidad compartida pero diferente al mismo tiempo. Se pasa a tener en cuenta en este momento, que el siglo XVII por ceguera o por quién sabe qué circunstancias sociales, políticas y/o económicas, no reparó en su momento de realizar una diferencia que fue existente desde siempre, pero enunciada ahora.

Sobre la hipótesis de que haya algo salteado, no visto, cegado, Foucault nos viene a traer la idea de que no se trata de ello. No hay aspectos cegados, sino que dichos aspectos no existen para la sensibilidad colectiva de la época. Existe una percepción perfectamente articulada que concibe y sostiene, sin errores, la semejanza de los locos con los vagabundos y desempleados. En su obra "Historia de la locura" Foucault da cuenta de la idea de percepción colectiva que explica los hechos, dando cuenta que no hay errores ni cegueras en la visibilidad de esta época. De esta forma se concibe que el modo de ver la locura en el siglo XVII no será la misma ni antes ni después.

En efecto, una arquitectura como el hospital general de la época, es un conjunto de piedras y elementos materiales, pero es antes que todo eso, una visibilidad. La idea del autor implica que antes de esculpir una piedra, de realizar alguna maniobra, se piensa sobre algo y se esculpe una idea, una concepción sobre ello, en este caso una concepción sobre la locura, y con ella se esculpe la visibilidad de la misma, constituyendo el seno fundamental de lo que es una arquitectura para Foucault.

La cárcel era el lugar de visibilidad del crimen, así como el asilo lo era para la locura. No son ni en primer lugar ni primariamente lugares de encierro, lo son únicamente de forma secundaria. En primer lugar son lugares de visibilidad. La arquitectura dispondrá entonces de las visibilidades de la época, en ella se instauran las visibilidades de esa sociedad. Esa forma de instaurar visibilidades acerca de la locura, de hacerlas piedra, de disponerla como condición para esa época, es en función de lo que la sociedad puede ver, lo que para ella existe como tal, no en función de puntos ciegos.

Foucault sostiene que el siglo XVII ignora la categoría de enfermedad mental. La locura es designada como enfermedades de los humores, de la cabeza y hasta enfermedades de los nervios. En cuanto a los hechos, la medicina no se asocia con el hospital general ya que no lo habita, el origen del hospital general no se encuentra enlazado con la medicina. Su origen se enlaza con la policía, con el control. En aquellos hospitales generales no se curaba a los sujetos, se los alojaba. La medicina dentro de sus asuntos curaba a los sujetos, pero por fuera y nunca vinculada al asilo.

Desde luego, un hecho está claro el Hospital General no es un establecimiento médico. Es más bien una estructura semijurídica, una especie de entidad administrativa, que al lado de los poderes de antemano constituidos y fuera de los tribunales, decide, juzga y ejecuta. (Foucault, 1961, pág.43) Historia de la locura online

Una vez que el hospital general y la medicina se constituyan con mayor fuerza, serán asociados, pero de mientras, en este siglo el hospital general es un lugar de evidencia de la locura mientras que la medicina lo más cercano que se encuentra al respecto, es tratar de enunciar las enfermedades de la cabeza, enunciar el sin sentido. Enuncia la sin razón de la época, mientras que el hospital general contiene a los locos.

Cada momento histórico posee sus evidencias, puesto que la evidencia es una visibilidad. El hospital general del siglo XVII es una evidencia, y que aquellos considerados locos puedan y deban estar reunidos dentro del mismo, también es una evidencia del momento histórico.

Foucault plantea que la medicina con su conjunto de enunciados acerca de la sin razón, pertenece a lo que él llama, una forma de expresión, mientras que el hospital general o el asilo, con sus formas de encierro son la forma de contenido de dichas expresiones. Se conforma de a poco uno de los dualismos que el autor plantea; el de ver y hablar, visibilidad y enunciado. Tomando por “ver” no al acto del ojo de observar, sino al acto de crear visibilidades, tal como el hospital general hizo con la locura. Al mismo tiempo que el término “hablar” no refiere, según Foucault, al acto del lenguaje sino que da cuenta del acto de constituir enunciados acerca de algo, tal como intenta hacer la medicina ante la sin razón del siglo XVII.

Todo lo que se hace en una época solo puede hacerse si sale a la luz. El hacer y el padecer de una época suponen su régimen de luz. Y del mismo modo, todo lo que se piensa en una época, todas las ideas de una época suponen su régimen de enunciados. (Deleuze, 2013, pág. 26)

¿Qué ha logrado Foucault con esta dualidad de la visibilidad y el enunciado en su obra “Historia de la locura”? Gracias a ello hemos podido entender y dar cuenta que entre las visibilidades y los enunciados no hay isomorfismo. Es decir que no poseen el mismo origen. De la misma manera que no lo hay entre la medicina y el hospital general o asilo. Este último proviene de uno de los modos de control de la policía y del gobierno, mientras que la medicina surge de la mano de la sin razón, de aquello no comprendido.

El asilo es la prefiguración de lo que será el hospital psiquiátrico en el siglo XIX. El asilo psiquiátrico ofrecerá más adelante una visibilidad completamente diferente a la del siglo XVII, otra forma de ver la locura. En la época del siglo XVII mientras la locura es mostrada en el asilo, los enunciados que tienen que ver con ella giran en torno de

lo discursivo, en torno a la sin razón. La locura es asemejada y entendida como la sin razón en sí. Este aspecto cambia en el siglo siguiente cuando la locura ya no sea ícono de la sin razón, sino que será correspondida a coordenadas diferentes, a nuevas visibilidades y enunciados. El conjunto de visibilidades y enunciados conforman las formaciones históricas de cada época. Visibilidades y enunciados que juntos son los a priori de la formación histórica, en el caso del siglo XVII, de la llamada época clásica. Una época que vio surgir el asilo como forma de encierro, de la mano de visibilidades y enunciados que interpelaban la razón colectiva.

Foucault nos trae en un momento el discurso del filántropo y nos pone de ejemplo a Pinel, íntimamente relacionado con la locura a través de su discurso sobre ella. Se produce la liberación de los locos casi al mismo tiempo en Francia y América a fines del siglo XVIII.

Pinel sostiene que los locos ya no deben estar encadenados, que hay que liberarlos de esas cadenas, a cambio de ser vigilados. El loco constantemente vigilado y juzgado. La mirada y el juicio toman importancia con Pinel como enunciados de la época. Propone cambiar las cadenas materiales por una mirada constante y un juicio punzante de parte del cuidador. La locura queda entonces definida por un tipo de enunciado y por cierta visibilidad, mirada perpetua y juicio perpetuo.

En el siglo XVII los sujetos considerados locos eran también considerados culpables de serlo. La sin razón enunciaba que el loco era responsable de ser loco, apelaba a la culpabilidad y aseguraba la misma. Para Pinel el loco no era culpable de ser loco, en cambio sostiene que dentro de su locura debe hacerse responsable de lo que dicha locura viene a perturbar en cuanto al orden moral y social del entorno.

Deleuze (1985) sostiene con asombro lo formidable del hecho de que se considere al loco responsable de los órdenes que viene a perturbar en cuanto a lo moral y social. Hay un orden, corrompido por el loco. De no existir el loco todo sería orden y armonía. Marcando de alguna forma que las cadenas de la vigilancia y el juicio constante son más fuertes que las cadenas materiales. Aquí es cuando Foucault plantea que al quebrarse las cadenas materiales del loco se lo pasa a encerrar en un modelo cuasi familiar al cual pasa a pertenecer casi como el hijo de la familia. La organización del asilo propuesta por Pinel será la del loco ocupando el lugar del niño de la familia, bajo el juicio y la mirada de los cuidadores, responsable por las alteraciones que provoque del orden social y moral. La psiquiatría que se constituirá luego, ya no abandonará este modelo familiar. Si obtura el orden varias veces y es obstinado al respecto,

entonces el loco debe ser castigado volviendo a las cadenas materiales, volverá a ser encadenado. El carácter del castigo debe ser repentino, factor fundamental para que sea asociado por el loco y tenga éxito.

Pinel fue el primer padre de este nuevo tratamiento de los locos en el asilo.

Anteriormente describíamos que la locura era un factor distinto, al cual generalmente se le atribuía cierto miedo. La locura generadora de miedo en aquellos que no están locos, la sin razón desafiante de la sociedad de la época. En la época de Pinel y con ciertos cambios en la visibilidad de la locura se plantea que el loco es quien debe temer ahora. Hay vigilancia y existe un castigo. Esta será la base de las terapéuticas con la locura a principios del siglo XIX. Una forma en la cual los mecanismos de control del estado utilizan para brindar seguridad con respecto a lo inexplicable, a lo enigmático de la locura. Hay una diferencia clara, quienes son normales y pertenecen a una armonía prescrita, y quienes la corrompen y deben ser controlados.

Existe una frase de Foucault (1986) en su obra "Historia de la locura" que cifra: los locos al asilo. Una frase que puede leerse de varias formas, pero hay dos que nos interesan de particular manera. Por un lado podemos leer que los vagabundos no deben ser mezclados con los locos puesto que ellos no están al nivel de la locura y los vagabundos merecen un lugar diferente, interpretación clásica del discurso del siglo XVIII.

Por otro lado puede leerse igualmente, que los locos no deben ser igualados a los vagabundos, puesto que a los locos se les debe brindar ciertos cuidados en pro de su mejora, una separación que deja entre líneas un trato a favor de los locos. Esta segunda interpretación es propia a partir del siglo XIX.

Estamos en condiciones de diferenciar y tener en claro que el hombre de la sin razón, el hombre irracional no es igual al loco. El loco es definido dentro del hospital general, dentro del asilo, mientras que el sujeto de la sin razón es definido mediante los enunciados de la medicina. Ambas cosas no las veremos confluir puesto que la medicina no habita en este período histórico al hospital general. Con respecto al asunto encontramos que:

Foucault habla del enfrentamiento entre la locura y la sin razón. A saber: "¿cómo explicar que en el siglo XVII un hombre enunciable como hombre de la sinrazón pueda volver a encontrarse en el hospital general como loco?" No es la misma forma. O también, para retomar la expresión de Foucault, "¿qué es lo que condenaría a la locura a

aquellos que se aventuraron una vez a la experiencia de la sinrazón?
¿Qué relación hay entre el saber oscuro de la sinrazón y el saber claro,
aquel que la ciencia llama locura?” (Deleuze, 2013, págs.162-163)

A fin de cuentas, hay una función que es la que pretendía oficializar el hospital general y es la del exilio del loco de la sociedad. Se encierra como forma de exilio en el siglo XVII, una forma de exteriorizar, poner fuera de la sociedad, para que no se irrumpa el orden establecido.

Históricamente lo que llamamos locura fue en un cierto período histórico tomado sobre todo por el campo médico, como parte de las enfermedades del alma, y a partir de esa conceptualización de enfermedades del alma podríamos decir que existe la psiquiatría, por lo menos la psiquiatría llamada “científica” o más formalizada, no es porque no existiera antes. Junto al surgimiento de la psiquiatría el surgimiento de los hospitales psiquiátricos que antes no existían. Podría decir que en un cierto sentido tuvo sus beneficios y en otros obtuvo una cierta riqueza que podía aportar la llamada locura en el entorno social. Gonzalo Percovich (Comunicación personal, 2015)

Más cerca en el tiempo, encontramos que el asunto de la locura sufrió con los años un desdibujamiento que podemos relacionar con la aparición de los manuales psiquiátricos llamados DSM. Hoy se habla fuertemente de los trastornos mentales, una forma mercantilizada de entender la locura de la que habló y describió Foucault en la época clásica.

2.2- El Psicoanálisis sobre de la locura. Perspectiva y abordaje

“La terapia analítica no tiene por fin
inmediato la supresión de los síntomas”

Fink, 1997, pág.86

¿De qué hablamos cuando hablamos del psicoanálisis? Se hace necesario explicitar en esta primera instancia que no existe un único psicoanálisis. Existe una amplia diversidad interna de posturas y lecturas acerca del psicoanálisis como disciplina y que están abarcadas en el corpus del mismo. Se reconocen como existentes y muy vigentes, para cada quién y en cada caso, posturas diversas relacionadas, algunas, con diferentes instituciones y escuelas, pero que no solo se deben a ello. El amplio espectro de posturas dentro del psicoanálisis pone sobre la mesa discusiones que

refieren a ciertos avatares políticos y epistemológicos dentro de la disciplina, que no escapan al campo social en el que están inmersos y a otros saberes y discursos que también los convocan e interpelan en cierta medida.

(...)es difícil hablar de “el” psicoanálisis porque el psicoanálisis también está subdividido, hay grupos, escuelas, hay posiciones en relación al psicoanálisis, es decir que en realidad son los psicoanálisis de acuerdo a cada posicionamiento, a que énfasis doctrinales, a que énfasis se hace (...) Es difícil hablar de “el” psicoanálisis, pero si por ejemplo esto que yo te decía; hay distintas posiciones dentro del psicoanálisis que se pueden acercar más a la psiquiatría y otras que no (...)hay psicoanalistas que están lejos de una posición de acercarse a la psiquiatría pero hay psicoanalistas que están en esto que yo decía de hacer énfasis en la cuestión psicopatológica y hay otros psicoanalistas que están en la búsqueda de las neurociencias(...) Gonzalo Percovich (Comunicación personal, 2015)

Debido al alcance y objetivos del presente trabajo, y teniendo en cuenta este lo mencionado con anterioridad, se hace pertinente explicitar que este trabajo no se compromete a hablar desde un único lugar, una única forma de ver y de abordar el psicoanálisis, sino que se trató de realizar una suerte de búsqueda de aquellas postulaciones que a pesar de los diferentes lugares son psicoanalíticas. Dentro de ese abanico de posibilidades se tomaron aquellas que más allá de su origen hayan permitido abordar la pregunta principal de la presente investigación.

Adentrándonos en el corpus del psicoanálisis estamos en condiciones, entonces, de preguntarnos: ¿Qué dicen los autores fundamentales del psicoanálisis acerca de la locura? Ante una interrogante de este tipo debemos remitirnos inmediatamente a los primeros momentos en que Freud (1923) se dedicaba a distinguir la neurosis y la psicosis como estructuras en cuya génesis radicaban diferencias que luego se harán visibles en su funcionamiento. En su obra *Neurosis y Psicosis* (1923) ya Freud planteaba:

Con relación a la génesis de las formaciones delirantes, algunos análisis nos han enseñado que el delirio se presenta como un parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del Yo con el mundo exterior. Si esta condición (el conflicto con el mundo exterior) no es mucho más patente de lo que ahora la discernimos, ello se fundamenta en que en el cuadro clínico de la psicosis los fenómenos del proceso

patógeno a menudo están ocultos por los de un intento de curación o de reconstrucción que se les superponen. (Freud, 1923, pág. 157)

A partir de este momento podemos empezar a sospechar que el psicoanálisis dará a la locura una dimensión un tanto diferente que el abordaje médico, suponiendo que en sí misma constituye un intento de reparación ante algún atravesamiento en la vida de ese sujeto que enferma. Suponemos entonces que el psicoanálisis escuchará más allá del delirio. Freud posee una de sus afirmaciones más conocidas que cifra acerca de que los actos psíquicos, ya sea un sueño, un lapsus, o un síntoma, dan cuenta de su significación para ese sujeto y están llenos de sentido. Siempre comenzarán siendo inconscientes, más allá del acto psíquico del que se trate. El acto mismo de enfermar portará un sentido, para el sujeto mismo y para quién lo aborde.

El abordaje Lacaniano de la psicopatología está basado fundamentalmente en la obra de Freud. Desde Lacan, estructuralista, se conceptualizan tres núcleos fundamentales que son la psicosis, la neurosis y la perversión. Hablaremos en este trabajo en términos de locura, ya que lo que nos interesa son aquellos diferentes discursos que interpelan la locura más que sus diferencias específicas en cuanto a clasificaciones y estructuras.

¿Qué hay en el funcionamiento psíquico de algunos sujetos que no podemos denominarlos como neuróticos desde el psicoanálisis? O de lo contrario ¿Qué hay en el funcionamiento psíquico de esos sujetos que son denominados locos? Entender esto nos ayudará a entender cuál es el verdadero núcleo de trabajo del psicoanálisis.

Para comenzar debemos hacer incapié en la función de la forclusión como núcleo central del funcionamiento de la locura. El abordaje Lacaniano trabaja con fuerza sus postulados desde este concepto para tratar de vislumbrar apenas un esbozo de respuesta que abarque a más de un sujeto denominado loco.

Maleval (2002) sostiene que este concepto refiere a aquello que ha sido rechazado del orden simbólico, expulsado. Plantea que la forclusión será a la psicosis lo que la represión es a la neurosis. André Green (Maleval, 2002) sostiene al respecto que la forclusión es una modalidad de la represión inherente en particular a la estructura psicótica. Se trata de excluir, a tal punto, un término, que no formará parte del mundo del sujeto, de su realidad.

Algunos psicoanalistas de la IPA consideran que al aislar el concepto de forclusión de la obra de Freud, Lacan reveló un nuevo mecanismo de defensa. Así, según Bergeret, éste sería “más eficaz pero más temible que la represión, porque lo que hubiera debido ser simbolizado no lo está”. (Maleval, 2002. pág. 71)

Para la psicosis, la forclusión es constitutiva de ella, es causa del despliegue del sujeto psicótico. Lacan (Fink, 1997) afirma que el elemento que es forcluido por el sujeto es la función paterna, El Nombre del Padre como función. Hace alusión a una función que puede ser llevada a cabo por cualquier otra persona independientemente, incluso del sexo.

Lo anterior nos da la pauta de que un desencadenamiento psicótico, por ejemplo, en un sujeto no nos dice que ese sujeto se “convierte” en psicótico, nos nos dice que enloquece en ese mismo instante, sino que su estructura siempre fue psicótica, por ejemplo, pero no había sido desencadenada aún. La locura es desplegada en un momento de su vida ¿Por qué ahora? No puede dejar de ser una de las interrogantes del analista. Interrogante que nos lleva a pensar a cada sujeto dentro de su propia historicidad y de sus propios avatares.

Cuando hablamos de la locura en general, lo hacemos para abarcar una gran variedad de estructuras que demandan un trabajo desde una lógica diferente.

Vegh afirma:

El psicótico acude a nosotros de otro modo, no por una demanda de saber del delirio o la alucinación que porta; viene a nosotros por una afectación que siente en lo real de su cuerpo, una angustia que no cede, o para compartir con nosotros, en la medida que su confianza lo permite, la convicción de un saber que su delirio le confirma y del cual se siente mensajero. (2007,pág.45)

Maleval (2002) nos dice que yendo tiempo atrás, en las primeras teorizaciones de Freud, encontraremos un fuerte pesimismo primario ante la idea de que los sujetos psicóticos desarrollen transferencia que nos permita trabajar con ellos. En el año 1907, formula su hipótesis fundamental; las psicosis son estados narcisistas, en los cuales la libido es retirada del Yo. El analista jamás podrá ser investido libidinalmente y abandonaría todas sus representaciones de objeto. No existe transferencia psicótica en el marco psicoanalítico en este primer momento para Freud. Él mismo sostenía “Las psicosis, los estados de confusión y las depresiones graves no son accesibles al psicoanálisis (...) al menos con el método que nosotros utilizamos actualmente” (Broca, 1988, pág.252)

En 1908, tras su actitud de espera e investigación, comienza a sospechar que las posibilidades de tratamiento con los psicóticos puede provenir por el lado del delirio, ahora entonces empieza a tornarse una opción trabajar situándose desde el terreno del delirio.

Uno de los que tuvo oportunidad de comunicar a Freud sus estudios y avances sobre el tratamiento con psicóticos y la transferencia, fue Federn, pero sus estudios no fueron publicados sino hasta cuatro años después de la muerte de Freud, en 1943. Descubrió en sus experiencias, que el trabajo con psicóticos podía verse beneficiado si se apoyaba en la transferencia positiva con el sujeto, una transferencia que no debía ser interpretada. Su dimensión positiva reforzará las intervenciones del terapeuta en la relación con el sujeto. Por el contrario una transferencia negativa es un gran obstáculo, además de que podía desatar lo peor del sujeto contra el terapeuta.

“La transferencia de la parte psicótica de la personalidad es a veces peligrosa- escribe en 1943- y puede conducir a la agresión y el asesinato tanto como a la deificación del objeto. Y tanto la agresión como la deificación puede poner fin a todo contacto debido a temores profundamente enraizados.” Esta constatación, hecha tempranamente por Federn, la reiterarán todos los analistas de psicóticos: la característica más manifiesta de la transferencia del sujeto psicótico es que despierta sentimientos extremos y ambivalentes. (Maleval, 2002, pág.317)

Más tarde, años treinta en Estados Unidos, Sullivan es uno de quienes continúa investigando los tratamientos sobre todo con esquizofrénicos, uniéndose a un equipo con Bullard y Fromm- Reichmann, momento en el cual ya había quedado prácticamente atrás, la tesis freudiana de la no transferencia en psicóticos. Trabajan desde la idea de que “la idea delirante que tiene el paciente de una unión profunda con el analista se ha de convertir en una realidad compartida por ambos pacientes” (Maleval, 2002, pág. 320)

Desde la escuela Inglesa, encontramos los postulados de Melanie Klein. Su teoría estableció bases nuevas para la práctica del psicoanálisis lo que contrajo cambios notorios en la teoría freudiana, destacando el establecimiento de la transferencia y rechazando el postulado del narcisismo primario. Su trabajo relativo a la psicosis en adultos refiere a su conceptualización de los llamados estados esquizoide. Sostiene que todo sujeto puede volver a lo largo de su vida a la posición, nombrada por ella, esquizoparanoide, utilizando mecanismos paranoides de relación con el mundo. A partir de ello sostienen que es necesario considerar la transferencia como un fenómeno exclusivamente dual. Esta corriente sostiene que el analista debería ser

capaz de formular conscientemente aspectos que él reconoce como inconscientes y tratar de comunicarlo al sujeto psicótico de una forma que éste lo pueda comprender.

Lacan por su parte, desde el primer momento no baja los brazos con respecto a la locura. Su principio ético mayormente conocido hoy día cifra "El psicoanalista no debe retroceder ante el paranoico" (Broca, 1988, pág.253)

Aún así, Green en Francia en el año 1983, afirmaba que no muchos psicoanalistas tomaban pacientes psicóticos para su tratamiento, existiendo dudas sobre la transferencia psicótica. A pesar de ello desde los años cincuenta, la mayoría de los clínicos coinciden en que los sujetos psicóticos pueden desarrollar una relación donde se vivencie transferencia y que la misma es de carácter masivo, fusional y ambivalente.

Cuando afirmamos que la transferencia está dada en el vínculo terapéutico con el sujeto que sufre, debemos preguntarnos, qué está en juego para brindar el sustento a ese aspecto transferencial. Lacan sostiene: "...hay demanda por parte del psicótico (...) Hay demanda solo si existe una oferta previa, aún si ésta está implícita. Para que se establezca una demanda es necesario que un analista se ofrezca para ser el agente" (Broca, 1988, pág.253)

Encontraremos en el trabajo desde el psicoanálisis, un analista al que no se le asigna un lugar de supuesto Saber. Hay algo en la transferencia del psicótico con el analista, que rescata lo semejante del otro con quien se relaciona. Participan del mismo juego, con las mismas reglas, al igual que en la amistad, hay algo de esto en la relación transferencial, se juega una escena común a ambos.

Si se considera la transferencia en su valor fundamental de repetición, dentro del marco de la psicosis, se tropieza necesariamente con el encuentro de lo que no ha tenido lugar, de lo que no ha venido a la orden del día del Nombre-del-Padre. Es por esto que, para la psicosis es importante desplazará la cuestión de la transferencia de su valor de repetición a su valor fundamental de Encuentro. (Broca, 1988, pág.256)

Partiendo de las huellas que Freud dejó sobre la transferencia en la psicosis, Lacan pensó la posición del analista con respecto a este asunto y sobre ello podemos diferenciar algunos momentos. En un primer momento lo piensa de forma tal que el analista esté posicionado desde la negativa, es decir, describe al mismo como quién no debería ocupar un lugar de un Otro todopoderoso, de completo saber, ya que

correría el riesgo de encarnar la figura de paterna forcluída. El sujeto psicótico no tiene dicha referencia a su disposición, por lo tanto, no sería lo más conveniente provocar un arrasamiento en la subjetividad del paciente. Por este motivo, las indicaciones desde la mirada de Lacan en este tiempo, tienen que ver con que el sujeto ponga a jugar las referencias con las que sí cuenta, y pueda así, ponerlas a reflejar en el analista, quien se posicionará desde “una sumisión completa(...) a las posiciones subjetivas del enfermo, posiciones que son demasiado a menudo forzadas a reducir las en el diálogo al proceso mórbido, reforzando entonces la dificultad de penetrarlas con una reticencia provocada no sin fundamento en el sujeto” Vetere (2008, pág. 284). Continúa diciendo “se trata del lugar del analista en tanto semejante, que ocuparía entonces no el lugar del Otro sino el del otro imaginario. Desde allí si podrá dejar resguardado el lugar del sujeto y escuchar su testimonio” Vetere (2008, pág. 284).

Dado que es la significación fálica la que está ausente en el sujeto psicótico, el analista se encuentra entonces ubicado ante un sujeto que se ha identificado durante mucho tiempo con una significación que es la de tener el valor fálico y que se encuentra en la espera de un nuevo objeto de significación válido para él en su desencadenamiento psicótico. La transferencia tendrá entonces el papel de generar un nuevo efecto de significación que produzca un síntoma en el sujeto y lo coloque desde otro lugar.

Es importante hacer lugar para albergar al sujeto, que sienta que nos interesa lo que tiene para decir, que hay algo importante en eso que nos dice y que será de mucha ayuda en el tratamiento.

Llegado ese momento lo importante es poder establecer una transferencia, una posibilidad de transferencia, eso es una posibilidad cierta de la clínica de la psicosis, la posibilidad está intacta a partir de cada paciente (...) la posibilidad hay que darla siempre, es una disposición ética, no se puede a priori decir que no. Eso implica vencer la resistencia, nuestra resistencia, nuestro miedo, la psicosis da miedo muchas veces, vencer las propias resistencias respecto a nuestros cuerpos teóricos. (...) La suposición de un sujeto, me parece que eso es otra apuesta y otro punto de partida en el abordaje de la psicosis, suponer que ahí hay un sujeto... y que ese sujeto tiene algo para decir, y que ese sujeto tiene algo para decir del otro. Pablo Fidacaro (Comunicación personal, 2014)

En el terreno de la locura, el analista no queda entonces en el lugar de sostén del objeto de deseo, sino que queda en condición de ser él mismo el sujeto de deseo,

caracterizado por una carencia. Mientras que el sujeto juega su parte siendo quién desea, pero sin saber lo que tiene ni lo que le falta.

(...) reconocer que ese sujeto en su decir delirante, no obra por el resorte de una falla o déficit que lo conduce a una aberración o error perceptivo. ¿Consideramos una alucinación como una falla de los sentidos y la percepción...o sostendremos que tal fenómeno elemental estará articulado a las cadenas lenguajeras y a la historia de ese sujeto? Esa es la cuestión, y uno elige posiciones nuevamente. En este sentido, al sujeto psicótico, le reconozco su obrar delirante, quiero aprender de él. Me interesa el sujeto, pero no para corregirlo en su formación subjetiva. Pablo Fidacaro (Comunicación personal, 2014)

Desde el psicoanálisis se supone un trabajo que plantee un pliegue por parte del analista a los ideales del Otro, dando lugar a que sea el sujeto psicótico quien marque el rumbo. Vegh (2007) plantea que el espacio terapéutico se sostendrá siempre que el analista acepte que el psicótico encuentre el objeto de goce más allá de su cuerpo, del cuerpo del analista. Es así, un vehículo que se activa transferencialmente para ese sujeto. Esta es, probablemente, la función del analista en su trabajo con la locura. Recorrer este camino será, reconocer que hay un sujeto que nos interesa, darle lugar, habitar un lugar desde el cual responda a la palabra del Otro. “El analista (...) acude a la cita para que el juego prosiga más allá del encuentro” Vegh (2007. pág. 48).

3-Palabras que interpelan. Articulando entrevistas e interrogantes

3.1-Perspectiva actual de la psiquiatría sobre la locura

El hospital psiquiátrico como estructura, cuya arquitectura y creación nos plantea un montón de interrogantes, también nos envía directamente a pensar la época clásica y

su mentalidad. Hablamos entonces del siglo XVII, momento histórico en el que en el ámbito de la locura, tuvo como protagonista al hospital general, también conocido como asilo. Los llamados locos, junto con vagabundos, mendigos y desempleados comparten el lugar físico llamado hospital general o casas de corrección. El hecho es que allí eran vistos, formando parte al mismo tiempo que dan cuenta de la visibilidad de la época. ¿Quiénes observan? ¿Con que objetivo? Podemos intentar esbozar una respuesta siguiendo a Foucault, si sostenemos que quienes estaban allí lo hacen porque de estar en otro lugar irrumpirían con el orden establecido y natural en el que el resto de la sociedad vive armónicamente. Deben ser apartados, reunidos en un lugar que los pueda albergar y a su vez mostrar, de esa forma la sociedad puede ver quienes están allí y porqué. Este autor plantea que se dispone una arquitectura que permite que el modo de vigilancia sea el de panóptico. Los locos y vagabundos saben que siempre estarán siendo vigilados, mirados. Es una forma constante de vigilar y controlar.

Las diversidad de miradas posadas sobre la locura de esta época y sus visibilidades, han cambiado a lo largo de los años, pero lo que sí sabemos es que a cada época corresponden visibilidades diferentes. Las distintas formas de abordar la locura están constituidas por las visibilidades de la época, al tiempo que conforman las mismas. Las diferentes miradas desde las que se contempla la locura ¿pueden estar hablando de la diversidad de lenguajes al abordar la locura?

Los diferentes lenguajes que existen y coexisten en el ámbito de la locura utilizan distintos postulados referentes y teóricos desde donde posicionarse y direccionar el acto. Sin ir más lejos, el ámbito hospitalario es unos ámbitos donde coexisten médicos, psiquiatras, psicoanalistas, psicólogos de diferentes orientaciones, asistentes sociales, en fin, un grupo humano enorme de diferencias y encuentros. ¿Dónde se diferencian y donde se encuentran los distintos abordajes? ¿Todos esperan lograr lo mismo del paciente? ¿Es parte de los objetivos comunes controlar en algún punto desde el poder Foucaultiano que les concede cada una de las especialidades? ¿Qué tienen para ofrecer al loco y su familia cuando enferman? ¿Ofrecen en pos de un objetivo común?

Quando el enfermo es remitido al médico o cuando lo aborda, no digan que espera de él pura y simplemente la curación. Coloca al médico ante la prueba de sacarlo de su condición de enfermo, lo que es totalmente diferente, pues esto puede implicar que él esté totalmente atado a la idea de conservarla. Viene a veces a demandarnos que lo autentifiquemos como enfermo; en muchos otros casos viene, de la manera más manifiesta, para demandarles que lo preserven en su enfermedad (Sauval, 1999, pág.8)

¿Quién tiene el poder de decidir entonces acerca de que es lo mejor para el loco?
¿Acaso se puede quitar la locura? La línea psicoanalítica que compartimos anteriormente en el presente trabajo dirá que no, que no se extirpa del sujeto, que lo conforma y está allí para hablar con y por él. El tema interesante y complejo, casi que inagotable, es cómo cada disciplina escucha la demanda de ese sujeto.

El psicoanalista Gonzalo Percovich (2015) sostiene que históricamente hubo un período en particular que la locura se aborda principalmente por el campo médico, quizá la antesala de lo que es hoy es la psiquiatría. Esa psiquiatría más formalizada, con un grado de ser clínicamente científica se une fuertemente a los hospitales generales de antes, pasando a ser los hospitales psiquiátricos, más actualmente en la historia. La locura queda concentrada en los hospitales psiquiátricos y la psiquiatría como disciplina muy ligada a ella. Gonzalo resalta la importancia de la función que cumple la locura en la sociedad y la riqueza de lo que podría aportar, aspecto perdido de cierto modo con el encierro de la locura en los hospicios.

Es a partir de la creación de los DSM que este psicoanalista ubica un desdibujamiento de la locura como término y como tal. Describe una conceptualización teórica de la psiquiatría francesa y alemana que es puesta en segundo plano con la aparición de estos manuales de psiquiatría actuales. Gonzalo (2015) sostiene que la psiquiatría francesa y alemana: "(...) aún estando en esa categoría de hablar de los locos como enfermos mentales, tenían una riqueza semiológica de experiencia clínica muy importante". A partir del DSM III ubica un barrimiento más fuerte de toda la psiquiatría más artesanal, pasando a primar hasta el día de hoy una psiquiatría con una impronta más mercantilista y clasificatoria.

Podemos decir que estamos viviendo en un tiempo en el que, si tomamos como referencia los actuales manuales DSM, no se habla ya de locura sino de trastornos mentales, los que si somos detallistas, todos tenemos en algún punto según dicha clasificación. Los sujetos no solo tienen un trastorno, muchas veces escuchamos que son el trastorno. Se han mercantilizado enormemente las relaciones con aquellos sujetos que padecen alguna enfermedad mental.

¿Es la psiquiatría el abordaje con más fuerza cuando se trata de la locura? En una de las entrevistas realizadas, el psicoanalista Enrique Rattin (Comunicación personal, 2014) invita a pensar acerca de las denominaciones y las predominancias:

A este lugar le llaman hospital psiquiátrico y está mal nombrado, porque decir hospital psiquiátrico es categorizar con uno de los abordajes terapéuticos posibles para el enfermo mental, es como que le llamara a este hospital "hospital de asistencia social u hospital psicoanalítico". Cuando el sujeto se enferma y se psicotiza hay varios abordajes: farmacológico, médico, psiquiátrico, terapéutico en lo que tiene que ver con la subjetividad y la palabra o sea psicoterapéutico, ya sea de índole guesáltico, sistémico o psicoanalítico; es decir, el sujeto tiene una enfermedad mental y se trabaja sobre eso desde cada lugar.

No podemos poner en duda que al asociarse la medicina con la ciencia ha surgido la psiquiatría como aislamiento de la locura. Por largos años la psiquiatría se ha adueñado de la locura y de un proceso de transformación de la misma que llevó a convertirla en la actualidad en trastornos mentales claramente abarcativos y compartibles por una gran cantidad de sujetos que condicen con ciertas características y, por tanto, se dicen poseer el mismo trastorno, ser iguales, bajo mismos padecimientos. Es parte de la visibilidades del momento actual en el que vivimos.

El punto es ¿qué pasa con el resto de los abordajes? ¿Hay lugar para el resto de los abordajes en el ámbito de la locura? ¿Qué pasa con los abordajes que implican una mirada del sujeto muy diferente a la de esta psiquiatría actual? En relación a esto el presente trabajo nos acerca al psicoanálisis más que al resto de las disciplinas, y con respecto a él podemos decir que es necesario que los analistas estén en condiciones de trabajar con otros, en este ámbito, sobre todo con otros psiquiatras. Gonzalo Percovich (Comunicación personal, 2015) introduce la idea que no es fácil la tarea del trabajo con otros desde percepciones distintas, sobre todo cuando se trata del par psiquiatría-psicoanálisis:

No podemos aislarnos, estar en una isla, es decir que si un analista tiene una inserción hospitalaria tiene que poder, ya no diría ni siquiera dialogar, tiene que poder estar con otros trabajando. Entonces eso creo que genera dificultades porque por lo menos como entiendo yo el psicoanálisis estaría en las antípodas de eso, estaría en el punto de tomar la particularidad de cada situación.

Retomando las interrogantes sobre el resto de los abordajes que existen además de la psiquiatría, sabemos que la psiquiatría no es la única disciplina encargada de brindar atención a los sujetos padecientes y que hay otros abordajes que ofrecen una atención y mirada diferente del sujeto. La mirada de la psiquiatría y su abordaje no es suficiente por sí solo, sobre todo la psiquiatría actual tiende a abordar a los sujetos como cuadros prescritos, partiendo de lo que se sabe que en ese sujeto se encontrará,

ignorando que quizá ese sujeto con su padecimiento tienen algo que mostrar y decir, algo que no está en los manuales y que es tan único e irreplicable como ese sujeto. De sobre manera en el ámbito hospitalario hace falta que se haga más fuerte la voz de aquellas disciplinas cuyo abordaje ofrece algo diferente a esos sujetos. ¿Es quizá el psicoanálisis quien ocupa esa opción diferente? ¿Cómo ubicar lo multidiscursivo en el ámbito hospitalario? ¿Existe el diálogo? Y de existir ¿De qué forma está dado?

3.2- Psicoanálisis y hospital psiquiátrico

“El psicoanálisis perdurará siempre y cuando se anime a avanzar más allá de lo establecido.”

Sulik, 2000, párrafo

El desarrollo de la práctica analítica en el hospital psiquiátrico es un hecho que despierta variedad de dudas y múltiples disparadores. No hay lugares preestablecidos para los analistas en cada hospital psiquiátrico. A pesar de ello podemos decir que se ha demostrado que es posible la propia práctica del psicoanálisis y por vías siempre contingentes y variadas.

El hospital psiquiátrico da cuenta desde el vamos, en su nombre, que la psiquiatría se hace presente allí, y sabemos que con fundamental fuerza. Ahora bien, también sabemos que no solo existe la psiquiatría en el ámbito del hospital psiquiátrico. Hay otras disciplinas que se hacen su lugar en el abordaje de la locura. Existen asistentes sociales, talleristas y psicólogos repartidos en diversos lugares dentro del hospital y con ellos se hacen presentes diversas prácticas terapéuticas. Aquellos quienes su respaldo teórico y su quehacer se respaldan en alguno de los psicoanálisis existentes son el foco de este trabajo. ¿Qué lugar existe para el psicoanálisis dentro del ámbito hospitalario? ¿Cómo trabaja con la psiquiatría? ¿Qué tipo de diálogos se generan?

Investigando hacia atrás en el tiempo, yendo a la época clásica y con ella al surgimiento del hospital psiquiátrico, no hay rastros del psicoanálisis en el seno del hospital en sus orígenes. Ni siquiera de la medicina, ya que simplemente los locos estaban en el hospital general para ser encerrados, no escuchados, no cuestionados, simplemente apartados. ¿Y hoy? Hoy sabemos que no es así, pero ¿de qué se trata

entonces? Los esbozos de respuesta dependerán de con que lentes estemos observando la situación actual. Lentes, abordajes. La psiquiatría es una disciplina medica que fundamentalmente tratará de eliminar aquellos síntomas que son padecidos por el sujeto y que conforman el tipo de elementos que resultaban molestos a la sociedad del siglo XVII.

Hoy se los aparta para tratar de eliminar o en su defecto tratar de reducir aquellos sentires que no son esperables y que impiden al sujeto desarrollar una vida con las características estipuladas de antemano por los tiempos y formas actuales de nuestra sociedad.

¿Por qué la pregunta por el psicoanálisis? Porque considero necesario la presencia de un abordaje que conceptualice la locura y el sujeto con su delirio y su sufrimiento como una sola pieza, que vea allí un sujeto con su historicidad, con su mensaje, con su deseo. Tratar aquello que produce malestar para el sujeto de forma que no aplastemos el sentido puesto en ello y demos paso a la palabra. Que haya algo más para ofrecerle a ese otro y a su familia, que no sea solamente un tratamiento farmacológico o una terapia de shock.

“El saber se construye en cada encuentro. La verdad y el saber están del lado del paciente, por eso mismo se lo invita a hablar” (Verneti, 2008)

El psicoanalista Pablo Fidacaro (Comunicación personal, 2014) quién trabaja entre otros lugares en sala del hospital psiquiátrico, introduce parte de lo que el psicoanálisis y con él el analista visualizan frente a la locura:

La suposición de un sujeto, me parece que eso es otra apuesta y otro punto de partida en el abordaje de la psicosis, suponer que ahí hay un sujeto... y que ese sujeto tiene algo para decir, y que ese sujeto tiene algo para decir del otro. Ahí hay también una apuesta teórica clínica y ética muy importante, no es menor suponer un sujeto y tiene consecuencias en la transferencia y en la posibilidad de trabajar.

¿Cómo se ubica el psicoanálisis en relación a estos tiempos modernos y en relación a la psiquiatría?

Como ya abordamos anteriormente, no podemos hablar de un único psicoanálisis, pero dentro de las diferencias podemos hacer algunas puntualizaciones. Siguiendo los aportes de Gonzalo Percovich (Comunicación personal, 2015) podemos pensar que hay psicoanalistas que están lejos de la postura psiquiátrica y de la psicofarmacología con lo que sus líneas de abordaje implican. Hay psicoanalistas que van de la mano

con los postulados que la grilla de los DMS ofrecen. Y hay quienes caminan acompañados de las teorizaciones de la psicopatología.

Veo eso más bien como un retroceso de las instituciones psicoanalíticas, en relación a estas especializaciones propuestas desde el mercado. Esa forma de dirigirse al público los ha llevado a querer competir mano a mano con los modelos que adopta la psiquiatría actual (...) Esa mercantilización de la oferta al público se ha llegado a sostener esta cosa de psicoanalistas especializados en anorexia, bulimia, toxicomanía y otros síntomas, algo así como una medicalización de la oferta del psicoanálisis (Pujó, 2004, no hay páginas)

Más allá de cuál sea la orientación que dentro del psicoanálisis se adopte, hay algo que considero fundamental y es la postura frente a la demanda de ese sujeto que nos encuentra para que lo ayudemos en su sufrimiento. Cualquiera sea el dispositivo Psi siempre se puede caer en el hecho de escuchar al sujeto padeciente desde el conocimiento que ya poseemos sobre el tema. Se escucha desde lo prescripto, lo establecido y esperable de la locura. Lo que seguramente conduzca a un error que implique un encierro de la locura, un encierro conceptual y humano que nos recuerde a los hospitales generales del siglo XVII. En definitiva se puede correr el riesgo de que por escuchar desde el saber, no se escuche nada de lo que ese sujeto tiene realmente para decir.

No perder de vista, que en el dispositivo analítico, hay un genio, es el inconsciente, y aunque parezca obvio no son los analistas los genios. Sino que el analizante es el que tiene vocación de genio, es el que podría llegar a alguna invención de esa imposible relación (...) (Belaga, 2002, pág. 2)

Mario Pujó (2001) aporta al respecto:

Y es también cierto que las paredes de un asilo pueden dar refugio a quienes su posición en el lenguaje no les ha provisto los muros de protección que garantiza el discurso, y abrirse de ese modo a la posibilidad de un encuentro analítico. (pág. 93)

El hospital continúa abordando a la locura desde el punto de vista médico psiquiátrico con mayor relevancia, apelando inmediatamente a eliminar aquellos síntomas incómodos y no esperables para el sujeto, donde la psiquiatría es la principal responsable de los cuadros a diagnosticar. Existe una fuerte responsabilidad analítica que consiste en poder traducir ante este tipo de diagnósticos y abordajes, la demanda

que trae consigo ese sujeto. Una demanda, un exceso, una desregulación que del modo que fuere, trata de decir algo.

Desde este posicionamiento del psicoanálisis para con el sujeto, resta entonces preguntarnos ¿Tiene un lugar dentro del hospital psiquiátrico? Para comenzar a dar luz sobre el tema diremos que sí, el psicoanálisis tiene un lugar. ¿Cuál? ¿De qué forma está dado? A partir de este tipo de interrogantes deberemos preguntarnos por su condición de posibilidad dentro de una institución donde lo médico y la psiquiatría tienen gran peso no solo institucional sino también social.

Desde el surgimiento de la psiquiatría, las ciencias duras y la clínica médica podemos decir que no ha sido fácil para el psicoanálisis adentrarse en algunos ámbitos. De hecho la práctica psicoanalítica no es simple en cualquier lado, mucho menos posible. Si nos enfocamos en el hospital psiquiátrico podemos decir que el psicoanálisis ha tenido más fuerza quizá en el pasado, pero los avatares actuales han hecho que algunas cosas se hayan modificado con el paso de los años y las décadas. Si el psicoanálisis ha perdido parte de su lugar el ámbito hospitalario, podemos relacionarlo con múltiples factores, pero no podemos dejar de visualizar el vínculo con las neurociencias y su avance frenético en los últimos años, avance que podríamos vincular directamente proporcional con el esfuerzo del psicoanálisis por la conquista nuevamente de aquellos lugares que habitaba con mayor soltura y menos asperezas.

La tendencia de la psiquiatría de alejarse del psicoanálisis a nivel mundial tiene como contrapartida el acercamiento y su apuesta a las neurociencias y la psicofarmacología. El psicoanalista en sala y con una gran trayectoria de trabajo en el hospital psiquiátrico, Enrique Rattin (Comunicación personal, 2014), sostiene que sin dar más revuelos este movimiento es inseparable de los grandes intereses de las grandes industrias farmacéuticas a nivel mundial. Dichos intereses económicos han sido grandes propulsores de que la psiquiatría se recueste sobre los tratamientos psicofarmacológicos, pero también debemos pensar ¿porqué ahora? Existen coyunturas económicas, políticas y sociales, que conforman y son conformadas por las visibilidades de nuestra época. Vivimos en una época donde las personas tienden a exigir respuestas inmediatas, no tolerar las angustias y las frustraciones, donde el efecto placebo inmediato está al alcance de muchos, quizá más a mano que el psicoanálisis y en la cual las soluciones deben ser de rápida visualización, efectos ya.

Enrique Rattin (Comunicación personal, 2014) sostiene que debido a los factores mencionados anteriormente, la terapéutica analítica quedo de lado al concluirse que no aportaba lo que se necesitaba para el tratamiento del enfermo mental, no

otorgaban soluciones inmediatas sino que por el contrario alargaba los plazos y presenta procesos más largos de lo que creen conveniente a la actualidad. Por lo tanto si una terapéutica es necesaria, esas serán las terapias llamadas cognitivas y focales, que en definitiva no dejan de ser un anexo de los tratamientos farmacológicos y que apuestan a su reforzamiento, pues trabajan en una línea y de un modo mediante el cual el tratamiento farmacológico sigue siendo el principal protagonista en la posible cura de ese sujeto. Estos procesos se han expandido socialmente, y el psicoanálisis disminuyendo cada vez más su lugar en el ámbito hospitalario.

De hecho con la aparición de los DSM la psiquiatría fue estudiando al enfermo cada vez más por una agrupación sintomática que constituye un síndrome, y se fue perdiendo el estudio por la psicopatología. Ahí leemos que al alejarse de la psicopatología se aleja del psicoanálisis. Hoy en día se está tratando de recuperar el espacio de la psicopatología. Enrique Rattin (Comunicación personal, 2014)

A pesar de este panorama, el psicoanálisis aún así encuentra su lugar. ¿De qué forma es que el psicoanálisis se hace presente en el hospital? ¿A través de qué o quiénes? No existe un lugar preestablecido para los psicoanalistas en el hospital. En nuestro país apenas recientemente existe un lugar físico destinado a la psicología dentro del hospital. Desde los psicoanalistas entrevistados hasta los varios textos consultados, existe una coincidencia bastante grande: los espacios existentes en el ámbito hospitalario habitados actualmente por el psicoanálisis son producto del constante, diario y trabajoso esfuerzo de intentar diálogos con el resto de los discursos presentes en el hospital. Sabiendo además que la resistencia de las demás disciplinas, así como la de la propia institución siempre están presentes. A pesar de esto, y por todo lo trabajado anteriormente no podemos negar que se hace necesario el discurso psicoanalítico en la práctica hospitalaria.

Enrique Rattin (Comunicación personal, 2014) en la entrevista ofrecida remarca que el psicoanálisis es posible. En su experiencia cotidiana, con una trayectoria de más de treinta años en trabajo con psicóticos dentro del hospital, sostiene que el psicoanálisis es posible. Él se ubica desde el lugar de analista y su opinión es consultada ante un ingreso en estado de agudeza y antes de prescribir algún tipo de tratamiento farmacológico.

Es decir, mi práctica es con el psicoanálisis en este hospital en el equipo técnico con el que trabajamos. Cuando entrevisto un paciente que ingresa a la sala con una lectura analítica eso va a la historia clínica, bajo mi escrito. Para el psicoanálisis, este sujeto es un psicótico por esto y por esto, o no es psicótico por esto otro, esto le está ocurriendo en su subjetividad. O sea, el lugar del psicoanálisis está, simplemente hay que tomarlo y trabajarlo con mucha constancia. Enrique Rattin (Comunicación personal, 2014)

Recalca y hace énfasis en que en tanto la intervención de uno como analista sea analítica el psicoanálisis estará allí presente. También pone gran importancia en el conocimiento psicopatológico que se debe tener en este tipo de abordajes y sobre todo en este campo de trabajo. Argumenta que la lucha por ganar el lugar que se merece el psicoanálisis debe ser con mucho conocimiento, para poder argumentar y hablar de igual a igual con el resto de las disciplinas, hay que saber de lo que se habla y porque se defiende. No deja de lado transmitir con énfasis lo ardua que es la tarea de ganarse el lugar cuando uno porta saberes y una escucha psicoanalítica. Trae al recuerdo ninguneos pasados y soportados, con el fin de defender el psicoanálisis como abordaje fundamental en la locura. “La pelea hay que darla desde adentro y hay que hacerlo bien” Enrique Rattin (Comunicación personal, 2014)

En este mismo punto coincide el psicoanalista Pablo Fidacaro (Comunicación personal, 2014) quién sostiene que el psicoanálisis posee su lugar “a partir de la insistencia y la práctica, el insistir día a día que uno como analista ejerce en sala”

Podríamos preguntarnos entonces, ¿el lugar del psicoanálisis dependerá solamente del desempeño individual de cada analista? ¿No hay nada que trascienda al individuo y respalde al psicoanálisis a nivel institucional?

(...) en Buenos Aires hay prácticas sistematizadas en todo el sistema asistencial hospitalario, desde la emergencia hasta el hospital de día. Acá eso no está instalado, pero es una posibilidad, lo nombro porque me parece que es importante, porque son lugares a ser creados. Pablo Fidacaro (Comunicación personal, 2014)

Sostiene que el interrogatorio inicial así como el tratamiento con los pacientes del hospital se realiza con el norte en la subjetividad del sujeto. Interpelar e interrogar aquello que el sujeto trae consigo. Tratar de entender algo de ese padecimiento que se encuentra adelante del analista, porque a locura, en ese momento, en ese sujeto, cuanto influye su historia y sus vivencias. Igualmente diferencia entre el abordaje como

analista en sala y el abordaje cuando el sujeto recién ingresa, casi siempre en estado agudo. Señala que al ingreso de un paciente, su rol como analista aporta casi siempre al diagnóstico desde el punto de vista psicopatológico. Definir estructuras y afinar contenidos diagnósticos que aportan al psiquiatra de turno. ¿No queda entonces el psicoanálisis como disciplina adyacente de la psiquiatría en este caso? En cambio la intervención en sala será analítica independientemente del diagnóstico que se le haya hecho al sujeto al ingresar. Es una intervención que abarca a la familia, al entorno del sujeto y trata de contextualizar ese entorno, más allá del sujeto en sí mismo.

Parte de las dificultades que ubica Fidacaro en relación al ejercicio del psicoanálisis dentro del hospital tiene que ver con la desinformación o falsas suposiciones de lo que el psicoanálisis es para el resto de las disciplinas que comparten el campo de trabajo. La más importante por su hegemonía dentro del hospital; la psiquiatría.

Yo creo que en gran medida la psiquiatría no está enterada de lo que es el psicoanálisis, o sí está enterada de lo que es un psicoanálisis, pero por el mismo término plural y singular que implica la semántica del término "psicoanálisis", puede deslizarse la ilusión de que un psicoanálisis es "EL" psicoanálisis y eso es una gran ficción. Pablo Fidacaro (Comunicación personal, 2014)

Destaca que es imprescindible informar a los compañeros de los equipos y quienes comparten la tarea cotidianamente, sobre el psicoanálisis. No de modo de ir con una verdad que deba imponerse, sino de fomentar un trabajo informativo, donde se pueda intercambiar la mirada que posee el psicoanálisis sobre la locura para un mayor entendimiento, respeto y comprensión. Corresponde a cierta posición ética que el equipo de psiquiatras, nurse, enfermeros, talleristas y asistentes sociales sepan desde donde uno trabaja para evitar malos entendidos y supuesto muchas veces falsos acerca del trabajo analítico.

Vinculado a este aspecto, encontramos que el psicoanálisis es muchas veces un enigma para quienes no lo han estudiado directamente, y tiene mucho que ver con que el ámbito del psicoanálisis ha quedado con los años reducido al ámbito privado. Actualmente podemos observar que el psicoanálisis ha comenzado a dialogar con otras disciplinas, pero lo hace de forma que queda como disciplina auxiliar de éstas. Dicha condición remite a cierta ignorancia del abordaje del psicoanálisis y a que no se comunica de forma clara el nudo central del psicoanálisis, dándose a conocer la mayoría de las veces por refutar posiciones de disciplinas como la psiquiatría por

ejemplo. ¿Hay voluntad de dar a conocer realmente cuales son los pilares del psicoanálisis cuando hablamos de locura? ¿Hay voluntad de escucharlo del otro lado?

Pablo Fidacaro (Comunicación personal, 2014) trae a colación que el lugar del psicoanálisis en el hospital como institución aún no está ganado. Sostiene que ha habido fuertes apuestas psicoanalíticas en el Uruguay y que para la larga trayectoria que tiene el psicoanálisis de más de cien años, el hospital como institución continua con sus parámetros médicos fuertemente enraizados. Se hace presente la necesidad de generar lazos que permitan en la práctica llevar más discursos analíticos al ámbito de público y así sacarlos del orden de lo privado. Un orden privado que apenas deja ver que los tratamientos analíticos son más largos, requieren más tiempo, pero que solo a veces permiten ver los resultados, no porque no los haya, sino porque son de un orden de lo íntimo. El desafío es ¿Cómo generar prácticas y discursos políticos que permitan el pasaje a un psicoanálisis más visible?

Además de los ámbitos donde podemos encontrar el psicoanálisis puesto en marcha, de la entrevista con Rattin (Comunicación personal, 2014) también se desprende un dispositivo que se encarga de realizar él mismo, hablamos de las llamadas presentaciones de enfermos, creadas por Lacan y puestas en marcha por él en Francia. Se trata de una instancia con un público interesado que concurre por su propio interés, con entrada gratuita, donde se presenta a un paciente, con su previo consentimiento. El analista ve por primera vez al sujeto en ese encuentro, y el público interesado puede observar cómo se da el vínculo de la primera entrevista y de que forma el analista va interrogando según lo que el psicoanálisis cree relevante y de carácter fundamental al momento de abordar un sujeto denominado “loco”.

Eso tiene un efecto sobre él. Con todos los pacientes de una presentación de enfermos sigo trabajando. Si la relación transferencial llega a un punto donde permite ver el enganche de su delirio con su historia, no me puedo borrar...es una cuestión ética. Por eso una presentación de enfermos no es un ateneo, y debe hacerse en una continuidad clínica, se busca un efecto en el sufrimiento del paciente, no es una mostración del paciente ni un despliegue narcisista de saber por parte del entrevistador. E. Rattin (Comunicación personal, 2014)

¿Podemos decir que este dispositivo y el abordaje en sala son los dispositivos en los que psicoanálisis se encuentra en el hospital en su carácter más puro, sin ser anexo de otras disciplinas?

Fidacaro (Comuniación personal, 2014) sostiene que el hospital es mucho más amplio y abarca mucho más que las salas donde están los pacientes con los que él como analista trabaja. Menciona lugares como la puerta de emergencia, zona de internación, de rehabilitación, así como una zona de policlínicas. No tiene la certeza de que allí haya analistas que lleven consigo la bandera del psicoanálisis, pero sí está seguro de su quehacer dentro de la sala. Así mismo indica que el hospital ofrece muchos más lugares para crecer y de los cuales apropiarse y habitar. ¿Podemos preguntarnos entonces, que pasa con esos otros lugares? ¿El psicoanálisis solamente llega a ellos a través de personas particulares que trabajen analíticamente? Una vez más la interrogante por una institucionalidad que respalde al psicoanálisis como disciplina.

¿A quién está dirigida la intervención analítica dentro del hospital? Es parte del trabajo con la locura y con el sujeto dentro del hospital trabajar con su entorno familiar o más cercano., que puedan venir otros cuando los hay a trabajar con el analista, también es parte del abordaje analítico en el hospital. Cuando el sujeto enferma, esos otros cercanos también son parte del grafo de la locura, ubicar y darle sentido al lugar de cada uno dentro de la trama vincular da cuenta, al mismo tiempo, del sentido de la locura para el sujeto, no se escapa al hecho de que el otro este enfermo. Es importante que los otros acudan, se interesen, no en calidad de obtener información sobre quién está internado, sino para poder hablar de aquello que los convoca, que los une. No es ejercicio fácil, ni el que pertenece a las visibilidades de nuestra época, pero es, sin dudas, parte del arduo trabajo al que se enfrenta el psicoanálisis día a día.

Consideraciones finales

Considerar algunos aspectos a modo de concluir un trabajo de investigación del cual se desprenden múltiples y variadas interrogantes no es una tarea sencilla. Aún así se hace necesario debido a que quedan muchísimas puertas abiertas y variantes a considerar que por el alcance de la presente monografía hubiera sido imposible que fuesen desarrollados. Es realmente una placer observar el largo e intenso recorrido, el que partió de ciertas cuestiones personales y que dejan abierto el pensar y repensar de aquí en adelante mediante este corto pero riquísimo proceso de aprendizaje.

Visualizar en primer lugar la importancia de las visibilidades de cada época, permiten poder entender donde está puesta la importancia de los acontecimientos. En el caso de la locura en la época clásica descrita de forma excepcional por Foucault, permite entender la antesala del hospital psiquiátrico, entender que el ámbito público está sometido a cambios constantes al igual que las visibilidades y puntos ciegos de cada época. Su importancia me hace cuestionar ¿tendremos tan claro cuales son las visibilidades de nuestra época? ¿Cómo se ubica el hospital psiquiátrico con respecto a las mismas?

Creo necesario poder cuestionarnos acerca de la idea de un hospital tan grande que centralice tantos servicios y a tantos sujetos al mismo tiempo. La locura centralizada en un solo lugar, un lugar de referencia, que aparta y aísla. ¿Será que aún en esta época es necesario? Si pensamos que la función ya no es más solamente de encierro como en sus orígenes ¿Por qué no intentar descentralizar? Intercalar, que la locura sea parte de los entornos cotidianos, del barrio, de las diferentes zonas de la ciudad. Al fin y al cabo tenemos más que ver con ella que lo que realmente pensamos, somos

productores y producidos por los factores enloquecedores de esta sociedad y estos tiempos modernos.

Cuando estamos frente al hospital psiquiátrico sabemos que deberíamos estar frente a un hospital de agudos. O al menos eso debería acercarse lo más posible a la realidad. El recorrido de esta investigación sobre el tema nos ha puesto frente a una realidad un tanto diferente. Encontramos que la menor parte de la población hospitalaria está allí de paso y su ingreso ha sido motivado por un desencadenamiento agudo de su locura. La mayoría de los habitantes del hospital presentan problemáticas con características que difieren un poco del leit motiv del hospital y del porqué de su existencia. Problemas de alcoholismo, drogadicción, sujetos en situación de calle. Muchas veces se convierten en sujetos permanentes dentro del hospital. Más de la mitad de los sujetos que encontramos en el hospital están ligados a él de forma judicial, lo que implica un largo tiempo allí dentro, así como el encierro asegurado.

Siendo que las intervenciones están pensadas de forma puntual y temporal para abordar aquellos casos de sujetos que su ingreso se debe a un episodio agudo, encontramos que son los menos de los casos. La gran mayoría: sujetos que posiblemente pasen un buen tiempo allí dentro, quizás meses, quizás años, en un ambiente ficticio, que no permite el desarrollo de la vida con sus avatares e implicaciones.

El psicoanálisis, mejor dicho, el psicoanalista ¿cómo aborda dichos casos? ¿El psicoanálisis tiene algo para ofrecer a estos casos dentro del marco del hospital? O tal vez debemos preguntarnos ¿es viable intervenir cuando el sujeto vive en un ambiente que no es real? El ámbito hospitalario no permite al sujeto vivir una realidad con todo lo que conlleva, genera un sujeto viviendo en un modo y un ambiente ficticio. ¿Qué pasa entonces con la tarea del analista cuando muchos de los sujetos se encuentran en el hospital de este modo?

Una vez inmersos en el ámbito hospitalario es prácticamente inevitable intentar preguntarnos por los egresos y los procesos que llevan a ello. ¿Qué pasa cuando los sujetos egresan del hospital? El seguimiento no es parte de las tareas que convocan al hospital una vez que el sujeto egresa. Entonces es momento de considerar qué redes reales existen para sostener a ese sujeto en su posibilidad de tratamiento. ¿Qué fuerza real posee el psicoanálisis cuando se trata de brindar un seguimiento constante a estos sujetos? ¿Cuántos de los lugares que funcionan como centros diurnos trabajan desde el psicoanálisis o con psicoanalistas que acompañen dichos procesos? ¿El

psicoanálisis de consultorio es accesible para estos sujetos? Son interrogantes que se despiertan a raíz de esta búsqueda. Ni que hablar de las familias, cuando las hay. ¿Se trabaja con ellas? ¿Desde donde brindarles apoyo para que sean la primera red de sostén para el sujeto en su recuperación? Infinidad de aspectos se despliegan de estas interrogantes, más preguntas que respuestas, pero de ello se trata explorar nuevos ámbitos.

A lo largo del proceso hay cosas que nos quedan marcadas más que otras. De este proceso personal creo muy necesario insistir en la visibilidad del loco como un sujeto que siente y sufre, capaz de amar y establecer lazos que muchas veces hay que ayudar a recomponer o rearmar. Considero que nuestra mirada y escucha como profesionales de la salud no debería ser desde un lugar que apela acallar síntomas, sufrimientos que nos hablan del sujeto y sus atravesamientos. El sujeto que enloquece porta un saber sobre sí mismo y sobre sus posibilidades de mejoría o no, que no podemos dejar de escuchar. Debería de ser nuestro principal insumo para el trabajo con la locura y sus avatares. De lo contrario el sujeto queda aplastado bajo un diagnóstico del cual tiene que ser "curado", bajo un fármaco que debe "eliminar" su sufrimiento y bajo una escucha psi que dice más que lo que debería escuchar. Reafirmar que el sujeto y su sufrimiento traen consigo el mayor saber sobre esa historia de vida, es un gran punto de partida que cualquier psicoanalista debería tener en cuenta.

El tratamiento psicofarmacológico aporta sus elementos facilitadores al trabajo del analista, así como un carácter de cierto alivio para el sujeto que sufre. Es importante considerar a estos tratamientos como necesarios pero ya no como protagonistas de los ámbitos hospitalarios. Funcionar como una de las tantas piezas del puzzle sería, quizás, lo esperado para que cada disciplina pueda desplegar sus dotes sin verse afectada por las otras y sin quedar subsumida ante el resto. El caso más mencionado en esta producción ha sido el del psicoanálisis subsumido ante la psiquiatría y la farmacología como una de sus mayores herramientas. Continuaremos, entonces, preguntando y repreguntándonos de forma crítica y constructiva acerca del lugar del psicoanálisis frente al resto de las disciplinas con las que debe trabajar en el ámbito hospitalario.

En estos tiempos que corren, se hace necesario que el psicoanálisis pueda dar el paso de salir y traspasar el ámbito privado con el cual se identifica con mayor fuerza. Nos encontramos con la necesidad de que trascienda las individualidades, que exista más allá del acto puntual del analista donde quiera que esté inmerso su ámbito de trabajo.

En el ámbito hospitalario ¿el psicoanálisis se hace presente solamente cuando un analista aborda un tratamiento desde él? ¿Qué pasaría con el psicoanálisis si los psicólogos del hospital no lo utilizaran como su marco de referencia? ¿El psicoanálisis tiene un lugar más allá de las individualidades de quienes trabajan desde allí? Muchas interrogantes que abren a investigaciones y trabajos seguramente mucho más extensos que el presente, con otros objetivos y profundización. De todas formas considero que tal vez sea necesario continuar trabajando para poder construir visibilidades en este tiempo actual que permitan hacer referencia al psicoanálisis como disciplina con una fuerza irrefutable, al mismo tiempo que con una posibilidad de intercambio y trabajo con otros marcos teóricos sumamente rica.

Referencias Bibliográficas

Báez, J. (2010). *El dispositivo analítico para el caso de la psicosis*. Revista CES Psicología.

Recuperado de: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1157/689>

Belaga, Guillermo (2002) *El psicoanálisis aplicado a instituciones asistenciales*. Jornadas Escuela de la Orientación Lacaniana.

Recuperado de http://www.eol.org.ar/jornadas/jornadas_eol/011/textos/belaga.doc

Berdullas, Pilar; Malamud, Marta; Ortiz Zavalla, Graciela (2010) *Psicosis y significación en Freud*. Anuario de investigaciones. Secretaría de investigaciones UBA. Facultad de Psicología. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v17/v17a45.pdf>

Fink, Bruce (1997). *Introducción clínica al psicoanálisis Lacaniano*. Barcelona: Editorial Gedisa.

Foucault, Michel. (año) *Historia de la locura en la época clásica*. Recuperado de: <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/677.pdf>

Freud, Sigmund (2011) *Obras completas: El yo y el ello y otras obras (1923-1925)*. Buenos Aires. Editorial Amorrortu

Gilles, Deleuze (2013) *El saber. Curso sobre Foucault*. Buenos Aires. Editorial Cactus

Maleval, Jean-Claude (2002). *La forclusión del Nombre del Padre. El concepto y su clínica*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Mendilaharsu, C. y Acevedo de Mendilaharsu, S. (1987). *Reflexiones sobre el psicoanálisis de la psicosis*. Revista uruguaya de psicoanálisis, (66) Recuperado de <http://www.apuruguay.org/apurevista/1980/1688724719876602.pdf>

Millas, Daniel (2002) *Psicoanálisis aplicado en las instituciones asistenciales*. Jornadas Escuela de la Orientación Lacaniana.

Recuperado de http://www.eol.org.ar/jornadas/jornadas_eol/011/textos/millas.doc

Pietra y Sauval (2004) *Reportaje a Mario Pujó*. Revista Acheronta. Recuperado de: <http://www.acheronta.org/pdf/acheronta19.pdf>

Pujó, Mario (2001) *Malestar en la Institución*. Revista Malestar y subjetividad. Vol. 1, núm. 1. Universidad de Fortaleza. Brasil. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/271/27110105.pdf>

Sauval, Michel (1999) *Psicoanálisis y práctica Hospitalaria*. Clase dictada en seminario "El psicoanalista y la práctica hospitalaria". Recuperado de: <http://www.sauval.com/pdf/Psicoanalisis%20y%20practica%20hospitalaria.pdf>

Slucki, Daniel (2000) *Hospital un desafío para el psicoanálisis*. Artículo Revista Topía. Recuperado de <http://www.topia.com.ar/articulos/hospital-un-desaf%C3%ADo-para-el-psicoan%C3%A1lisis>

Vegh, Isidoro (2007) *Una cita con la psicosis*. 2a ed. Rosario: Homo Sapiens Ediciones.

Vernetti, Rocío Luz (2008) *El Hospital; un lugar para la clínica psicoanalítica*. Recuperado de <http://psicologiaunrclinicaunoa.blogspot.com/2008/10/roco-luz-vernetti.html>

Vetere, Ernesto (2008). *La posición del analista en la transferencia psicótica. Algunas referencias conceptuales en la obra de Lacan*. Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.aacademica.com/000-032/624.pdf>

Anexos

Entrevista a Enrique Rattin

12 de Diciembre del 2014

Entrevistadora:

*¿Cual es para ti el lugar del psicoanálisis en el Hospital?

Respuesta:

¿En este hospital?

Entrevistadora: Sí

Respuesta:

Lo primero que tendría que decirte es que el psicoanálisis en los hospitales viene siendo problemático desde hace muchísimos años. El psicoanálisis fue perdiendo lugar en los hospicios, donde están quienes enferman y padecen una patología mental grave, una psicosis por ejemplo. Por algo muy sencillo, fue por el avance en las ciencias neurobiológicas y una tendencia en la psiquiatría mundial a alejarse del psicoanálisis y acercarse a la psicofarmacología. Por intereses de las grandes industrias farmacéuticas empezaron a ligar más el tratamiento de las patologías mentales graves, a las terapias cognitivo-comportamentales. No existe demostración científica alguna que demuestre que son mejores esas terapias que el psicoanálisis. Muchos estudios son estadísticos y no científicos. Digo patologías mentales graves, no patologías psiquiátricas, la psiquiatría comete un error voluntario al apropiarse de la enfermedad mental y eso es grave. A este lugar le llaman hospital psiquiátrico y está mal nombrado, porque decir hospital psiquiátrico es categorizar con uno de los

abordajes terapéuticos posibles para el enfermo mental, es como que le llamara a este hospital "hospital de asistencia social u hospital psicoanalítico". Cuando el sujeto se enferma y se psicotiza hay varios abordajes: farmacológico, médico, psiquiátrico, terapéutico en lo que tiene que ver con la subjetividad y la palabra o sea psicoterapéutico, ya sea de índole gestáltico, sistémico o psicoanalítico; es decir, el sujeto tiene una enfermedad mental y se trabaja sobre eso desde cada lugar.

Retomo a la pregunta, debido a lo anterior de la industria farmacéutica es que se concluyó por razones económicas, de que la terapéutica analítica no aportaba al enfermo mental, ya que estiraba los tiempos, y si era necesario adjuntar una terapéutica a los psicofármacos deberían de ser las terapias cognitivas, que en realidad no eran más que un reforzamiento de la adhesión al tratamiento psicofarmacológico (aclaro que la terapéutica cognitiva es más que eso que le pidió cierta psiquiatría), por lo tanto fue perdiendo su lugar y eso se expandió socialmente. De hecho con la aparición de los DSM la psiquiatría fue estudiando al enfermo cada vez más por una agrupación sintomática que constituye un síndrome, y se fue perdiendo el estudio por la psicopatología. Ahí leemos que al alejarse de la psicopatología se aleja del psicoanálisis. Hoy en día se está tratando de recuperar el espacio de la psicopatología. Hemos algunos fieles militantes todavía. Me tocó empezar a militar en los años ochenta, dentro de los llamados hospitales psiquiátricos, y nunca abandoné la tarea hasta ahora. He peleado siempre por eso, desde adentro, trabajando desde hace treinta y cinco años con psicóticos en vivo y escribiendo sobre la psicosis. Eso es lo que permite insistir en que el psicoanálisis en el hospital es posible. Trabajo en un par de salas, una de hombres y otra de mujeres. Todas las mañanas, cuando llega a sala un paciente de la emergencia con una descompensación, depresiva, alucinatoria y o delirante, se plantea una estrategia psicoterapéutica y/o farmacológica teniendo en cuenta nuestra opinión desde el punto de vista psicoanalítico. Es decir, mi práctica es con el psicoanálisis en este hospital en el equipo técnico con el que trabajamos. Cuando entrevisto un paciente que ingresa a la sala con una lectura analítica eso va a la historia clínica, bajo mi escrito. Para el psicoanálisis, este sujeto es un psicótico por esto y por esto, o no es psicótico por esto otro, esto le está ocurriendo en su subjetividad. O sea, el lugar del psicoanálisis está, simplemente hay que tomarlo y trabajarlo con mucha constancia. Es verdad que hay que tener mucha formación clínica en la patología mental, mucha, el problema que tenemos en Uruguay es que hay mucha gente hablando de psicosis y no tiene experiencia clínica con el psicótico, hablan de psicosis desde la teoría del psicoanálisis

sin la experiencia clínica de la trinchera con el paciente, y créelo es muy diferente a la teoría. La pelea hay que darla desde adentro y hay que hacerlo bien.

Tú me hiciste una pregunta personal, te digo que tengo mi lugar y que el psicoanálisis tiene su lugar en la medida en que uno lo puede imponer en el buen sentido de la palabra. Es decir, ante una presentación del paciente alguien dice bueno esto es una esquizofrenia, y desde nuestra teoría, desde la clínica psicoanalítica, puedo decir no es una esquizofrenia. O sea que lugar hay, en la medida en que uno tenga una buena formación, y pueda discutir con nivel respecto a la clínica. El psicoanálisis tiene su lugar, no sólo a nivel del diagnóstico sino durante el tiempo de la internación. Sin hacer psicoterapia breve, ni psicoanálisis breve, intervenir desde una posición analítica; ¿Qué quiere decir eso? Interrogar al sujeto más allá de su desencadenamiento, ir al hueso de su subjetividad, tratando de encontrar que ese fenómeno alucinatorio y/o delirante que padece, no es por una concatenación equívoca de los sistemas neuronales, sino que tiene que ver con su historia, se trata de encontrar ese punto.

Preguntas:

*¿Cómo se interviene desde el psicoanálisis en el hospital?

*¿A quiénes abarca dicha intervención, es decir a quienes está dirigida?

Respuesta:

Bueno te cuento el trabajo psicoanalítico que hago en este hospital y que he hecho en hospitales que me ha tocado trabajar, donde he aprendido, tanto en París como en Argentina antes de me instalarme acá.

Una cosa es la intervención clínica cuando el paciente llega a sala y se interviene clínicamente en el sentido de afinar el diagnóstico desde el punto de vista psicopatológico desde el psicoanálisis. Los psiquiatras lo hacen desde la psiquiatría, algunos muy pobres porque se basan en los DSM, otros se basan en una psiquiatría un poco más dinámica, depende del psiquiatra y establece un diagnóstico de la patología del sujeto. Hago más bien un diagnóstico de estructura, de si es un sujeto psicótico o no. La intervención ya ahí es una.

Otra es la intervención clínica a partir de que si detecto que se trata, por ejemplo, de un sujeto de veinte años con un desencadenamiento delirante o alucinatorio que está enmarcado dentro de una psicosis mi intervención clínica va a ser acorde a su estructura. Si en realidad es un episodio alucinatorio o delirante desencadenado, dentro de una falla fantasmática en un neurótico o en una estructura narcisista, intervengo de otra manera. Clínicamente tienes que adecuarte en función a lo

estructural de la patología que sufre. Y es muy interesante porque eso queda en la historia clínica, entonces ello permite, en ese muchacho, poner indicaciones en la historia de que no estamos de acuerdo con ese diagnóstico de esquizofrenia por ejemplo, impidiendo que ese diagnóstico pueda quedar allí para el resto de su vida.

La intervención es una intervención que tiene que ver con el sujeto y también con la familia, es decir, cuando se trabaja con el paciente hay un contacto permanente con el familiar. Al intervenir, ya sea con el padre, la madre o el hermano, con el que venga, tiene una incidencia sobre el sujeto, tanto a nivel diagnóstico como al nivel del tratamiento. No es lo mismo trabajar con un sujeto con un desencadenamiento delirante en una esquizofrenia que en una paranoia o en una melancolía, clínicamente se trabaja diferente, ya que se planifica para un proceso transferencial diferente. Recordemos que el psicótico se transfiere, hay que estar atento. Luego cuando el sujeto tiene su alta hospitalaria, pasa a ser atendido en las policlínicas de salud mental que existen en el país. Como psicoanalista, me encargo de hacer un informe de la estructura del sujeto, de su subjetividad, para que aquel que vaya a darle el abordaje psicoterapéutico pueda leer también en ese informe nuestra intervención, conjuntamente con la intervención clínica farmacológica del psiquiatra.

Particularmente por mi condición de experiencia en el psicoanálisis, muchas veces, de distintas salas que no son la nuestra, cuando hay una dificultad diagnóstica nuestra opinión psicoanalítica es buscada. A veces coincidimos a veces no, acá hay mucho respeto, no quiero generalizar, puede ser que alguien quiera practicar con el psicoanálisis y no sea muy respetado, pero lo que me rodea en este entorno es muy bueno. Es por la constancia, el trabajo de tantos años nunca cediendo. Y mirá que siendo muy joven las pasé.... me tocaron peleas muy duras, para hacer valer nuestros derechos.

Toda disciplina que se ponga a trabajar en un ámbito, y se lo haga seria y respetuosamente a la larga te lo aseguro que obtiene su lugar. Eso sí, desde una posición clínica firme y sabiendo, perdón que insista en esto, pero creo que si uno tiene buena clínica es muy difícil que te digan lo tuyo no sirve, a lo sumo te pueden decir, lo tuyo es diferente, coincido o no coincido, pero el ninguneo no, nunca lo permití, aunque siempre aparece algún personaje que lo intenta.

De Abril a Diciembre, los cuartos sábados de cada mes a las diez de la mañana, hago una presentación de enfermos, abierta al público en general. No es una demostración del paciente, sino una intervención en un sujeto de difícil diagnóstico, en estado de

agudeza. Me entero de su caso ahí mismo y lo interrogo en su subjetividad, no pregunto para mostrar “vieron acá está la psicosis”, no tiene que ver con eso, es un: “cómo estás? cuál es tu nombre? por qué estás acá?”. Así empieza un trabajo analítico que lo va llevando a lo que le pasa y tratando de llegar al hueso de su delirio. A través de mi intervención clínica analítica, puede encontrar la trama de su delirio en su historia y lo encuentra en ese acto. Eso tiene un efecto sobre él. Con todos los pacientes de una presentación de enfermos sigo trabajando. Si la relación transferencial llega a un punto donde permite ver el enganche de su delirio con su historia, no me puedo borrar...es una cuestión ética. Por eso una presentación de enfermos no es un ateneo, y debe hacerse en una continuidad clínica, se busca un efecto en el sufrimiento del paciente, no es una demostración del paciente ni un despliegue narcisista de saber por parte del entrevistador. Se trata de paciente, psicoanalista y público. El paciente que está psicotizado, con un desencadenamiento alucinatorio y/o delirante, tiene un problema con la terceridad, quedando atrapado en una relación dual, especular y patológica entre él y su enfermedad. El público entonces hace de función tercero, y esa es una forma en que el sujeto empieza a salir de ese encapsulamiento especular, por eso, insisto, el público tiene su función.

Entrevista a Pablo Fidacaro

12 de Diciembre del 2014

Preguntas:

- *¿Cual es para ti el lugar del psicoanálisis en el Hospital Vilardebó?
- *¿Cómo se interviene desde el psicoanálisis en el hospital?
- *¿A quienes abarca dicha intervención, es decir a quienes está dirigida?

Respuesta:

Bueno es una pregunta bastante amplia. Supone en primer lugar una afirmación: el psicoanálisis tiene un lugar en el hospital. Tu pregunta no es ¿tiene un lugar psicoanálisis en el hospital? (Risas) Bueno sí, lo tiene. Lo tiene a partir de la insistencia y la práctica, el insistir día a día de aquellos que operamos como analistas. El hospital en realidad es mucho más amplio que la sala, tiene una zona de internación, una de policlínicas, una de rehabilitación, una de emergencias. Múltiples entradas,

múltiples puertas que en cada una de ellas el psicoanálisis podría tener un lugar. Me voy a referir a lo que me ocupa en la sala de internación, dejo claro que hay otros lugares posibles para el psicoanálisis. No opera aquí, como en otros hospitales de la región donde ya desde la emergencia el psicoanálisis tiene un lugar, en Buenos Aires hay prácticas sistematizadas en todo el sistema asistencial hospitalario, desde la emergencia hasta el hospital de día. Acá eso no está instalado, pero es una posibilidad, lo nombro porque me parece que es importante, porque son lugares a ser creados. De hecho la psicología hasta hace un tiempo atrás no tenía un lugar en la emergencia y ahora aunque de modo precario lo tiene. El hospital no disponía de un espacio para alojar al Departamento de Psicología, y ahora lo tiene. En el hospital hay lugares a conquistar, a crear, a inventar. Hay que trabajar para que el hospital pueda ser un campo clínico fértil de intervención analítica, pero claro hay que ir y trabajar mucho, a partir de una fuerte argumentación racional, es la vía por la cual podemos tener efectos en los otros, una buena argumentación es muy importante más allá de los efectos clínicos que pueda tener nuestra intervención, y que también se tornan una prueba en ese proceso de validación que increíblemente nuestras prácticas tiene de un u otro modo que soportar, puesto que están ubicadas en una zona instituyente y de interpelación permanente.

En la sala, el psicoanálisis tiene un lugar, si y sólo si uno lo pone a trabajar; no es un discurso que esté instalado, que esté instituido.. El reconocimiento y el lugar que tiene el psicoanálisis por parte del discurso hegemónico, el de la psiquiatría, la medicina general, la psicología y la psicofarmacología se comporta en modo heterogéneo. Yo creo que en gran medida la psiquiatría no está enterada de lo que es el psicoanálisis, o sí está enterada de lo que es un psicoanálisis, pero por el mismo término plural y singular que implica la semántica del término “psicoanálisis”, puede deslizarse la ilusión de que un psicoanálisis es “EL” psicoanálisis y eso es una gran ficción. En el estado actual del arte, sabemos que la multiplicación de lecturas y prácticas analíticas, hacen que el psicoanálisis como un cuerpo teórico sea un imposible. Voy a ir articulando las preguntas tuyas.

Me parece que una de las poblaciones objetivo para trabajar con el psicoanálisis son los mismos técnicos del hospital. Entiendo que uno como analista tiene una gran tarea

por delante en el trabajo con los psiquiatras, con los enfermeros, con los nurse, con los asistentes sociales. No desde una posición docta donde uno va a decir cómo son las cosas y qué es el psicoanálisis, algo que en sí sería un gesto anti analítico. No obstante, en la práctica cotidiana se producen múltiples entrecruzamientos disciplinares, intersticios y síntomas en la atención clínica, que se vuelven momentos fecundos para la introducción e intervención del discurso analítico. En ese sentido me parece que el psicoanálisis puede ser transmitido al equipo en el acto analítico. En lo que a mi práctica respecta, me ocupo en múltiples situaciones de que el equipo conozca la intervención realizada, teniendo la precaución y el resguardo de la protección y secreto profesional –claro está. Verifico con frecuencia, que el equipo se interesa y pone en diálogo las disciplinas con el psicoanálisis, cuando el psicoanálisis se interesa por los otros discursos, sus puntos de fractura, sus imposibles. Es de lo imposible de los otros discursos que el psicoanálisis opera, pero para ello el analista se debe interesar por esos obstáculos, puesto que de eso algo se lee. Me parece que hay un gran desafío por delante. Hablo de algo que empieza porque es como que empieza todos los días. Todos los días hay que partir de que los otros técnicos con los que uno trabaja no comparten el objeto de trabajo de uno y los malos entendidos son uno de los grandes desafíos que tenemos en la práctica. Así que me parece que si tuviese que buscar una primera población para trabajar y que me parece muy importante, más allá que después diré que lo más importante acá es el paciente, pero lo que pasa es que los otros trabajan con el paciente, entonces es fundamental atender y trabajar con los equipos, que creo que uno en la medida en que se va situando en el trabajo y en una sala, va perfilando una perspectiva de abordaje, eso cae y tiene incidencia en el otro. Yo creo que ahí tenemos nosotros una gran dificultad a su vez por cómo trabajar con los otros, es un desafío y un obstáculo que tenemos, muchas veces desde la soberbia, de que nosotros sí sabemos realmente lo que es un sujeto, sabemos realmente porqué se instala una psicosis, nosotros sabemos efectivamente que lugar hay para el lenguaje en la psicosis...pero no solo una posición de soberbia, muchas veces la propia dificultad de articular con otros discursos.

El psicoanálisis ha tenido un gran problema en el intercambio disciplinar, una suerte de asilamiento respecto a la ciencia, como una isla que no se podía poner a dialogar con otras disciplinas, la llamada relación de extraterritorialidad del psicoanálisis respecto a la ciencia. O lo que ha sucedido como una inversión de tal fenómeno, el psicoanálisis sí se pudo poner a dialogar con otras disciplinas, como la psiquiatría, pero a condición de quedar subsumida a esa, de ser absorbida por esa, convirtiéndose en una disciplina auxiliar. Esto ha operado y opera hasta la actualidad, en ciertas tendencias y

movimientos psicoanalíticos que han ido en contra de los principales postulados del psicoanálisis, acomodándose o adaptándose en una plataforma epistemológica perteneciente a supuestos de ciencia positivista, empirista, sustancialista, biologicista, etc. Y bien.... ¿Cómo poner a dialogar al psicoanálisis con otras disciplinas sin perder sus enunciados fundamentales? Esa es la pregunta que me hago todos los días, puesto que de no hacerla, la maquinaria discursiva del hospital seguramente afectaría tremendamente mi práctica hospitalaria. Ahí me parece que está uno de los desafíos para el analista, poner a dialogar al psicoanálisis con otras disciplinas, me parece que no hay que tener miedo a eso, es algo de lo que no podemos recular, es necesario ponerse a trabajar con otros y poner a dialogar el psicoanálisis con otros discursos, y en un hospital esto es a mi modo de ver el asunto, excluyente. Ahí está la complejidad de esta práctica, podríamos suponer por ejemplo que la esquizofrenia es un objeto pre lingüístico, que es parte de la naturaleza y que nosotros lo vamos a leer de alguna u otra forma...pero el gran problema es que las afecciones con las que trabajamos nosotros son en gran medida consecuencia de nuestras teorías. (...) Es todo un desafío de trabajo para con el paciente, como abordamos una situación en la que desde un discurso se plantea: "señora... su hijo es un esquizofrénico"...y desde otro lugar desde el cual no se trata de anular lo que dice el otro pero que tampoco nos vamos a quedar absorbidos por ideas clínicas y diagnósticas que no compartimos. Y ese es un problema que se da intra hospital. (...) Muchas veces la psiquiatría y la psicofarmacología a nosotros nos permite, trabajar mejor y más, en otras nos lleva a no poder trabajar directamente, eso hay que evaluarlo. Acá en la sala los pacientes son responsabilidad de un equipo y el equipo se tiene que hacer cargo. Entonces ahí está interesante porque la propia situación clínica te obliga a ponerte a dialogar con otros, ahí hay un trabajo que hacer.

Tu segunda pregunta era cómo se interviene y con quienes...en resumidas cuentas el lugar del psicoanálisis en el hospital, yo diría que no es un lugar que este ganado, es un lugar que es paradójico, el psicoanálisis tiene más de cien años, han habido fuertes apuestas psicoanalíticas en el Uruguay y el hospital está como si no hubiese pasado nada. Ahí hay un trabajo político para hacer, que tiene que ver con la propia práctica, pero que tiene que ver a su vez con otros niveles de intervención que son necesarios desarrollar en el hospital. Es una forma de llevar al registro de lo público, una práctica que se desarrolla en la dimensión del secreto. La práctica analítica se desarrolla prácticamente en forma privada, digo prácticamente porque tenemos la posibilidad de hacer algún tipo de intervención cuando el paciente lo requiere, la intervención con

otros y que otros puedan estar, es el caso de lo que J.Lacan denominó “presentación de enfermos”. Pero en líneas generales es altamente hermética la práctica analítica y eso yo creo que tiene un efecto negativo a lo que hace al trabajo con otros y al anudamiento del discurso analítico con otros discursos. Porque para los otros esta práctica se vuelve una práctica enigmática que finalmente despejan como imaginariamente pueden(...) es una caja negra de la cual a veces se ven resultados, a veces no, a veces se fantasean cosas muy locas, sobre que uno descompensó al paciente, le dijo cosas que le hizo mal, lo angustió, que lo hizo llorar...son cosas obvias para alguien que está de este lado de la escena analítica, pero que del otro lado se lo puede ver como de un cierto orden de alteración, y en ese sentido también es muy importante trabajar con los otros, explicarle al otro que quizá tenga que angustiarse, quizá tenga que llorar, que quizá sí tenga que hablar de un abuso sexual, que quizá sí tenga que desplegar una trama delirante, que tal vez sea necesario la construcción delirante. Pero hay que dar cuenta de eso también, muchas veces ahí es donde nosotros los analistas fracasamos, el traducir eso, a otros que trabajan con nosotros y que en realidad tienen una formación casi nula de lo que es la psicología y mucho menos de lo que es el psicoanálisis. De hecho, esta distinción es desconocida para buena parte de los profesionales psi. Partimos de estos niveles de mal entendido, y esto entiendo que es necesario ponerlo a trabajar en la práctica.

Al hospital idealmente llegan pacientes que están descompensados, se trata idealmente de un hospital de agudos. Digo idealmente, porque la realidad luego impone ciertas contingencias, como ser que la mitad de los pacientes son pacientes judiciales, es decir que el cincuenta por ciento está articulado de una u otra forma con el sistema judicial...muchísimas situaciones de consumo terminan en el hospital como burbuja de desintoxicación, muchos pacientes que están en situación de calle saben que decir y terminan en el hospital como refugio...muchos pacientes viven en el hospital hace mucho tiempo, hace años, porque no hay lugar para ellos, no hay lugar afuera para ellos, no hay forma de hacerlos egresar, el hospital queda maniatado y no los puede egresar y se quedan a vivir, el hospital entonces adopta también una función asilar. Uno ahí empieza a hacer un proceso de depuración y se encuentra con que de cada diez, tres o cuatro están en una situación pertinente como para estar acá, la otra gran parte de los pacientes podrían estar en una institución que no sea un hospital de agudos. Elegí trabajar en un hospital de agudos, me interesa el estado del sujeto en ese momento de la subjetivación o la propia desubjetivación, porque si bien al hospital se lo lee en un sentido patológico, es claro que, al menos desde el discurso analítico,

el ingreso del paciente muchas veces es un efecto sujeto, y poco tiene de enfermedad. Esa elección me lleva a interesarme ampliamente por las situaciones de agudeza, allí donde el espesor subjetivo de la situación clínica implica la presencia del analista, en una oportunidad que escasas veces podemos tener en nuestra clínica particular. En ese sentido, la instancia del hospital nos acerca a zócalos increíbles de la subjetividad...

Vamos a ocuparnos de esos pacientes que son los que, en lo personal, me convocan, no es que no me ocupe del resto, pero son los que me convocan y me desafían en la práctica analítica, por eso elegí este lugar para el ejercicio clínico. Es claro que para el discurso analítico, no todos los pacientes son tratables, y es necesario incluso en este campo de intervención, producir ese recorte. En lo que el hospital denomina “agudos” se articulan grosso modo dos grandes ejes, por un lado las descompensaciones más típica de las psicosis en un sentido amplísimo, la segunda tiene que ver con los cuadros del orden del humor, así es como la psiquiatría escinde y ordena a su modo las principales categorías del sufrimiento. Entonces ahí habrían dos grandes campos de intervención, con cualquiera de esas dos situaciones el psicoanálisis tiene que hacer y tiene mucho que hacer.

Concebimos que cuando paciente llega al hospital, sea en situación de descompensación delirante, sea en situación de profunda tristeza o melancolización o excitación maníaca; sea en el acting suicida o en el pasaje al acto (brevísima síntesis de los motivos de internación), se ha producido una ruptura en la articulación del sujeto al Otro. El sujeto experimenta y padece en múltiples formas, los quiebres del lenguaje, los agujeros de la palabra, los silencios del otro, la imposición de los signos, la deformación de la escritura y el neologismo, lo abismal de las voces, por citar algunas de las posibles figuras de la descompensación subjetiva que pone en riesgo la vida biológica –algo que interesa a un hospital- denunciando a un mismo tiempo el riesgo de muerte subjetiva. Me interesa como analista la segunda, sin renegar claro está de la primera.

Situados en un terreno eminentemente médico, aunque el sufrimiento psíquico no puede doctrinalmente obedecer a tal orden epistémico, en el funcionamiento normal del hospital, la práctica protocolizada estándar, supone en primer lugar la intervención psicofarmacológica. Si para la psiquiatría, el supuesto biologicista ordena en buena medida el paquete de las intervenciones ante tales expresiones del sufrimiento

psíquico, para el psicoanálisis la clave de lo simbólico reordena la práctica analítica al articular el sujeto al lenguaje. Para algunos la intervención del psicoanálisis en un hospital o fuera de éste incluso, es secundaria o accesorio respecto a una intervención princeps, aquella que sostiene que en la materia o la sustancia radica lo crucial de la enfermedad mental. Elegimos la intervención desde el psicoanálisis, y esto conlleva a llevar a cabo una práctica de lo simbólico. En este sentido, conceptualizamos la internación como aquel dispositivo que aloja a un sujeto ante una crisis subjetiva, más allá de las formas clínicas que ésta pueda tomar (episodios psicóticos, intentos de suicidio, episodios de violencia, etc.). En la ruptura del lazo del sujeto con el Otro, en la ruptura de ese transitar por el mundo simbólico del sujeto, el analista puede intervenir en maniobras clínicas que apunten a una restitución, construcción o remedio simbólico.

La posibilidad de trabajo en lo específico de una sala tiene que ver en primera instancia con dar lugar a la posibilidad de una transferencia, creo que es el primer gran reto que tiene el analista con la psicosis en el hospital: poder dar lugar a una transferencia aprovechable para la estabilización del sujeto. Los efectos de la psicosis en un contexto de desestabilización, los cuales pueden ser ordenados conceptualmente en torno a la tensión especular y la agresividad, los fenómenos del doble, la productividad delirante o alucinatoria, hacen que el comienzo de la intervención conlleva al encuentro con lo insoportable y cruel de la psicosis. En sí se trata de algo inherente a la estructuración subjetiva en general, pero que en la psicosis encuentra quizás sus notas más altas. Soportar esos efectos imaginarios, no en el sentido masoquista del término claro está, para finalmente hacer soporte transferencial, he ahí la maniobra clínica para el analista. Esto implica entre otras cosas, y como bien indicó J. Lacan: no retroceder ante la psicosis. El estribillo lacaniano no ha perdido su potencia de enseñanza, y permite leer lo que sucede a diario con la subjetividad: no se quiere saber. Lacan desarrolla una idea interesante, que la toma prestada de un autor anterior: la función secretario. Me parece una buena idea clínica, provechosa en cuanto nos permite situarnos ante el decir psicótico, otorgando un crédito a su palabra, en una clara inversión de valores respecto a lo que tradicionalmente se concibió del loco. Esta posición es la que facilita o hace operativa la transferencia en la psicosis, algo impensable desde un registro freudiano. ¿Hay transferencia en la psicosis? Esa es la cuestión. Es claramente afirmativa la respuesta. Y en el contexto de un hospital, la posibilidad de articular el sufrimiento psíquico a una transferencia y un tratamiento por la palabra, hace posible entre otras cosas, romper con la universalización, la

codificación y el anonimato del dolor. En este sentido, el analista también oferta la posibilidad de poner en juego su nombre como sostén de un tratamiento, clave que no es menor en el contexto de un sistema que muchas veces nombra a los pacientes por el número de cama, el número de cédula, el código CIE10, etc. Y esta muchas veces es tarea también para el analista, acercarle a aquellos que quedan tomados por la maquinaria DSM o CIE10, que a pesar de las nomenclaturas con las cuales caracterizar a un paciente, podemos leer el sufrimiento o la locura del sujeto articulado al amor, la sexualidad, la muerte, la procreación, el dolor, etc.

La posición transferencial que adopta el analista ante una situación clínica en la psicosis no es cualquiera. Es ésta posición la que hará posible un trabajo diferente al que proponen las otras disciplinas de una sala. ¿Por qué? Porque el supuesto inicial es radicalmente opuesto. El psicoanálisis desde Freud, sabiéndolo o no, se aparta de la noción de déficit. Y es algo medular en el abordaje de un sujeto psicótico, reconocer que ese sujeto en su decir delirante, no obra por el resorte de una falla o déficit que lo conduce a una aberración o error perceptivo. ¿Consideramos una alucinación como una falla de los sentidos y la percepción...o sostendremos que tal fenómeno elemental estará articulado a las cadenas lenguajeras y a la historia de ese sujeto? Esa es la cuestión, y uno elige posiciones nuevamente. En este sentido, al sujeto psicótico, le reconozco su obrar delirante, quiero aprender de él. Me interesa el sujeto, pero no para corregirlo en su formación subjetiva. En este sentido es bien interesante la noción de función secretario del alienado que propone J. Lacan, advirtiendo una inversión respecto al cuadro clínico clásico, en el que el paciente debe adaptarse a los ideales de cura del que sabe.

Llegado ese momento lo importante es poder establecer una transferencia, una posibilidad de transferencia, eso es una posibilidad cierta de la clínica de la psicosis, la posibilidad está intacta a partir de cada paciente (...) la posibilidad hay que darla siempre, es una disposición ética, no se puede a priori decir que no. Eso implica vencer la resistencia, nuestra resistencia, nuestro miedo, la psicosis da miedo muchas veces, vencer las propias resistencias respecto a nuestros cuerpos teóricos. La suposición de un sujeto, me parece que eso es otra apuesta y otro punto de partida en el abordaje de la psicosis, suponer que ahí hay un sujeto... y que ese sujeto tiene algo para decir, y que ese sujeto tiene algo para decir del otro. Ahí hay también una

apuesta teórica clínica y ética muy importante, no es menor suponer un sujeto y tiene consecuencias en la transferencia y en la posibilidad de trabajar. Suponer de que en su afección delirante hay algo que vale, que su discurso delirante no es un error, su convicción tiene algo de cierto, que nos interesa valorar su locura, eso es una apuesta que tenemos, una jugada transferencial muy importante con la psicosis. Pensemos que la psicosis desde muchas disciplinas y el delirio en especial, se lo ve como algo enfermo, como una malformación del psiquismo que hay que cortar, que hay que amputar, se está muy lejos de suponer que en el delirio se juega algo de una verdad. Quizá por nuestra propia formación eso sea impensable, pero tenemos que saber y pensar, y vuelvo al punto de dialogar con el otro de que para el otro quizás el delirio está en las antípodas del lugar que tiene para nosotros. Haciendo avanzar tu pregunta: ¿qué lugar tiene el delirio en el hospital? ¿qué lugar le puede dar el psicoanálisis al delirio en el hospital?. A mí me parece que esa es una apuesta no menor, y que tiene consecuencias en el sujeto, verificamos a diario cómo a partir de que el sujeto capta de que uno se interesa en su delirio y no lo ve de costado, ello reviste una serie de consecuencias y efectos en la dinámica del tratamiento.

El hospital al abordar situaciones de agudeza no se ocupa ni es el objetivo terapéutico lograr la estabilización de ese sujeto, lo que busca desde un punto de vista médico es la regulación o compensación de la sintomatología que lo trajo al hospital respecto a un ideal de cura que se adecua a ciertas coordenadas de la moral, la razón y el capitalismo. De ese horizonte terapéutico a las coordenadas de cura en psicoanálisis, imposible de ser abordado aquí, reconocemos al menos una distancia. En este sentido, y hace a otra función del analista en una internación, tiene que ver con cómo nosotros vamos a poder traducir o no esa demanda o ese sufrimiento que lo trajo al paciente, esa desregulación, ese exceso, sea por la vía que sea (...) cómo eso lo podemos traducir en una cierta demanda del tratamiento al alta. Ahí hay otro gran obstáculo y desafío para nosotros, la posibilidad de que la intervención pueda devenir en una demanda de tratamiento requiere de que haya alguien afuera que pueda alojar esa demanda. Muchas veces eso se hace dificultoso, el hospital emite un egreso de tipo administrativo, pero de ahí a hacer una derivación propicia para que el sujeto pueda quedar vinculado a otros dispositivos, hay todo un trabajo para hacer que yo me lo vengo cuestionando mucho...las redes asistenciales desde un punto de vista psicoanalítico son escasas. Y allí tenemos otro aspecto que hace a la política y la incidencia del psicoanálisis en la comunidad, para el cual entiendo necesario una

mayor participación de los analistas en el ámbito de las policlínicas, centros especializados, etc.

En el contexto de la internación, nuestro objetivo no apunta a la estabilización del sujeto, verifico a diario que los sujetos podrán irse compensados desde el punto de vista sintomatológico o psicopatológico. Pero lejos, muy lejos, de encontrar un armado o un anudamiento de la estructura en el contexto del hospital. Eso iría contra la propia lógica de la cura o la re habilitación en psicoanálisis, el cual no es sin lazo social. La intervención en la internación está limitada. Aquí no se fabrican suplencias, acá no se construye un sinthome que haga posible un anudamiento de los registros de la estructura, acá no se hacen ese tipo de intervenciones que son las esperables para la psicosis y que puedan permitirle al sujeto una estabilidad a largo plazo. Trabajamos en lo agudo del sufrimiento. La intervención analítica comienza en la sala, pero ha de continuar afuera. Lo que sí trabajamos acá es la posibilidad de que el sujeto, cuando se trata de la psicosis, pueda posicionarse desde otro lugar respecto a su delirio, sus pasiones, el lenguaje y la palabra

La familia del paciente internado – ¡cuando la hay! es otra de las caras de la intervención analítica. Desde una concepción analítica del sujeto de la psicosis, entiendo pertinente la inclusión de aquellos otros familiares o del entorno, en la estrategia de abordaje. El sujeto desborda los límites del cuerpo, extendiéndose a modo ilustrativo en un grafo de articulaciones imaginarias y simbólicas, siendo determinado en buena medida por el gran Otro. El sujeto trasciende el borde impuesto por la corporalidad biológica, y en esa perspectiva que exige una topología de relaciones, la inclusión en la intervención de todas aquellas letritas que un tal Lacan se abocó a formalizar en los esquemas I, R, L, Z, se tornan al menos, una brújula orientadora en la dirección del abordaje. En lo específico de tal tratamiento, el lugar de la familia es de por sí fundamental, puesto que el paciente en la gran mayoría de los casos, es la que debiera administrar los usos farmacológicos y los controles regulares exigidos para evitar nuevas descompensaciones. Cuando hablo de trabajar con la familia o pequeños otros del entorno, no me estoy refiriendo a esta línea de abordaje preventiva o de control, sino a destacar un plano del abordaje que implica intervenir con la familia como una parte del paciente. En una perspectiva topológica, el paciente no “es”. La topología ataca fuertemente la idea de una ontología, y en esa dirección, no hay un paciente. Si en psicoanálisis hablamos de sujeto, éste no coincide con un cuerpo ni hace a una ontología del ser. En este sentido, el sujeto con el que

trabajamos está entre ese paciente que quedó internado, y una familia o grupo social que lo va a venir a ver. Ellos pides un informe, quieren saber una evolución, dejando afuera una implicancia en eso que le sucede al paciente. La intervención justamente tiene que ver con atacar esa locura de la ignorancia o la ingenuidad, de la que la familia no quiere saber, negándose a participar en la causa del problema. El hospital no puede obligar a una familia, el asumir determinada implicación en la problemática del paciente, pero bien puede ofertar instancias para que eso sea posible, o sea, invitarlos a la psicosis. Muchas veces el hospital se enfrenta a la pobreza subjetiva, la frágil malla social del sujeto, el fracaso absoluto de sus lazos sociales, nos encontramos ante la soledad de la psicosis, una paradójal desolación en el que muchas veces el sujeto es hablado o mirado por una multitud. Pero bueno cuando hay otros, yo al menos me ocupo de convocarlos, no para informarles del estado del paciente(...) sino para interrogarlos e invitarlos a la psicosis, ellos también son la psicosis, no quedan afuera, alguna parte tienen en el discurso de la psicosis, alguna parte les corresponde en el grafo del sujeto. Es necesario que el psicoanálisis pueda darle un lugar a esos otros en el abordaje de la psicosis, no para informarles cómo evoluciona el paciente en una típica hora de visita al hospital, ni para decirle cómo tienen que tratar a un enfermo al cual hay que adaptar y adaptarse. No digo que esto no haya que hacerlo, y de hecho hay otras disciplinas que se ocupan de hacerlo mediante lo que denominan la "psicoeducación". En lo que hace al psicoanálisis, contamos con conceptos de una enorme potencia para ordenar otro tipo de intervención que apunte a interrogarlos respecto a su lugar en esa problemática.

Por razones de tiempo no podré desarrollar otro de los campos fuertes de intervención en el hospital: el humor. Campo donde la intervención analítica es muy fecunda, donde tiene una potencia tal que ningún fármaco alcanza, no es por poner a competir al psicoanálisis con el fármaco. El fármaco muchas veces hace posible nuestro trabajo, muchas veces empantana y muchas veces enferman, según como se los use, remedio o enfermedad. En esta lógica del remedio o la enfermedad también pueden participar la psicología o el psicoanálisis...atención! En el campo del humor hay también un amplio abanico de posibilidades de intervenciones, las depresiones por excelencia, ahí hay un campo interesantísimo para que el psicoanálisis tenga un lugar en el hospital. Y ello a razón de que el hospital podrá ofrecerle moléculas fantásticas a un paciente para atacar los diversos componentes de los cuadros depresivos, pero jamás podrá abordar los obstáculos al deseo. En ese sentido la intervención clásica atenua o hasta hace desaparecer los síntomas de la depresión, llegando hoy a hablarse de una psico

– cosmética. Pero el problema empieza, decía Freud, cuando la psiquiatría agota su práctica. El paciente ya no tiene ideas suicidas, el paciente se levanta de la cama, el paciente ya puede ir a trabajar..¿nos conformamos con eso? Desde un punto de vista de la ética en psicoanálisis, definitivamente negativa la respuesta. ¿Porqué? Porque esa práctica que tantos beneficios puede aportar a paciente, desconoce de plano la dimensión del deseo. El conflicto psíquico, que es otra manera de plantear este tópico del deseo, es interesante como en la historia de las ideas psicopatológicas, y en buena medida por influencia de los artefactos DSM y el sector industrial farmacológico, ha ido progresivamente desapareciendo. Un complejo proceso de sustitución hizo emerger una nueva figura que hace sinergia con el poder farmacológico: el déficit. Y está más que instalado en la época, que se a razón y por obra de las moléculas, que el sujeto deprime. Bien, nuestra intervención no puede ser otra que devolverle al sujeto, lo que se le ha quitado en esta evolución de lo mental y en esta revolución industrial: el conflicto, el deseo, el afecto. Me estoy refiriendo al campo de las depresiones en el eje de las neurosis, porque fue allí donde justamente la depresión tenía un componente llamado exógeno. Ese aspecto que daba lugar al psicoanálisis, fue paulatinamente envuelto por la potencia de la endogenicidad. Y si el mal estar psíquico se torna de causas endógenas, el psicoanálisis no tiene más que subrogarse al discurso de la época, y hacer una práctica adaptativa. En lo que a mi práctica refiere, y que con el acontecer clínico verifico, la posibilidad de reubicar al sujeto en relación a sus conflictos, mediante maniobras que lleven a que el sujeto pueda escuchar y leer lo que es hablado en él, es una magnífica experiencia de abordaje del mal estar contemporáneo llamado depresión. Este tema es muy basto, y daría para toda otra instancia, pero al menos dejemos sentado este otro gran campo de afección y de intervención desde el psicoanálisis, de relevancia desde el punto de vista ético, pero que no deja de tener efectos de tipo terapéutico, algo que interesa al hospital.

Entrevista a Gonzalo Percovich
9 de Enero del 2015

Entrevistadora: ¿Cual sería o cual es la forma de abordaje actualmente de la locura?
Es una pregunta muy amplia

Gonzalo: Claro, es muy amplia, es enorme

Entrevistadora: A grandes rasgos pensando un poco esto de si dialoga o no el psicoanálisis con otros abordajes.

Gonzalo: Si es una pregunta enorme, de todos modos me agrada que lo digas en términos de locura y no de enfermedad mental, es decir, me parece que plantearlo en términos de locura, por más de que por un lado es muy amplio por otro lado problematiza mucho más profundamente que restringirlo a la categoría de enfermedad mental. Me parece que eso sería un punto que yo destacaría como básico. Quizás porque ahora estoy leyendo hace ya un buen tiempo a Foucault y me parece que hace una distinción bien importante en relación a eso, es decir que, esa transformación que hubo entre locura y enfermedad mental o ese pasaje, podríamos decir histórico, entre convertir la locura en enfermedad mental me parece que tubo consecuencias enormes. Es decir que tuvo consecuencias enormes en lo que tiene que ver con el abordaje, con el andamiaje estructural que se monto en relación a lo que se entendió en determinado momento como enfermedad mental. Me parece que eso es una buena manera de ubicarlo en relación a qué hace el psicoanálisis en relación a eso. Hay un texto muy lindo que me gusta mucho de Foucault que se llama "La locura la ausencia de obra" y justamente el dice en un momento que es muy difícil definir que es la locura, casi te diría que Foucault lo dice en términos de que en la locura hay una cierta desesperación que es absolutamente inasible. Y que los que estamos en estos temas nos las tenemos que ver con eso. Históricamente lo que llamamos locura fue en un cierto período histórico tomado sobre todo por el campo médico, como parte de las enfermedades del alma, y a partir de esa conceptualización de enfermedades del alma podríamos decir que existe la psiquiatría, por lo menos la psiquiatría llamada "científica" o más formalizada, no es porque no existiera antes. Junto al surgimiento de la psiquiatría el surgimiento de los hospitales psiquiátricos que antes no existían. Podría decir que en un cierto sentido tuvo sus beneficios y en otros obturó una cierta riqueza que podía aportar la llamada locura en el entorno social.

Si me remito al presente, me parece que Foucault dio muy en el punto, porque el asunto de la locura se ha ido desdibujando, a partir sobre todo de la creación del DSMIII casi empezó a barrer con toda una construcción teórica que hizo la psiquiatría, la llamada psiquiatría clásica francesa y alemana, que aún estando en esa categoría de hablar de los locos como enfermos mentales, tenían una riqueza semiológica de experiencia clínica muy importante. A partir del DSM, del DSM III mayormente, se borra, casi diría que vertiginosamente se va borrando toda esa labor medico artesanal de toda esa psiquiatría. Y me parece que estamos en un tiempo que ya no se habla

más de locura, por un lado me parece que ha pasado eso de que no se habla más de locura sino de trastornos mentales, que es una categorización entiendo muy light, y por otro lado se ha socializado ese modo de entender los trastornos mentales, es como que todos tenemos trastornos mentales, y en esa socialización de esa manera de entender los “males del alma”, se ha mercantilizado enormemente el trato a lo que hoy podríamos llamar ya no locura, ya no enfermedad mental, sino trastornos mentales. Me parece que eso fue un cambio muy grande y que lo estamos viviendo hoy por hoy, ahora, ¿el psicoanálisis como se ubica en relación a eso? No podemos aislarnos, estar en una isla, es decir que si un analista tiene una inserción hospitalaria tiene que poder, ya no diría ni siquiera dialogar, tiene que poder estar con otros trabajando. Entonces eso creo que genera dificultades porque por lo menos como entiendo yo el psicoanálisis estaría en las antípodas de eso, estaría en el punto de tomar la particularidad de cada situación. Ni siquiera ya digo del caso, el psicoanálisis apuntaría a tomar lo particular de una cierta situación dada en su más pura singularidad. No en un intento de ubicarlo en un orden o de ubicarlo en una categoría que supuestamente permita englobarlo en algo que le pasa a muchos, me parece que el psicoanálisis estaría en las antípodas de eso.

Por otro lado, si, hay cosas que no van entre la psiquiatría y el psicoanálisis. Es decir que me parece que una cosa es intentar hacer un encuentro (...) sobre todo cuando hay una inserción institucional muy fuerte. De todos modos por la vía de los hechos muchos de los psicoanalistas no tenemos que ver con los psiquiatras y los psiquiatras no quieren saber de nosotros, es decir que cuando no hay una obligación institucional de compartir cierto campo de trabajo, bueno, cada uno va por la senda que va. Aún cuando el psicoanálisis, quizás el psicoanálisis más clásico, ha hecho cierta unión entre psicoanálisis y psiquiatría, es decir que hubo y hay un psicoanálisis que da mucho énfasis a los cuadros psicopatológicos. Yo no me ubicaría dentro de ese sector, pero existe, entonces me parece que el acercamiento entre psiquiatría y psicoanálisis es mayor.

Entrevistadora: Entonces un poco con lo que tu planteas me queda la idea de que el abordaje sería dividido, escindido, por un lado el psicoanálisis y por otro la psiquiatría.

Gonzalo: Es decir son abordajes distintos, de eso no hay duda. Tampoco me parece que sea excluyente de los psicoanalistas o los psiquiatras, hay gente que trabaja con otras posiciones y otras posturas, me parece que tienen una riqueza del abordaje incluso cierto trato a la locura en ciertas situaciones particulares, que no

necesariamente pasa por pensar al psicoanálisis en el sentido del consultorio sino que hay instituciones que trabajan con los llamados locos de una manera bien interesante, pero justamente me parece que es interesante en la medida de que se tome la situación en la más pura singularidad, no en el registro de hacer de una institución algo ordenador y categorizador, eso me parece que en un principio puede parecer algo que alivia pero finalmente es de muy corto alcance en mi opinión. Y me parece que el abordaje también es algo amplio porque el abordaje de la locura habrá que verlo situación a situación, de acuerdo a cada contexto en el que esté inmerso cierto sujeto, me parece que ahí no hay un a priori, habría que verlo en cada situación.

Entrevistadora: La siguiente pregunta se toca en algún punto con lo anterior, ¿Cómo se relaciona el psicoanálisis con el discurso psiquiátrico actual?

Gonzalo: Bueno un poco lo dije...me parece que también es difícil hablar de "el" psicoanálisis porque el psicoanálisis también está subdividido, hay grupos, escuelas, hay posiciones en relación al psicoanálisis, es decir que en realidad son los psicoanálisis de acuerdo a cada posicionamiento, a que énfasis doctrinales, a que énfasis se hace ¿no? Es difícil hablar de "el" psicoanálisis, pero si por ejemplo esto que yo te decía; hay distintas posiciones dentro del psicoanálisis que se pueden acercar más a la psiquiatría y otras que no. Por ejemplo en la IPA hay psicoanalistas que están lejos de una posición de acercarse a la psiquiatría pero hay psicoanalistas que están en esto que yo decía de hacer énfasis en la cuestión psicopatológica y hay otros psicoanalistas que están en la búsqueda de las neurociencias (...) y eso va también con la grilla del DSM, es decir que es complejo, no es sencillo dar una respuesta acabada. Si me preguntas la mía personal me parece que en eso sí yo me adheriría a lo que dice Foucault de que de alguna manera se ha armado un campo Psi que en realidad me parece que muchas veces en vez de dejar hablar a la locura y ver que se puede hacer con eso, la ha aprisionado mucho. Hay un enorme dispositivo Psi que de alguna manera me da la impresión de que ya se sabe todo de antemano, cuando alguien viene sufriendo y tiene un sufrimiento ya se escucha desde lo que se sabe desde los dispositivos Psi, sea psiquiátrico, psicológico también. Me parece que en eso la psicología y la psiquiatría se juntan para hacer un saber con pretensión objetivante. Entonces al estar en una posición de saber, de conocimiento, que saben de la locura, muchas veces se corre el riesgo de no escuchar nada...tiene tal angustia, está deprimido, entonces hay que darle este medicamento hay que hacerle esto...es decir está perfectamente aceitado una maquinaria, diría eso. En relación a mi posición

diría que llegaría por un psicoanálisis que no partiera de ese saber Psi, me parece que no podemos desprendernos totalmente de ese saber Psi pero nunca ponerlo como un a priori para escuchar a alguien, para escuchar el sufrimiento de alguien, y eso me parece que marca una diferencia. A veces curiosamente, increíblemente no tiene que ver tanto con la formación académica o con el conocimiento que se tenga, venga de la psiquiatría o venga del psicoanálisis, sino que tiene que ver con alguien que tenga la sensibilidad suficiente como para escuchar esa situación clínica de una manera más próxima, sin poner a prioris. Y a veces uno se sorprende porque a veces un psiquiatra puede tener una oreja mucho mayor que un psicólogo, que un psicoanalista, o sea que uno se lleva a veces buenas sorpresas. Está bueno no ser maniqueo tampoco, los buenos y los malos, sino que depende, “los pingos se juegan en la cancha” se dice, donde hay una situación clínica compleja hay que ver como se procede con eso, y ahí me parece que se marcan las diferencias. Puede tener una escucha mucho mayor un psicólogo joven que tiene sensibilidad para escuchar ciertas cosas que capaz que un psicólogo muy experimentado o un psiquiatra o un psicoanalista, puede escuchar otras cosas. Ahí hay una apuesta.