

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

De la exclusión al educado y trabajador.

Labadet, Sofía Solange.

Cita:

Labadet, Sofía Solange (2021). *De la exclusión al educado y trabajador. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/504>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/hYK>

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

DE LA EXCLUSIÓN AL EDUCADO Y TRABAJADOR

Labadet, Sofía Solange

Hospital General de Agudos "Dr. Parmenio T. Piñero". Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En nuestro breve recorrido por la práctica hospitalaria, a menudo atendemos pacientes que vienen a pedirnos algo, algún saber en relación a su padecimiento. En el siguiente escrito me interesa transmitir una experiencia de trabajo en el dispositivo de sala de internación, con "J", quien en un principio no solo no pedía nada, sino que no deseaba estar internado, cursando una internación de carácter involuntario, con acompañamiento de consigna policial para garantizar su permanencia. Es esta coyuntura la que me interpeló respecto de la función del dispositivo de internación para "J" y el aporte posible a realizar allí en tanto psicóloga orientada desde el psicoanálisis, con sus alcances, limitaciones y necesarios diálogos con otros discursos.

Palabras clave

Psicoanálisis - Hospital - Internación

ABSTRACT

FROM THE EXCLUSION TO THE EDUCATED AND WORKER

In our brief rout through the hospitalary practice, we often listen to patients that come to us with a demand or request of an answer about their suffering. In this paper I would like to transmit an experience of work in an internment device in a public hospital with "J", who not only did not ask for anything in the beginning but also did not wanted to be hospitalized, going through an involuntary internment, with police asisstment to guarantee his permanence. This dramatic joint questioned me about the function of the internment device por "J" and my possible contribution there as a psychologist oriented from psicoanálisis, with its possibilities, limits and necessary dialogs with other speeches.

Keywords

Psychoanalysis - Hospital - Internment

En nuestro breve recorrido por la práctica hospitalaria, a menudo atendemos pacientes que vienen a pedirnos algo, algún saber en relación a su padecimiento. En el siguiente escrito me interesa transmitir una experiencia de trabajo en el dispositivo de sala de internación, con J, quien en un principio no solo no pedía nada, sino que no deseaba estar internado, cursando una internación de carácter involuntario, con acompañamiento de consigna policial para garantizar su permanencia. Es esta coyuntura la que me interpeló respecto de la función del dispositivo de internación para J. y el aporte posible a realizar allí

en tanto psicóloga orientada desde el psicoanálisis, con sus alcances, limitaciones y necesarios diálogos con otros discursos.

J., de 28 años, ingresa al servicio de salud mental por presentar un episodio de excitación psicomotriz en la vía pública, presentando una herida cortante en la cabeza luego de un enfrentamiento con vecinos. Se trataría de su 12vo ingreso a la guardia del hospital, y su 7ma internación por salud mental en el servicio. A esto se le sumaban dos internaciones en comunidades terapéuticas, una internación en un hospital monovalente y diversos ingresos por guardia en diferentes hospitales de CABA. Este recorrido errático por múltiples guardias e instituciones habría comenzado hace aproximadamente diez años, unos años después de iniciado su consumo problemático de sustancias.

La presentación de J. no parecía muy distinta de ingresos previos: se encontraba inquieto, irritable, suspicaz, agresivo verbal y físicamente, manifestaba de manera constante querer retirarse del servicio y no tener ningún motivo para permanecer en el mismo. Su discurso se presentaba desorganizado e incoherente, era preciso mantener distancia con él debido a lo impredecible de su conducta al ser entrevistado (por este motivo, de manera frecuente debía recurrirse por guardia a medicación intramuscular con asistencia de consigna policial y/o gendarmería para su aplicación debido a la inquietud motriz y agresividad de J.

De a ratos desplegaba ideación delirante de tinte paranoide poco sistematizada hacia su madre y un hermano, así como hacia personal policial y de gendarmería, "el juez" ("culpable de que él se encontrara internado"), equipo de guardia y equipo tratante. No era posible conversar con él durante más de algunos minutos, rápidamente todos - con nuestra mirada y/o voz - parecíamos tornarnos perseguidores e intrusivos para J. En algunas ocasiones se dirigía a la guardia pidiendo "hablar con la madre", luego de esto ella se acercaba al servicio a visitarlo. En estas ocasiones J. interactuaba unos instantes con ella y luego se inquietaba motrizmente, agrediendo verbalmente y echándola del servicio a los gritos.

Todos sus ingresos habían durado breves períodos de tiempo, culminando en fugas o abandono de la medicación. J. portaba el diagnóstico de "trastorno por consumo de sustancias" para el servicio, siendo por ello la estrategia a instaurar - poco problematizada - la administración de medicación psicofarmacológica hasta poder constatar en su historia clínica el cese del riesgo para sí y terceros y posterior retiro de consigna policial. En este punto J se iba y así se veía ratificado su argumento al ingresar: no había motivos para ofrecerle algún tratamiento distinto.

Sobre quién era J, de qué padecía y cómo podríamos ayudarlo, poco y nada sabíamos. Tampoco él.

Iniciando el recorrido por el dispositivo de sala y al tanto de esta coyuntura y sus antecedentes es que me pregunto ¿cómo intentar introducir alguna diferencia en este recorrido que parece repetirse en la vida de J? ¿cómo trabajar con un Sujeto más allá de esta presentación “explosiva” de J y siempre en la urgencia? ¿de qué herramientas servirme para esto? ¿qué tratamiento ofrecerle y cómo?

A continuación presentaré tiempos lógicos del tratamiento de J, realizando un recorte que permita la transmisión del armado de la lógica del caso y la dirección de la cura, atendiendo a la transferencia, intervenciones y efectos de las mismas.

Primer momento: Los datos verdaderos

Me acerco a conversar con él. Se encuentra tranquilo, le comento que formaré parte de su equipo tratante e inmediatamente me pregunta sobre medicina, dice que quiere leer sobre esto para entender lo que le pasa, esboza: “lo que me pasa es del corazón, todo va al corazón”, agregando que “él estudia, siempre fue educado y estudioso”. Le respondo que de eso que me comenta “no sé nada”, pero le ofrezco traerle un libro sobre el interés que menciona, alojando su pedido particular y avalando esta presentación distinta de sí mismo en este encuentro. J acepta con entusiasmo. Le pregunto si tiene interés además por otras lecturas y responde contundentemente que no, que a él le interesan “los datos verdaderos”, que por ejemplo en las novelas es “todo especulación, mentira”. Agrega: “la realidad es diferente”. Lo invito a hablar entonces de su realidad.

Durante varias semanas las entrevistas tendrán que ser breves, le propongo que las mantengamos caminando por los jardines del hospital, J. acepta y luego será él quien solicite conversar “tomando aire”. Partiendo de nombrarse como aquél que estudia y ubicando allí su proyecto personal, es posible ir tejiendo una historia con J. Respecto de la transferencia en la psicosis, Élica Fernández (2017) propone: “Cualquier intervención que pensemos tiene que esperar el momento en que para el paciente en cuestión (que no nos atribuye ningún saber que le interesa) podamos tener alguna función. Buscamos instalarnos en el eje a - a’ pero la cualidad y la coloratura que podamos adquirir la pondrá, la cambiará, la reinventará el paciente cada vez”. J. me convoca a escuchar lo que tiene para decir sobre su historia, relato que intento apuntalar mediante intervenciones, facilitando alguna puntuación y ordenamiento posible del mismo y una construcción en torno a los fragmentos de historia que comparte: él era pequeño, en el barrio pasaban cosas que él no comprendía (“me crié entre narcos, peleas y drogas”) muchas de ellas las vivió con su hermano (algunos años mayor) se sintió “desprotegido” frente a esto. Denuncia la “falta de atención” de su madre: a sus hermanos les prestaba atención y “les daba cosas”, a él en cambio, no. Aparece como “el excluido” de la familia. Como contracara del “excluido” aparecen también sus

fugas del hogar, querer irse y “que no lo dejen”, las salidas en busca de sustancias y la circulación por el barrio, siendo conocido entre sus pares. Cuando retornaba permanecía allí poco tiempo antes de retirarse enojado con su familia, excluyéndose ahora él mismo del hogar.

Su historia va hilvanándose en torno a las cuestiones delirantes que aparecían en un primer momento de manera deshinchada, desarmada. Fernández, E. (2017, 121) propone que el armado de la historia del paciente a partir de estos fragmentos “*será posibilitadora del cañamazo donde se podrá tejer una construcción y desde donde podremos escuchar el punto de verdad del delirio, verdad que se abrocha mal dicha, mal articulada, sin digerir, sin tramitar y que insiste desde allí con un grito que puede ser alojado, si lo tejemos desde una biografía*”

Ubico que el estudio, “ser educado y trabajador” arman algo de su ser y le aportan una imagen amable de sí mismo, distinta a aquella con la que ingresó a la institución en otras oportunidades. El discurso de los “saberes científicos” aparece como ordenador para J y como un tema de conversación que mediará el vínculo en el espacio de psicoterapia. Construimos juntos que esto también lo diferencia de su padre, a quien recuerda como un “alcohólico, violento, alguien que nunca estuvo, que no le daba nada”. Esta presentación de J. también le permitirá situarse en un momento distinto respecto de un pasado que relata de manera padeciente, refiriendo no tener deseos de volver a consumir y querer alejarse de estas vivencias.

La dirección de la cura se irá recortando en función de alojar y sostener esta imagen más amable de sí mismo que J. trae, realizando un pasaje desde aquel que se presenta como el “excluido y expulsado” a “aquel que estudia y trabaja”, significantes tomados del sujeto y que funcionarán de modo estabilizador, con efectos a nivel de lo imaginario y del cuerpo. Al respecto, Soler, C. (2014, 11) propone que el analista se sirve de aquellos significantes que toma del sujeto, es decir, “*no hace otra cosa que apuntalar la posición del propio sujeto, que no tiene más solución que tomar el mismo a su cargo la regulación del goce*”. Es esta versión, más vivible para J, la que le permitió establecer lazo con los otros de una manera distinta, permitiéndole circular por diversos espacios con un límite que antes se encontraba desdibujado.

Segundo momento: “¿Qué pasó? ¡No entiendo!”

Conforme en el espacio médico se acordaba con J. un plan psicofarmacológico, continuaba trabajando con él en torno al armado de su historia. J. comenzaba a preguntar sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. “Acá me quieren ayudar” esbozaba por momentos, mientras preguntaba sobre nuestros saberes disciplinares, formulando que allí él podría encontrar sus respuestas.

Mientras tanto, continuaba pidiendo por su madre y ahora también por su hermana, D., a quienes veía por unos instantes antes de ponerse agresivo y echarlas, nuevamente, a gritos del

servicio. Continuaba presentando episodios de excitación psicomotriz e intentos de fuga de la internación. Todo esto parecía ocurrir de manera repentina y ¿sin explicación?

Luego de estos episodios, intentaba acercarme a J. instalando, desde un semblante de no saber y “no entender”, la pregunta por lo allí acontecido. También en dichos momentos intentaba devolverle a J. su lugar en la escena, recortando el tiempo y espacio de lo sucedido y apostando, con la instalación de esta pregunta, a la existencia de alguna respuesta, algún saber de parte del sujeto. Intervención que sostuve cada vez que un episodio así acontecía y a lo largo de las entrevistas. J. ofrecía diversas respuestas: se iba, o se inquietaba motrizmente, o desplegaba ideación delirante, o bien comenzaba a hablar de otra cosa. Parecía haber allí un vacío de respuesta, un vacío de sentido que había que soportar mientras continuaba apostando a ficcionar alguna “causa” y apuntando a la posibilidad de construir algo que pueda decir de él en tanto Sujeto, y no objeto de estos episodios.

Tercer momento: “Decile que se vaya”

J. comenzó a realizar permisos, acompañado por su madre (A esta altura la consigna policial ya había sido retirada, J. continuaba cursando una internación de carácter involuntario. Se estaba trabajando con él la posibilidad de voluntarizar la internación) Cierta día, cuando ésta viene a buscarlo, J. viene, enojado, y me pide que vaya a hablar con ella: “¡que se vaya, decile que se vaya!”. Me acerco y J. comienza a gritar, enojado, desplegando ideas delirantes de perjuicio en torno a ella y su hermano L. Me costaba seguirlo en su discurso, me seguía pidiendo enojado, que la eche. Había aparecido una primera pausa en torno a estas escenas, esta vez le pedía al otro de su equipo tratante - una terceridad posible entre él y su madre - que *lo ayude a echarla*. Le transmito que no comprendo qué sucede ni por qué pide esto. J. continuaba gritando y agitando sus brazos en el jardín del hospital, y luego de unos segundos se va intempestivamente. Decido seguirlo. Lo sigo hasta la entrada del hospital, instalando una vez más la pregunta por la causa de lo sucedido. J. mira para atrás, no responde, y se va.

Me quedo pensando sobre esta intervención: ¿fue atinada? ¿fue excesiva? ¿fue desde el furor curandis? Belucci, G. (2014) manifiesta que en el trabajo con la psicosis es menester un momento “*de ignorancia radical, incluso de desconcierto, en el que el analista no sabe - del caso y de su posible intervención - y hace lugar a ese no saber, lo soporta, hasta que el propio paciente comienza a aportar indicios sobre la peculiaridad de su real y sus posibles respuestas, así como a alguna dirección posible de trabajo*”

Una hora después, J. regresa y expresa: “me fui porque estaba enojado y no quería agarrarmela con usted, es que *se me va la cabeza*, me enojo con mi mamá y no quiero tratarla mal”. Agrega: “yo no soy así, ¿cómo hago para que mi cabeza no se altere cuando estoy con ella?, no quiero eso de ponerme violento y amenazar”

Cuarto momento: “Quiero un límite para frenar eso”

Se habilita a partir de esta pregunta de J., un nuevo momento en el proceso de su internación. Irá ubicando que “esto de enojarse” le pasaba también antes “cuando tenía abstinencia”. Ubica que de a ratos algo le sucede, del orden de la desorganización del pensamiento, y que es allí cuando por lo general se inquieta. Agrega que cuando era más joven y consumía, convivía también con esta sintomatología - “estar volado” - la cual en muchas ocasiones lo dejaba en situaciones particulares en sus intentos de apaciguarla. Empieza a aparecer alguna ganancia de saber para J. respecto de lo que le pasaba y le pasa, saber que comenzará a quedar a su disposición para hacer con eso de un modo distinto y sacar algún saldo de esta internación, instalando quizás alguna detención y diferencia en el recorrido institucional errático que transita hace varios años.

El consumo constituyó durante mucho tiempo un intento de respuesta de J. frente a su padecimiento. Puede pensarse la internación como aquél momento de pausa que le permitió parar a elaborar otra respuesta, otro modo de habitar el mundo de un modo menos padeciente.

Hacia el final de la internación manifiesta: “Las cosas me salen mal, estoy bien un segundo y empiezo a ver las cosas de otra manera, a ver gente que me quiere hacer mal”. A partir de este momento, J. podrá poner a trabajar esto en la internación, acudiendo al equipo tratante cuando algo de esta sintomatología se hacía presente, en ocasiones a nivel del cuerpo. En dichos momentos J. se apoyaría en tres recursos: 1) pedir medicación, 2) pedir presencia y acompañamiento para calmar el “miedo” que lo invade y 3) pedir comunicarse con su madre. Se habría realizado un importante viraje en su modalidad de lazo a la institución: de ser excluido y solicitar la exclusión, a pedir la presencia y recursos que desde el servicio podríamos ofrecerle. El momento de ponerle palabras a lo sucedido vendrá después, y será asimismo aquello a trabajar con J. en su posterior tratamiento ambulatorio.

Hacia alguna externación singular.

“Para decirlo todo: en el ámbito de la interdisciplina, más que un saber, el psicoanálisis aporta un *no saber* que brinda hospitalidad al síntoma” (Zabalza, 2012)

Pensar alguna externación posible para J. no fue sin el encuentro con otras disciplinas, sus saberes y miradas sobre “el caso J”. Sus antecedentes de internaciones en diversas instituciones y en este servicio y las dificultades para sostener tratamientos ambulatorios previos y/o actividades sugeridas lo hacían portador de una etiqueta que parecía indeleble a nivel institucional: “Este pibe no va a poder nada”. Todos parecían saber quién era J. y el destino que tenía signado continuaba acompañándolo: la exclusión insistía.

Frente a esto, el trabajo desde las herramientas del marco psicoanalítico en torno a partir de un no saber y un no predicar sobre J., fue aquello que posibilitó la construcción de algún sa-

ber que pueda decir de él como sujeto, su padecimiento y respuestas singulares frente a éste. Este recorrido con J. fue lo que permitió el armado de diversas estrategias e intervenciones a proponer al interior del equipo tratante (entrevistas vinculares con J. y algunos de sus hermanos, derivación a entrevistas familiares, así como la posibilidad de pensar los permisos en torno a las complejidades del vínculo de J con su madre, apelando a la presencia de su hermana y sobrinos como aliviante para J. al momento de vincularse con su familia), estrategias que apuntaron a torcer aquél saber que otras disciplinas proponían sobre J, apostando a alguna diferencia posible en este recorrido. Esto no fue sin la lectura del “caso J” en su singularidad, construido y leído a partir del trabajo en la transferencia y los lugares ocupados en la misma.

Sostener y hacer lugar al interés particular de J. por el estudio y la posibilidad de formarse en algún oficio fue lo que permitió fundamentar la importancia de una externación articulada con alguna institución que pudiera alojar sus intereses. Es así que previo a externarse J. comenzó a asistir a ITEDIS en una modalidad y frecuencia que atendía al caso en su singularidad y sostenido en una lógica, evitando respuestas del orden del “para todos” o basadas en “que tenga una rutina”, ideales de normalización desde los que muchas veces se ofertan dispositivos destinados al fracaso para algunos sujetos en el campo de la Salud Mental. No fue sin este tránsito que al día de hoy J. realiza algunos emprendimientos laborales de cocina junto a su madre, mientras sostiene la concurrencia al colegio secundario, en miras a completar sus estudios. Será esta rutina y las dificultades con las que se encuentra en la misma el trabajo de su tratamiento ambulatorio.

Algunas reflexiones finales

El trabajo con J. al día de hoy continúa motorizado por preguntas que tienen implicancia en re pensar las intervenciones y dirección de la cura vez a vez. Si este nuevo modo de nombrarse, significantes de “educado y trabajador”, constituyen la puesta en forma de un ideal que le funciona como ordenador y límite, ¿cómo acompañar a J. en esto y trabajar con los tropiezos con los que se encuentra al intentar sostenerse desde esta nueva respuesta?

BIBLIOGRAFÍA

- Belucci, G. (2014). La transferencia en la psicosis. (Recuperado de: <http://www.elsigma.com/hospitales/la-transferencia-en-las-psicosis/12733>)
- Fernández, E. (2017). *Algo es posible*. Tercera edición. Ed: El megáfono. Buenos Aires, Argentina.
- Fernández, E. (2017). *Diagnosticar la psicosis*. Sexta edición. Ed: El Megáfono. Buenos Aires, Argentina.
- Lacan, J. (1955). *El seminario. Libro 3: Las psicosis*. Bs.As., Ed. Paidós.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos 2*. Ed: Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires, Argentina.
- Lacan, J. (1958). “La dirección de la cura y los principios de su poder” En *Escritos 2*. Ed: Siglo XXI, México, 2009.
- Laurent, E. (1991). *Estabilizaciones en la psicosis*. Ed: Manantial. Buenos Aires, Argentina.
- Soler, C. (2014). *Estudios sobre la psicosis*. Primera edición. Ed: Manantial. Buenos Aires, Argentina.
- Zabalza, S. (2012). *Interdisciplina: entre el arte, la ley y el goce*. (Recuperado de: <http://www.elsigma.com/hospitales/interdisciplina-entre-el-arte-la-ley-y-el-goce/12451>)