

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2016.

Pensando el lugar del psicoanálisis en la interconsulta de un hospital general.

Fernández Carloni, Daniela Elizabeth.

Cita:

Fernández Carloni, Daniela Elizabeth (2016). *Pensando el lugar del psicoanálisis en la interconsulta de un hospital general. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/715>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATH/cPC>

PENSANDO EL LUGAR DEL PSICOANÁLISIS EN LA INTERCONSULTA DE UN HOSPITAL GENERAL

Fernández Carloni, Daniela Elizabeth

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

En el presente trabajo se intentará abordar una viñeta clínica producto del recorrido durante una mañana junto al Equipo de Interconsulta del Hospital de Agudos Teodoro Álvarez, ubicado en el barrio de Flores de CABA. La asistencia al Equipo se realizó en el marco de la Práctica Profesional Clínica de la Urgencia en el segundo cuatrimestre del año 2014. En el abordaje de esta viñeta me propongo articular los conceptos de psicosis, pasaje al acto, la urgencia, tanto en su vertiente médica, como subjetiva e institucional. El interés surge ya que la viñeta permite pensar qué podría aportar de novedoso un analista en el encuentro con el paciente en la entrevista de interconsulta que se detallará. De los posibles aportes de un analista, se tomará por ejemplo la posición de testigo del paciente, brindándole un vacío donde él pueda colocar su testimonio y llegar a elaborar aquello que retorna en lo real por haber sido forcluído en lo simbólico. Brindarle un tiempo lógico, no cronológico, para que pueda hablar de su padecer.

Palabras clave

Psicoanálisis, Interconsulta, Urgencia

ABSTRACT

ANALYSING THE PSYCHOANALYSIS ROLE DURING INTERCONSULTATION ON A GENERAL HOSPITAL

On this following paper a clinical vignette product of a morning alongside the Interconsultation Team of the Hospital de Agudos Teodoro Alvarez -located in the Federal District of Buenos Aires- will be engaged. The reason for the visit was a professional practice related to clinical emergencies on the second semester of 2014. During this approach, the concepts of psychosis, transition to the act and emergencies -from their medical, subjective and institutional view- will be articulated to reach a conclusion. The main interest for said articulation is the fact that such vignette could lead us to wonder about the elements an analyst could come up with during the different interviews with patients. From these encounters, it will be taken as an example the patient's role of witness, giving them an 'empty space' where they can place their testimony, the chance to elaborate which has been turned to reality after reaching the concept of the symbolic. Mainly offering them a logical amount of time, not chronological, so that they can approach their ailment.

Key words

Psychoanalysis, Interconsultation, Urgency

INTRODUCCIÓN

En el presente escrito se intentará abordar una viñeta clínica producto de la asistencia al Hospital Álvarez durante el segundo cuatrimestre del año 2014, en mi rotación por el Equipo de Interconsulta de Salud Mental, en el marco de la PP Clínica de la Urgencia.

En el abordaje de esta viñeta me propongo articular los conceptos de psicosis, pasaje al acto, la urgencia y lo institucional.

El interés surge ya que la viñeta permite pensar qué podría aportar de novedoso un analista en el encuentro con el paciente en la entrevista de interconsulta que se detallará. ¿Qué lugar para el analista frente a un paciente que, luego de haberse arrojado por la escalera hace unos días, ya estaría de alta médica y se debe pensar en la opción de una internación por Salud Mental?

RECORTE DEL CASO CLÍNICO

Este recorte es el resultado de haber concurrido al Hospital Álvarez el día 20 de Agosto, y acompañar en el transcurso de la mañana al Equipo de Interconsulta del Servicio de Salud Mental.

El paciente, a quien llamaremos O, tiene 56 años y se encontraba internado en la Sala de Traumatología desde hace aproximadamente 5 días, cuyo Servicio solicita una interconsulta con Salud Mental. El motivo de la misma fue que el paciente tenía el alta del Servicio de Traumatología pero como en la guardia también le incluyeron medicación psiquiátrica se necesitaba revisar esa medicación y a su vez se debía evaluar riesgo suicida ya que la lesión había sido producto de un supuesto intento de suicidio al arrojarse por la escalera. En caso de que el paciente deba continuar internado, pero por Salud Mental, como consecuencia de la evaluación de riesgo, el Jefe de Traumatología pedía la liberación de la cama de su servicio, reduciendo al paciente a la calidad de "paquete".

La medicación psiquiátrica que se le indicó en la guardia constaba de cuatro antipsicóticos entre los que se encontrada la Risperidona y la Quetiapina en dosis bastante elevadas, y es pertinente mencionar que se le indicó Quetiapina 200mg, de la cual no había en el Hospital y se le tuvo que administrar varios comprimidos de menor graduación.

El paciente estaba ubicado en una cama del Servicio de Traumatología con una bata que permitía visualizar un yeso que le cubría todo el pecho. Presentó una actitud colaboradora a lo largo de toda la entrevista, se encontraba orientado de forma autopsíquica y alopsíquica. Las funciones de atención y memoria parecían estar conservadas. A su vez, presentaba alucinaciones auditivas de tono imperativo, y también cenestésicas. En cuanto al pensamiento, su curso y ritmo se vieron conservados pero respecto del contenido del mismo, se podría decir que presentaba ideas delirantes, de influencia, donde el paciente interpreta que se influye sobre él de alguna manera, que le manipulan el cuerpo.

Respecto del discurso del paciente, cuando se le pregunta por qué llegó al hospital, cuenta que fue porque se tiró de la escalera, al "aguero" de la escalera. Cuando se le preguntó a O. por qué había hecho eso, el paciente hizo referencia a las presiones que tenía

por las voces que le decían todo el tiempo lo que él tenía que hacer, le decían que debía comer, orinar, tener relaciones “sesuales”. Comenta ocasiones donde él ya no tenía hambre y las voces le decían que debía seguir comiendo. También su padecimiento toca el cuerpo en el punto que refiere que hay personas dentro de él, hombres y mujeres, que comen y orinan por él. Se le pregunta si las voces también le dijeron que debía tirarse y respondió que no. A su vez respondió que no a la pregunta de si volvería a hacer lo mismo; aunque refiere seguir escuchando las voces.

Frente a la opción de irse a su casa o de seguir unos días en el Hospital, O. prefiere volver a su casa, donde vive con su suegro. En la entrevista también nos menciona que es viudo y que hace 32 años que toma medicación psiquiátrica, y que su psiquiatra lo suele llamar por teléfono cada 15 días, un mes. Él supone que su suegro le comentó al psiquiatra lo que pasó con él, pero no lo sabe.

A pesar de que menciona que no volvería a intentar una cosa así, se decidió el pasaje a Sala de Internación de Salud Mental para continuar con un seguimiento del caso. Se puede pensar que esta determinación se basa en que este pasaje al acto pone en riesgo la vida o la salud del sujeto, junto con el hecho de que el paciente afirma seguir escuchando las voces. Esto volvería pertinente continuar en evaluación el riesgo, ya que lo insoportable de las mismas es lo que lo condujo al pasaje al acto.

ARTICULACIÓN TEÓRICO-CLÍNICA

El caso presentado en la viñeta, donde el paciente refiere acerca de lo insoportable de “las voces”, nos ubica frente a una estructura psicótica, aquella que revela “hasta qué punto el hablante puede ser atormentado por el significante”[1]. En este caso, hasta el punto del pasaje al acto.

Los fenómenos de las alucinaciones auditivas que le dicen que debe comer, orinar o tener relaciones “sesuales”, junto con las alucinaciones cenestésicas que el paciente nombra como “hombres y mujeres que comen y orinan por él”, son fenómenos que dan cuenta de la estructura psicótica. La psicosis se define por la presencia de trastornos del lenguaje, efecto de la forclusión del significante del Nombre del Padre (Lacan, 1955-6). Estos fenómenos son efectos de una operación del lenguaje. En palabras de Lacan, “para que estemos en la psicosis tiene que haber trastornos del lenguaje”[2]. Propondrá concebir el término trastornos del lenguaje en un sentido amplio, donde en la viñeta lo podemos ubicar en la alucinación verbal y en la interpretación delirante. La segunda no se define por su contenido, sino más bien por su falta de dialecticidad y por su certeza. El paciente da cuenta de esto, porque refiere que esas sensaciones corporales son “hombres y mujeres que comen y orinan por él” pero no puede referir nada más allá de esto.

Lacan dirá en su Seminario 3, que “todo lo rehusado en el orden simbólico (...) reaparece en lo real”[3], en este caso se observa en lo real de la alucinación verbal. Las voces que el paciente afirma escuchar, donde le dan órdenes sobre lo que tiene que hacer, serían un fenómeno del orden de lo real, donde hay un retorno en lo real de aquello no simbolizado. Estos elementos no deben entenderse de un modo distinto que la estructura, propone Lacan, sino que la estructura está presente en cualquiera de sus componentes, es decir, que el fenómeno no es una parte o elemento de la estructura, no subyace a ella sino que es la presentación de la estructura misma. Si bien los tiempos del Hospital no son los tiempos del inconsciente y la entrevista de interconsulta con el paciente debía ser breve, podría haber sido enriquecedor profundizar en el significante que el paciente trajo, el “agujero”, y no dejarlo pasar y continuar con la entrevista. Ya Lacan nos advirtió de esto diciendo “Comiencen por

creer que no comprenden”[4]. Comprender, en este caso, evitaría hacer preguntas que podrían ayudar a establecer las coordenadas previas al pasaje al acto.

Tomando la viñeta, el traumatismo que le provocó al paciente el haberse arrojado por la escalera constituye la *urgencia médica*, aquella que se concibe como la ruptura del equilibrio del cuerpo biológico; y que en este caso conduce a la colocación de un yeso para restablecerlo. Exige algo que hacer sin tiempo que perder, es decir, “apunta a eliminar la dimensión del tiempo operando de inmediato sobre el acontecimiento”[5].

En cambio, tiene que haber un analista para calificar lo que allí se presenta como *urgencia subjetiva*. Es la lectura que solo alguien posicionado como analista hace. La urgencia subjetiva, es definida por Lacan en el Hospital de Saint Anne, en Francia como “lo imposible de soportar para un sujeto al que ya nada divierte”. Tomando a Sotelo, se puede pensar este pasaje al acto como una ruptura, donde “se produce la ruptura de la homeostasis con que la vida transcurría (...). Esta ruptura podemos ubicarla como urgencia que requiere intervención profesional.”[6]

“El psicoanálisis opera a partir de poder situar un sujeto”[7] por lo tanto, la intervención en principio es la suposición de un sujeto, que podrá advenir en aquello que dice. Hay que invitarlo a hablar. En la entrevista, si bien la función de la misma era evaluar el riesgo, se podría pensar ¿qué podría aportar de novedoso en ella la escucha de un analista? ¿Qué tiene un analista para aportar de diferente? Invertir el lugar, no responder sino darle la palabra al sujeto, para que emerja. A lo largo del tratamiento se debería situar algo del orden de lo insoportable. Tal vez no en la primera entrevista, cuyo objetivo era precisamente evaluar el riesgo en base al pasaje al acto, pero si se logra efectuar el cambio de sala, podría llevarse a cabo con su equipo tratante.

Alguien posicionado como analista, mediante su escucha podría facilitar un pasaje de la *urgencia subjetiva*, cuando el sujeto no se puede servir de significantes, donde su único modo de tramitar lo real de las alucinaciones fue por lo real del pasaje al acto; a la *emergencia subjetiva*, donde hay un sujeto que emerge, y que puede involucrarse en su propio acto. Un analista propone un tiempo, no cronológico, sino más bien lógico, a diferencia del “no hay tiempo que perder” de la medicina, en relación a la urgencia médica del traumatismo que requirió un yeso. La intervención del analista consistirá en abrir un intervalo de tiempo para que surja algo del decir del paciente, lo que depende de una lectura de la urgencia como urgencia subjetiva. Frente al “no hay tiempo”, abrir un tiempo para que el paciente tenga a quien dirigir su padecer.

Por otro lado, se podría ubicar la *urgencia institucional* en relación al lugar que tiene la Salud Mental dentro del Hospital General. Retomando lo expuesto en la viñeta se puede pensar que la urgencia estaría del lado del Jefe del Servicio de Traumatología, en tanto quiere la liberación de una cama que al no estar ocupada por un paciente de su especialidad, porque este ya tendría el alta correspondiente a su servicio, el mismo se reduce a la calidad de “paquete”. La Interconsulta es un espacio privilegiado del Hospital General, de diálogo entre distintos profesionales, donde una especialidad requiere de otro saber, en este caso sobre Salud Mental, para decidir sobre algo. El discurso médico en este caso encarnado por el Jefe de Traumatología incluye al paciente dentro de lo universal “es un intento de suicidio” y como tal, debe tramitarse su pasaje a Sala de Salud Mental, y esto nada dice de la singularidad del sujeto. Esto permite establecer una diferencia en el modo en que el pasaje al acto puede ser escuchado por el discurso médico y por el del

analista. Para el primero, en este caso, sería un intento de suicidio, y para el segundo producto de la intrusión del Otro, de quedar en posición de objeto frente al goce del Otro, cayéndose de la escena.

¿Es posible pensar el arrojarse por la escalera como un pasaje al acto, según lo conceptualiza Lacan en su Seminario 10? "El *dejarse caer* de la escena es el correlato esencial del pasaje al acto." [8] Si la única respuesta posible para el paciente frente a lo insoportable de las voces fue arrojarse por la escalera, ¿podría pensarse como un sujeto precipitándose fuera de la escena? Si la única respuesta es evadirse de la escena, nos encontraríamos frente a un pasaje al acto. No habría un sujeto, y en consecuencia, no estaríamos frente a algo del orden de la intencionalidad o la decisión. Se podría considerar que el sujeto se *deja caer*, al arrojarse por la escalera va en la dirección de evadirse de la escena, y esto Lacan lo conceptualizó como un *pasaje al acto*.

El caso conduce a preguntarse ¿por qué ahora?, si el paciente hace muchos años que escucha voces. En este sentido sería pertinente pensar que en el pasaje al acto "se verifica la ruptura de un equilibrio" [9], equilibrio que en el paciente más o menos se habría mantenido ya que no presentaba episodios previos similares al actual. Este equilibrio se habría quebrado y conducido al pasaje al acto de arrojarse por las escaleras. A su vez, el pasaje al acto verifica "el intento de solucionar una coyuntura imposible de tolerar para el sujeto" [10], lo cual el mismo paciente evidencia al afirmar que se arrojó como medida para no seguir escuchando las voces.

Siguiendo con esta afirmación del paciente, donde refiere haberse arrojado frente a lo insoportable de las voces. ¿Cómo se puede pensar esta afirmación posterior al hecho? En uno de sus trabajos sobre el pasaje al acto, Muñoz propone que en el apres-coup del acto, "se responsabiliza leyéndolo como respuesta a lo insoportable del Otro" [11]. ¿El Otro del lenguaje se puede pensar en este caso como esas alucinaciones verbales que ordenan al paciente qué hacer y cuándo? ¿Aquellos insoportables del Otro serían aquellas voces que el paciente escucha y refiere como insoportables?

Si la única decisión que pudo tomar frente a lo automático es el pasaje al acto, se ve la urgencia. Frente a la lectura del pasaje al acto del paciente en tanto urgencia subjetiva surge la pregunta de ¿qué lugar para el analista? ¿Cómo actuar ante la posibilidad de que lo vuelva a hacer?

Un posible lugar sería de testigo, es decir, aquel que escucha, toma nota, supuestamente comprende, alguien que debería estar "preparado para escuchar y soportar a aquel que no es esclavo de la ley fálica" [12]. Este analista sería testigo del trabajo de la psicosis, que difiere radicalmente del trabajo de la transferencia.

En el trabajo en la psicosis el paciente podrá "elaborar una forma de goce aceptable para él" [13] y no ya seguir arrasado por el goce del Otro, encarnado en las alucinaciones que le indican lo que tiene que hacer y cuándo, donde quedaba desbordado por esos fenómenos de exceso. Si el sujeto se cae de la escena, como se considera por el pasaje al acto, es porque se convirtió en objeto, objeto del goce del Otro. Así es recibido en el Hospital.

Mediante el trabajo en la psicosis se posibilitaría el pasaje del paciente en calidad de "mártir del inconsciente", es decir, como llega al Hospital, donde ya no hay un sujeto puesto que se ha caído de la escena, hacia "psicótico trabajador" [14], donde "es el propio sujeto quien toma a su cargo, solitariamente los retornos de lo real que lo abruma" [15], para poder elaborarlo, en presencia de un analista testigo, aquel sujeto que presenta "un vacío en el que el sujeto podrá colocar su testimonio" [16]. Alguien posicionado desde la escucha analítica sería alguien que entienda que el delirio es un

trabajo. Por lo pronto, sería pertinente establecer las coordenadas que lo llevaron al pasaje al acto. ¿Por qué ahora? ¿Cuáles fueron las coordenadas previas a esa situación?

El pasaje al acto evidencia que su forma de tratar su padecer fue hacer un tratamiento de lo real por lo real, es decir, frente a lo avasallante de las alucinaciones imperativas, la respuesta fue un pasaje al acto. ¿No disponía de otra estrategia? De tenerla no es posible dar cuenta de ella porque parecería que el paciente no viene haciendo un trabajo sobre su padecimiento, trabajo que vendría a posibilitar el analista testigo y que permitiría otro tratamiento de lo real distinto del pasaje al acto.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que hay un posicionamiento particular del analista frente a la psicosis. En este caso, se trataba de un paciente psicótico que a su vez había incurrido en un pasaje al acto que puso en riesgo su vida.

El analista a lo largo del tratamiento, le hará "la contra a lo real" (Lacan, 1974), sirviendo de testigo al paciente, brindándole un vacío donde él pueda dar su testimonio y llegar a elaborar aquello que retorna en lo real por haber sido forzado en lo simbólico. Brindarle un tiempo lógico, no cronológico, para que pueda hablar de su padecer.

Finalmente, este recorte clínico producto de la rotación por el Equipo de Interconsulta del Hospital Álvarez, permite pensar que en un caso de pasaje al acto, el encuentro con un analista podría ofrecerle al paciente, "en el mejor y esperable de los casos otra oportunidad para que asuma la responsabilidad de su existencia." [17]

NOTAS

- [1] Schejtman, F. "De la negación al Seminario 3". En Schejtman, F. (comp.) y otros, *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis*, Grama, Buenos Aires, 2012. Pág. 23.
- [2] LACAN, J. (1955-6) Las Psicosis. Seminario III. Buenos Aires, Ed. Paidós, 2011. Pág. 133
- [3] LACAN, J. (1955-6) *Óp. Cit.* Pág. 24
- [4] LACAN, J. (1955-6) *Óp. Cit.* Pág. 35
- [5] ROJAS, M.A. "Un trabajo en la urgencia" En SOTELO, I. (comp.) (2005). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires, JVE Editores, 2005. Pág. 134
- [6] SOTELO, I. (2007) *Clínica de la urgencia*. Buenos Aires, JVE Editores, 2007. P.22
- [7] ROJAS, M.A. "Un trabajo en la urgencia" En *Óp. Cit.* Pág. 134
- [8] LACAN, J. (1962-3) La Angustia. Seminario X. Buenos Aires, Ed. Paidós, 2006. Pág. 128
- [9] MUÑOZ, P. (2008) La locura del pasaje al acto. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- [10] MUÑOZ, P. (2008) *Óp. Cit.*
- [11] MUÑOZ, P. (2011) Lecturas del pasaje al acto. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires
- [12] SOLER, C. (1989) *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires, Ed. Manantial, 2014. Pág. 20
- [13] SOLER, C. (1989) *Óp. Cit.* Pág. 51
- [14] SOLER, C. (1989) *Óp. Cit.* Pág. 16
- [15] SOLER, C. (1989) *Óp. Cit.* Pág. 15
- [16] SOLER, C. (1989) *Óp. Cit.* Pág. 10
- [17] SASSAROLI, S. en SOTELO Inés (comp) "Tiempos de urgencia. Estrategias del sujeto, estrategias del analista.", Pág. 188.

BIBLIOGRAFÍA

- Lacan, J. (1955-6) Las Psicosis. Seminario III. Buenos Aires, Ed. Paidós, 2011.
- Lacan, J. (1962-3) La Angustia. Seminario X. Buenos Aires, Ed. Paidós, 2006.
- Lacan, J. (1974) "La tercera" en Intervenciones y textos 2, Buenos Aires, Manantial, 1988.
- Muñoz, P. (2008) La locura del pasaje al acto. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.
- Muñoz, P. (2011) Lecturas del pasaje al acto. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires
- Schejtman, F. (comp.) y otros, Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis, Grama, Buenos Aires, 2012.
- Soler, C. (1989) Estudios sobre las psicosis. Buenos Aires, Ed. Manantial, 2014
- Sotelo, I. (compilador) (2005). Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista. Buenos Aires, JVE Editores, 2005.
- Sotelo, I. (2007) Clínica de la urgencia. Buenos Aires, JVE Editores, 2007.