

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

De la urgencia a la emergencia. La otra escena como condición de posibilidad para el surgimiento del sujeto.

Guillen, Julio, Wizla, Frederic y Weil, Benjamin.

Cita:

Guillen, Julio, Wizla, Frederic y Weil, Benjamin (2011). *De la urgencia a la emergencia. La otra escena como condición de posibilidad para el surgimiento del sujeto. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/215>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/9ot>

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 URGENCIA A LA EMERGENCIA. LA OTRA ESCENA COMO CONDICIÓN DE POSIBILIDAD PARA EL SURGIMIENTO DEL SUJETO

Guillen, Julio; Wizla, Frederic; Weil, Benjamin

Universidad Católica de Lille - Establecimiento Público de Salud Mental Lille. Francia

RESUMEN

El espacio de la urgencia psiquiátrica constituye en sí mismo un desafío para todo tipo de tratamiento que se interrogue sobre la subjetividad. En esta comunicación, presentaremos un nuevo dispositivo creado en la ciudad de Lille, Francia, para atender los pedidos de consulta psiquiátrica formulados por los distintos actores sociales en relación con la salud mental y por los habitantes en general. Nos concentraremos, en el cuestionamiento que surgió a lo largo de la creación del proyecto, acerca de la noción de "urgencia" y de la consideración del paciente en su particularidad. En este sentido, los organizadores del Centro previeron explícitamente un espacio de reflexión clínica reservado a los miembros del equipo coordinado por un psicoanalista externo al mismo. Partiendo del marco conceptual del psicoanálisis, nos concentraremos sobre la cuestión de la "urgencia" para interrogar la función y la operatividad del dicho espacio de reflexión clínica. La discusión se desarrollará en términos de emergencia subjetiva posible - emergencia del sujeto y no de la subjetividad - a partir de consideraciones espacio-temporales (lugares y posiciones/ anticipación y retroacción) y de vínculo (relación al Otro/otro/institución)

Palabras clave

Urgencia Sujeto Límite Psicoanálisis

ABSTRACT

FROM EMERGENCY TO EMERGENCE. THE OTHER SCENE AS A NECESSARY CONDITION FOR THE RAISING OF THE SUBJECT

The background of psychiatry emergencies offers in itself a challenge for any type of treatment that questions the subjectivity. In this communication, we will present a new structure created in Lille, France, to satisfy the requests of psychiatric consultation formulated by the different social actors in the area of Mental Health and by the public in general. We will discuss the questions that arose all along the creation of the project, about the notion of "urgency" and how to take into account the patient's particularity. With this purpose the organizers of the Center conceived explicitly a clinical reflection setting reserved to the members of the team, coordinated by an external psychoanalyst. Starting from the conceptual frame of psychoanalysis, we study the question of the "emergency" to interrogate the function and the potentiality of the above mentioned clinical reflection set-

ting. The discussion will be developed in terms of possible subjective emergence - emergence of the subject and not of subjectivity - applying spatio-temporal considerations (places/positions, anticipation/retroaction) and relationship considerations (relation to the other/the Other/ the institution).

Key words

Emergency Subject Limit Psychoanalysis

Breve caracterización del Centro Psiquiátrico de Acogida y Admisión (CPAA)

Es una unidad de internación intersectorial¹ a tiempo completo, lugar de tratamiento, prevención y diagnóstico bajo observación médica las 24hs que responde a las necesidades de salud mental de la población adulta de los 3 sectores psiquiátricos de Lille y al de Villeneuve d'Ascq en Francia. Las internaciones son de corta duración (cada sector dispone de una estructura para internaciones más largas). El centro consta de 24 habitaciones individuales y posee grandes superficies vidriadas que dan al exterior, un pasillo y un balcón protegidos, así como sala de actividades, dos consultorios polivalentes, una oficina de farmacia y una oficina para los enfermeros.

En cuanto al funcionamiento, el paciente es recibido por un psiquiatra del Centro en el marco de una entrevista paciente-psiquiatra- enfermero.

La primera entrevista permite apreciar el estado clínico del paciente, trazar su recorrido hasta la internación, sus dificultades actuales, evaluar sus expectativas y explorar su historia. Un "contrato de tratamiento" se establece sistemáticamente y es firmado por los tres participantes.

No detallaremos aquí todas las condiciones de funcionamiento. Agregaremos solamente que diversas reuniones están previstas entre los miembros del equipo entre las cuales existe una reunión, un grupo de reflexión clínica, a cargo de un psicoanalista cada 15 días.

Urgencia

El término "urgencia" constituyó desde un comienzo un cuestionamiento para el equipo de profesionales que habrían de crear el CPAA. En efecto, la intención primera de los creadores del Centro fue que el mismo no fuera visto como un Centro de urgencias sino como un

Centro de *acogida*. Sin embargo, el hecho de estar abierto a demandas múltiples y no programadas, como lo indica su estatuto, hace que los interlocutores esperen una intervención rápida del equipo - más precisamente que el mismo se haga cargo de la situación de inmediato. Al menos, esta fue la idea de los creadores del proyecto respecto a la *representación* del Centro para los diferentes interlocutores a quienes ya habían encontrado en las reuniones previas.

Las causas de admisión coinciden en general con las de las urgencias psiquiátricas, a saber: descompensación psicótica aguda, tentativa de suicidio o amenaza de suicidio, traumatismos, exclusión y desamparo psicosocial, deterioro intelectual y/o físico y pérdida de la autonomía.

Las derivaciones no provienen solamente de los profesionales de la salud, sino que también existen demandas espontáneas de pacientes que se sienten en peligro, por ejemplo por la intensificación de ideas delirantes, por la presencia de angustia, por la proximidad de una fecha particular, etc.

Podemos ver, que aunque la noción de “urgencia” no está escrita o enunciada explícitamente en el nombre o estatuto del Centro, está siempre evocada en las demandas a través de otros significantes del mismo campo lexical (prisa, premura, inmediatez, acción eficaz, etc.).

La urgencia

La urgencia puede definirse de diferentes modos pero lo que retendremos en nuestro caso es que se trata de *una situación que compele a actuar sin demora, de la que hay que ocuparse sin retraso*. Se trata de una articulación particular entre el tiempo y la acción. Un tiempo que se propone como un tiempo que apremia y a la vez un momento de actuar o de tomar una resolución. Esto “supone que se ha llegado a un límite tras el cual se vislumbra el desastre” (Garmendia, 2004). Este tiempo podría pensarse como instanciando la frase “un instante más y será demasiado tarde”, frase que hace eco a la que es utilizada por Lacan en “*El tiempo lógico y la aserción de certitud anticipada*” para caracterizar el momento en que el acto no puede postergarse si se quiere no quedar atrapado en una indefinición subjetiva *ad eternum* (Lacan, 1945). En este escrito se trata justamente del tiempo como *anticipación y retroacción*, teniendo en cuenta que la *anticipación* es la manera en que el porvenir afecta al presente y que la *retroacción* es la manera en que el presente afecta el pasado (Golfarini, 2007). Por lo tanto, la temporalidad en la clínica psicoanalítica, en cuanto a los efectos causales del acto y su relación al sujeto, está invertida respecto a un tiempo cronológico que avanza uniformemente hacia el futuro. Pero en la urgencia de los servicios psiquiátricos no se trata todavía del sujeto emergente en relación a un acto, como es el caso del escrito de Lacan, sino de la situación de un individuo en relación a la acción.

Siendo la prisa el punto central de la urgencia, la pregunta que surge entonces es: ¿cuál es el riesgo que re-

presentaría una demora? La respuesta no es única.

En el caso en que el paciente es quien llama al Centro, podría tratarse la amenaza de una desaparición subjetiva y de un acto de palabra, en el sentido que lo que está en juego es que, si no da el paso de efectuar la llamada, será demasiado tarde. Sin embargo, no debe olvidarse que, siendo un acto de palabra, para que pueda operar en el sentido de la emergencia del sujeto, la posición *del otro a quien se dirige* es determinante y no puede ser cualquiera.

Existen diferentes maneras de interrogar el concepto de “urgencia”. En el marco de esta comunicación nos concentraremos en la cuestión del “límite” que define una zona de riesgo.

¿Qué hace que podamos decir que nos aproximamos a una zona de riesgo?

El hecho de delimitarla requiere simultáneamente definir una zona de seguridad, una zona protegida, donde los recursos de que se dispone y la posibilidad de utilizarlos sean suficientes para preservar la vida. O mejor dicho, para preservar la vida con un cierto equilibrio, tal como se presentaba hasta entonces.

Sabemos desde el psicoanálisis que el riesgo vital en el hombre no desencadena automáticamente un “instinto de vida” y que uno puede dejarse morir de hambre, por ejemplo, por amor. Entonces esta cuestión del riesgo, y sobre todo de “riesgo vital” es fundamentalmente compleja.

La cuestión del límite es una cuestión entre estabilidad e inestabilidad, donde la inestabilidad aparece en una primera lectura como indeseable. Sin embargo, no debe olvidarse que la inestabilidad, la ruptura del equilibrio es también una condición necesaria para la creación (Martin-Mattera, 2005).

Por otra parte tiende a pensarse el límite como una línea que separa dos regiones. Pero en realidad debería pensarse como una zona de un cierto “espesor” en la cual se producen fenómenos de “extrañeza”, manifestaciones que no corresponden al equilibrio habitual y que pueden calificarse de críticas pero no necesariamente de patológicas. Una paciente explicaba de esta manera ciertos momentos de gran productividad en su actividad de escultura en tierra: “empieza con un estado de euforia, un sentimiento de exaltación y como un torbellino de ideas poco organizadas”. Ella decía que esto podía ser un estado de “inspiración” que la llevaba a ponerse a trabajar y a producir sus mejores esculturas, pero que de este modo habían comenzado también sus crisis depresivas, y que en este caso toda esta excitación no era más que una dispersión sin sentido que la sumía en la fatiga y el agotamiento. Entonces este estado de “inspiración” o de “agitación” constituían una especie de terreno donde confluían lo conocido y lo desconocido y que no podía calificarse *a priori* como de riesgo o no.

Por lo tanto, la zona de riesgo de descompensación no puede definirse sin pasar por una zona de inestabilidad que puede al mismo tiempo constituir la condición creación y por lo tanto de la emergencia del sujeto. Precisamente, en este campo, la cuestión del límite estará ne-

cesariamente relacionada con la particularidad del deseo de cada uno y de su vínculo - en el sentido físico de "contrainte" - al Otro².

El límite y la otra escena

La cuestión de la otra escena fue introducida por Freud (Freud, 1900), nos parece central recordarla aquí para interrogar la operatoria posible sobre la subjetividad en el Centro del que hablamos.

La otra escena para Freud está en relación con los límites de la realidad en oposición a la escena del sueño, y particularmente a la desaparición entre realidad y fantasía en el texto sobre lo ominoso (Unheimlich) (Freud, 1919). Lacan retomará la formulación freudiana, en particular en el seminario "Problemas cruciales para el psicoanálisis" donde la otra escena tendrá que ver con este "desdoblamiento" topológico de los lugares, justamente para hacer de este límite una región donde puede emerger el sujeto cuando se "llega al entre-dos, del otro lado del doblez" (Lacan, 1964-65). Entonces la separación entre la realidad y la otra escena no es una línea sino un lugar a donde se puede llegar atravesando, como Lacan afirma en el mismo texto, "un límite invisible para uno mismo". Es decir que el límite sólo tendrá consistencia a partir del pasaje y no precedentemente.

Partimos de la suposición de que el momento del llamado al Centro es la marca de un momento crítico para el paciente, tal como es percibido por él mismo o por algún otro. Algo ha hecho intrusión en la subjetividad, tal como estaba organizada en lo imaginario (los otros, el cuerpo, el mundo) (Clavreul, 1978). No debe olvidarse que este registro imaginario, tal como es presentado por Lacan, no se puede concebir si no es en relación con los otros dos registros, real y simbólico.

Lo que queremos subrayar es que la emergencia del sujeto se juega siempre en un "entre dos", en particular, si hablamos de escena, no podemos decir que el sujeto se localiza en **una** escena sino que lo hace en relación a la **distinción** entre escenas. Por lo tanto, en lo que concierne al sujeto, no se trata de colocarse de un lado o del otro, sino en un "entre dos". Todas las formulaciones de Lacan van en el sentido de que el sujeto es "intervalar" (Eidelsztein, 2001).

Si nos concentramos en el modo de entrada en el Centro, al recibir la demanda, ya existe una evaluación previa de la situación. En todo caso, y éste es el carácter general de las demandas, la situación del paciente es señalada como inestable y debiendo ser acogido rápidamente. Se está frente a un *límite*, una línea que se corre el riesgo de atravesar, luego del cual puede venir la catástrofe, el suicidio, la descompensación, la muerte, la exclusión social, la violencia. En regla general la idea de una situación catastrófica a evitar es la forma de presentación más frecuente en las demandas.

A partir del grupo de reflexión clínica

A partir de los desarrollos anteriores, nos planteamos la

pregunta de si en el Centro existe una configuración - en el sentido de una topología como conjunto de relaciones que definen la estructura de un espacio - que permitiría que la escena no sea única y que la demanda pueda ser acogida de modo tal de dar lugar a una posible emergencia del sujeto. Es decir, hacer operativa la suposición de que la realidad no puede definirse de manera aislada como unidad, y que la misma no puede plantearse *sin* otra escena que se instanciará como sueño, fantasía o delirio.

Entonces, lo que desde la "realidad" del Centro responde como desdoblamiento, *si es sostenido por la posición de quien o quienes se hacen cargo de la demanda*, podrá hacer eco a este doblez fundamental.

Creemos que existen ciertas razones que nos permiten pensar al grupo de reflexión clínica como sostén posible de este intervalo.

En primer lugar, la existencia de este espacio fue propuesta como una necesidad en el estatuto, lo que hace que esté legalizado y que adquiera por lo tanto una posición en lo simbólico. Las dimensiones imaginaria y real podrán entonces ponerse en juego a través de las múltiples representaciones del mismo y de lo que quedará necesariamente excluido - más allá de todo saber que pueda construirse a lo largo de las reuniones, respectivamente.

En segundo lugar, el funcionamiento del grupo es asegurado por alguien externo al Centro y por lo tanto incluye a alguien que no pertenece al mismo, a lo que se agrega el referencial analítico que, si bien es compartido como área de interés por los psiquiatras no constituye el marco referencial que orienta las intervenciones.

En tercer lugar, en cuanto al encuadre, el grupo funciona dos veces por mes y no se reúne "a la demanda" frente a casos complejos o críticos, es decir que la continuidad en el tiempo no depende de la necesidad. Las reuniones tienen una duración fija. Si bien el lugar de reunión está dentro del servicio, se trata de la sala de reunión, apartada de los lugares de la práctica cotidiana.

En cuarto lugar, la temática de la discusión es libre. Se pueden evocar situaciones respecto a los pacientes, programadas como presentaciones por parte de algún o algunos de los miembros del equipo, pero también el funcionamiento del servicio o la relación con los colegas de otras unidades. En todo caso, no se trata de una reunión de síntesis o que tiene por objetivo la resolución de una situación difícil en forma directa.

En quinto lugar, no hay "actas" de las reuniones para incluirlas, por ejemplo, en el dossier del paciente, lo que apunta a lo efímero de la palabra - que no implica en absoluto que sus efectos sean efímeros - y a la perlaboración subsecuente.

Proponemos entonces entender al grupo de reflexión clínica como la habilitación de la *cuestión de la otra escena* funcionando en un espacio entre exterior e interior.

Si como dijimos, la urgencia implica el acercamiento a un límite que anticipa la desestabilización en el caso de los pacientes derivados al Centro, aquí el límite vuelve a

plantearse pero de modo diferente a partir del encuadre, de las reglas y del funcionamiento del grupo. En este caso, la “amenaza” de atravesar el límite se hará presente como algo desestabilizador para ciertas características fundamentales de “la realidad del Centro”: la disponibilidad ininterrumpida y la respuesta inmediata o el hecho de que ocuparse de los pacientes implica estar a su lado. Para aquellos que atraviesan la puerta para participar durante el tiempo de la reunión, las reglas son otras.

Tenemos entonces un primer desdoblamiento: la duplicación de la cuestión del límite en su condición de inestabilidad.

Por otra parte, se tiene un espacio en que sólo cuenta el intercambio verbal y en que el tiempo no está regulado por la prisa de la acción, en que la escucha es un factor esencial y por lo tanto el efecto de la palabra será el de dar al tiempo su valor dinámico de anticipación y retroacción.

Aparece aquí un segundo desdoblamiento: el pasaje de la acción a la reflexión y a la posibilidad del acto.

Además, se introduce la condición de que hablar es siempre dirigirse a otro, y ese otro es alguien siempre diferente de quien creemos “captar” frente a nosotros. Esto se manifiesta muchas veces como sorpresa frente a los colegas que habíamos pensado conocer, o como la sorpresa ante la descripción diferente y hasta contradictoria de situaciones.

Por otra parte, siendo el analista “extranjero al servicio”, no sabe de qué se trata: hay que desarrollar aquello de lo que se habla - el paciente, el funcionamiento del servicio, el modo de actuar habitual de algún miembro del equipo o de alguno de los colegas externos que formulan demandas. En el marco del grupo, la vacilación de las seguridades imaginarias será connotada como **no reductible** pues la maniobra consistirá justamente en no provocar el cierre para que el encuentro pueda producirse preservando el desencuentro estructural.

Tenemos entonces un tercer desdoblamiento: entre el otro semejante de la comunicación y el Otro del lenguaje funcionando en una escena como incógnita y al mismo tiempo como punto contingente de inclusión en el espacio-tiempo, un espacio-tiempo *historizado*³.

Para terminar, comentaremos brevemente una situación del grupo de reflexión, que implica la noción de urgencia, y que tuvo una consecuencia inesperada en el servicio.

En la segunda reunión se había previsto abordar el caso de un paciente que había producido una serie de dificultades y para el cual las propuestas de tratamiento y la evolución habían dejado un sentimiento de fracaso en el equipo. Sin embargo, como uno de los presentadores estaba ausente, se decidió postergar la discusión del caso.

A continuación y justo antes de tomar la palabra, de la jefa de enfermeras deposita su teléfono de servicio sobre la mesa, el analista pregunta entonces: ¿y este teléfono, qué es? Los otros participantes ríen y señalan que

el teléfono es una especie de prolongación de la jefa. A lo que ella acota que en efecto, debe poder estar siempre en contacto con el equipo. En seguida el psiquiatra coordinador evoca su propia situación, respecto a su teléfono que olvida a menudo en distintas partes del servicio y que algunos de los miembros del equipo viene a traerle a un momento u otro, diciendo que quizás ese olvido no sea tan fortuito. Trae como ejemplo una situación particular en que, estando en consulta con un paciente, uno de los enfermeros abre la puerta intempestivamente para darle el teléfono que había olvidado, como si fuera una evidencia que el médico lo necesita.

A partir de este momento, en el grupo se discute la cuestión de las respuestas telefónicas, y las preguntas que se esbozan son ¿en qué casos la respuesta a un llamado se justifica? ¿es siempre urgente?

Las primeras respuestas coincidieron en que lo que debería predominar es el interés del paciente, una cuestión de respeto del tiempo reservado para su escucha. Sin embargo, la pregunta por la significación de la interrupción fue poco a poco declinándose de otro modo, diciendo que el hecho de interrumpir la sesión puede tener diversas significaciones. Se evocó entonces que puede funcionar como ruptura pero también como presencia de un lazo con el exterior o como la operatividad de reglas, es decir que aún los médicos que están “obligados” a responder por sus responsabilidades o también como una presentificación de la continuidad temporal, es decir que se “ausenta” el tiempo de la llamada para luego volver a estar con el paciente. En todo caso, lo que vino al lugar de las primeras respuestas fue una pregunta que no sólo debía buscar su respuesta en cada caso, sino que el sentido de la misma no podría ser dado más que retroactivamente.

Evidentemente, esto no fue garantía de la no interrupción en reuniones posteriores, pues hubo llamados - al teléfono o a la puerta. Pero lo que pudo decirse es que ahora estas interrupciones abrían necesariamente un tiempo de suspensión ligado a una interrogación que aparecía *entre* el momento de la recepción y el momento de la respuesta.

Tenemos pues aquí un funcionamiento diferente. Al principio de la reunión se deja en suspenso la discusión de un caso clínico, en seguida se deja en “espera” el teléfono en la mesa, entonces aparece el tema de la respuesta y del intervalo. Justamente, no se trata de “interpretar” estos elementos. Se trata de mantener abierto el espacio para sostener la emergencia de la pregunta, que viene a redoblar por la ausencia de los llamados telefónicos del exterior al grupo que es el interior del Centro. ¿Ha sido el azar que hizo que no haya urgencias durante esta hora y media? ¿Han sido las reglas diferentes de las del Centro establecidas para el funcionamiento del grupo? ¿Ha sido la representación de quienes han quedado fuera?

El límite, como zona “extendida”, entre la escena del grupo y la escena del Centro, redobla la cuestión del intervalo estructural de la emergencia subjetiva con sus

diversas problemáticas: temporal de anticipación/retroacción, topológica de interior/exterior, lingüística de comunicación/palabra, relacional de semejante/Otro, ontológica de realidad/fantasia.

Es la apuesta de su dinámica, que a partir de las singularidades en su modo de funcionamiento comience a desplegarse un recorrido que permita re-construir para los pacientes, al menos en algunos casos, una *pregunta* y no una *respuesta*, pasando de la gestión de la situación de urgencia a la emergencia posible del sujeto.

NOTAS

1 La Psiquiatría en Francia está sectorizada. El sector constituye la base del servicio público destinado al cuidado sanitario de la población y consiste en un área definida por las condiciones demográficas. En cada región geográfica definida existen sectores para la psiquiatría de adultos, infanto-juvenil y de las prisiones regidos por el Código de Salud Pública.

2 Esto evoca necesariamente el principio del placer y la cuestión del goce pero una explicación, aún somera, excedería la extensión de la comunicación.

3 Mantenemos aquí la distinción propuesta por Eidelsztein (Eidelsztein, 2001) entre el Otro (Autre) y el A (símbolo del término Autre) introducido por Lacan entre sus matemas.

BIBLIOGRAFÍA

Clavreul, J. (1978). L'ordre médical. Paris:Seuil

Eidelsztein, A. (2001). Las estructuras clínicas a partir de Lacan. Vol I. Buenos Aires: Letra Viva.

Freud, S. (1900). La interpretación de los sueños. En Obras completas Tomo IV. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu(1979).

Freud, S. (1919). Lo ominoso. En Obras completas Tomo XVII. Buenos Aires/Madrid: Amorrortu(1979).

Garmendia J. (2004) Urgencia psiquiátrica. Una perspectiva psicoanalítica. En Belaga G. (Comp.) La Urgencia Generalizada. La práctica en el Hospital. Buenos Aires: Grama Ed.

Golfarini, M. (2007) El tiempo lógico de Lacan: algunos aportes a la Teoría del Acontecimiento Didáctico a partir de su estudio mediante una semántica de mundos posibles. (<http://www.edu.mec.gub.uy/innovaportal/file/2786/1/Tiempo%20L%F3gico%20y%20TAcDi.pdf>)

Lacan, J. (1945). Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée. Un nouveau sophisme. En Ecrits (p. 197-213). Paris: Seuil, 1966.

Lacan, J. (1964-65). Séminaire : Problèmes cruciaux pour la psychanalyse. (Inédito)

Martin-Mattera, P. (2005). Théorie et clinique de la création. Perspective psychanalytique. Paris: Anthropos.