

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

El dispositivo psicoanalítico en el hospital general.

Kligmann, Leopoldo, Di Donato, María De Los Milagros, Giusti, Sheila Daiana y Amigone Forte, Joselina.

Cita:

Kligmann, Leopoldo, Di Donato, María De Los Milagros, Giusti, Sheila Daiana y Amigone Forte, Joselina (2017). *El dispositivo psicoanalítico en el hospital general. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/901>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/13a>

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>.

EL DISPOSITIVO PSICOANALÍTICO EN EL HOSPITAL GENERAL

Kligmann, Leopoldo; Di Donato, María De Los Milagros; Giusti, Sheila Daiana; Amigone Forte, Joselina
Universidad de Buenos Aires. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo surge a partir del trabajo clínico y de investigación realizado durante el primer año de la Residencia Universitaria en Psicología Clínica, funcionando actualmente en el Hospital de Clínicas José de San Martín. El objetivo es pensar ciertas particularidades del dispositivo psicoanalítico en el marco de la clínica hospitalaria. En particular se interrogará el pasaje de pedido de consulta a la demanda analítica y el lugar del analista.

Palabras clave

Psicoanálisis, Dispositivo, Hospital, Demanda

ABSTRACT

THE PSYCHOANALYTIC DEVICE AT THE GENERAL HOSPITAL

The present work results from the clinical work and research carried out during the first year of the Clinical Psychology Residency, currently working at the "Hospital de Clínicas José de San Martín". Our goal is to think about the peculiarities of the psychoanalytic device within the framework of the clinical work at hospitals. In particular, we will interrogate the passage from the initial consult request to the analytical demand, and the analyst's place.

Key words

Psychoanalysis, Device, Hospital, Demand

Demanda y posición del analista

Lacan (1975), en la "Conferencia sobre el síntoma", hace referencia al paciente como *analizante*, destacando la posición activa de trabajo. El analizante trabaja para producir una demanda de análisis. Esta última implica un posicionamiento, es el producto de la aparición del sujeto en el punto en que el paciente se vincula con lo que dice. La demanda analítica opera sobre el sujeto del inconsciente, y la condición es que el analizante ponga en juego su decir.

Siguiendo a Bertholet (2013) la experiencia de análisis comienza con el pedido de ser aliviado de un sufrimiento y el psicoanalista no le resta valor a ese pedido sino que se sostiene en él, y cuenta con el síntoma, para ofrecer un trabajo que comience a producir una nueva relación a la verdad. En "La dirección de cura", Lacan (1948) dirá que la transmutación del sujeto es aquello terapéutico que se despliega en el trabajo de la transferencia, experiencia donde el sujeto advierte la responsabilidad en relación a su malestar. Será por efecto de la transferencia y de las intervenciones del analista que se producirá el pasaje del pedido a la demanda.

En esta línea, el análisis propiamente dicho comienza con la producción del síntoma analítico que Freud conceptualiza como "*síntoma neo-producido*" (Freud, 1893). La intrusión de un sin-sentido

en el campo de las representaciones yóicas constituye al síntoma como "*una tierra extranjera interior*" (Freud, 1933). Sin embargo, para que el síntoma analítico se constituya como una nueva versión del padecimiento, Freud indica que debe haber una lectura del síntoma por parte del analista.

Entre el *estallido de la neurosis* y el síntoma analítico neo-producido, hay una operación en la que interviene el analista. Entendemos por estallido de la neurosis el punto de irrupción de un sin-sentido, una ruptura de la homeostasis que conlleva una vacilación en la certeza que el sujeto tiene sobre su ser. Pero aún aquí, no hay una pregunta analítica para Freud, no hay un síntoma analizable: "*No hay aún una pregunta; es un punto de detención, un punto de desalojo del sujeto. El sujeto queda desalojado de esa escena con la que habitaba el mundo: no sabe quién es, no sabe qué quiere*" (Laznik, 2008). Freud halla una posición pasiva que se presenta en el relato como víctima del sufrimiento, tanto bajo el modo del padecimiento mudo, o bien por la vía de la queja.

Que el síntoma sea analizable "*se sostiene en la solidaridad entre esa estructura de compromiso entre representaciones –constitutivas del síntoma– y la estructura de lenguaje del dispositivo analítico*" (Laznik, 2007). Según Freud (1900), el modo de constitución del síntoma y el dispositivo analítico son solidarios en tanto tienen en común las operaciones del proceso primario: condensación y desplazamiento.

Tal como Freud (1904) lo conceptualiza, el *método psicoanalítico, asociación libre y atención flotante*, se fundamenta en la estructura de compromiso de las representaciones. Por lo cual, dichas operaciones que soportan el dispositivo analítico, se sostienen en la palabra delimitada a partir del proceso primario, es decir, representaciones inconscientes susceptibles de condensación y desplazamiento. La posición del analista sostiene el despliegue de la cadena asociativa a partir de la interpretación de la representación reprimida que comanda dicha cadena. Y en este movimiento, vía "falso enlace" (Freud, 1893), el analista mismo, vale como una representación más de la cadena asociativa que permite el despliegue de las asociaciones al sostener el equívoco. Lacan retomará estos desarrollos y postulará el lugar para el analista como "significante cualquiera" (Lacan, 1967), o sea, aquel sentido que previamente respondía por el síntoma, deviene en un significante que sostiene el analista.

El analista en el hospital

Luego de haber desarrollado la posición del analista vinculado a la demanda de análisis, la propuesta del presente trabajo apunta a pensar las distintas formas de presentación de la demanda en un hospital general; en particular, en el marco de la residencia de psicología en el Hospital de Clínicas "José de San Martín". La

misma durante su primer año desempeñó sus tareas en los dispositivos de admisión, atención por consultorios externos, guardia e interconsulta para pacientes atendidos de modo ambulatorio e internados. Este último dispositivo consiste en recibir pedidos de médicos y profesionales de la salud de distintas especialidades, los cuales enfrentan al psicoanalista al encuentro con otros discursos y abordajes del paciente.

Freud en “Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica”, plantea su posición respecto a la posibilidad de que en un futuro el psicoanálisis sea gratuito en distintas instituciones. En relación a esto dice que “*cuando suceda, se nos planteará la tarea de adecuar nuestra técnica a las nuevas condiciones*” (Freud, 1919, p. 163). Actualmente, al estar ya instalado el psicoanálisis como abordaje posible en los hospitales públicos, resulta necesario repensar el dispositivo analítico.

La siguiente viñeta clínica ilustra las modificaciones del dispositivo en el ámbito hospitalario, particularmente el trabajo del equipo de residentes en una interconsulta médico-psicológica a la que fue convocado. El pedido de atención era para un paciente que se encontraba internado en el hospital, el cual recientemente había sido informado de su diagnóstico de HIV. Lo que preocupaba a las médicas era su reticencia a comunicárselo a su familia, lo cual consideraban imprescindible para su tratamiento y prevención de contagio. El pedido puntual era que se lo convenciera de que hable de esto con sus hijos y pareja. La psicóloga que tomó la interconsulta pudo vislumbrar, en la primer entrevista con el paciente, que el espacio de internación en el que se encontraba no era el más propicio para que justamente pudiera hablar de lo que le estaba ocurriendo dado que era interrumpido continuamente con la entrada a la habitación de médicos, enfermeros y particularmente por la madre del paciente que interfería en la charla. Por tal motivo fue requerido un espacio físico cercano a su habitación en donde las puertas pudieran ser cerradas por los minutos en los que el paciente accedía a conversar con la analista, propiciando un espacio íntimo que alojara su padecimiento. De esta manera, dentro de las posibilidades restringidas de la internación, se logró armar un encuadre más propicio para un trabajo analítico allí. A medida que transcurrían los encuentros, pudo ir desplegando sus miedos respecto a su nueva realidad y su futuro. Logró distinguir qué de su limitación a conversar con sus hijos y pareja al respecto se debía a temores propios y en qué medida tenía incidencia sobre ello la opinión de su madre, quien le transmitía importantes prejuicios respecto a su enfermedad.

El paciente pasó dos meses internado, en un contexto donde por un lado, los médicos eran los portadores de un saber sobre su padecimiento orgánico; y por otro, su madre era quien decidía qué podía ser dicho y qué debía ser silenciado. A partir del encuentro con el analista, pudo ir elaborando algo de las contingencias que iba atravesando, y así decidir sobre su cuerpo y su vida, como también sobre a quiénes y de qué manera les contaría su diagnóstico. Como señala Inés Sotelo (2005) “*el analista se ofrece para que el paciente ponga a decir su sufrimiento, para que intente ponerle sentido a eso que se presenta como sinsentido, pero no un sentido cualquier ni un sentido común, sino un sentido particular, único, propio*”.

El tratamiento con este paciente fue abordado desde la ética psi-

coanalítica, es decir, desde una posición neutral, sin buscar imponerle ninguna decisión y sobre todo, respetando sus tiempos y su singularidad. De esta manera, sin desestimar el pedido médico inicial pero sin considerar solo eso, el trabajo se dirigió a brindarle un espacio en donde fuera escuchado y en el que pudiera comenzar a tramitar algo de lo que estaba viviendo.

El paciente logró hablar con su familia en presencia de su médica, lo cual le brindó confianza para afrontar dicha situación. Esta herramienta surgió como posibilidad a partir de lo trabajado en sesión con él y propuesto luego a la médica tratante con la cual fue organizada y gestionada. Finalmente, lo que esperaban los médicos, sin ser el objetivo que direccionaba el tratamiento analítico, surgió por añadidura. Como plantea Mario Pujó (1995) retomando a Lacan, “*aun cuando la demanda sea eliminar el hueco en el orden médico, no es el propósito del interconsultor llevar a cabo tal sutura (...) Sin embargo, no se excluye la posibilidad de un efecto en lo real: volver a poner en movimiento un acto médico que se encontraba momentáneamente impedido u obturado*”.

Esta viñeta permite pensar como el psicoanalista convocado al espacio de interconsulta en un hospital general debe lidiar con múltiples pedidos y *transferencias que se entrecruzan* (Pujó, 1995): poder pensar el pedido inicial del médico, el peso de la transferencia institucional y lograr escuchar al paciente -que muchas veces no es quien demanda ser escuchado-, atravesando “*las dificultades de ingresar en un terreno no familiar- el del padecimiento físico, la afección o desgarramiento del cuerpo, la proximidad real de la muerte, etc.*”. Lograr el diálogo con profesionales de la medicina, suele ser el primer paso del recorrido del interconsultor. Éstos se encuentran *posicionados desde el discurso del Amo* propio de la medicina que “*intentará ocuparse del organismo, desconociendo que éste está perdido para el hablanteser; y que tendrá que verse las con un cuerpo atravesado por el significante, esto es: un cuerpo que goza*” (Sotelo, 2004, p.100).

Es preciso destacar que, tanto en este caso como en muchos otros en el marco del hospital, si bien no se produce un análisis propiamente dicho, las intervenciones siempre se dirigen a causar el discurso del sujeto para escuchar su verdad, produciendo por añadidura efectos terapéuticos.

Barros (2009) plantea que en el tratamiento hospitalario se produce una reducción del deseo a la demanda. De esta forma, la demanda del paciente, del médico o de otros interesados, consiste en una expectativa o idea del cambio que sería esperable del paciente. Al pensar en términos “esperable”, el terapeuta estaría operando desde la lógica del “para todos” inherente de las instituciones.

En relación a esto Lacan (1985) advierte que *la demanda del paciente no se agota en su curación ya que el sujeto puede desear que se lo autentifique en su posición de enfermo*. En otras palabras, debemos estar advertidos del carácter potencialmente engañoso de cualquier demanda, introducir un signo de interrogación en relación a comprender rápidamente lo que el otro necesita (Barros, 2009).

Resulta importante resaltar que el analista en el ámbito hospitalario recibe cotidianamente pacientes cuyo pedido de “ayuda” apunta, por ejemplo, a resolver cuestiones vinculadas a problemas habi-

tacionales, dificultades en las prestaciones de las obras sociales, situaciones que por algún motivo han sido judicializadas, etc. y en dichas circunstancias el analista se presta como agente de salud con intervenciones tales como facilitar el acceso al Servicio de Trabajo Social, sin embargo, en su horizonte apunta a que se produzca una experiencia analítica.

Conclusión

A modo de conclusión, se sostiene que el método psicoanalítico y su dispositivo clásico pueden adaptarse al ámbito hospitalario, repensando cuestiones ligadas al encuadre y no perdiendo de vista el entrecruzamiento de las distintas transferencias en juego.

El psicólogo en el hospital habitualmente es llamado a responder a distintos pedidos y demandas de otros profesionales de la salud y muchas veces a intervenir para relanzar el acto médico obturado. Estos pedidos se suelen realizar con exigencias puntuales respecto a lo que quieren que se trabaje con los pacientes y lo que esperan como resultado de ello. Es importante para el analista tener en cuenta esto a fin de lograr un intercambio exitoso con los demás profesionales. Además, es imprescindible reconocerlo para evitar quedar tomado por ese discurso en el encuentro con el paciente, apostando a que advenga una demanda de análisis, a partir de lo cual el deseo y la verdad, siempre singular, se pongan en juego allí.

BIBLIOGRAFÍA

- Bertholet, R. (2013). Del pedido de alivio a la cura. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/rosario/21-41219-2013-10-31.html>
- Barros, M. (2009). *Psicoanálisis en el hospital: el tiempo de tratamiento*. Buenos Aires. Grama Ediciones.
- Freud, S. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos. En J. Strachey (Comp.). Sigmund Freud. Obras completas. Volumen II (pp. 25-40). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1904). El método psicoanalítico de Freud. En J. Strachey (Comp.). Sigmund Freud. Obras completas. Volumen VII (pp. 233-242). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1919). Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. Obras completas, 17, 151-164. Buenos Aires. Amorrortu Editores
- Freud, S. (1933 (1932)). 31ª Conferencia. La descomposición de la personalidad psíquica. En J. Strachey (Comp.). Sigmund Freud. Obras completas. Volumen XXII (pp. 53-74). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Kligmann, L. (2017). *Superyo y dispositivo analítico en la clínica psicoanalítica (Tesis doctoral)*. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. (En prensa).
- Lacan, J. (1948). La dirección de la cura y los principios de su poder. En *Escritos*, Tomo 2 (pp. 565-626). Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Lacan, J. (1957). El seminario, libro 5: Las formaciones del inconsciente (1957-1958). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1967). Proposición del 9 de octubre. En *Momentos cruciales de la experiencia analítica* (pp. 7-24). Buenos Aires: Manantial.
- Lacan, J. (1975). Conferencia en Ginebra sobre el síntoma. En *Intervenciones y textos*, 2 (pp. 118) Ediciones Manantial. Buenos Aires.
- Lacan, J. (1985). *Psicoanálisis y Medicina. Intervenciones y textos*. Manantial.
- Laznik, D. (2007) *Las nosografías Freudianas y lo "no analizable"*. Sitio web de la Cát.I de la asignatura "Clínica Psicoanalítica".
- Laznik, D. (2008a): Elisabeth Von R: Del padecimiento a la queja y de la queja a la producción del síntoma analítico. Sitio web de la Cát.I de la asignatura "Clínica Psicoanalítica".
- Sotelo, M.I. (2004). La guardia, la admisión, la primera consulta: una coyuntura de emergencia. En Belaga, G. A. (Ed.), *La urgencia generalizada: la práctica en el hospital*. Grama.
- Sotelo, M.I. (2005). *Tiempos de urgencia: estrategias del sujeto, estrategias del analista*. Buenos Aires. JCE Ediciones.
- Pujó, M. (1995) (Ed.) *Formación del Equipo de Interconsulta en el Hospital*. En *Psicoanálisis y el Hospital*, Año 4 (No 7), Buenos Aires, Ediciones del Seminario (versión revisada).