

Transmisión del psicoanálisis en el hospital

(psiquiátrico y/o en los servicios de salud mental de los hospitales generales)

Elida E. Fernández

El hospital es un lugar complejo, contradictorio, que no siempre es hospitalario a los profesionales que ingresan a él para formarse.

Como buena torre de Babel contiene múltiples discursos, que, si bien son bien venidos, a veces hace de los intercambios un diálogo de sordos o una lucha a muerte.

Si hablamos de hospital y psicoanálisis veremos que entre estos dos discursos: el de la Salud Pública y el del Inconsciente ha habido y hay atracción, rechazo, contactos, exclusiones, peleas feroces y muchas paces concertadas por distintos motivos coyunturales.¹

El psicoanálisis actualmente ha derivado en muchas posturas hegemónicas y/o dogmáticas que lo alejan cada vez más de los jóvenes egresados, psiquiatras y psicólogos. Pero no sería justo pensar que sólo la práctica actual del psicoanálisis lo vuelve menos atractivo: la actualidad de imágenes fugaces, tiempos de pantallas, soluciones rápidas, procesos veloces que aseguren el ideal de mostrarse feliz y gozoso... hacen a la caída de nuestra práctica que en algún momento, en nuestro país, estuvo pensada como panacea universal de toda afección neurótica.

¹ Fernández, Elida. Práctica del psicoanálisis en las instituciones hospitalarias. En *Algo es posible*, Letra Viva, 2005.

Dentro de la clínica en los hospitales tenemos la intrincada pirámide de poderes y feudos donde cada jefe de sala aparece como amo y señor, que a su vez depende de los cambios en el poder, de los cambios de gobiernos, que hacen que el director de cada nosocomio, arribe con sus maneras de dirigir tamaña empresa.

Allí, a esa institución que tiene sus reglas y sus mandatos, muchos ancestrales, sus odios y peleas, sus acólitos y sus detractores, aterrizan los jóvenes e inexpertos residentes...que quieren cambiar el mundo. Y, en el mejor de los casos, desean imponer sus ideas, sus ilusiones, sus aires de renovación.

¿Cómo ocurre allí, en esta colisión, la transmisión del psicoanálisis?

Los residentes son psicólogos y psiquiatras recién recibidos que han pasado un examen riguroso para obtener el cargo. Nada se conoce de ellos como sujetos, no hay entrevista previa ni nada parecido, solo entran por sumar puntaje. En su mayoría no tuvieron contacto ni encuentro alguno con pacientes psi, sólo de lejos o a condición de no hablar, sólo pudieron observar en silencio. Como un ensayo sin vestuario ni escenografía y en el que repiten monótonamente un parlamento.

El hospital los espera con un ritmo muy distinto al de las aulas: en las guardias y en las salas de agudos el tiempo urge. Y ellos deben entrar en escena. El encuentro con el propio desconocimiento de qué hacer, cómo pensar lo que se ve y se escucha, con qué herramientas operar sobre lo que acontece en el hospital, se hace rápidamente evidente y a veces angustiante.

Las demandas del jefe de sala, de los compañeros de años superiores, del jefe de residentes, son muchas, variadas y a veces contrapuestas y/o arbitrarias. El horario que hay que cumplir de horas de clase, horas de atención, horas de supervisión y las angustias de palpar todo lo que se ignora, hace del residente una especie de *boyscout* o *girlscout* que corre por los pasillos y duerme en los lugares más insospechados... mientras se pregunta qué hacer o no hacer con cada paciente.

Los comodines psicoanalíticos más difundidos, de “lo vemos la próxima”, “lo hablamos luego” son inútiles, ya que no se sabe si habrá luego ni próxima, porque el paciente está aquí hoy y mañana no se sabe.

Esto marca el tiempo de la urgencia donde los tres tiempos lógicos²: *el instante de la mirada, el tiempo para comprender y el momento de concluir no pueden quedar demorados*. Los jóvenes buscan ayuda rápidamente en las supervisiones y se ven compelidos a implicarse en cada clase, preguntando, compartiendo, discutiendo. El paciente y su problemática apremian. El riesgo del acting y del pasaje al acto están casi siempre acechando: desde el paciente y del lado del propio profesional que sabe que su urgencia puede llevarlo a precipitarse al vacío o a entrar en un mutismo que expulsa al paciente. El encuentro entre el joven profesional y el paciente, muchas veces psicótico, muchas veces asilado hace mucho tiempo o con recurrentes internaciones, es un choque cruento.

La pobreza de recursos económicos del hospital, la pobreza de recursos teóricos y prácticos en los profesionales recién llegados, la pobreza de visibilidad de los problemas en salud mental hace de este encuentro un colapso, algo se detiene, no funciona. Pero Walter Benjamin³ nos habla de *otra pobreza*: la de la experiencia en el siglo XX por los cambios en Europa ligados a los avances de la técnica, la vida en las ciudades y la gran guerra. En este texto imprescindible de 1933, el autor cuenta cómo los hombres que vienen de la guerra no lo hacen enriquecidos, sino más pobres en experiencias, en la medida en que no lograron dar sentido a las vivencias por las que pasaron. Para Benjamin la experiencia no es cualquier vivencia, ni cualquier encuentro con el mundo: *es una elaboración de ese material en la forma de un relato significativo para otros*. Esta forma de pensar la experiencia nos aleja del empirismo, ya que implica una apropiación

² Lacan. *Escritos I*. El tiempo lógico y el aserto de certidumbre anticipada. Un nuevo sofisma. Siglo XXI editores, México, 1971.

³ Benjamin, W. “Experiencia y pobreza”, en *Discursos Interrumpidos I*. Taurus, 1982, Madrid.

y una elaboración de la tradición. La experiencia encuentra en el lenguaje el medio que la hace posible de tal manera que la mudez de los soldados que vuelven del frente muestra una incapacidad para hacer experiencia.

Volviendo desde estos conceptos a los residentes en salud mental podemos situar acá que la *Erlebnis* como experiencia inmediata debe encontrarse necesariamente con el tamiz de una teoría posible que la acoja, siempre con un resto, siempre a medias, para poder transformarse en *Erfahrung* como experiencia auténtica fundada en la memoria de una tradición cultural e histórica.⁴ Es el psicoanálisis quien tiene en nuestro país la mayor tradición e historia como instrumento clínico terapéutico, y es Lacan el que introduce la posibilidad de pensar las cuestiones preliminares acerca de los tratamientos posibles con los pacientes de estructura psicótica.

No porque la escuela inglesa no hubiera abordado los tratamientos con pacientes psicóticos, de cuya clínica nos han legado muchos historiales con una gran honestidad, sino que, en su vuelta a Freud, a Lacan se le hacía necesario marcar las diferencias en el abordaje de un psicoanálisis pensado para los padecimientos neuróticos y, los tratamientos posibles, para aquellos que tienen el Inconsciente a cielo abierto.

Para algunos residentes el encuentro con lo real del dolor, el padecimiento y las condiciones paupérrimas, pueden convertirlos en soldados que vuelven mudos de una guerra que no entienden. Algunos quedan en el camino, ya sin entusiasmo, otros refuerzan el desafío y aprenden a pertrecharse. Son los que buscan el oro en el barro.

En el hospital además de encontrarse con el dolor del otro, con muy complejos decires, o con silencios abismales, con la pobreza que acecha, con la falta de redes familiares confiables, con la ausencia o falta de lugares institucionales, se les requiere que den altas lo

⁴ Staroselsky, Tatiana. *Consideraciones en torno al concepto de experiencia en Walter Benjamin*, [www.memoria.fahce.unlp.edu.ar > trab_eventos > ev.7648.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.7648.pdf)

más rápido posible sin tener lugares de medio camino o alternativas de preparar el salto a la sociedad hostil.

¿Con qué cuentan?

Primero con una gran dosis de *curiosidad*.

Segundo con la *capacidad de disentir* y no obedecer automáticamente a las exigencias de los jefes que, por ejemplo, les dicen que no escriban historias clínicas ya que el único que las va a leer es el juez en caso de algún juicio.

Tercero, aunque este orden es aleatorio, con la capacidad de luchar contra los espejismos del ultimísimo texto de psicoanálisis que los psicólogos aprendieron en la facultad, sin mucha noción ni práctica con los pacientes y comenzar a leer sin ningún *índex* ni prohibición, buscando la red conceptual que pueda tenderse sobre ese real para obtener alguna elaboración transmisible de ese agujero que nos abisma en la clínica. *Leer, compartir con los compañeros, llevar el caso a supervisar*⁵.

Quizás el furor curandis con el que cada uno llega sea no solamente algo a perder sino también algo que posibilita estar.

¿Con qué se encuentra el residente en el hospital?

Y aquí no hablo desde mi lugar actual de supervisora de residencias, sino desde mi residencia cursada en el Borda desde 1970 al 73.

La clínica en el hospital no es un relato, es un acto que sucede ante nosotros, es un acto del que después devendrá un relato

Vemos, escuchamos, somos testigos de lo que se hace con los pacientes. Lo que el jefe produce con los internos, por ejemplo, cuando llega y saluda a cada uno dándole la mano. Lo que el cabo de enfermería produce cuando interviene porque un paciente quiere agredir a otro. Lo que un colega dice cuando se encuentra en el pasillo con el paciente que lo está esperando. Qué se dice, qué se hace, qué produce efectos y qué no.

⁵ Es muy llamativo que en las supervisiones grupales casi todos los residentes conocen el caso que se supervisa.

Luego de ocho horas diarias de trabajar en el hospital vimos a nuestros pacientes levantarse, tomar o no la medicación, empeorar, mejorar, almorzar, quejarse, buscarnos a veces para conversar, pelearse con los otros o perseguirse. Nos sentamos con ellos, paseamos en el jardín mientras transcurre su sesión, sabemos si la familia lo visita o no, conocemos a los parientes.

Tengo múltiples anécdotas de mi vida en el hospital, intervenciones de pasillo del jefe de sala que me marcaron un antes y un después. Comentarios de mis colegas que me hicieron repensar un tratamiento. Supervisiones que jamás dejo de recordar con admiración.

La clínica del hospital transcurre ahí y en ese momento, luego la pensamos, la hacemos tema de conversación, de discusión, de debate, causa de lectura e investigación y luego escrito.

La transmisión que se produce de tan peculiar manera, no es consciente ni voluntaria, cada uno tomará del que transmite un rasgo que lo toca en su propio agujero, se podrá apropiar o no. Lo hará suyo si lo hace pasar por su historia, por sus experiencias y por sus significantes. Sin embargo está atravesada y sostenida por aquello que Freud nos dice al final del caso Shreber:

*“El porvenir decidirá si la teoría integra más delirio del que yo quisiera o el delirio más verdad de la que los otros hallan hoy posible”*⁶

Hoy sabemos que lo que hace que el psicoanálisis no sea un discurso delirante es precisamente sus carreteras principales teóricas y prácticas, sus principios fundadores: lo central de la castración en el humano, la ley de prohibición del incesto, la constitución deseante del sujeto, la insistencia de la verdad de cada uno desde su inconsciente o a través del delirio.

“Eso” en el hospital se aprende estando, escuchando, caminando por la sala, haciendo guardia, leyendo mucho, debatiendo en cada ateneo, analizándose y preguntando, sabiendo que muchas veces no hay respuesta o viene después.

⁶ “Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito”, O. C., Biblioteca Nueva, Madrid 1948, p. 692.

Un residente contaba su propia impresión cuando la supervisora dio vuelta la hoja que él le extendía, para mirar lo que estaba escrito atrás. Este acto, aparentemente insignificante, lo había conmovido. A él nunca se le había ocurrido dar vuelta la hoja para ver lo que el paciente había escrito detrás.

Es como descubrir, en las películas de Fellini y de su mano, el truco que hace que veamos un transatlántico en el mar en la oscuridad de una sala de teatro. El director mostraba en sus películas, con qué esfuerzo los operarios movían, tras bambalinas, las roldanas para hacer que las olas imitaran la tempestad.

Mirar la otra escena, como hizo Freud, es una transmisión del psicoanálisis, que todo el tiempo estamos investigando caso a caso, en el hospital: *hoy mejoró, ¿porque vino la madre? ¿porque pudo volver de la salida sin brotarse? ¿Dónde están las roldanas que mueven las olas? Hay que preguntarle a los que hicieron guardia anoche, al enfermero de turno, al jefe de sala, luego pedimos supervisión, lo discutimos también con los de tercero. Podría ser un cambio de medicación, hay que reunirse con el psiquiatra, con la residente que recibe a la familia. Podríamos llevarlo al ateneo.*

Se va armando un tejido entre muchos, se formulan muchas preguntas, se abren abanicos de posibilidades.

En el hospital no estamos solos. Podemos trabajar en equipo

Recuerdo una vez, siendo R1, me encontré con una mujer muy mayor que había venido a visitar a su hijo esquizofrénico internado en la sala. Como la vi muy angustiada y temblando la llevé a un consultorio para hablar. Se llamaba Gissa. Lloraba profusamente, sacó un revólver de su cartera ajada y dijo: *vengo a matar a mi hijo, luego me mato yo.* No tengo idea qué le dije, sí recuerdo que salí corriendo por los pasillos para buscar un psiquiatra y hablarle entre los dos. Recuerdo que le propusimos que se tratara, que no era manera de resolver las cosas y así fue que Gissa pasó a visitarnos una vez por semana, para relatarnos su tragedia y aceptar alguna medicación. Aún conservo los guantes que me tejió para una navidad.

Aprendí mucho de esos encuentros, fue interesante descubrir los distintos relatos que nos hacía al psiquiatra y a mí. Hacíamos supervisiones conjuntas llenas de interrogantes, algunos conservo, junto con los guantes.

Así íbamos entrando en una serie, éramos la camada del 70, “los mayores” que nos precedían nos guiaban, nos supervisaban de apuro, nos daban indicaciones, también nos impulsaban a escribir.

Dice Pierre Legendre:⁷

“Entrar en un linaje, es entrar en algo que desgarrar al sujeto, obligándole sobre todo a desplazar el amor por su imagen a otra parte diferente de la superficie del puro espejo” (p. 49).

Más adelante (p. 95) subrayo:

“La filiación es el eje de la institución genealógica. Allí donde cada quien no puede enfrentarse al abismo, interviene la filiación como montaje de legalidad, que constituye a la vez el instrumento jurídico de la socialización del sujeto -un discurso realizado para todos- y el intermediario del lenguaje por el que cada quien reanuda indefinidamente con su propia representación del ¿qué es?, con su fantasma de los orígenes. En suma, lo que la genealogía asume es crear, por las vías de derecho necesarias para el funcionamiento del montaje, el artificio de la cadena de generaciones”.

En el hospital, si no huimos en vergonzosa retirada, entramos en cierto “linaje”.

Los jóvenes se numeran, R1, R2, y así. Luego se nombran analizadas, terapeutas, profesionales en formación y se inscriben en cierto lugar en relación a sus maestros: freudianos, lacanianos, cognitivistas o perteneciente a las distintas parroquias y feligresías que ofrecen albergue y transferencia.

El hospital ofrece el encuentro con lo real del padecimiento con una red de contención que posibilitan los otros: los compañeros, los jefes, los supervisores, los docentes. Con la posibilidad de encon-

⁷ Legendre, P. *El Inestimable Objeto de la Transmisión*, siglo XXI editores, México.

trarse con múltiples versiones del padecimiento, con las más extrañas singularidades, con los testimonios más sabios de cada particular devenir.

El hospital marca a sus residentes y los residentes marcan a la clínica en el hospital privilegiando la escucha, poniendo las luces detrás de escena, recuperando lo no dicho en un decir posible que teja un cañamazo a tanto agujero. Y vamos con Freud y Lacan, con Winnicott y Klein a reinventar ese encuentro transferencial que siempre es único y que podemos hacer transmisible.

Como dice Susan Sontang: ⁸

La compasión es una emoción inestable. Necesita traducirse en acciones o se marchita. La pregunta es qué hacer con las emociones que han despertado, con el saber que se ha comunicado. Si sentimos que no hay nada que «nosotros» podamos hacer —pero ¿quién es ese «nosotros»?— y nada que «ellos» puedan hacer tampoco —y ¿quiénes son «ellos»?— entonces comenzamos a sentirnos aburridos, cínicos y apáticos.

La apuesta está hecha.



Resumen: En el encuentro de estos dos discursos se plantea si es posible la transmisión donde la urgencia marca y acelera los tiempos lógicos. Se describen las distintas pobreza con las que se encuentra el residente de salud mental y la pobreza de la que nos habla Walter Benjamin. Pensamos la Clínica hospitalaria como acto que deviene relato. Se destaca la importancia del trabajo en equipo y la presencia del otro como compañero, jefe, supervisor y/o docente. El encuentro del joven profesional con lo real del padecimiento, también lo incluye dentro de una cadena simbólica que lo inscribe en una filiación, una genealogía, como nos enseña Pierre Legendre.

⁸ Sontang, S, *Ante el dolor de los demás*, Santillana, 2003, Madrid.

Descriptores: Hospital, Experiencia, Formación psicoanalítica, Transmisión.

Transmission of psychoanalysis within the hospital (psychiatric and/or in mental health services of general hospitals)

Abstract: In the encounter of these two speeches, it is posed whether the transmission is possible there where the urgency marks and accelerates the logical times. The different poverties that the mental health resident encounters and the poverty that Walter Benjamin speaks of are described. We think the hospital clinic as an act that becomes a narrative. The importance of teamwork and the presence of the other as a partner, boss, supervisor and/or teacher are emphasized. The young professional's encounter with the real of the suffering also includes her/him within a symbolic chain that inscribes her/him in a filiation, a genealogy, as Pierre Legendre teaches us.

Descriptors: Hospital, Experience, Psychoanalytic training, Transmission.

Transmissão de psicanálise no hospital (hospital psiquiátrico e/ou nos serviços de saúde mental de hospitais gerais)

Resumo: No encontro desses dois discursos, propõe-se se a transmissão é possível onde a urgência marca e acelera os tempos lógicos. São descritas as diferentes pobrezaas com as quais o residente da saúde mental se encontra e a pobreza de que Walter Benjamin fala. Pensamos na clínica do hospital como um ato que se torna um relato. A importância do trabalho em equipe e a presença do outro como colega de trabalho, chefe, supervisor e/ou professor são destacadas. O encontro do jovem profissional com o real do sofrimento o inclui também dentro de uma cadeia simbólica que o inscreve em uma filiação, uma genealogia, como Pierre Legendre nos ensina.

Descritores: Hospital, Experiência, Formação psicanalítica, Transmissão.

Elida Ester Fernández: Licenciada en Psicología. Residente de salud mental en el hospital José T. Borda 1970-1973. Autora de *Diagnosticar las Psicosis, Las Psicosis y sus Exilios, Algo es Posible, Umbrales*, todos de Editorial El Megáfono. Coordinadora de la Investigación clínica premio 2010 en Centro de Salud Arturo Ameghino. Supervisora a demanda de los residentes en salud mental.