

La presentación de pacientes en el contexto de la carrera de psicología

Creemos que solo se comienza el aprendizaje de la psicopatología cuando se ha estado “viendo y escuchando presentaciones clínicas” de pacientes durante largo tiempo. Pero las “otras patas” del aprendizaje se completan con la lectura minuciosa de los clásicos, las supervisiones, el análisis personal y el vivir ciudadanamente. Ser no solamente un analista, sino también un ciudadano analista, atento a los pormenores de la urdimbre creencial de nuestra época. Esto lo transmitimos desde el inicio de las clases.

La presentación de enfermos es antigua en la clínica psiquiátrica, y encontró su apogeo en la clínica francesa y alemana tradicional y luego fue decayendo en el 60-70 merced al “incidente antipsiquiátrico” que calificaba al dispositivo de mostración zoológica.

Aceptemos que las críticas a las prácticas segregacionistas de la psiquiatría clásica reconocen un punto de partida cuya legitimidad nos parece indiscutible desde el psicoanálisis y

los derechos humanos. Sin embargo “las almas bellas”, sublevadas contra las “mostraciones”, se identificaron con los pacientes psicóticos hasta abandonar toda clínica en un activismo militante que encontró un fértil espacio en el manicomio, olvidando que todo el espacio social se estaba transformando en un “panóptico” gigantesco. Tal fue la actitud del Laing, Cooper y otros.

Esto no significa por nuestra parte avalar el singular y arcaico procedimiento psiquiátrico que busca que el enfermo revele y hasta confiese su delirio ante una audiencia calificada y responsable.

Pero ¿Qué sucede con una nueva presencia en la clínica de la psicosis? La del psicoanalista.

Presencia del psicoanalista, reanimando la estética de la clínica psiquiátrica, cuando ésta comienza un decaimiento mortal. Advertimos que no hay una sola psiquiatría actual. La globalización, en su anhelo unificador totalizante ha ordenado el campo

a través de nuevos manuales: DSM IV, CIE X, escalas y tratamientos psicofarmacológicos y cognitivos. La observación clínica, el inmenso legado de las escuelas francesas, alemanas y su último texto el: “Manuel de Psychiatrie” de Henri Ey (1977), son negados (renegados) por una enumeración monótona del padecimiento subjetivo en una enumeración concentracionaria.

Nosotros, en el Hospital J. T. Borda y específicamente en el Departamento de internaciones psiquiátricas hemos mantenido esta tradición no ya como una mostración, sino como una presentación de enfermos, presentación que ha dejado impresiones duraderas en distintas camadas de alumnos, concurrentes y residentes, impresiones que a nuestro entender se transforman en enseñanzas.

El texto de Henri Ey nos sirvió durante años como guía para estas presentaciones aunque de ello (de las presentaciones) Ey poco comenta. No nos dice mucho de su propio aprendizaje en la Enfermería Espe-

cial de Paris, "El Depot", donde G. G. de Clerambault impartía su enseñanza a alumnos como Lacan, Ey, Ajurriaguerra, Follin y otros.

Aprendimos todos, en el Servicio de guardia y en el viejo Servicio 23, que "heredamos" del Profesor Eugenio López de Gomara, las diferencias entre un trastorno agudo (trastorno de la conciencia) y un trastorno crónico (trastorno de la persona), el estudio de la estructura psicopatológica en profundidad y su sentido existencial, el intento de conciliar el "esprit géométrique y el esprit de finesse" (Pascal). Lamentablemente esta enseñanza se ha vuelto marginal en la medida en que el aprendizaje académico ha terminado en una neurobiología acotada al animal máquina, presa de un "disorder" o falla mecánica.

Se ha olvidado lo fundamental, lo que durante cincuenta años afirmaron los fenomenólogos; que el "encuentro", constituye la esencia primordial de la terapéutica psiquiátrica y psicopatológica y que solo, en él, puede tener su punto de partida una actuación médica o psicológica orientada científicamente.

Este encuentro siempre nos provocó un sentimiento de asombro y ansiedad, porque, para decirlo muy simplemente, un enfermo, un desafortunado, nos plantea durante una o dos horas dilemas a veces insondables, saliendo de la lógica de lo que se llama un caso difícil para entrar en una lógica del detalle, del diagnóstico diferencial en el que el sujeto encuentra sin saberlo, su destino.

Por lo tanto este encuentro es algo nuevo y único, y debería ser necesari-

amente el emblema de la psicopatología y probablemente de casi todas las ciencias llamadas todavía, ciencias humanas.

Hay palabras que transmiten una herencia y hay otras que cuestionan la herencia que transmiten. Jaques Lacan, médico legista psiquiatra, psicoanalista ha seguido este método, revisando en detalle los fundamentos de la clínica, sin dejarla nunca. Nunca abandonó la nosografía francesa clásica, ni la fineza de la mirada clínica, pero le agregó una polivalencia henchida de significación, las dio vueltas, incorporó psicogénesis primero, estructura y matemas luego, hasta acabar en una clínica del symptôme (de lo santo, del "saint-home, el salvador).

La presentación de enfermos es una práctica por lo tanto originariamente psiquiátrica, de lo cual se sirve Lacan para la transmisión de algunas conceptualizaciones sobre el psicoanálisis y la psicosis. Nuevamente lo paradójal: una práctica psiquiátrica clásica, una práctica canónica que se convierte en método de investigación clínica para el psicoanálisis.

En el "Pequeño discurso dirigido a los psiquiatras" aclara que se trata del psicoanálisis en el ámbito de lo colectivo y no de los efectos del psicoanálisis localizado. La práctica ha sido subvertida por un analista.

La presentación es un dispositivo: un paciente es convocado a sostener una interlocución con un presentador, a espaldas de un público que, silencioso escucha, un público atento, que no puede intervenir con preguntas ni comentarios. (Primer tiempo). En el segundo tiempo, el público y el

presentador dicen algo de lo dicho. Discuten, dudan, y estos hechos, reverberan.

Necesarias presentaciones, en tanto se constituyen en un lugar privilegiado de interrogación del psicoanálisis para con la psicosis y también a la inversa. Ya en la tesis de 1932, Lacan escribe: "Pero hay un tercer plano, que no podemos pasar por alto si queremos juzgar bien el estado actual de lo enferma. Aunque los temas de su delirio ya no arrastren ahora ninguna adhesión intelectual hay algunos que no han perdido del todo un valor de evocación emocional en el sentido de creencias antiguas. "Hice esto, porque querían matar a mi hijo", dirá todavía en el momento actual. Empleará una forma gramatical de este tipo, directa, y conforme a la creencia antigua, durante un interrogatorio excepcional a la que la somete una autoridad médica superior, o en presencia de un público numeroso.

En el primero de estos casos, su emoción se traduce en una palidez visible y un esfuerzo perceptible por contenerse. En presencia del público, su actitud corporal, siempre sobria y reservada, será de una plasticidad altamente expresiva y de un valor extraordinariamente patético en el mejor sentido del término. Con la cabeza levantada los brazos cruzados tras la espalda, habla en voz baja, pero vibrante; ciertamente se rebaja al excusarse, pero invoca la simpatía que se debe a una madre que defiende al hijo".

Lacan remarca aquí el privilegio de la presencia del público, al punto que la paciente revela un viraje de forma y temática en su decir. ¿Es el público el Otro encarnado en su mutismo?.

¿Cómo ignorar esa terceridad que modera el efecto especular de la lucha a muerte por el puro prestigio y que no hace ya necesario para Aimée, “un esfuerzo perceptible por contenerse”? Moderación del goce, diríamos hoy, por el psiquiatra presentador en su forma más clásica.

Volviendo al público, los alumnos, vienen por su interés y decisión personal y aunque provenientes de la universidad no son sometidos a ningún régimen de asistencia. Es lo que se llama un lugar “éxtimo”: dentro y fuera del discurso universitario, convocados a escuchar y participar. Los pacientes, en su mayoría, provienen de una demanda de los profesionales tratantes con respecto a su diagnóstico y tratamiento.

Tratamos que no sea una mostración, sino una presentación. Se parte de la posición del no-saber tanto del entrevistador como del público, en tanto se privilegia la particularidad del sujeto. El paciente es el interlocutor, del él se espera aprender, lo que deja al público en posición tercera. El entrevistador apuesta a producir el sujeto, se presta como testigo de verdad, buscando las vías de producción de esa verdad de ese sujeto específico, único.

¿Pero, puede ser un presentador cualquiera?. ¿Bastaría con ser analizado con deseo de presentar?.

Vemos que no es así, la psiquiatría y la psicopatología siguen siendo disciplinas, un cuerpo de conocimientos estrictos, que requieren de un arte, de una “pericia” (Jaspers) que se aprende como propedéutica en un largo diálogo intersubjetivo con aquellos que provisoriamente denominamos

“enfermos” mentales. Pero solo la discusión colectiva del diagnóstico diferencial, llega al buen diagnóstico y tratamiento. Esta “pericia”, y este “deseo de presentar” son un paso, pero la puesta en marcha de un dispositivo de transmisión hace del uso necesario del psicoanálisis el operador de una nueva clínica, la clínica de la escucha en la que el paciente singular, en general fuera del discurso presenta un enigma. Una pregunta que retorna invertida ya al final del recorrido lacaniano, pasando de la psicogénesis a preguntarse como es que alguien puede no estar loco, si es el Otro quién lo habla, el Otro del deseo, lo Real imposible y lo que hay del yo alienante. Pregunta que el espejo no resuelve, el matema no escribe, la topología no hace mostración, el nudo no anuda. Es entonces la presentación una práctica-teórica de borde. Pero también esta práctica produce a veces efectos sobre los enfermos. Recuerdo una entrevista con un supuesto esquizofrénico joven de 21 años, llevado al Borda después de haber sido obligado por su padre, a los golpes, a confesar su “homosexualidad”. El enfermo presentaba el diagnóstico apresurado de “esquizofrenia paranoide”, sambenito característico del apresuramiento de la guardia. Al comenzar el diálogo, dice con profusión sobre estos síntomas, para pasar a relatar su enamoramiento idílico-platónico con otro interno, comentando con arrobamiento sus paseos por los jardines del manicomio que pintaba como los jardines de Versailles, mientras tomaba un refresco conocido.

Al decirse que parecía hablar de una propaganda televisiva del refresco y que los “jardines” eran más bien páramos, cambia el decir: dirigiéndose

al presentador, al mismo tiempo, se pregunta si desea sexualmente a su compañero o está fantaseando con eso.

El viraje del discurso es inmediato, hay una referencia al otro, que abre el fantasma histérico en la pregunta por su ser sexuado. Ha caído la identificación insostenible con el psicótico y el presentado al retirarse tuvo otra preocupación: ¿Cómo estuve,... bien?. Muchos plantean la búsqueda de las formaciones clínicas: neurosis, perversión o psicosis; especificidad que dice de cómo el hablante habita la estructura, la del lenguaje. Pero parece que es impensable formular cualquier pronóstico sin tener en cuenta las modalidades del goce determinantes. Hay enfermos no psicóticos tan fuertemente tomados por el goce del síntoma cuyo pronóstico no es bueno (jugadores, adictos, neuróticos obsesivos...). Por lo contrario muchos psicóticos logran cierta restitución, cierto cierre. Corte (¿metáfora?) que aplaca notablemente y abre a veces nuevas posibilidades de tratamiento.

Apostamos a las presentaciones en las que ponemos en acto, esencia del psicoanálisis en tanto que aparente, una clínica del por-venir, una clínica que no es la clínica que ofrece el tópico DSM IV- Pero también abrimos a los alumnos, la posibilidad única de que estos puedan sensibilizarse al carácter de este encuentro de modo tal que puedan asimilarlo como “saber”, y ponerlo al servicio del paciente.

Pero también, una cierta “disciplina ascética”, alejada de la universidad, la puntualidad para no interferir con una movilidad espacial que en general es inconveniente; la abstención

de toda manifestación afectiva, la renuncia a la tentación de comentar con los colegas; la contención de la contrariedad que surge cuando no se lo oye bien al paciente (Samuel Basz, Diario Página 12, Ni capricho....).

Muchas veces nos preguntamos por el pronóstico. Tomamos acá una cita textual de Jaques-Alain Miller: “-A menudo la última pregunta de Lacan a su enfermo era esta: ¿Y cómo ve usted el futuro?. Una joven paranoica responde que ella esta segura ahora de que dio vuelta la página, que todo irá cada vez mejor, y Lacan asintió. A penas ella había vuelto la espalda,

el dijo: “Empezó mal, no saldrá de esto”.

¡La asistencia se sintió conmovida por un giro tan súbito! Debo decir que no nos habíamos inclinado en ese sentido en el curso de la entrevista....”.

El asombro que nos convoca a la presentación, el asombro que según Heidegger es el fundamento de la filosofía presocrática y por lo tanto de Occidente, vuelve a ceñrar la presentación en una dialéctica interminable.

Bibliografía general:

“MILLER, JAQUES-ALAIN: Enseñanzas de la presentación de enfermos”, en Ornicar N° 3 Barcelona 1981.

“Una psicosis lacaniana” presentación de el caso de JAQUES LACAN. Texto establecido por JAQUES-ALAIN MILLER (Traducción de Vicente Palomera) en L-ment @l N° 1- Sección Clínica- Bogotá 2004.

“La psicosis paranoica y sus relaciones con la Personalidad”. JAQUES LACAN. 1976 Editorial Siglo XXI, Pág. 142. Buenos Aires.