Lic. Estefanía Szenejko

Hospital Tobar García- Concurrente quinto año.
estefaniaszenejko@gmail.com

Crónicas de una concurrente: Psicoanálisis, en contexto hospitalario y sus problemáticas actuales en población infante - juvenil

Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época

J. Lacan

Hacer con “el psicoanálisis” en un hospital monovalente es un emprendimiento que con certeza se debe realizar con y junto a otros/as.

El hacer, el saber hacer con un paciente agudo e infante/ juvenil enjambrado en un contexto socio histórico político familiar complejo y en la mayoría de las veces vulnerado, solicita el trabajo de un equipo multidisciplinario. Buscar ese “aleph” que nos oriente, o al menos que nos permita establecer ciertas marcas para que el vínculo transferencial nos dé acceso a trabajar con el padecimiento, vislumbrar algo de ese sujeto, particularmente, su posición. Ante todo ofrecer un lugar. Diagnosticar, armar un plan farmacológico y terapéutico, se piensa a modo de estructurar las ausencias, suele ser la triada que intenta guiar la dirección de la cura.

La población infante-juvenil es, sin duda, un grupo vulnerable debido, entre otras cosas, a su etapa de desarrollo. Durante esta fase, los niños y adolescentes están en proceso

de formación tanto física como psicológica, psíquica, haciéndolos susceptibles al impacto de crisis familiares y sociales. Las experiencias adversas durante esta etapa pueden tener efectos duraderos en su salud mental y bienestar general.

Cabe preguntar, si en las urgencias subjetivas de nuestros pacientes, la excitación psicomotriz, los pasajes al acto, las conductas autolíticas, son la respuesta a preguntas que no pudieron satisfacerse o no fueron alojadas, como una primera hipótesis.

Jacques Alain Miller se pregunta acerca del tiempo en el cual los oráculos dejaron de predecir en Grecia, situando un efecto similar respecto al nuevo concepto de inconsciente de nuestra época. En la actualidad, nuevas versiones sintomáticas nos interpelan en relación a los padecimientos en NNYA. Se trabaja en una clínica donde prima el vacío, los pasajes al acto, los intentos de suicidio y la angustia, que se precipita e interroga.

Estos cuadros se presentan con el común denominador de la ausencia de la inscripción del Nombre del Padre, de la ley, del límite, de un borde que organice. El dolor está, pero no se encuentra palabra ni se enlaza ni se logra recuperar algo de la propia historia. Miller indica que cuando el nombre del padre no opera, el Otro aparece con su maldad real. Hay un vacío que se vuelve tangible, se materializa, en la mayoría de las ocasiones en un diagnóstico y en un devenir institucional que deriva y pocas veces aloja.

Desde el psicoanálisis, sostenemos, que los problemas son del orden de la ética, no del diagnóstico, de la clínica, en una segunda hipótesis, podríamos ampliar la cuestión y pensar que los problemas sociales también se incluyen en la ética. En relación a esto, Juan Mitre se pregunta “¿Cómo hacer presente la ética del discurso analítico en el campo social?”, entendiéndolo que para que un discurso esté vivo debe estar encarnado, por tal motivo, la apuesta consiste en introducir la presencia real del analista en el campo social, en sus instituciones.”

A raíz de lo anteriormente dicho, mi paso por un hospital monovalente, como analista en formación, me convocan a pensar ciertas preguntas:

¿Cómo se presenta la ética del discurso analítico en el ámbito hospitalario?

Si los padecimientos y las urgencias subjetivas de los pacientes que acuden al hospital se relacionan con la falta, el rechazo de un lugar, para advenir sujeto y poder realizar lazos con otros (...)

Lacan dice: “subjetivar es tomar lugar para un sujeto válido en otro sujeto”, encontrar un lugar dentro de la estructura simbólica donde el sujeto pueda reconocer su propia validez. Este lugar permite que el discurso analítico aborde los aspectos difíciles e impasses estructurales de la experiencia

humana, lo que ayuda a que emerjan nuevas comprensiones y evita que el sujeto caiga en una espiral autodestructiva.

El psicoanálisis en el ámbito hospitalario

“Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica” es un texto que Freud ha leído en el año 1918, en Budapest en el marco de un Congreso Psicoanalítico Internacional. En el texto, sugiere que en el futuro el psicoanálisis podría expandirse para llegar a un público más amplio, incluso a las clases populares, y que estos tratamientos podrían ser ofrecidos de forma gratuita por el Estado. Freud dirá: “cualquiera que sea la forma futura de esta psicoterapia para el pueblo y no importa qué elementos la constituyan finalmente, no cabe ninguna duda de que sus ingredientes más eficaces e importantes seguirán siendo los que ella tome del psicoanálisis riguroso”. Esto implica una conexión profunda entre la técnica analítica, la ética y las circunstancias sociales y materiales.

Con respecto a esta premisa, vale la siguiente pregunta, tomando a Elida Fernández: “

¿Qué hace un psicoanalista cuando no hay un discurso, ni un texto sino algo que se muestra solo para la mirada o un silencio tozudo que da cuenta del vacío?”

Para responder a esta pregunta, me permito poner en algunas palabras, los primeros efectos que me condujeron cuando comencé mi formación allá por el 2020, con un pequeño recorte clínico.

Si bien el contexto pandémico no colaboraba, puedo definirla como la sensación de ser una “extranjera en un país desconocido donde se hablaba otro idioma”, y yo, claro está, no lo sabía. Comencé por el servicio de consultorios externos, (nuestro Hospital está formado

por guardia, hospital de día, CCEE e internación). Mi primer paciente, a quien llamare D, fue una adolescente, de 17 años, que había estado dos veces internada en el hospital por intento de suicidio e ideaciones autolíticas, padecía de alucinaciones visuales y auditivas y su padre recientemente fallecido por COVID. Ella se sentaba, casi agachada mirando el piso y solo respondiendo algunas veces “sí o no”. Esto duró algunas semanas, y mi pregunta desesperada no tardó en llegar “Si no habla, no mira, no responde, ¿Qué hago? ¿Cómo se produce una intervención sin discurso?” Y fue en ese momento, cuando sentí encarnada las resonancias de algunos fragmentos del libro *la Novela Clínica Psicoanalítica* de Fernando Ulloa, hablar de la socialización de los carajos, a partir de escuchar con frecuencia como alguien expresaba su dolor enojado diciendo: ¡No sé qué carajo hacer con este paciente! Un pensamiento acostumbrado a valorar cierta incertidumbre, un valor imprescindible en la clínica hospitalaria. En las sendas supervisiones, comencé a confeccionar qué iba a hacer en el espacio con mi paciente, y hubo una frase que cambió el rumbo de mi quehacer, “no hay mejores analistas, no hay garantías, hay buenos o malos encuentros”. A partir de allí, lentamente, comencé ofreciendo distintas opciones (música, esmaltes, collages) y luego ella fue eligiendo, y comenzamos a escuchar bandas de k-pop, hablamos de las letras de distintos músicos, imaginar izando distintos futuros con dichas canciones. A paso lento, pude ir cortando y cosiendo al decir de Lacan en el *sinthome*, sem 23, para que algo de la subjetividad de D pueda advenir, armarse, entramarse con las hilachas de lo que ella traía, una historia fragmentada, de ganas apenas trazadas, necesarias para que algo de la ley opere y la crueldad ceda. Pienso que no se puede trabajar sin historizar, sin

armar, desarmar y repensar sin el relato mítico de cada sujeto. Por eso, si no hay historia, es necesario construirla.

Por lo tanto, el deseo del analista, dice Lacan, separa el Ideal del objeto a, y lleva la demanda a la pulsión. En este sentido es que va más allá del amor. El psicoanálisis no es una cura por amor, dirá Aramburu, sino que el deseo del analista hace caer el amor para hacer surgir el deseo. Con los pacientes graves, en riesgo, desubjetivados, es preciso la construcción, la construcción de una demanda que permita articular la pulsión con el deseo. Luego de mucho trabajar con D, pudo pensar ciertas opciones para su vida llegando al cumplimiento de su mayoría de edad, egresando de su escuela secundaria y del Hospital con una promesa a cumplirse: poder estudiar para ser azafata o maestra.

A modo de conclusión, he llegado a comprender que en el ámbito hospitalario, no siempre “estamos analistas”, tal como menciona Elida Fernández. En ocasiones, nos vemos en la tarea de aconsejar, persuadir y defender lo que consideramos un bien supremo o una conveniencia para el otro. Sin embargo, como bien señala Freud, lo esencial radica en ser conscientes de nuestras acciones en todo momento. Esta conciencia se nutre mediante la reflexión en actividades como la supervisión, la escritura y el diálogo con colegas. Estos procesos nos permiten reconocer y asumir nuestras acciones, brindándonos la oportunidad de hacer con otros, “saber y sostener en acto que no todo es psicoanálisis, es lo que permite que el psicoanálisis tenga su lugar”, dirá Mitre.

Problemáticas actuales

La urgencia surge como resultado de la perturbación causada en una defensa o en un desequilibrio en el sujeto. Tanto el acting

out como el pasaje al acto se manifiestan como las últimas barreras o salidas frente a la angustia. Por ende, es crucial reconocer que estas acciones no dejan de ser defensas. Como es bien sabido, existen diversas formas de defensas, algunas de las cuales pueden ser alteradas mientras que otras deben ser respetadas. En ciertas circunstancias clínicas específicas, es necesario intervenir para ayudar a construir estas defensas de manera adecuada.

¿El psicoanalista puede trabajar solo con un paciente grave o lo hará en equipo? ¿Cuáles son los límites de nuestra práctica?

El psicoanálisis tiene fronteras en su capacidad para abordar ciertos sufrimientos; no es una panacea universal y es esencial reconocer y aceptar estas limitaciones. Esto nos permite discernir qué pacientes podrían beneficiarse de un tratamiento dirigido por un analista en formación y cuáles no. Esta distinción es crucial para evitar la cronicidad tanto en el paciente como en el analista. Es fundamental el trabajo en equipo, donde el paciente sea considerado desde diversas perspectivas, implicando a todos los profesionales involucrados en el caso en la supervisión y toma de decisiones de manera colaborativa.

Fernando Ulloa destaca el profundo dolor de quedarse esperando algo que nunca llega, comparándolo con el desamparo inicial de la infancia, donde se espera el cuidado y protección por parte de la función de un otro. En la clínica, este desamparo, este vacío lo vemos cuando cada NNYA intenta llenar ese vacío no solo con síntomas, sino también con diferentes conductas autodestructivas como el consumo de drogas, autolesiones, delirios o alucinaciones. El desamparo es un concepto freudiano, articula su teoría con el desamparo inicial donde el bebé humano si no depende de los cuidados de otro no

puede sobrevivir. Lo que Freud descubre es que en esta supervivencia se formará, en la relación al otro, el deseo, marca de la subjetividad.

En consonancia con ello, Lacan propone que el análisis o tratamiento psicoanalítico permita al sujeto aprender a vivir con ese doloroso vacío y a reinterpretar su propia historia de una manera diferente. Se trata de cambiar la forma en que el sujeto se percibe a sí mismo, permitiéndole leer su vida desde una perspectiva nueva y más constructiva.

Padecimientos subjetivos, el caso L

La urgencia subjetiva, según Laurent, se entiende como una ruptura repentina en la cadena significante. Esta ruptura deja al sujeto sin la capacidad de representarse a sí mismo, quedando atrapado en el tiempo de la urgencia y experimentando un exceso de goce. Implica la pérdida de un saber (S2) que el sujeto solía tener para hacer frente a la realidad, dejando suelto un significante primario (S1). La caracterización de esta ruptura como aguda sugiere la posibilidad de nuevos encadenamientos tanto en neurosis como en psicosis.

La urgencia puede llevar al sujeto a quedarse sin palabras, expresando mutismo o perplejidad, o a realizar actos desesperados bajo una gran angustia. Estas son solo algunas de las variadas formas en que se manifiesta la urgencia clínica, que abarca desde manifestaciones sutiles hasta extremos más evidentes

Es importante considerar también los efectos de la urgencia en aquellos que la reciben. El paciente que busca ayuda llega en una posición de objeto, convocando al terapeuta a enfrentar la división subjetiva. Para abordar la urgencia desde una perspectiva analítica, es fundamental estar consciente de los propios puntos de urgencia para poder acoger al sujeto en su

realidad subjetiva.

Propongo una viñeta para pensar lo dicho:

L, es un paciente que ingresa por guardia a la edad de 12 años con un cuadro de excitación psicomotriz, traído por su abuela. La misma refiere que L la amenazó con un cuchillo y que le indicaba que una voz lo obligaba a tratar de matarla.

En el transcurso de una extensa entrevista con la abuela, la misma manifiesta que L es hijo de una mujer que ella decidió adoptar, que su hijastra padeció durante toda su vida de trastornos mentales y que L estuvo sometido a una diversidad de maltratos físicos, psicológicos y verbales en el transcurso de su corta vida.

Actualmente, L había empeorado, ya que había visto anteúltima vez a su madre hace un año, ya que tenía una restricción de contacto y ocasionalmente la había cruzado en un comercio y dichas voces injuriosas habían vuelto obligándolo a insultar y maltratar a su abuela hasta llegar a amenazarla con un arma blanca.

En la entrevista con L, él relata que no quiere estar internado, ya que extraña su casa y a los amigos del colegio. Indica que él no quiere volver a ver a su mamá, que lo que escucha lo asusta y que a veces puede pensar que “no es tan de verdad”. Indica que no quiere “escuchar y ni escucharla” y lo que escucha siempre es feo y triste, en casi todas las ocasiones haciéndolo enfurecer.

A partir de lo que refiere L, comenzamos a trabajar sobre lo que escuchaba, a qué remitían esos dichos y cómo ubicaba a su mamá en un no lugar, por momentos pivotando entre la tristeza y la violencia. En nuestros sucesivos encuentros, L indica que quiere armar una historia, donde hay príncipes, dragones y una reina que debía

ser rescatada, pero no sabía bien como. Jugamos en varias ocasiones con las manos, imaginando que nuestros dedos a veces eran espadas, otras realmente manos que se entrelazaban para dar lugar a un pacto, y otras casi que no jugábamos porque L refería estar cansado y no tener ánimos para nada.

En una de las últimas entrevistas me pregunta, “¿Siempre me voy a acordar de lo feo que viví? Ya hay partes que me olvido, pero vos sabés eso... Sí ¿siempre me voy a acordar?” Le dije que “siempre” es un montón y le propuse que hablemos un poco más de lo que pasó o recordaba como angustioso, si tenía ganas de ponerle palabras, y refirió varios sucesos de violencia en relación al vínculo con la madre, mientras hacía filas con unos muñequitos en línea recta.

Aquí el lugar del analista fue convocado como el Otro del saber, así como en otro momento las voces armaron un sentido de aquello vivenciado que no pudo ser simbolizado y retorno en lo real del delirio. El desafío con L, fue a través del juego, preguntar, relatar, investigar cómo se articula ese lugar en el que cayó el sujeto y como lee, significa, imaginariza este lugar que le tocó lamentablemente vivenciar, pudiendo arribar a un ambicioso objetivo: que L pueda aprender a convivir con ello, ofrecerle otra escena para así poder encontrar nuevas formas de anudarse con los demás y con la vida en general.

A modo de concluir

El entrecruzamiento del psicoanálisis con la institución hospitalaria podría abordarse desde múltiples ejes, como se trató de confeccionar en este trabajo.

Por un lado, desde la urgencia subjetiva, el lugar de un analista se encuentra con aquellas estructuras donde no operó la

función paterna y por lo tanto no hay inscripción del significante de la falta, no ha funcionado la capacidad anticipatoria de la madre para espejar al niño como su metáfora fálica, que le permita anticiparse deseado antes de desear. Nos encontramos con pacientes que sufrieron este primer desamparo, luego el desamparo social, la disolución de la familia y el abandono de políticas de Estado sobre todo en salud y en este caso salud mental.

¿Qué puede hacer el discurso analítico frente a estos padecimientos?

Lo que puede, lo que logre inventar, alojar, intentar que posibilite que cada uno que llega a nuestra institución se encuentre recibido en algo que pueda parecerse a una transferencia posible.

Alguien que lo espere, que alguien lo

nombre y le pregunte por qué llegó tarde o por qué no pudo asistir a la sesión anterior, un trabajador social que pueda indicarle a la familia cómo solventar alguna de todas las dificultades económicas que existen, armar un agujero que done palabras.

La medicación es en muchos casos imprescindible, a la par de que se pueda armar palabras a modo de lazo que ancle, como construcción del cuerpo, como posibilidad de que exista el semejante como otro.

Para finalizar, me interesa compartir una frase de Juan Mitre: “En tiempos que tienden a la fragmentación, la ruptura de los lazos, a la segregación y a los rótulos, proponer dispositivos en los que se problematice la infancia, la transmisión y la época, nos parece una apuesta que vale la pena sostener”.

Bibliografía

Aguirre, L. *¿Qué hace un psicoanalista en un hospital?*. Ed. Noveduc.(2019)

Aramburu, J. *El deseo del analista*. Ed. Tres Haches (2020)

Fernández, E *Umbrals, Trabajos Psicoanalíticos*. Ed. El Megáfono. (2018)

Freud, S. *Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica*. Obras completas, Amorrortu.

(1919) Laurent, E. *Psicoanálisis y salud mental*. Ed. Tres Haches. (2021).

Miller, A. *Sutilezas analíticas*. Ed. Planeta. (2021).

Mitre, J. *El analista y lo social*. Ed. Grama. (2023).

Ulloa, F. *Novela clínica psicoanalítica, historial de una práctica*. Ed. El Zorzal

Soria, N. (1995). *Confines de las psicosis. Teoría y práctica*. Editorial del Bucle. (2020)