



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
Facultad de Psicología

Tesis de Licenciatura en Psicología
La subjetivación en el dispositivo de urgencia
de un hospital público

Manuela Ernestina Lori
L.U. 360800170

Tutor de tesis: Daniel Melamedoff
DNI: 28987982

2023

Índice:

	<u>Página</u>
I. Introducción	2
II. Presentación del material clínico	2-3
III. Planteo del problema.....	4
IV. Hipótesis	4
V. Objetivos	4
VI. Metodología.....	5-6
VII. Marco teórico.....	7-18
VIII. Estado del arte.....	19-24
IX. Articulación teórico-clínica.....	25-30
X. Conclusión.....	31
XI. Bibliografía.....	32

I. Introducción:

Esta Tesis de Licenciatura se desarrolla en el marco de la cursada de la Práctica Profesional del Área Clínica titulada “Clínica de la Urgencia”, siendo su titular la Dra. María Inés Sotelo. Este recorrido será acompañado por un marco teórico psicoanalítico con orientación lacaniana.

El caso clínico que acompañará dicho desarrollo teórico y con el cual se apoyará la articulación se obtuvo en el área de Salud Mental de un Hospital General del Conurbano Bonaerense en el dispositivo de Admisión. Los datos del paciente serán modificados para preservar su privacidad.

En referencia al tema, esta tesis estará orientada a cómo se posibilita la subjetivación en el dispositivo analítico de un hospital en un caso de urgencia. Al ser un caso propio de una Práctica Profesional de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, se intentará plantear un posible camino desde el ingreso en la urgencia, hacia la subjetivación de la misma.

A continuación, se hará un breve recorte del caso, y el planteo del problema que fundamentan el recorrido seleccionado. Además, se plantea una hipótesis como posible respuesta al interrogante. Luego, los objetivos a desarrollar y un recorte del estado del arte antecedente a esta propuesta. Por último, el marco teórico en el cual se sostiene la Tesis, su articulación teórico clínica y finalmente la bibliografía elegida.

II. Presentación del caso clínico:

El caso clínico elegido se titula “Yo sé que no tengo nada” y trata sobre A., una mujer de 60 años que se acerca al hospital, al área de Admisión. La paciente comienza hablando de su depresión, como forma de presentación del padecimiento.

A lo largo de su vida, tuvo varias operaciones por cuestiones de salud pero hay una en particular que la marcó desde hace unos años. Ella deseaba quedar embarazada y no podía, por ende le realizaron una cirugía de ovario en donde le quitaron un quiste. Esta cirugía, según la lectura de la paciente, resultó en una mala praxis que la dejó en coma por varios meses. La paciente cuenta que desde ese

momento, rechaza las cirugías debido a que tiene mucho miedo de volverse a operar.

Actualmente, por razones de salud, le han comentado que debería volver a operarse por un problema en los intestinos pero ella no quiere, “*corre riesgo mi vida*”. Del relato de la cirugía de ovario dice que cuando despertó, su vida se encaminó hacia un lado más espiritual y que solo deseaba ver a su marido. Sin embargo: “*nadie se daba cuenta que yo necesitaba tratamiento psiquiátrico*”. La analista pregunta: ¿Quién no se daba cuenta? La paciente responde: “*nadie... mi familia, mi marido*”.

Como consecuencia de esto, dice haber perdido su matrimonio, ya que no recibió ayuda: tenía ataques de ira, desmayos, tomaba mucha medicación y quería evadir la realidad. Su vida cambió. A. dice que echó a su marido de su casa, él se fue y no volvió. “*Mi marido no sabía que yo estaba mal*”.

Respecto a su familia de origen, comenta que sus padres se peleaban mucho y que su padre golpeaba a su madre. Eso fue una decepción, ya que dice sobre su padre: “*era mi amor*”. Tiene una hermana con quien no se llevaba bien en la infancia, ella era maltratada. Cuenta que su hermana vivió una infancia normal pero ella no. Con el término “normal”, se refiere a que su hermana recibió amor de sus padres y ella no. “*Lo normal es recibir afecto*” dice la paciente.

En 2021, viajó a Italia con la idea de vivir junto con la familia de su hermana, su único familiar cercano. Vendió todos los muebles y se fue “*llena de ilusiones*”. Viajó con la idea de vivir en familia, ya que dice que nunca tuvo esa oportunidad. Cuando llegó se encontró con otra realidad, la familia que ella esperaba no existía. Recibió unas disculpas de su hermana por los malos tratos en su infancia. Celebraron su cumpleaños, pero la paciente dice que no fue lo qué ella esperaba. La analista interviene y pregunta: ¿Qué es lo que esperabas? La paciente responde: “*esperaba afecto*”. Volvió a Buenos Aires con tristeza y se encontró su casa vacía. Estuvo una semana sin salir, se sentía muy sola y desilusionada.

Actualmente se siente mal, dice que todo la angustia, que casi no puede hablar del tema. Dice que quiere curarse porque sino va a “*hacer un desastre*”. En una oportunidad, tomó un exceso de pastillas porque no aguantaba más y aunque dice que fue para llamar la atención, nunca se le fue la idea de quitarse la vida. Sabe que no puede salir sola de esta depresión y se siente muy confundida. Los problemas que logra ubicar son: que no sabe qué pasó en su matrimonio, que volvió

de Italia “*con el corazón destrozado*” y se pregunta la razón por la cual no pudo darle hijos a sus padres. La psicóloga la interrumpe diciendo: ¿hijos? y ella responde: “*Perdón, nietos*”.

III. Planteo del problema:

La pregunta que surge en la presente Tesis de Licenciatura es: ¿Cómo se produce la subjetivación en el dispositivo analítico de un hospital en un caso de urgencia?

IV. Hipótesis:

La subjetivación, desde la perspectiva psicoanalítica lacaniana, se produce a través de las intervenciones del analista, en vías de ubicar cuál es la posición de enunciación en el paciente respecto a su padecimiento, cómo se produjo el fracaso de la defensa y la aparición de la urgencia.

V. Objetivos:

- Objetivo general: abordar la subjetivación de la urgencia en el dispositivo analítico en relación a un caso clínico de urgencia de un hospital
- Objetivos específicos:
 - Definir el concepto de urgencia en la clínica psicoanalítica
 - Ubicar el punto de urgencia en el caso clínico.
 - Localizar los dichos del paciente que dan cuenta de su posición subjetiva.
 - Destacar cuales son las intervenciones del analista que sitúan la posición subjetiva del paciente.
 - Ubicar en el material clínico cómo se podría producir la subjetivación en un caso de neurosis histérica.

VI. Metodología:

Siguiendo a De Sousa Minayo (2004) se entiende por metodología al camino del pensamiento y de la práctica ejercida en el abordaje de la realidad. Para esta autora, la metodología incluye las concepciones teóricas del abordaje, el conjunto de técnicas que posibilitan la construcción de la realidad y el potencial creativo del investigador (De Souza Minayo, 2004, p. 14).

En la misma línea, se sostiene que la investigación vincula pensamiento y acción. Nada puede ser intelectualmente un problema si no hubiera sido, en primer lugar, un problema de la vida práctica. Por ende, dichas cuestiones (las de investigación) se relacionan a intereses y circunstancias socialmente condicionadas. Son frutos de determinada inserción en lo real, encontrando en él sus razones y sus objetivos (De Souza Minayo, 2004, p. 14).

Método:

El método utilizado es el de la investigación de carácter cualitativo. La investigación es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno (Hernandez Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Siguiendo a este mismo autor, el enfoque cualitativo se guía por áreas o temas significativos de investigación. Pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. La acción indagatoria se mueve en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien “circular”.

La investigación cualitativa se preocupa por un nivel de realidad que no puede ser cuantificado. Trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables (De Souza Minayo, 2004, p. 15).

La metodología de investigación cualitativa entonces, implica una fase exploratoria de la investigación, tiempo de interrogación sobre el objeto,

presupuestos y teorías pertinentes y cuestiones operacionales y metodológicas. Luego le sigue el trabajo de campo, recorte empírico de la construcción teórica elaborada hasta el momento, para luego proceder al tratamiento del material recogido en el campo (lo cual involucra la ordenación, clasificación y análisis propiamente dicho) [(De Souza Minayo, 2004), p. 22].

Diseño:

El diseño es de carácter exploratorio, en pos de examinar un problema de investigación poco estudiado, así como también para aumentar el grado de familiaridad con dicho fenómeno. Se busca mediante este diseño, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre el contexto presentado y que involucre un muestreo aún mayor. Además, se buscará identificar conceptos o variables promisorias y sugerir postulados verificables para investigaciones futuras.

Universo y muestra:

En la investigación cualitativa, la muestra es un grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea representativo del universo o población que se estudia [(Hernandez Sampieri, et al., 2010), p. 395] Ésta no busca generalizar resultados y tampoco es de carácter probabilístico.

En el presente trabajo, por cualidades inherentes a la capacidad operativa de recolección y análisis determinadas por el contexto de investigación detallado anteriormente, se ha procedido a la realización de un estudio de caso. Se trata de un muestreo oportunista o por conveniencia, ya que se toma ventaja de una situación que se ha presentado al investigador para el desarrollo de un problema, a posteriori de la recolección de datos.

Se trata entonces de un caso único ($n = 1$), usuario del servicio de consultorios externos, dispositivo de entrevistas de admisión en un Hospital de San Isidro.

Fuente para la recolección de datos:

La recolección de datos se da lugar en un ambiente natural y cotidiano para las unidades de análisis. El proceso se desarrolla a través de una entrevista semidirigida por el profesional a cargo de la admisión y la recolección de datos a cargo del observador de participación silente (ya que no interactúa con el sujeto), quien redacta la viñeta que aquí se presenta.

En investigación cualitativa, la observación participante implica un papel activo y una reflexión permanente, ya que el investigador mismo se encuentra sumergido en la situación a analizarse. Debe estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones y también tener siempre noción de su propia implicancia en dicha recolección de datos.

VII. Marco teórico:

En el campo de la psicología clínica, el psicoanálisis ha sido una de las corrientes teóricas más influyentes del siglo XX, siendo Freud el precursor de la misma.

En referencia a la clínica psicoanalítica, Freud (1919) plantea que la tarea del analista es llevar al enfermo a tomar noticia de las mociones reprimidas, poniendo en descubierto las resistencias que se oponen a las ampliaciones de su saber sobre su propia persona. El objetivo es hacer consciente lo reprimido y poner en descubierto las resistencias para superarlas. Para lograr esa meta, se debe realizar un análisis de los síntomas y las manifestaciones patológicas del paciente. Los elementos de esta composición están constituidos por mociones pulsionales de las cuales el paciente no sabe nada sobre estas. Se deben reconducir los síntomas a las mociones pulsionales que los motivan y que son desconocidos para el paciente.

Entonces, Freud (1917-1919) se pregunta: “¿El descubrimiento de esas resistencias garantizará también su superación? Por cierto que no siempre; pero esperamos alcanzar esa meta aprovechando la trasferencia del paciente sobre la persona del médico, para que él haga suya nuestra convicción de que los procesos represivos sobrevenidos en la infancia son inadecuados al fin y de que una vida gobernada por el principio de placer es irrealizable” (p. 155).

A través del psicoanálisis se puede conducir a los pacientes a recordar y superar sus traumas pasados. Para Freud (1914), el signo distintivo de la técnica es tomar como bandera a la regla fundamental y la asociación libre. El paciente no recuerda nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa. No lo reproduce como recuerdo, sino como acción, lo repite sin saber que lo hace. Repetir es una manera de recordar lo que está encubierto. Esta compulsión a la repetición es su manera de recordar.

Por eso, el analista debe estar preparado para que el analizado se entregue a la compulsión de repetir, que le sustituye ahora el impulso de recordar. Mientras mayor sea la resistencia, tanto más será el recordar por el actuar (repetir).

La cura empieza bajo una transferencia suave y positiva, que permite una profundización en el recuerdo, pero si en el ulterior trayecto esa transferencia se vuelve hostil, el recordar deja sitio enseguida al actuar. Según el caso clínico elegido, Freud (1914) comenta sobre los casos de histeria: “En muchos casos he recibido la impresión de que la consabida amnesia infantil, tan sustantiva para nuestra teoría, está contrabalanceada en su totalidad por los recuerdos encubridores. En estos no se conserva sólo algo esencial de la vida infantil, sino en verdad todo lo esencial. Sólo hace falta saber desarrollarlo desde ellos por medio del análisis” (p. 150).

¿Qué es lo que repite? El paciente repite sus inhibiciones, actitudes inviables, rasgos patológicos de carácter, y todos sus síntomas. El trabajo terapéutico, entonces, consiste en la reconducción al pasado. El paciente debe tener el coraje de ocupar su atención en los fenómenos de su enfermedad. “La introducción del tratamiento conlleva, particularmente, que el enfermo cambie su actitud consciente frente a la enfermedad” (Freud 1914, p. 154).

Freud (1914), plantea que el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente, y transformarla en un motivo para el recordar, reside en el manejo de la transferencia. “Le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado” (Freud 1914, p. 156.).

El objetivo es darle a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial. Se debe prestar atención a esos eslabones de causación, a esos nexos, fallidos y lagunas, o sea, prestar atención a lo que no tiene que ver

con el recuerdo, sino con el olvido: el agujero. En la práctica, esta reelaboración de las resistencias puede convertirse en una ardua tarea para el paciente, y en una prueba de paciencia para el analista.

Freud (1916), plantea que la única tarea de la terapia consiste en posibilitar que el paciente y analista se encuentren en el mismo terreno, y para esto, el analista no debe educar ni ser mentor sino conducir al paciente para poder cancelar las represiones. “Lo que más ansiamos es que el enfermo adopte sus decisiones de manera autónoma” (Freud 1916, p. 394). El conflicto patógeno de los neuróticos se produce cuando hay una lucha entre mociones que se encuentran en distintos terrenos psicológicos, una parte queda en lo inconsciente y otra en lo preconsciente y consciente. “No somos, por cierto, reformadores, sino meramente observadores, pero no podemos dejar de mirar con ojos críticos...” Freud 1916, p. 395).

Freud (1916) plantea que aquello de lo cual nos valemos en análisis no puede ser sino la sustitución de lo inconsciente por lo consciente. Al hacer que lo inconsciente prosiga hasta lo consciente, cancelamos las represiones, eliminamos las condiciones para la formación de síntoma y mudamos el conflicto patógeno en un conflicto normal que tiene que hallar de alguna manera su solución” (Freud 1916, p. 395).

¿Qué es lo que impulsa el trabajo analítico? La transferencia. Es lo que surge desde el inicio del tratamiento y constituye un resorte impulsor del trabajo. Freud (1916) dice que la transferencia surge: “En primer lugar, con la aspiración del paciente a sanar, que lo movió a avenirse al trabajo en común con nosotros; y en segundo lugar, con la ayuda de su inteligencia, que reforzamos mediante nuestra interpretación” (p. 397). Puede operar a favor del análisis o en contra, mudándose en resistencia.

Los pacientes, luego de un tiempo, se comportan hacia su analista de una manera muy particular, desarrollando un interés particular. El trato con el paciente resulta durante un tiempo muy agradable en donde el análisis hace brillantes progresos, el paciente comprende lo que se le apunta, profundiza en las tareas que la cura le plantea. Pero ese tiempo no dura para siempre sino que aparecen dificultades en el tratamiento cuando el paciente asevera que nada más se le ocurre. Este es el momento en el que aparece la resistencia. Este es un fenómeno que está en relación con la naturaleza de la enfermedad misma.

“Superamos la transferencia cuando demostramos al enfermo que sus sentimientos no provienen de la situación presente y no valen para la persona del médico, sino que repiten lo que a él le ocurrió una vez, con anterioridad” (Freud 1916, p 403).

Siguiendo con otro autor, Lacan (1958), en relación a la teoría sobre la clínica psicoanalítica, apunta a que el psicoanalista no dirige al paciente sino que dirige la cura. “Consiste en primer lugar en hacer aplicar por el sujeto la regla analítica, o sea, las directivas cuya presencia no podría desconocerse en el principio de lo que se llama la situación analítica...” (p.566).

El psicoanálisis lacaniano debe ser estudiado como una situación entre dos que sucede bajo la experiencia de la transferencia. Es allí donde hay que buscar el secreto del análisis. Es con otro, no con la figura del analista. “Sin embargo, el ser es el ser, quienquiera que sea el que lo invoca, y tenemos derecho a preguntar qué viene a hacer aquí” (Lacan 1958, p. 567).

La palabra tiene en ella todos los poderes especiales de la cura. Se debe dejar libre al sujeto hacia la palabra plena, aunque esta libertad sea lo que más le cueste tolerar. El sujeto es dirigido hacia la confesión del deseo e incluso canalizado. La resistencia a esa confesión puede consistir en la incompatibilidad del deseo con la palabra.

Es por eso que Lacan dice que la clínica psicoanalítica es lo real que es imposible de soportar, un real que no es ajeno, ni lejano, sino un real padecido. El inconsciente es a la vez, la huella y el camino por el saber que lo constituye.

Lacan (1958) propone un ordenamiento lógico de la dirección de la cura: “...un proceso que va de la rectificación de las relaciones con el sujeto con lo real, hasta el desarrollo de la transferencia, y luego a la interpretación...” (p. 578). Se trata de ubicar la posición del sujeto en relación a su síntoma, que a su vez tiene que ver con la realidad psíquica, con dejar de esconderse del síntoma, no quedar en la queja y reconciliarse con eso reprimido.

Como afirma Lacan, la clínica psicoanalítica debe pasar por el desarrollo de la transferencia hasta la interpretación, el sujeto debe dividirse para tocar un punto de verdad que tenga que ver con la realidad psíquica, aunque esa verdad no sea exacta.

Además, Lacan (1958) plantea que el paciente debe hablar libremente, pero el sujeto en el análisis no muestra una gran libertad, porque la verdad asusta. Esa libertad es lo que más le cuesta tolerar. “Nada más temible que decir algo que podría ser verdad. Porque podría llegar a serlo del todo, si lo fuese, Dios sabe lo que sucede cuando algo, por ser verdad, no puede ya entrar en la duda” (Lacan, 1958, p. 596). La palabra tiene todos los poderes especiales de la cura.

Lacan (1958) propone que se debe conducir al sujeto a la confesión del deseo. “...la resistencia a esa confesión, en último análisis, no puede consistir aquí en nada sino en la incompatibilidad del deseo con la palabra” (p. 621).

Lacan (1965) plantea que el analista debe poner el acento sobre lo que no se entiende, sobre el elemento no comprensible, darle lugar a aquello que no entra en el discurso común. Hay que respetar estrictamente la secuencia de lo dicho para que rompa las cadenas del relato, ya que lo interesante es la variación de ese relato. En esa diferencia están los bordes entre el inconsciente y la conciencia. “El inconsciente es los efectos que ejerce la palabra sobre el sujeto, es la dimensión donde el sujeto se determina en el desarrollo de los efectos de la palabra, y en consecuencia, el inconsciente está estructurado como un lenguaje” (Lacan, 1964, p. 155).

Al analista no le importa si lo que dice el paciente es verdadero o falso ya que lo que se diga podrá llevar a una sucesión. Lacan (1958) agrega: “...el inconsciente tiene la estructura radical del lenguaje que en él un material opera según unas leyes que son las que descubre el estudio de las lenguas positivas, de las lenguas que son o fueron efectivamente habladas” (p. 567).

Para Lacan (1953) “el inconsciente no tiene sino un médium: la palabra del paciente” (p. 240). El inconsciente es la huella y el camino por el saber que constituyen, es saber. La repetición tiene que ver con esto, buscar las huellas que se repiten en el cuerpo, en los pensamientos y en los actos. El significante del inconsciente es significante gozante.

La clínica, según Lacan (1965), es una elaboración de saber respecto del padecimiento. La idea es alcanzar el punto máximo donde el padecimiento es imposible de soportar. Esto se logra a través del inconsciente, que es un saber, la huella y el camino. “Es que hay siempre en el síntoma la indicación que él es cuestión de saber” (Lacan 1965, p. 5).

El paciente, cuando llega al tratamiento, es más bien un padeciente con actitud pasiva al momento de tratar de encarar responsablemente lo que a él le pasa, y buscar las razones y las causas. Esto se logra gracias a la transferencia: "La transferencia es la puesta en acto de la realidad del inconsciente" (Lacan, 1964 p 155). El pasaje de paciente a analizante marca esa distancia, una línea divisoria que se produce cuando un paciente toma una posición mucho más activa, cuando se empieza a curar y se esfuerza para asociar, se convierte en analizante.

Lacan (1958) plantea que el psicoanálisis es una clínica de la escucha y el analista va en dirección del acto de la palabra. Dice: "se observará que el analista da sin embargo su presencia, pero creo que ésta no es en primer lugar sino la implicación de su acción de escuchar, y que ésta no es sino la condición de la palabra" (Lacan 1958, p. 589). La clínica no es la experiencia de lo que le pasa a un paciente en un tratamiento sino que es una elaboración, que puede hacer el analista o el analizante. "Muy al contrario, el arte del analista debe ser el de suspender las certidumbres del sujeto, hasta que se consuman sus últimos espejismos" (Lacan 1953, p. 244).

Para Lacan (1965) el psicoanálisis opera sobre el síntoma y con el síntoma, y es a la vez, oponente y aliado. El síntoma es el campo de lo analizable, señala algo de la relación del deseo con el goce. "El síntoma. Sería necesario definirlo como algo que se señala. Como un sujeto que sabe que eso le concierne, pero que no sabe lo que es" (Lacan 1964-65, p. 7).

Para el paciente, el síntoma es un huésped mal recibido, pero en análisis no tiene que quedar disimulado, sino que hay que tratar que se exprese lo más claramente. El síntoma aporta una indicación de saber, un significante en el cual puede representarse esa división subjetiva, como si fuera una huella para encontrar el camino de elaboración.

Como se mencionó anteriormente, el analista es el responsable de dirigir la cura, o sea, tiene que ver si la demanda es analizable o no. Sobre esto, Lacan (1958) dice: "a medida que se desarrolla un análisis, el analista tiene que vérselas sucesivamente con todas las articulaciones de la demanda del sujeto, Pero además, como lo diremos más abajo, no debe responder ante ella sino de la posición de la transferencia" (p. 590).

En los casos de neurosis, se trata al síntoma con el yo para eliminar eso que tiene de angustiante. Cuanto más neurótica es la respuesta del paciente, más

defensiva. Cuanto más está esta posición de no querer saber sobre el saber, más oculta puede quedar la angustia. La angustia es señal de donde está la verdad, lo real, el deseo. Para poder encontrar más que la verdad, el analista debe desplegar el síntoma en su relación con el inconsciente.

Entonces, para Lacan, la condición para un buen análisis es que el sujeto se exprese como división subjetiva. Hay que introducir al paciente de que hay una verdad dando vueltas, y que hay una responsabilidad en lo que le pasa y en lo que padece aunque no sepa todavía de lo que se trata.

Lacan (1958) se pregunta: "¿Quién es el analista? ¿El que interpreta aprovechando la transferencia? ¿El que la analiza como resistencia? ¿O el que impone su idea de la realidad?" (p. 565). El analista es el responsable inicial de tratar de producir la operación del síntoma, con el síntoma, o sea, introducir al paciente en el orden del deseo. Es responsable de recibir y de soportar el estatuto del síntoma. La forma en que se hace presente el síntoma puede inicialmente no ser analizable, es responsabilidad del analista.

Además, Lacan (1965), introduce el concepto de sujeto supuesto saber. Este concepto habla de que el analista no es un sabio, por más de que se produce esa ilusión. Sin embargo, es una suposición de saber ficticia pero necesaria, que permite sostener esa operación del análisis de hacer que el síntoma se exprese como división subjetiva en algún significante a partir del cual se pueda hacer camino con esa pequeña huella. Se trata de un analista que abre el campo de la verdad, que se introduce en el orden del deseo por el hecho de que sostiene el supuesto saber.

Para Lacan (1965), el procedimiento analítico parte del reconocimiento de lo que le ocurre al sujeto con el síntoma. Es necesario que el sujeto se percate que hay una causa para su síntoma. Para lograrlo, se necesitan varios procedimientos anteriores para que ese síntoma pueda ser abordable y analítico, se trata de ese momento que el sujeto se percata que eso le corresponde. "Por el intermediario de la demanda, todo el pasado se entreabre hasta el fondo del fondo de la primera infancia, Demandar el sujeto no ha hecho nunca otra cosa no ha pedido vivir sino por eso, y nosotros tomamos el relevo" (Lacan, 1958, p. 588).

En los casos de neurosis, los síntomas se presentan como un nudo enredado que produce inhibiciones, y es en el análisis donde se debe intentar desenredar algo de esto, produciendo a su vez, consecuencias en el sujeto. A lo que apuntan los efectos analíticos es lograr una modificación de una posición subjetiva en relación a

su goce. Los efectos terapéuticos son los que aparecen más rápidamente, cuando todavía no se ha podido trabajar más de ello, pero el sujeto empieza a advertir su síntoma como algo en lo que él está implicado y empieza a modificar su conducta.

Por otro lado, en relación a la clínica psicoanalítica, Miller (1997) se pregunta: “¿Qué significa, en psicoanálisis, que el psicoanalista se encuentre delante de alguien al que le gustaría ser un paciente? En realidad, en el análisis, no hay paciente en rebeldía consigo mismo. Se puede decir que el primer pedido en la experiencia analítica es la demanda de ser admitido como paciente” (p. 16-17). Miller (1997) plantea que el que viene a vernos como analistas no es un sujeto sino alguien a quien le gustaría ser un paciente.

Y agrega: “es un hecho que el paciente, en la práctica psiquiátrica, puede ser designado por los otros, por la familia, por el médico, por la sociedad, por las instancias sociales que le dicen que ha de tratarse. Como ustedes saben, ése no es el caso en la práctica analítica” (Miller 1997, p. 16). Estas situaciones son recurrentes en el Hospital, cuando son derivados por otros y no una demanda propia. Sin embargo, hay muchos pacientes que se acercan por voluntad propia, y son ellos quienes sirven para la práctica psicoanalítica. “Consideramos que aquel que pide un análisis puede ser autorizado por el analista a entrar en la experiencia. Esta cuestión aparece en el inicio de cada experiencia analítica, a partir del primer minuto, a partir del primer encuentro, hasta de la primera llamada telefónica” (Miller 1997, p. 18).

Miller (1997) divide la experiencia analítica en tres niveles: la evaluación clínica, la localización subjetiva, y la introducción al inconsciente. Entre los primeros dos está la subjetivación, y entre el segundo y tercero la rectificación. En primer lugar ”el analista debe ser capaz de concluir, de una manera previa, algo respecto de la estructura clínica de la persona que viene a consultarlo. El analista debe responder, a partir de las entrevistas preliminares, las siguientes preguntas: ¿Se trata de una neurosis? ¿Se trata de una psicosis? ¿O se trata de una perversión?” (Miller 1997, p. 20).

Respecto al primer nivel, la evaluación, Miller (1997) plantea que esta es hecha por el paciente, es él el que primero avala su síntoma. “Él llega al analista en la posición de hacer una demanda basada en una auto-avaliación de sus síntomas,

y pide un aval del analista sobre esa auto-avaluación” (Miller 1997, p. 17). Esta situación ya es en sí un acto analítico.

Siguiendo, a nivel de la localización subjetiva, Miller (1997) plantea primero se debe ir de los hechos a los dichos y a su vez se debe cuestionar la posición que toma aquel que habla con relación a sus propios dichos. Hay que localizar el decir del sujeto, su enunciación. “Puede ser el mismo dicho, pero hay una distancia entre el dicho y el decir. Alguien puede decir alguna cosa sin creer completamente lo que dice” (Miller 1997, p. 39). Esto permite poder ubicar la posición subjetiva del sujeto.

En la práctica, se puede permitir que el sujeto realice algunos engaños y no ir a buscar inmediatamente la verdad o marcar que hay una contradicción. “Al contrario, el analista puede permitir, principalmente en las entrevistas preliminares, que continúe mintiendo un poco en sus propios dichos” (Miller 1997, p. 41). Sin embargo, el poder distinguir entre el dicho del paciente y su posición con relación a ese dicho, permite la aparición del propio sujeto.

Dentro de un análisis, Miller (1997) plantea que la localización subjetiva es donde se introduce al sujeto en el inconsciente. Es fácil decir la verdad cuando se la conoce, pero dentro de un análisis: “la verdad más aguda que surge es... que no podemos conocerla” (p. 41). Y este problema aparece con la regla analítica de decir todo lo que se le ocurra.

En relación a la neurosis, Miller (1997) dice sobre los sujetos histéricos: “...el esfuerzo de decir la verdad los lleva a la imposibilidad de decirla, y eso constituye un sufrimiento” (p. 41). Miller, en referencia a Freud, dice que la negación es un índice del inconsciente. “...El neurótico no puede aceptar el deseo sin la marca de la negación sobre éste” (p. 43). Lo que cambia en la perspectiva analítica es que el sujeto utiliza la palabra para engañar a otro pero, fundamentalmente, se engaña a sí mismo. “El propio hecho de decir “no” es la prueba del “sí”. Una vez más, eso no tiene sentido en el registro de la objetividad” (Miller 1997, p. 45).

Miller (1997) plantea al sujeto como una caja vacía o un lugar vacío donde se inscriben las modalizaciones. Ese vacío denota el lugar de la propia ignorancia del paciente. Y este, muchas veces no sabe lo que dice: “es el propio lugar del inconsciente” (p. 57). “A veces un paciente busca a un analista para, finalmente, saber si alguien puede entender lo que él dice” (p. 55). Esta intervención analítica es conducida en la localización subjetiva, ya que es donde se ve esta caja vacía y donde se inscriben las variaciones de la posición subjetiva del paciente.

¿En qué sentido el sujeto habla en su propio nombre? Miller (1997) responde: “el sujeto puede venir, por ejemplo, hablando en nombre de su pareja, en nombre de su familia, a quien atribuye el dicho de que sus síntomas ya no son soportables” (p. 49). Una palabra puede ser la repetición del discurso de Otro, por ende, la cadena significante es polifónica, son varias las voces que hablan, se habla modificando continuamente la posición de sujeto.

El sujeto, muchas veces espera la palabra del analista para que pueda curarlo, pero este “no tiene bendiciones que dar, pero puede... introducir al sujeto en un acuerdo entre el dicho y el decir, de tal manera que pueda aproximarlo a decir lo que desea (Miller 1997, p 60). ¿Cómo se logra? Reformulando la demanda, dirigiendo al paciente al encuentro con el inconsciente.

Esta es la tarea del analista, transformar a la persona que llega en un sujeto e intentar que se produzca un cambio en la posición del mismo. Y con esta acción, se llega al último nivel planteado por Miller: la introducción al inconsciente. “La introducción al inconsciente es, en realidad, una introducción a la falta en ser. El sujeto es una falta en ser, no tiene sustancia...” (Miller 1997, p. 66).

Miller (1997) plantea que el neurótico no está satisfecho con el hecho de existir como ser, vive su existencia como falta en ser y quiere justificar al Otro que lo escucha. A través del acto analítico, se intenta conducir al sujeto a que se implique con las cosas de las cuales se queja. Para Lacan, cuando se lograba ese pase de quejarse de los otros a quejarse de sí mismo, lo llamaba rectificación subjetiva. “Lacan llamaba rectificación subjetiva cuando en el análisis el sujeto aprende también su responsabilidad esencial en lo que ocurre. La paradoja es que el lugar de la responsabilidad del sujeto es el mismo del inconsciente” (Miller 1997, p 70).

Miller (1997) llama histerización al proceso en el que el sujeto histérico toma distancia con relación a todo dicho. El sujeto histérico pone en cuestión al significante, al Amo. Él va a buscar al Amo para demostrarle que, a partir de su propia posición de falta en ser, es más potente que el propio Amo. “Pues al mismo tiempo que el sujeto se coloca en situación de absoluta falta, espera algo del otro, algo que él no tiene, pero, que en realidad tal vez tenga” (Miller 1997, p. 75).

El histérico es un sujeto orientado hacia Otro, que pide al Otro. “La histérica le demuestra que él es enteramente incapaz de hacer cualquier cosa por ella. Constituye al Otro como Amo y, al mismo tiempo, le demuestra que a partir de su

propia falta en ser, es más poderosa que el Otro, a pesar de todo lo que éste tenga” p. 75).

¿De donde viene la neurosis? Soler (1985), en referencia a Freud, mantiene la idea de que la enfermedad aporta una satisfacción y es en sí una solución, que hay un beneficio. “La solución neurótica es una solución que no es ni el renunciamiento ni la sublimación. Es lo que Freud llama una solución de compromiso. Para dar una traducción un poco trivial, es querer ganarlas todas” (Soler 1985, p 115).

El objetivo de un análisis es lograr la subjetivación del síntoma, y esto consiste en pensar que una dificultad cualquiera del sujeto, un dolor, un sufrimiento, una imposibilidad, una inhibición, tiene un sentido, es decir que pertenece al campo del sujeto y concierne al sujeto. Sin embargo, “...como dice Lacan el estatuto normal del sujeto es el “no pienso”. No pienso, no pienso al inconsciente, no pienso el sentido de lo que me pasa, el sentido incluso de lo que hago” (Soler 2007, p. 241).

Soler (1985), dice que el neurótico tiene un rechazo a elegir, porque elegir una opción implica renunciar a otra. El neurótico no es un sujeto que ha elegido sino determinado por una elección. “Es un sujeto que ha rechazado elegir entre pulsión y defensa”. (p. 117). Si hubiera elegido no hubiera enfermado.

La elección de la neurosis implica la elección sobre el goce, “...lo que se goza es una verdad” (Soler, 1985 p. 118). Y esto conforma el síntoma. El tipo en la neurosis, en términos freudianos, depende de la modalidad de la defensa, y esta, modifica al sujeto. En todas las neurosis se encuentra una defensa contra los contenidos edípicos, una defensa motivada por la angustia de castración. En síntesis, el fantasma en la neurosis, da respuesta a la pregunta por el deseo del Otro.

¿Qué determina el tipo de neurosis de cada sujeto? Soler (1985), va a decir que la histeria y obsesión no tienen que ver con las experiencias vividas, ni con los acontecimientos, ni traumatismos, sino por algo constitucional.

Particularmente hablando de la histeria, por el caso clínico elegido, Soler (1985), va a definirlos como sujetos que asumen su división y “...hace más que asumirla: hace de ello un estandarte y opera en su nombre” (p. 121).

El sujeto histérico exige una verdad, y esta posición es en sí reveladora, porque hace aparecer la castración del Otro, del ser y del saber. Estos sujetos se

completan con la falta del Otro, con lo que Lacan llama el vacío de deseo. Este vacío es propio del sujeto, y en la histeria se completa con otra falta. Soler (1985) va a decir que el histérico necesita otra falta para obturar la propia. “La histérica-amo ¿de que? Amo del Otro, del deseo, del saber” (Soler 1985, p.122). El beneficio de esto está del lado del ser, ya que el sujeto histérico se aloja en la inconsistencia que él mismo provoca. Sin embargo, hay un punto de angustia y es que esa falta de significante en el Otro puede producir cierto goce.

Además, la histérica es un sujeto que rechaza los significantes cuando se trata de identificarse allí. Es un sujeto de la negación, “Eso es el “no” dicho a la petrificación por el significante identificatorio. Pero hay también un “no” dicho al S2 del saber” (Soler 1985, p. 124).

El sujeto histérico padece su posición, se formula por el “estoy vacío”, y el “no se”. Tienen un sentimiento de que la apropiación de un saber le es prohibido o imposible. Estructuralmente hay represión y por consecuencia nada de lo que dice es todo verdad. “Si hay un sujeto para quien uno no puede contar con la palabra plena es el sujeto histérico” (Soler 1985, p. 124).

¿Cómo se cultiva el inconsciente en la entrevista con un paciente? Soler (2007), plantea que hay un rechazo natural del inconsciente, “la entrada en análisis implica un consentimiento al esfuerzo, al trabajo de intentar reconocerse en el inconsciente, en la estructura” (Soler 2007, p. 243). La producción del inconsciente en el análisis finalmente se resume en la producción de un pequeño conjunto de significantes y la experiencia del agujero.

VIII. Estado del arte:

El concepto de urgencia es un tema central en la teoría de Sotelo. Dentro de un hospital, se cuenta con servicios de urgencia que incluyen el área de guardia y el área de admisión. Sotelo (2015), plantea que los sujetos que llegan a estos servicios están bajo el efecto de un trauma, un pasaje al acto o una emergencia súbita de lo real. “Definimos como consulta de urgencia a la que se realiza sin cita previa, debido a que quien consulta, paciente o quien lo trae, considera que el padecimiento requiere atención inmediata” (Sotelo 2015, p. 65).

Sotelo (2015) plantea que una persona se acerca a una admisión cuando la homeostasis de su vida se ha quebrado y el hecho traumático lo compromete subjetivamente. La urgencia se produce cuando se rompe el equilibrio que sostiene distintas áreas de la vida: las relaciones con los demás, el trabajo, los lazos amorosos, familiares, con los pensamientos y con el propio cuerpo. Pueden llegar a la consulta sujetos que están angustiados, desbordados, atravesados por una urgencia. “Una vez que se ha producido un quiebre en la vida de un sujeto es imposible volver a un estado anterior” (Sotelo 2015, p. 97).

“Esta ruptura guía al sujeto por diversos caminos: desde la inhibición, mutismo o aislamiento hasta la impulsividad, senderos que pueden conducirlo a actos desesperados que en muchas ocasiones podrían poner en riesgo su vida o la de otros” (Sotelo 2015, p. 67). La urgencia, generalmente, se presenta como un dolor o sufrimiento insoportable que pone en crisis toda la relación del sujeto con el adentro y el afuera. “...lo imposible de soportar es el quedar inmerso en la repetición de lo mismo donde la dimensión del sujeto aparece totalmente arrasada” (Sotelo 2007, p. 25).

A la urgencia, Sotelo (2007) la va a dividir en dos tipos: la urgencia generalizable y la urgencia subjetiva. Por un lado, la urgencia generalizable es un conjunto de síntomas clasificados como comunes que, en principio, no dicen nada del sujeto. “La urgencia generalizada habla de un traumatismo, tanto en el nivel de lo colectivo como en el de lo singular, donde se encuentra una impotencia del discurso a la hora de leer el acontecimiento” (Sotelo 2015, p. 69).

Por otro lado, se habla de urgencia subjetiva cuando se refiere al sujeto barrado, o sea, la relación que se produce entre él y lo que le acontece. Es el modo en el que transita esta angustia o padecimiento. Es “...la que aparece en aquellos

casos en que la misma compromete al sujeto quien tiene una percepción íntima de que eso le concierne, más allá de la opinión del profesional acerca de la gravedad del caso” (Sotelo 2015, p. 65). Para Sotelo (2015), esta aparece en aquellos casos en que la misma compromete al sujeto, quien tiene una percepción íntima de que eso le afecta.

La primera pregunta que surge cuando aparece una persona en una consulta es: ¿de quien es la urgencia? Es frecuente que a las guardias o admisiones llegue el supuesto paciente acompañado de familiares, amigos, vecinos, una orden judicial, las quejas de los maestros, quienes, muchas veces, parecen más afectados que el sujeto mismo. Sin embargo, según Sotelo (2015), lo mejor que podemos encontrar en el sujeto es la propia angustia. “Los sujetos a través de la urgencia se presentan ante el Otro cominándolo a encontrar una salida a su malestar, tratando de obtener una respuesta, signada por la prisa...” (Sotelo 2015, p. 145).

Sotelo (2009) refiere que no se puede buscar al sujeto en la objetividad ni en lo observable, ya que no basta con la descripción de los hechos sino que se necesita ubicar de qué modo afecta el síntoma. La autora sostiene que la presencia de un analista invita a construir un relato, a localizar la aparición de la urgencia y su relación con los acontecimientos de la vida, posibilita empezar a armar una trama, uniendo un significante con otro, en donde la urgencia comienza a hacerse propia. “La invitación a construir un relato, a localizar la aparición de la urgencia y su relación con acontecimientos de la vida, posibilita comenzar a armar una trama, ligando S1 y S2, la urgencia comienza a hacerse propia” (Sotelo 2009, p. 27).

Sotelo (2015), plantea que el objetivo de cada profesional está ligado a generar un espacio diferente en cada caso y así lograr el alivio subjetivo, resolviendo la consulta sin considerar el tiempo que requiera. El analista debe orientar al paciente para que pueda vincular lo que le sucede actualmente con momentos cruciales de su historia, formulándose algunas hipótesis provisorias. Varias preguntas por parte del profesional posibilitan que el sujeto ubique ciertos significantes que se enlazarán luego en la transferencia.

Según Sotelo (2015), la consulta de urgencia en salud mental puede considerarse una oportunidad para el comienzo de un análisis. De esta manera, la atención a la urgencia forma parte de las entrevistas preliminares. Estas entrevistas abarcan el tiempo que transcurre entre la primera consulta con un analista hasta el comienzo del análisis. “...pues la sola entrada en el discurso analítico produce un

efecto terapéutico: apaciguamiento de los estados de pánico, sedaciones de angustia o postergación de los pasajes al acto" (Sotelo 2007, p. 27).

Según Belaga y Sotelo (2009), los servicios de urgencia atienden con mayor frecuencia patologías tales como crisis de ansiedad, pánico, angustia, conducta violenta, y riesgo de suicidio, anadiendo todas las relacionadas con la ingesta de tóxicos. Además, "la angustia traumática -ese afecto que no engaña-, es uno de los motivos más frecuentes de consulta en la urgencia" (Belaga, Sotelo 2009, p. 34). Parece un sujeto que llega más cerca del grito que del llamado, ante la emergencia de lo real sin ley, en oposición a un mundo.

Sotelo (2015) sostiene que para el psicoanálisis la urgencia está íntimamente ligada al concepto de sujeto. Toda consulta supone un punto de urgencia que requiere la intervención de un analista para que emerja la dimensión del sujeto de la urgencia. "La urgencia en psicoanálisis implica introducir la dimensión del sujeto: el analista supone un sujeto, apuesta a su emergencia, siendo esta la particularidad que lo diferencia de otros paradigmas" (Sotelo 2015, p 170).

Si un sujeto llega a la institución es porque algo dejó de pertenecer al terreno privado y a partir de cierta situación de urgencia algo se atraviesa y pasa a lo público. Según Sotelo (2007), el movimiento que el psicoanálisis propone es ubicar la relación que tiene ese sujeto con su padecimiento. Esto necesita primero la localización de su posición como sujeto. "A través de la maniobra del analista podría producirse alguna rectificación para que el sujeto pueda reconocerse en eso que aparece como ajeno: su síntoma, o lo que le llega por vía del juzgado" (Sotelo 2007, p. 36).

Según Sotelo (2015), la cura implica la reducción del exceso de sufrimiento y el saber hacer con ese resto incurable propio del sujeto humano. "Por la vía del encuentro con el analista, aún en la institución, el sujeto puede empezar a apropiarse de su sufrimiento, a hacerse responsable de sus actos y de aquello que parece estar condenado por la repetición eterna" (Sotelo 2007, p. 37). El movimiento que se propone es el de correr al sujeto del lugar de víctima hacia un lugar de hacerse responsable.

Cuando un sujeto entra en análisis, hay un significante que lo representa, según Lombardi (2008). A través de la interpretación, se induce al sujeto a su división. "El desciframiento en que consiste la interpretación introduce al sujeto

dividido entre los significantes de la asociación” (Lombardi 2008, p 8). Los efectos de esa interpretación producen el entendimiento de la cura.

Durante un análisis, Lombardi (2008), en referencia a Freud, marca que habría que esperar el florecimiento de la transferencia antes de interpretar, ya que hay un tiempo para la interpretación y este no debe ser demasiado pronto. A su vez, la interpretación es condición de la transferencia. Se busca situar el punto genuino en el que el deseo del analista opera en la interpretación en su primer encuentro con el sujeto. “...el paciente no advierte que lo que induce o activa su división es ese deseo introducido por la interpretación, que lo que allí angustia es el deseo del Otro, en este caso el Otro es el analista” (Lombardi 2008, p. 8).

La interpretación, a su vez, alivia la angustia del paciente a través de la suposición de saber. El sujeto supuesto saber es el nombre estructural propuesto por Lacan, y a lo que Freud llamó transferencia. “El sujeto saber es la ficción que encubre que el vínculo analítico no es más que un lazo entre el analista como deseo y el sujeto dividido” (Lombardi 2008, p. 8). Este concepto hace creer que se sabe sobre la significación del síntoma encarnado por la división del sujeto. El analista no sabe, pero su deseo posee alguna significación del significante del síntoma. “A través de la interpretación se puede dar un sentido a algo que para el sujeto no lo tenía” (p.8).

La transferencia es efecto de la interpretación. Así mismo, la interpretación obtiene respuestas que permiten verificar la posición del sujeto respecto a su síntoma, y es ahí donde se quiere llegar en un análisis para poder ubicar la subjetivación del paciente. “Porque ya antes del desarrollo de la transferencia, si es prudentemente formulada, la interpretación obtiene respuestas que permiten verificar la posición del sujeto en relación a su síntoma, incluso modificarla, cómo es el caso de las que producen la rectificación subjetiva en el comienzo del análisis” (Lombardi 2008, p.10).

¿Qué estructura debe tener la interpretación para producir esos efectos, la división del sujeto, y su correlación con el saber? Lombardi (2008) responde: “lo fundamental es que la interpretación no debe ser una demanda, sino, por así decirlo, la mitad de una demanda. La demanda es un decir que se distribuye entre dos niveles, enunciado y enunciación” (p 9). Lacan señala que una interpretación es verdadera sólo por sus consecuencias o por el material que irá surgiendo tras ella.

Lombardi (2008) plantea que si para que haya análisis se requiere del establecimiento de la transferencia, la misma no se consolida sin la interpretación. El deseo del analista opera efectivamente en la interpretación desde el primer encuentro con el sujeto y ese deseo activa la división del sujeto. “Es por ser una demanda rota que la interpretación es la más eficaz invocación de lo enigmático e incomprensible del deseo...” (Lombardi 2008, p 10).

Para Freud, como se mencionó en el marco teórico, la neurosis surge de un conflicto entre la pulsión y la defensa. La defensa fracasa y la pulsión logra una cierta satisfacción, o lo que posteriormente Lacan va a llamar goce. La idea de Torres (2014), es que durante un análisis “...es necesario, entonces, que algo haga behajung para que sobre ello recaiga la represión y lo reprimido retorne luego por la vía de las formaciones del inconsciente: los sueños, los lapsus, los actos fallidos, los síntomas, los chistes, tal como ocurre en el neurótico” (Torres 2014,p. 19).

En relación a la neurosis, y en particular por el caso clínico elegido, Torres (2014) va a definir a la neurosis con el concepto de falta en ser, que implica una búsqueda constante de la falta en el Otro. “Si pensamos la estructura misma de la neurosis en el grafo del deseo, vemos que el lugar del Otro nunca se completa totalmente, nunca se cierra. El Otro siempre lleva incluida una falta...” (Torres 2014, p. 17). La represión se constituye así como un modo de saber del sujeto, aunque él no sepá que sabe sobre la falta en el Otro.

Torres (2014) en referencia a Lacan sitúa a la neurosis como una clínica de las preguntas, el neurótico todo el tiempo se hace preguntas, pero la principal es: ¿Quién soy yo para el Otro? Siempre una histérica está en la posición de querer saber y especialmente, saber la verdad. “La neurosis es siempre una respuesta a la falla, a la falta, al agujero en lo real que produce, para cada uno, el encuentro con la sexualidad” (p. 39).

El paradigma de la histeria es el deseo insatisfecho, por eso, en estos casos el sujeto histérico desea barrer al amo, castrarlo. “La histérica sabe que el Otro está barrado pero es por la vía del amor que busca que el Otro le de el ser” (Torres 2014, p. 89). Esto nos demuestra que la palabra humana es siempre una palabra que demanda amor. Según Lacan, el sujeto trata siempre de recibir la respuesta del Otro a su demanda de amor y, en la histeria, es especialmente aparatoso.

Siempre se trata del deseo de deseo y de sostener su deseo insatisfecho. En la histeria, el sujeto se ocupa muy bien de que haya algo que no sea fácil de obtener, por lo cual mantiene vivo el deseo de ella y el del Otro. “Cómo la histérica sabe que puede ser capturada por el deseo del Otro, trata de inventarse siempre un deseo insatisfecho que la deje un poco al reparo de ese deseo; quiere constituir un Otro, que no se corresponda totalmente a la satisfacción recíproca de la demanda, porque sabe del deseo y quiere impedir que su deseo sea completamente capturado por el Otro” (Torres 2014, p. 48).

En relación a la entrada en análisis y la transferencia, Torres (2014) plantea que si bien la primera impresión puede ser que la histérica está muy dispuesta al análisis, siempre va a estar dispuesta a encontrar la falta. “La posición que tenemos de entrada en cualquier análisis de una histérica es que viene a denunciar que hay alguien que ha causado el desorden de su mundo del cual ella es la víctima y no lo ha causado” (p. 81).

La dirección de la cura conduce a separar el deseo de la demanda, el objetivo es acceder al deseo. Suele suceder que en la histeria “...muchas creen que lo que piden es lo que desean y cuando se lo dan, descubren que no era eso. Pero como muchas veces logran que no se lo den por mucho tiempo, siguen creyendo que lo que piden es lo que desean” (Torres 2014, p. 47). Deseo y demanda son incompatibles entre sí.

A esto apunta el efecto de la rectificación subjetiva: “el sujeto se implica en el desorden del cual se queja, se responsabiliza del desorden en el que vive” (Torres 2014, p. 84). El psicoanálisis pretende cambiar el pasado porque privilegia la historia por sobre el desarrollo, que no es cronológico ni evolutivo. “...quizás no podemos cambiar el futuro de un sujeto, pero sí cambiar su pasado” (Torres 2014, p. 40).

IX. Articulación teórico-clínica:

La paciente del caso clínico elegido se acerca a pedir ayuda al Hospital, ya que dice no aguantar más su situación anímica actual. Sin embargo, durante varias intervenciones del analista, se puede observar, esto que se remarcó más arriba sobre Freud (1914) respecto al síntoma como satisfacción sustitutiva o paradójica. Dentro del relato de A. puede verse que hay algo de satisfacción en su padecimiento, o goce, cómo diría Lacan. Se presenta algo repetitivo, un estancamiento o fijación de un estado anímico que le produce angustia. Pero esta angustia es, a la vez, satisfactoria.

Desde el primer momento que la paciente llega a la sesión, comienza a hablar sobre lo que le sucede, por lo tanto se aplica la regla fundamental del psicoanálisis. La analista solo la interrumpe para aclarar algunas cosas que va diciendo, pero en líneas generales, es una paciente que puede poner en palabras lo que la angustia.

Por otro lado, Freud (1916) hablaba sobre el impulso de repetición al momento de hablar en sesión, este impulso de actuar o poner en acto una situación del pasado. Hay algo en el relato de la paciente que la ubica en un lugar de víctima con su entorno. Este “recuerdo” de que ella fue la víctima de sus padres en su infancia, o la víctima de un mal trato de su hermana. Con esta misma posición de víctima llega a la consulta en el Hospital, cuando comenta que fue víctima de los médicos en su cirugía, o de su marido que no la contuvo y la abandonó.

La tarea del analista es poder lograr el paso de lo inconsciente a lo consciente, poder darle un nuevo significado a su síntoma. Se repite una y otra vez el mismo significante “víctima”. El analista, con la transferencia, debe darle el lugar para que la paciente pueda poner en juego estas repeticiones y así, sus síntomas tengan un nuevo significado transferencial. Aquí comienza el trabajo de reelaboración, reconducir lo que se está repitiendo en el presente, al elemento del pasado al que verdaderamente corresponde. Habría que seguir escarbando el pasado de la paciente para ver en qué momento se ubicó en ese lugar de vulnerabilidad respecto a los otros.

Además, según Freud (1916), primero se instala la transferencia y luego se produce la entrada en el análisis. Podría pensarse que, en este caso, hay establecida una transferencia previa con la institución, ya que la paciente se dirige al

Hospital en búsqueda de ayuda. Sin embargo, no puede hablarse de una transferencia propiamente dicha, ya que esta no se establece en una sola entrevista de admisión, se intentará la instauración de la misma durante las entrevistas preliminares o tratamiento de ensayo, como lo llamaría Freud (1913).

Hay una voluntad propia de la paciente en búsqueda de ayuda. Esto es a lo que Miller (1997) refiere con ser designado como paciente en un análisis, no fue por pedido de un otro. Es ella quien se acerca al inicio de esta experiencia analítica. Este hecho ejemplifica también, el concepto de sujeto supuesto saber de Lacan, en donde el sujeto se dirige hacia un análisis en búsqueda de un saber, de una respuesta que calme su angustia o padecimiento. Hay una idea de que en ese Hospital al que fue, le van a dar la solución a sus problemas. Y ese hecho en sí ya es terapéutico.

Hay un tema en particular que produce cierta traba a la palabra de la paciente, quien venía hablando con total fluidez sobre su padecimiento, y es cuando habla sobre lo sucedido en Italia con su hermana. Según Lacan (1958), se debe conducir al paciente a la palabra plena, hacia la confesión de su deseo, pero esto implica para la paciente una cierta laguna en su relato. La paciente no puede ubicar de forma precisa qué es lo que esperaba de su hermana durante su mudanza. En este hecho se puede pensar en lo que Lacan llamaba la incompatibilidad del deseo con la palabra. Esta libertad para hablar le termina resultando difícil, hay una traba en esa confesión, puede pensarse en el miedo de decir esa verdad que podría ser definitiva. Hay un resguardo, una limitación en las respuestas de la paciente en relación a ese tema.

A esto se refiere Lacan (1965) con respecto a que el analista debe poner foco en lo incomprensible, en la cadena rota del relato para ver el surgimiento del inconsciente. La analista del caso indaga más de una vez respecto a qué significa el afecto para la paciente, intenta de varias maneras preguntarle qué es aquello que espera del Otro para poder rescatar, de alguna manera, algo de eso reprimido. Es solo a través de la palabra de A. como se podrá llegar a ese punto, como decía Lacan (1965), la palabra es el medium del inconsciente.

A través de las intervenciones, de las preguntas, la analista podría llegar a cuestionar las certezas que tiene la paciente respecto a su padecimiento, y es ese el comienzo de un análisis, hacia donde se direcciona la cura. Ahí comienza su división subjetiva, cuando logra asumir cierta responsabilidad en aquello que le

pasa. Como se mencionó anteriormente, la paciente se presenta desde un lugar de víctima donde no parece asumir un rol activo frente a lo que le sucede, sino como una persona que desconoce las razones de sus desventuras.

En las entrevistas preliminares, Miller (1997) plantea que el analista debe hacer alguna presunción respecto a su estructura. En el caso clínico seleccionado, la analista sostuvo que podría tratarse de una neurosis, por lo escuchado en el relato: un claro interés sobre el deseo del Otro, cuestiones repetitivas sobre el amor y sus vínculos, preguntas que se hace a sí misma y dudas sobre todo.

La experiencia analítica, según Miller (1997), consta de tres niveles: la evaluación clínica, la localización subjetiva y la introducción al inconsciente. En una consulta de un hospital, podría pensarse que el paciente se encuentra dentro de la evaluación clínica. Como sucede en el caso de A. es ella quien comienza contando sobre sus síntomas, es quien de alguna manera avala su síntoma, lo valida en su relato. Para poder hablar a nivel de la localización subjetiva, habría que pensar en un paso más que se obtendría con el pasar de las sesiones, donde se pueda identificar la posición del sujeto frente a su síntoma. En una primera consulta observada, no se puede decir que ya se haya podido identificar cuál es su posición frente a su padecimiento, el sujeto se presenta con un vacío de sentido, que deberá ser llenado en el transcurso de un análisis.

Según Miller (1997), dentro de un análisis se escuchan varias voces, que no son todas propias del paciente. Muchas veces se habla en nombre de un familiar, un amigo, una pareja, pero lo que se debe rescatar es la voz del paciente. Esta variabilidad en los discursos produce un cambio de posición en el sujeto de forma continua. Puede ser el caso de la paciente elegida, en donde algo de ese discurso tomado como propio no le pertenezca, sino que sea algo que lo dijo otro, y lo tomó como propio de forma inconsciente. Por eso no se implica en lo que le sucede y adopta la posición pasiva.

El caso clínico elegido podría ser compatible con una neurosis histérica. Miller (1997), hablaba de la histeria como una estructura que se caracteriza por la falta en ser y pone su foco en el Otro. A. es una paciente que refleja en su relato esta falta propia de la histeria: no tiene afecto, no tiene familia, no tiene un marido y no tiene salud. Soler (1985), decía que el sujeto histérico se completa con la falta del Otro. Es como si A. obtuviera un beneficio en esta inconsistencia que acusa de su entorno, y en cada situación angustiante que relata.

En relación al concepto de urgencia, Sotelo (2015) plantea que en un caso clínico de un hospital habría que preguntarse, en primer lugar, de quién es la urgencia, de donde proviene. La paciente de la viñeta llega al hospital en condiciones de desesperación y por su propia voluntad, así que se puede inferir que la urgencia proviene de ella misma y no por derivación de otros. Este acercamiento deja en evidencia la transferencia que se produjo desde un principio con la institución.

Así mismo, la autora clasificó a la urgencia en dos tipos, la urgencia generalizable y la subjetiva. Podría pensarse en el caso de A. que la urgencia generalizable de la paciente se ubica como todo lo que va comentando sobre su padecimiento: depresión, problemas para dormir, tendencias suicidas, miedo a operarse y mucha confusión. Todos estos síntomas o acontecimientos son comunes a todos los sujetos, se suelen ver de forma repetitiva en el hospital o en un consultorio, por lo cual deben ser interpretados para obtener la subjetividad de cada uno y poder hacer algo con ellos. Estos síntomas por sí solos no significan nada, es cuando se introducen en un análisis en donde se conduce hacia una localización subjetiva.

Sotelo (2015), pone el foco en poder ubicar la urgencia subjetiva de un paciente, que se construye a través del señalamiento del analista. En el caso de A., se podría ubicar parte de su posición subjetiva cuando dice que quedó con el corazón destrozado a raíz de haberse mudado a Italia con su hermana. Se observa en su discurso algo referido al merecimiento, al amor no recibido, el no encontrar lo que ella esperaba. Hay una idea de que siempre algo le falta en relación a lo que recibe del Otro, hay algo insuficiente, una demanda insaciable en varios aspectos de su vida. La urgencia subjetiva se muestra como la angustia frente a todo lo que le sucede y las consecuencias que esto le trajo, haciendo referencia también a un intento de suicidio que tuvo en una oportunidad. Además, estas tendencias siguen presentes en su vida, comentó que en algunas ocasiones aún se le vienen a la mente.

Siguiendo con Lombardi (2008), él remarcaba la importancia de la interpretación dentro de un análisis. A través de ella, el analista logra dar alguna idea de significación sobre el significante del síntoma. Y gracias a este proceso de interpretación, se instala la transferencia, ya que el paciente cree o tiene la ilusión que el analista tiene en su saber todos los saberes para su cura. Durante la

entrevista de A. se pueden destacar varios instantes de interpretación que realiza la analista y que producen algún efecto en la paciente. Uno de ellos se presenta cuando la paciente dice: "Yo no pude darle hijos a mis padres" y la analista interviene diciendo: "hijos?", a lo que se corrige y dice: "perdón, nietos". Este ejemplo podría dejar en evidencia una sensación de deuda con sus padres, y a través de esta interpretación, producir un cambio en esa mirada que tiene A. con respecto a lo que fue su vínculo con ellos. Siguiendo a Freud, se podría pensar en que pudo ser un acto fallido, una formación del inconsciente que deja en evidencia algo que fue reprimido.

Estas preguntas que realiza la analista pueden provocar un acercamiento hacia una significación, a dar sentido a algo que antes no se comprendía o desconocía. Otro ejemplo de interpretación que pudo ser clave en la entrevista es cuando la analista le pregunta a la paciente: "quien no se daba cuenta?" haciendo alusión a su situación postoperatoria, y ella responde "nadie". Estas interpretaciones verifican la posición del sujeto respecto de su síntoma, la paciente se siente como una persona que no fue cuidada ni por los médicos, ni su familia, ni su marido. Pero esto no es solo cuestión de su presente, sino que cuando habla de sus padres, el discurso se repite: no fue cuidada ni querida por ellos.

Dentro del sujeto neurótico se produce una pregunta: ¿Qué me quiere el Otro? o ¿Qué quiere el Otro de mi? Torres (2014) planteaba la idea de la falta en ser, el lugar del Otro que nunca se completa. Y esto puede verse en el caso de A., que denuncia esa falta en el Otro en varios momentos de la entrevista: los médicos que hicieron mal su trabajo, la familia que no la cuido, el marido que no se preocupó por ella, la hermana que no le dio afecto en su viaje.

Se ve muy marcada la posición histérica de preguntarse a sí misma por qué le pasa lo que le pasa y el deseo insatisfecho. En el momento en que la analista le pregunta qué es lo que le hubiera gustado recibir el día que festejó su cumpleaños, ella responde que esperaba afecto. ¿Qué es el afecto para ella? ¿Qué esperaba encontrar en su mudanza? ¿De qué manera hubiera podido sentir el afecto? ¿Por qué le exige su modelo de familia ideal a su hermana? ¿Por qué no nombra a sus padres en esa demanda? En las respuestas de algunas de estas preguntas podría encontrarse algún elemento clave para poder ubicar su rectificación subjetiva.

El deseo insatisfecho en la paciente se podría ubicar en esa familia que nunca tuvo, al cariño que nunca recibió. La paciente dice que ella desea una familia,

pero cuando viaja a Italia se da cuenta que eso que desea no está, o al menos, no de la forma que ella quisiera. Su deseo no coincide con su demanda, lo que pide no es lo que aparentemente desea. El modelo de familia que ella dice querer pareciera que es difícil de obtener, ya que tiene algunas limitaciones, sus padres están fallecidos, está separada de su marido, una infertilidad que le impide tener hijos propios, su hermana vive en otro país. Y como plantea Torres (2014), de esta manera mantendrá siempre vivo su deseo.

La falta en el Otro es muy clara y domina el discurso de la paciente a lo largo de toda la sesión. Se produjo en su discurso una denuncia de la inconsistencia del Otro. Todo su relato está cubierto por la falta. La hermana de A. es ese Otro incompleto, al igual que sus sobrinos, sus padres, su ex marido, y los médicos. Esto produce un deseo eterno de deseo, un deseo interminable. Así logra cubrir su propia falta con la falta del Otro.

Soler (1985), plantea al histérico como un sujeto que le dice no al significante cuando se trata de identificarse allí. A. pareciera no poder identificarse en el significante del amor, dice ser la hija no querida, la hermana maltratada, la mujer dejada. El sujeto histérico padece su posición, dice Soler (1985), se formula por el “estoy vacío”, y el “no se”. No se puede ubicar en la paciente lo preciso en su deseo, ha hablado en términos generales, tampoco sabe ubicar qué es lo que desea de forma precisa. Ahí se puede ver su posición subjetiva.

Sería interesante, con el pasar de las entrevistas, ver el avance en la paciente y poder conducirla hacia una nueva posición frente a su síntoma. El destino final es siempre el mismo: la rectificación subjetiva. “Yo se que no tengo nada” habla de un terreno desconocido, de un significante suelto, de una falta de sentido. Se espera un largo recorrido analítico para que pueda salir de ese lugar de goce que provoca el significante “yo soy”.

“El neurótico curado ha devenido en realidad otro hombre, aunque en el fondo, desde luego, siga siendo el mismo: ha devenido lo que en el mejor de los casos y bajo las condiciones más favorables podía devenir. Pero esto es mucho. Cuando sepan todo lo que es preciso hacer y el esfuerzo que se requiere para implantar esa alteración en apariencia tan ínfima de su vida anímica, advertirán la importancia que posee esa diferencia de nivel psíquico” (Freud 1916, p 396).

X. Conclusión:

A partir de lo trabajado, se buscó como objetivo describir y analizar el proceso de subjetivación de la urgencia en el dispositivo analítico en relación a un caso clínico de un hospital. Los conceptos elegidos como la urgencia, la interpretación, la transferencia, el sujeto supuesto saber y la localización subjetiva, han permitido enmarcar el análisis teórico clínico del caso elegido.

Se pudo confirmar la hipótesis: el proceso de subjetivación se logra a través de las intervenciones del analista, para así poder ubicar la posición de la enunciación del paciente respecto a su padecimiento. Es a través de las herramientas y pasos a seguir que proponen los grandes autores del psicoanálisis que se posibilita el camino hacia la subjetivación. Este proceso es importante e imprescindible para la entrada en un análisis.

Durante la cursada de la práctica profesional “Clínica de la Urgencia” se han visto muchos casos diversos, sin embargo, fue llamativo este en particular que se tituló “*Yo sé que no tengo nada*”, porque dejó en evidencia varias de las teorías seleccionadas en esta Tesis para el análisis de las neurosis.

El título fue elegido en base a una frase textual que fue repetida por la paciente en referencia a algo que, en su momento, era insignificante. Como se mencionó anteriormente, esta frase refleja ese vacío de sentido que luego será unido a otro significante. En principio, si bien el caso fue seleccionado sin ninguna intención particular, se tomó nota de esta frase dicha por la paciente, y terminó sirviendo como ejemplo para presentar el discurso del vacío que remarca la histeria: una paciente que declara no tener nada, y que pondrá en cuestión a todos los que la rodean, aquellos que sí tienen.

XI. Bibliografía:

- Freud, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1916). 27a conferencia. La transferencia. En Obras Completas, Vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1917-1919). Nuevos caminos de la terapia analítica. En Obras Completas, V
- Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. Capítulo 1 (puntos 1, 2 y 3), capítulo 4 (punto 7), Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.ol. XVII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. (1964). El Seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Clase XII. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964-65). Clase del 5 de mayo de 1965. En El Seminario. Libro 12: Problemas cruciales del psicoanálisis.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. Capítulo I: Palabra vacía y palabra plena en la realización psicoanalítica del sujeto. En Escritos 1. Buenos Aires: Siglo XXI. pp. 237-249.
- Lombardi, G. (2008). La función primaria de la interpretación. Hojas clínicas Compilación. Buenos Aires. JVE.
- Miller, J. (1997), Introducción al Método Psicoanalítico. Editorial Elolia-Paidós. Buenos Aires.
- Soler, C. (1985). La elección de la neurosis. En Finales de análisis. Buenos Aires: Manantial.
- Soler, C. (2007). El rechazo del inconsciente. En ¿Qué se espera del psicoanálisis y del psicoanalista? Buenos Aires: Letra Viva. pp. 239-254.
- Sotelo, I. (2015), DATUS. Dispositivo Analítico para Tratamiento de Urgencias Subjetivas". Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Sotelo, I. (Compilador) (2009) "Perspectivas de la clínica de la urgencia" Buenos Aires, Grama Ediciones.
- Sotelo, I, Belaga G. (2009) Trauma, ansiedad y síntoma: lecturas y respuestas clínicas en I Sotelo (compiladora) Perspectivas de la Clínica de la Urgencia Buenos Aires Grama ediciones.
- Sotelo, I. (2007) Clínica de la urgencia. Buenos Aires, JVE Editores, 2007.
- Torres, M. (2014), Clínica de las neurosis, Editorial Grama, Buenos Aires.