

5- GRUPOS DE CONTROL DEL ANÁLISIS Y TRANSMISIÓN DE LA CURA. (Rosario)

Juan Alberto Manino

La práctica del psicoanálisis se determina por la puesta en escena de bordes en las que el analizante y el analista apuestan sostener. Esta determinación discursiva del psicoanálisis no puede ser reducida a las formas canónicas en las que se transmite la ciencia ni tampoco las prácticas liberales (entendiendo por ellas las que se organizan de acuerdo a un saber de opinión).

La experiencia del psicoanálisis implica la singularidad del decir del “paciente” en el análisis de los síntomas que lo aquejan y con ello la puesta en cuestión del anonimato en el caso; dicho de otro modo: el de ser solo objeto para la mirada razonante de otro y quedar representado por el nombre de tal o cual enfermedad.

Esta modalidad particular de acceso al saber en el que está implicado un sujeto requiere fundamentalmente del reconocimiento de la verdad de sujeto; que entra en franca contradicción con el saber supuesto bajo el imperio del principio de no contradicción. Falla de ninguna manera contingente sino que hace a la esencia del estatuto de lo Inconsciente: Freud sostuvo desde el comienzo la inexistencia de aquel principio en la articulación de las leyes que rigen lo Inconsciente. Desde el comienzo, entonces, el saber de la Ciencia y el saber del Psicoanálisis tienen una relación paradójica; puesto que en cierto sentido el saber de la segunda se enuncia tomando en cuenta lo que el saber de la primera excluye.

Paradojas esenciales y por lo tanto irreductibles que es posible poner en juego cuando la pregunta que sostiene al grupo de trabajo se refiere a la transmisión en y de un psicoanálisis. Pero, hacer lugar a lo singular no puede quedar en el registro de lo inefable. Esto nos llevaría al campo de la magia o de la religión.

En el marco de estas cuestiones se encuentran los “Grupos de control del análisis y transmisión de la cura (Rosario)” y – con las distinciones del caso- los grupos que tratan la transmisión psicoanalítica de la experiencia en hospitales.

En la práctica hospitalaria implica tener en cuenta la encrucijada del acto del psicoanalista y la efectuación concreta de políticas de salud. Es allí donde más habrá de poner en cuestión el supuesto uso del psicoanálisis como referencia psicológica y normativa. Como dato es suficiente tomar en cuenta los pedidos de interconsulta que llevan implícita, cuando no de manera explícita, la demanda de hacer más paciente al paciente. De instrumentar una psicoterapia que reduzca su queja para tranquilidad de quienes lo asisten.

En este marco hemos trabajado en los diversos grupos sosteniendo el dispositivo propuesto en años anteriores. Este dispositivo consiste en relato de una situación por parte de aquel que intervino en la misma; y a partir de escuchar dicho relato construir el saber del caso. Hay dos tiempos del dispositivo: un primer tiempo donde el que relata una situación determinada, dialoga con solo con uno de los integrantes del grupo de trabajo; y un segundo tiempo en el que se abre la interlocución -sólo sobre lo escuchado- a todos los participantes del encuentro. Los avatares del decir y las escuchas singulares constituyen entonces un proceso sintomático, en el sentido psicoanalítico del término; sobre todo cuando las formaciones del Inconsciente no son excluidas del proceso sino tomadas como constituyente particular de dicho proceso.

En el grupo de trabajo de Hospital de Emergencias Clemente Alvares fueron revelando su insistencia los temas siguientes:

- ✓ Los momentos de elaboración del trauma (por la afección que provocan, no solo los accidentes de la calle o las enfermedades orgánicas, sino también la recepción de información de pérdidas afectivas o de diagnóstico médico).
- ✓ Las manifestaciones del trauma que pueden presentarse de diversas maneras; agresividad, angustia, fobias, abandono del tratamiento, dolor, excitación psicomotriz, delirios, etc.
- ✓ Hablar de trauma es ya hablar de un comienzo en la elaboración del acontecimiento. Una mención que reactivó el proceso, fue el recordar el planteo de Freud en “Moisés y la religión monoteísta” donde señala tres momentos; a) Trauma, b) latencia, y c) manifestaciones tardías del trauma.
- ✓ Se plantea entonces una diferencia entre conocer y reconocer, entre la información y el saber que se relaciona con el proceso de elaboración singular.
- ✓ Se trabajó en torno a la doble dimensión del nudo del síntoma: de una parte, en tanto formación de lo inconsciente y, de otra parte, el efecto transferencial, como modo de establecer un lazo con el otro que expresa un intento de subjetivación del acontecimiento “actual” – “enfermedad actual”, “situación de internación”, etc.
- ✓ Diferenciamos en consonancia con el punto anterior el acto del psicoanalista que estaría en función del síntoma como formación de lo inconsciente: el vínculo de la dimensión histórico-genealógica del sujeto y lo actual –real; en el sentido de que esto último parece tomar preeminencia “sintomática” frente al dimensión histórico-genealógica.
- ✓ La elaboración del síntoma que se fue constituyendo en el proceso de trabajo nos permitió pensar nuestra posición en cada situación, haciendo eje, en un primer tiempo, en aquello que se mostraba como el “acompañar” el proceso de elaboración subjetiva del paciente, o de los asistentes (familiares, o enfermeros o médicos) frente a aquello que mostraba su cara traumática.
- ✓ Trabajamos las representaciones inconscientes con las cuales nos identificamos y desde las cuales ejercemos nuestra práctica -nosotros como psi pero también médicos, enfermeros, trabajadores sociales, etc.; pues es un espacio abierto a otras disciplinas- y que muchas veces funcionan como prejuicios que determinan los imperativos morales en la cura.

En el grupo de trabajo compuesto por las colegas que hacen sus prácticas en diversos centros de salud de la Municipalidad de Rosario realizamos un recorrido que implicó reconocer la encrucijada en la que cada practicante en su singularidad se encuentra atravesado por lo político-institucional y la clínica.

El análisis de esta encrucijada puso en cuestión la dimensión de acto en cada posicionamiento práctico, en cuanto se puso en evidencia la diferencia con el discurso sostenido por la medicina o la psicología, así como el discurso de la política que en este caso se llama política en salud. El análisis del “hacer” implicó afrontar la interpretación de lo que se supone esperable para un practicante “Psi”. Particularmente en el área de Atención Primaria de Salud, donde el “deber ser” apunta sobre todo a la atención de población en general y por lo tanto resulta difícil hacer evidente que el sujeto no es solo aquel que se integra – o no- al conjunto de las políticas programadas sino que su posición singular hace síntoma. Pero este síntoma no puede ser considerado solamente como un síntoma social. Hay allí un sujeto del síntoma que es causado por el goce de la pulsión. Esto se puso en evidencia en cada uno de los casos tratados.

El orden de las demandas que están en juego en estos espacios implicó poder recortar la dimensión propia a lo psicoanalítico. Esto llevó a elaborar las diferencias en la actualización del lenguaje en el discurso: la diferencia entre el uso instrumental de la palabra por un sujeto y la de la efectuación del sujeto por la palabra y el discurso del

otro. Es decir: poder relevar lo que implica la demanda en la singularidad de cada caso, ha sido la ocasión de la puesta en evidencia de un sujeto que habla. Y al hablar enuncia un más allá en sus síntomas que constituyen la dimensión de goce o deseo inconsciente.