



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA  
.....

# Informe Final

## Investigación de Pre-grado

*Caracterización de la Demanda en la Urgencia*

Paola Grufi  
Matrícula: 3244/94

Andrea Fabiana Orlando  
Matrícula: 1247/88

**Fecha de Presentación: Noviembre del 2004**

N° CLASIFICACIÓN:	ADQUISICIÓN:
T-PG	Donación Alumno a través de d.V. Alumnos
G	N° PRESENTADO:
	R-368



Mar del Plata, 4 julio de 2004

Licenciada Cristina Belloc

Secretaria de Investigación y Postgrado

Facultad de Psicología

Su despacho

De mi mayor consideración.

Por la presente me dirijo a usted para notificarla de mi autorización acerca de la supervisión que realiza la Lic. Viviana Rubinovich del trabajo de investigación de pre-grado de las alumnas Paola Grufi y Andrea Orlando.

Sin más, la saludo atte.

A handwritten signature in black ink, consisting of a vertical line with a loop at the top and a horizontal stroke at the bottom.

Lic. Alfredo Cosimi  
Prof. Titular Intr. Teoría Psicoanalítica

Mar del Plata, 10 de noviembre de 2004

Acompaño con esta nota la presentación de la Investigación de Pregrado de las alumnas Paola Grufi y Fabiana Orlando quienes han supervisado su elaboración conmigo.

Hace aproximadamente un año me solicitaron la supervisión para el trabajo que hoy se presenta ya que interesadas por avanzar en la profundización teórica de su experiencia en la Residencia de grado consideraban que la problemática de la urgencia en psicoanálisis requería de un tiempo de conceptualización posterior. Es decir, habiendo pasado por lo que constituía su primer encuentro con la clínica resultaba necesario ahora un trabajo de investigación que les permitiera responder a algunas de las preguntas que la práctica les había generado.

Se trató entonces de acotar estos interrogantes subrayando la articulación de dos nociones la *urgencia* y la *constitución de la demanda* revisando tanto bibliografía seleccionada como materiales clínicos que disponían por la tarea desarrollada durante la Residencia. La labor se centró entonces en el estudio pormenorizado de los textos y de la casuística clínica comenzando así un recorrido que sistematizaron con la elaboración de reseñas de lectura y análisis de los casos clínicos.

Las publicaciones actuales sobre el tema las obligaron además a revisar conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica que resultaban imprescindibles para comprender los desarrollos complejos de la problemática de la *urgencia*.

Las alumnas pasaron luego a la redacción final de la tesis donde exponen las teorizaciones logradas y las conclusiones a las que pudieron arribar en esta instancia de su camino, un camino que si bien concluye en uno de sus tramos recién se inicia en el que le sigue.

Considero que han logrado realizar una tesis que demuestra los avances producidos y que estuvieron sostenidos por el interés que los interrogantes les planteaban.



Lic. Viviana Rubinovich

## PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE PRE - GRADO

**Apellido y nombre de los alumnos:** Orlando, Andrea Fabiana

Grufi, Paola Guadalupe

**Matrículas:** 1247/88

3244/ 94

**Cátedra o Seminario de Radicación:** Grupo de Investigación Teoría y Prácticas Psicoanalíticas. RR n°295/92.

**Supervisor:** Licenciada Viviana Rubinovich.

**Título del Proyecto:** Aproximación a una caracterización de la demanda en la urgencia.

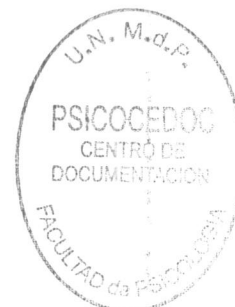
### — Descripción resumida:

La investigación surge, ante la necesidad de responder a los interrogantes generados durante la residencia de pre - grado en la guardia de un hospital público.

Se intentará responder a cuestiones tales como: ¿Qué es lo que viene a buscar la persona que se acerca a la guardia o que es traída? ¿Qué distintos pedidos se pueden ir diferenciando a partir de una entrevista con un psicoanalista de guardia?. ¿Cuál es la posición de una persona que atraviesa una situación de urgencia y recurre al hospital?. Con respecto a la demanda ¿Cómo se podría pensar su articulación en un segundo tiempo?.

En el marco de ésta investigación la urgencia tiene una escenografía propia el hospital y dos actores en escena: el psicoanalista y el paciente.

En el transcurso de nuestras lecturas comienzan a surgir cuestiones en relación a cómo entender la demanda. Algunos autores, la presentan como el efecto que se puede producir del encuentro de una persona que llega a la guardia y un analista que opera con el paradigma de que allí hay un sujeto. Además se abren nuevos interrogantes al pensar que en ésta escena aparece el hospital como institución, introduciendo una terceridad.



En el transcurso de la investigación, trabajaremos a partir de las conceptualizaciones de Freud y Lacan, intentando una articulación conceptual con casos clínicos recolectados durante nuestra residencia.

Consideramos que estas entrevistas plantean ciertas limitaciones por ser un único encuentro, pero creemos que aportarán elementos valiosos a los interrogantes formulados.

**Palabras clave: psicoanálisis – urgencia – demanda – material clínico – hospital.**

**Descripción detallada:**

**Motivo y antecedentes:**

Los interrogantes que motivan a pensar este trabajo de investigación son tomados de la práctica clínica del psicólogo en la institución pública, lugar donde realizamos nuestra residencia de pre - grado, específicamente en la Guardia del Servicio de Salud Mental del Hospital General Interzonal de Agudos “ Dr. Oscar Allende”.

Como residentes de pre - grado nuestra actividad en dicha institución, consistía en asistir a las Guardias del Servicio de Salud Mental un día a la semana hasta cumplimentar 200 hs. Allí efectuamos un trabajo de observación y registro en informes de cada una de las entrevistas que el equipo (conformado por psicólogos y psiquiatras residentes) realiza a las personas que acuden a la guardia y de las entrevistas que se practican a pedido de los médicos en la guardia general. También tuvimos la oportunidad de observar, algunas interconsultas entre profesionales de la salud mental y médicos.

Este recorrido nos permite contar con un registro de casos sistematizados y conceptualizados, que serán la fuente de datos que se utilizará en esta investigación, utilizando tanto interrogantes teóricos como material clínico. Este registro de casos cuenta con sus limitaciones, por ser entrevistas que representan un único encuentro con el psicoanalista de guardia. Sin embargo, según palabras de Nasio: “lo que se dice en la primera entrevista,

las primeras frases en la entrevista preliminar, marcan el análisis”.<sup>1</sup> ¿ Habrá alguna diferencia con el encuentro en la consulta por guardia?

Para comenzar a pensar en la urgencia, intentaremos contextualizar el trabajo del psicoanalista en la institución hospitalaria . Algunos autores plantean que la institución pública introduce en su masividad el anonimato: pacientes sin nombre, profesionales sin nombre. Estas dificultades que el psicoanálisis encuentra marcan el camino que el psicoanalista debe transitar. Estos autores se refieren a que nombrar para el analista significa en primer lugar, nombrarse a sí mismo, recortarse sobre el fondo de la uniformidad institucional.

La urgencia desde lo manifiesto aparece como: las consultas en el límite de la desesperación, las bruscas crisis de violencia, el anonadamiento, la aparición repentina de una alucinación o delirio histérico, la agitación, la imposibilidad de realizar la más mínima actividad, o los reiterados intentos de suicidio.

Mas allá de lo manifiesto, podemos empezar a acercarnos a algunos conceptos que ofrecen una lectura posible de lo que allí, en la urgencia, podría estar ocurriendo con el sujeto. Según la bibliografía actual la urgencia se acerca a lo que se suele llamar situación de crisis, entendiendo por crisis, un momento de ruptura y desestabilización de la estructura psíquica, donde alguien queda por fuera del discurso.

Una de las hipótesis más frecuentes en la bibliografía referida al tema, propone ubicar a la urgencia en una dimensión que aparece en ruptura con la dimensión de la palabra, que irrumpe en la escena que sostiene al sujeto en su mundo y provoca un quiebre discursivo “ Asistimos a la ruptura de la cadena significativa. La urgencia se presenta en la dimensión del *Agieren* freudiano, del actuar en lugar de decir con/ en palabras...”Rubinovich (junio, 1998) <sup>2</sup>. Siguiendo esta línea de pensamiento la pregunta que surge es si la acción, las actuaciones, no son otra manera en la que alguien habla y pide ser escuchado. En este sentido nos preguntamos ¿Cuál sería allí el lugar del analista? ¿Cuál sería el dispositivo que el analista pone en marcha? . Más

---

<sup>1</sup> Nasio J. David.(1987: 26). Presentaciones clínicas. Editorial Trieb.

<sup>2</sup> Rubinovich, V. Algunas notas sobre la práctica en la urgencia. Psicoanálisis y el hospital n°13. Invierno (junio 1998 :14 - 15) .Ediciones del Seminario.

específicamente ¿Cuál es la tarea del analista en el encuentro con la urgencia en la guardia de un hospital público? ¿Cuál es su posición con respecto a la tarea de articular la demanda? ¿Es el mismo trabajo que el que se realiza en la urgencia que se presenta dentro de un tratamiento?

En uno de los primeros libros que se escriben en la Argentina acerca del tema, algunos autores expresan que la apuesta del psicoanalista es que la urgencia se vuelva una demanda, se intenta instalar una demanda posibilitando el surgimiento del sujeto, se saca al sujeto de su posición de objeto. La demanda en el sentido de entrevistas preliminares que podrán devenir o no en análisis, es decir que podrán ser pensadas como preliminares apres coup. Estos autores proponen salir del campo de la necesidad obturante para abrir el camino del deseo y situarse en el tiempo del inconsciente. Bialer et al. (s/f)<sup>3</sup>

Es así como este recorrido conceptual nos lleva a interrogarnos acerca de la demanda ¿Qué es lo que viene a buscar la persona que se acerca a la guardia? ¿Qué distintos pedidos se pueden ir diferenciando a partir de una entrevista con un psicoanalista en la guardia? ¿Cuál es la posición del sujeto en la urgencia con respecto a la demanda?

Siguiendo a Lacan (1958)<sup>4</sup> entendemos a la demanda como una articulación significativa. En "*La dirección de la cura*" habla de cual es la posición del analista y acerca de la demanda dice: "Aún una interjección es del orden del lenguaje... me pide, por el hecho de que habla: su demanda es intransitiva, no supone ningún objeto." "...incluso no es la suya, porque después de todo soy yo quien le ha ofrecido hablar." Es el analista el que con su oferta de escucha crea las condiciones para que se articule una demanda. En este punto nos preguntamos: ¿cuáles serían esas condiciones para que se articule la cadena significativa? ¿Cómo capturar de dónde viene la crisis que está atravesando un paciente?

Para algunos autores la apuesta en la urgencia podría ser:

---

<sup>3</sup> Eric Laurent con el Grupo de investigación sobre las Urgencias. (s/f :19). En *La Urgencia*. Ricardo Vergara ediciones.

<sup>4</sup> Lacan J. (1958: 597 ). *La dirección de la cura y principios de su poder*. En : escritos II. Siglo XXI editores.1987. Argentina.

“Aislar algún significante con el que instalar una nueva dimensión con que abordarlo sin que se trate de su restablecimiento homeostático. El tiempo de la urgencia se sustituye por el tiempo de saber. Del “no puedo”... al “no sé”... “no sé lo que digo, pero en lo que digo hay un saber.”<sup>5</sup>

La demanda puede ser pensada en un primer encuentro con un psicoanalista, siguiendo la propuesta de Nasio (1996)<sup>6</sup>, como un momento que denomina tomando como referente a Lacan, de “*rectificación subjetiva*”. Esta fase tiene lugar en el curso de la primera entrevista, o desde las primeras entrevistas en el encuadre del cara a cara con el paciente. La rectificación subjetiva hace referencia a una relación de sentido que el sujeto tiene con su sufrimiento. Se refiere a la relación del yo del sujeto con su síntoma. El analista presta atención a cómo el sujeto está situado en relación con su sufrimiento e intervendrá allí para intentar resituarlo de otro modo.

Nasio explica que luego de la primera entrevista hay una demanda masiva por parte del paciente y es al final de esa primera entrevista que él tiene el hábito de manifestarle lo que denomina “mi impresión”. Esto es, dar una respuesta que consistirá en resituar al paciente de otro modo en relación con su sufrimiento.

El pasaje por esta fase de “rectificación subjetiva” es el que se intentará recortar del material clínico obtenido en las entrevistas de la guardia del Hospital. Intentaremos ver qué ocurre en la urgencia, específicamente, con esta fase de la cura que propone Lacan cuando refiere que hay una dirección que se ordena en un proceso que va “de la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real, hasta el desarrollo de la transferencia...”<sup>7</sup>. Lacan. (1958). Además, los casos clínicos se contextualizan dentro de una institución pública, que ocupa un lugar de terceridad, lugar de sujeto supuesto saber.

---

<sup>5</sup> Nepomiachi R. (s/f: 61). Al tiempo de la urgencia, el tiempo del saber. En : La urgencia. Ricardo Vergara Ediciones.

<sup>6</sup> Nasio, J. D (1996: 18 - 19).Cómo trabaja un psicoanalista. Buenos Aires. Ed Paidós. 2002 (3º ed.).

<sup>7</sup> Lacan J. (1958: 578)La Dirección de la cura y los principios de su poder. En: Escritos II. Siglo XXI editores.

Para finalizar, nuestra investigación intentará, sin desconocer la particularidad del trabajo del psicoanalista en un hospital, aproximarse a una caracterización de la demanda en la urgencia.

**Objetivos generales:**

- Conocer las distintas definiciones que se han publicado del fenómeno de la urgencia a partir de la práctica del psicoanalista en el hospital.
- Caracterizar la demanda en la entrevista con un psicoanalista contextualizada en la guardia de un hospital público.

**Objetivos particulares:**

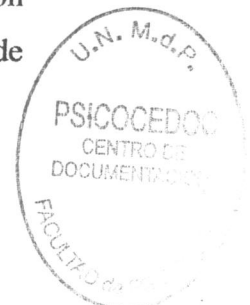
- Realizar un recorrido por las concepciones psicoanalíticas con respecto a los conceptos de urgencia y demanda que nos permita la articulación con la clínica de la que partimos.
- Articular el concepto de urgencia y demanda dentro del psicoanálisis.
- Establecer cual es el campo de intervención posible del analista en la urgencia desde su trabajo en la guardia de un hospital público.
- Presentar casos clínicos en los que se muestre como se presenta la demanda en la urgencia.

**Métodos y Técnicas:**

Se realizará una investigación bibliográfica con articulación de casos clínicos. Se utiliza material clínico propio, recolectado en el transcurso de nuestra labor como Residentes de pre - grado en el Hospital Interzonal General de Agudos, específicamente en lo que hace a la atención en el Servicio de Guardia de dicho Hospital.

El método de análisis de estos datos se realizará siguiendo los conceptos de la teoría psicoanalítica.

Se intentará una articulación entre práctica y teoría a través de la revisión bibliográfica. La misma consiste en la lectura detallada y elaboración de



fichas bibliográficas de los textos que trabajan esta temática y que han sido seleccionados por el desarrollo que ofrecen de los conceptos que interesan.

**Lugar de realización del trabajo:** Universidad Nacional de Mar del Plata - Hospital Interzonal General de Agudos.

**Cronograma de actividades:**

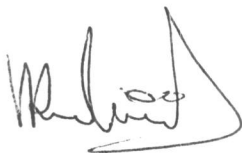
- 1. Organización, fichaje y compaginación de los registros en informes de casos clínicos, presentados durante la residencia de Pre-grado.
- 2. Selección de casos clínicos pertinentes al tema a investigar.
- 3. Elaboración y análisis teórico de dichos casos.
- 4. Revisión bibliográfica de conceptos claves.
- 5. Rastreo de bibliografía y publicaciones sobre el tema.
- 6. Encuentros semanales de supervisión.
- 7. Elaboración escrita articulando el material clínico y teórico.
- 8. Conclusiones.

**Detalle del cronograma de actividades a realizar por quincenas:**

Nº	JULIO 1er. Quincena	JULIO 2da. Quincena	AGOSTO 1er. quincena	AGOSTO 2da. Quincena	SEPT. 1er. quincena	SEPT. 2da. Quincena	OCTU. 1er. quincena
1.	X						
2.	X	X					
3.		X	X	X			
4.	X	X					
5.	X	X	X	X	X	X	
6.	X	X	X	X	X	X	X
7.			X	X	X	X	
8.							X

**Bibliografía básica de referencia:**

- Bialer, M. et al (s/f). La urgencia. Bs. As. Ricardo Vergara Ediciones.
- Freud, S. Obras completas. Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Lacan, J. Obras completas. Siglo XXI editores. Argentina.
- Nasio J. (1996) Cómo trabaja un psicoanalista. Ediciones Paidós. Buenos Aires: 2002.
- Psicoanálisis y el hospital. Revista Año 7 - nº13. Invierno (junio, 1998). Ediciones del Seminario.
- Psicopatología de la urgencia. (1994, noviembre). Hospital Juan A. Fernández. Surge ediciones. Buenos Aires.



**Firma del Supervisor**



**Firma del/ los alumnos**

**P/ Area de investigación**

**Resultado de la evaluación (aprobado/~~rehabilitado~~)**



**Fecha:**

10/08/04

PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE PRE - GRADO

Apellido y nombre de los alumnos: Orlando, Andrea Fabiana 780 7666  
Grufi, Paola Guadalupe 432 1095

Matrículas: 1247/88  
3244/ 94

Cátedra o Seminario de Radicación: Grupo de Investigación Teoría y Prácticas Psicoanalíticas. RR n°295/92.

Supervisor: Licenciada Viviana Rubinovich.

Título del Proyecto: La demanda en la urgencia subjetiva.

Descripción resumida:

La investigación surge, ante la necesidad de responder a los interrogantes generados durante la residencia de pre - grado en la guardia de un hospital público.

Se intentará responder a cuestiones tales como: ¿Qué es lo que viene a buscar la persona que se acerca a la guardia o que es traída? ¿Qué distintos pedidos se pueden ir diferenciando a partir de una entrevista con un psicoanalista de guardia?. ¿Cuál es la posición del sujeto de la urgencia con respecto a la demanda? ?

En la bibliografía actual se puede leer, que la demanda en la urgencia es el efecto que se puede producir en el encuentro de un profesional y un paciente, aun traído, con un analista que opera con el paradigma de que allí hay un sujeto. Entendemos a la demanda como una articulación significativa que intentaremos situar en la urgencia subjetiva a partir de la revisión de las conceptualizaciones de Freud y Lacan.

3+1

Además se utilizará como fuente, material clínico propio recolectado en el transcurso de nuestra residencia de pre - grado en el Hospital Interzonal general de Agudos de Mar del Plata. [ 186 ]

Palabras clave: psicoanálisis - urgencia - demanda - material clínico - hospital.

Descripción detallada:

Motivo y antecedentes:

Los interrogantes que motivan a pensar este trabajo de investigación son tomados de la práctica clínica que realiza el psicólogo en la institución pública, lugar donde realizamos nuestra residencia de pre - grado, específicamente en la Guardia del Servicio de Salud Mental del Hospital General Interzonal de Agudos " Dr. Oscar Allende".

Como residentes de pre - grado nuestra actividad en dicha institución, consistía en asistir a las Guardias del Servicio de Salud Mental un día a la semana hasta cumplimentar 200 hs. Allí realizamos un trabajo de observación y registro en informes de cada una de las entrevistas que el equipo (conformado por psicólogos y psiquiatras residentes) realiza a las personas que acuden a la guardia y de las entrevistas que se realizan a pedido de los médicos en la guardia general. También tuvimos la oportunidad de observar, algunas interconsultas entre profesionales de la salud mental y médicos.

Este recorrido nos permite contar con un registro de casos sistematizados y conceptualizados, que serán la fuente de datos que se utilizará en esta investigación, utilizando interrogantes teóricos como material clínico.

La urgencia subjetiva representa nuestro primer encuentro con la clínica. Primer encuentro que tiene una escenografía propia: el hospital, más específicamente la guardia y dos actores en escena: el residente y el paciente. Nos proponemos comenzar a pensar este espacio, siguiendo a quienes ya han atravesado la misma experiencia. Estos profesionales que han escrito sobre su trabajo en la Guardia de un Hospital proponen a partir del encuentro con la urgencia subjetiva, diferentes categorías de análisis para comenzar a abordarla conceptualmente.

La urgencia desde lo manifiesto aparece como: las consultas en el límite de la desesperación, las bruscas crisis de violencia, el anonadamiento, la aparición repentina de una alucinación o delirio histérico, la agitación, la imposibilidad de realizar la más mínima actividad, o los reiterados intentos de suicidio.

Mas allá de lo manifiesto, podemos empezar a acercarnos a algunos conceptos que ofrecen una lectura posible de lo que allí, en la urgencia,

podría estar ocurriendo con el sujeto. Según la bibliografía actual la urgencia se acerca a lo que se suele llamar situación de crisis, entendiendo por crisis subjetiva, un momento de ruptura y desestabilización de la estructura psíquica, donde alguien queda por fuera del discurso.

Una de las hipótesis más frecuente en la bibliografía referida al tema, propone ubicar a la urgencia subjetiva en una dimensión que aparece en ruptura con la dimensión de la palabra, que irrumpe en la escena que sostiene al sujeto en su mundo y provoca un quiebre discursivo “Asistimos a la ruptura de la cadena significante. La urgencia se presenta en la dimensión del *Agieren* freudiano, del actuar en lugar de decir con/ en palabras...”Rubinovich (junio, 1998) <sup>1</sup>. Siguiendo esta línea de pensamiento la pregunta que surge es si la acción, las actuaciones, no son otra manera en la que alguien habla y pide ser escuchado. En este sentido nos preguntamos ¿Cuál sería allí el lugar del analista? ¿Cuál sería el dispositivo que el analista pone en marcha? . Más específicamente ¿Cuál es la tarea del analista en el encuentro con la urgencia subjetiva en la guardia de un hospital público? ¿Cuál es su posición con respecto a la tarea de articular la demanda? ¿Es el mismo trabajo que el que se realiza en la urgencia que se presenta dentro de un tratamiento?

En uno de los primeros libros que se escriben en la Argentina acerca del tema, algunos autores expresan que la apuesta del psicoanalista es que la urgencia se vuelva una demanda, no se responde al pedido, se intenta vehicular la demanda posibilitando el surgimiento del sujeto, se saca al sujeto de su posición de objeto. La demanda en el sentido de entrevistas preliminares que podrán devenir o no en análisis, es decir que podrán ser pensadas como preliminares apres coup. Estos autores proponen salir del campo de la necesidad obturante para abrir el camino del deseo y situarse en el tiempo del inconsciente. Bialer et al. (s/f)<sup>2</sup>

Es así como este recorrido conceptual nos lleva a interrogarnos acerca de la demanda ¿Qué es lo que viene a buscar la persona que se acerca a la guardia o que es traída? ¿Qué distintos pedidos se pueden ir diferenciando a

¿Qué es el "sujeto" del "psicoanalista" en "urgencia"?

<sup>1</sup> Rubinovich, V. Algunas notas sobre la práctica en la urgencia. Psicoanálisis y el hospital n°13. Invierno (junio 1998 :14 - 15) .Ediciones del Seminario.

partir de una entrevista con un psicoanalista de guardia?. ¿Cuál es la posición del sujeto de la urgencia con respecto a la demanda?.

Siguiendo a Lacan (1958)<sup>3</sup> entendemos a la demanda como una articulación significativa. En “*La dirección de la cura*” habla de cual es la posición del analista y acerca de la demanda dice “Aún una interjección es del orden del lenguaje... entonces habla y si habla nos pide”. Este pedido es una demanda radical e intransitiva, no presupone ningún objeto. Es el analista el que lo posibilita, ya que con su oferta de escucha crea las condiciones para que se articule una demanda. Se trata de ofrecer un lugar para que se articule la palabra.

Eric Laurent (1987) mantiene una reunión con el Grupo de Investigación sobre la Urgencia del Hospital Evita de Lanús en el marco del Seminario del Campo Freudiano. En un artículo del libro publicado por dicho grupo, aparece su propuesta en referencia a la urgencia:

... “en esos momentos en donde no se articula la palabra por el hablar, en esos silencios, hay que construir la cadena significativa en la que ha habido una ruptura. En la urgencia hay que calcular de donde viene la ruptura. Se trata de capturar de donde viene la crisis que esta atravesando el sujeto”.<sup>4</sup>

Los autores del libro mencionado enuncian su apuesta como grupo de analistas en la urgencia: “es la de transformar esa urgencia mediante su inscripción en la cadena significativa” Bialer et al.<sup>5</sup>

Retomando los interrogantes que se abren a partir de una primera lectura sobre el tema pensamos:

¿Cómo reconocemos una demanda? ¿Qué esperar de la puesta en palabras del sufrimiento? Una posible respuesta sería, siguiendo con la línea de estos autores:

<sup>2</sup> Eric Laurent con el Grupo de investigación sobre las Urgencias. (s/f :19). En *La Urgencia*. Ricardo Vergara ediciones.

<sup>3</sup> Lacan J. (1958) *La dirección de la cura y principios de su poder*. En : escritos II. Siglo XXI editores.1987. Argentina.

<sup>4</sup> Bialer M. et al. (s/f :13) *Sobre la Urgencia (I)*. En : *La urgencia*. Ricardo Vergara ediciones.

<sup>5</sup> Bialer et al. Idem

el objeto?

¿e tiempo?

Cómo?

Cómo?

De estos cómo, deberían surgir los objetivos

“Aislar algún significante con el que instalar una nueva dimensión con que abordarlo sin que se trate de su restablecimiento homeostático. El tiempo de la urgencia se sustituye por el tiempo de saber. Del “no puedo”... al “no sé”... “no sé lo que digo, pero en lo que digo hay un saber.”<sup>6</sup>

con el  
cambio?

Podemos decir, de acuerdo con la bibliografía revisada hasta el momento, que en la urgencia el pedido llega de diferentes maneras y mediante una oferta de escucha el profesional intenta crear demanda. Así la demanda en la urgencia podría pensarse como el efecto que se puede producir en el encuentro de un profesional y un paciente, aun traído, con un analista que opera con el paradigma de que allí hay un sujeto.

no funciona  
través

La demanda puede ser pensada en un primer encuentro con un terapeuta, siguiendo la propuesta de Nasio (1996)<sup>7</sup>, como un momento que denomina tomando como referente a Lacan de “rectificación subjetiva”. Esta rectificación subjetiva hace referencia a una relación de sentido que el sujeto tiene con su sufrimiento. Se refiere a la relación del yo del sujeto con sus síntomas. El sujeto que viene o es traído a consulta, relata su situación, realiza una demanda masiva. El analista presta atención a cómo el sujeto está situado en relación con su sufrimiento e intervendrá allí para intentar resitarlo de otro modo. Al final de la primera entrevista introduce al paciente en una primera localización en relación a cómo se sitúa con respecto a sus síntomas. Este pasaje por esta fase de “rectificación subjetiva” es el que se intentará recortar del material clínico obtenido en las entrevistas de la guardia del Hospital, que es la fuente de la cual se nutre esta investigación, para ver qué ocurre en la urgencia, específicamente, con esta fase de la cura que propone Lacan cuando refiere que hay una dirección que se ordena en un proceso que va “de la rectificación de las relaciones del sujeto con lo real, hasta el desarrollo de la transferencia...”<sup>8</sup>. Lacan (1958).

no funciona

A qué se refiere?  
hacer de la  
transferencia

Nasio  
rectificación  
subjetiva

de la urgencia... el tiempo de la urgencia... el tiempo del saber... la institución hospitalaria el discurso dirigido al S.S.

<sup>6</sup> Nepomiachi R. (s/f: 61). Al tiempo de la urgencia, el tiempo del saber. En : La urgencia. Ricardo Vergara Ediciones.

<sup>7</sup> Nasio, J. D (1996: 18 - 19).Cómo trabaja un psicoanalista. Buenos Aires. Ed Paidós. 2002 (3° ed.).

<sup>8</sup> Lacan J. (1958: 578)La Dirección de la cura y los principios de su poder. En: Escritos II. Siglo XXI editores.

Objetivos generales:

- urgencia, demanda*
- Comprender la importancia del fenómeno de la urgencia subjetiva, dentro del contexto de la Guardia de un Hospital público.
  - Caracterizar la posición del sujeto de la urgencia con respecto a la demanda.

*de que? ¿sujeto? ¿sujeto? ¿sujeto? ¿sujeto?*

Objetivos particulares:

- Realizar un recorrido por las concepciones psicoanalíticas con respecto a los conceptos de urgencia y demanda que nos permita la articulación con la clínica de la que partimos.
- Articular el concepto de urgencia y demanda dentro del psicoanálisis.
- Establecer cual es el campo de intervención posible del analista en la urgencia desde su trabajo en la guardia de un hospital público.
- Presentar casos clínicos en los que se muestre como se presenta la demanda en la urgencia.

Métodos y Técnicas:

Se realizará una investigación bibliográfica con articulación de casos clínicos. Se utiliza material clínico propio, recolectado en el transcurso de nuestra labor como Residentes de pre - grado en el Hospital Interzonal General de Agudos, específicamente en lo que hace a la atención en el Servicio de Guardia de dicho Hospital.

El método de análisis de estos datos se realizará siguiendo los conceptos de la teoría psicoanalítica.

Se intentará una articulación entre práctica y teoría a través de la revisión bibliográfica. La misma consiste en la lectura detallada y elaboración de fichas bibliográficas de los textos que trabajan esta temática y que han sido seleccionados por el desarrollo que ofrecen de los conceptos que interesan.

Lugar de realización del trabajo: Universidad Nacional de Mar del Plata - Hospital Interzonal General de Agudos.

Cronograma de actividades:

- 1. Organización, fichaje y compaginación de los registros en informes de casos clínicos, presentados durante la residencia de Pre-grado.
- 2. Selección de casos clínicos pertinentes al tema a investigar.
- 3. Elaboración y análisis teórico de dichos casos.
- 4. Revisión bibliográfica de conceptos claves.
- 5. Rastreo de bibliografía y publicaciones sobre el tema.
- 6. Encuentros semanales de supervisión.
- 7. Elaboración escrita articulando el material clínico y teórico.
- 8. Conclusiones.

Detalle del cronograma de actividades a realizar por quincenas:

Nº	JULIO 1er. Quincena	JULIO 2da. Quincena	AGOSTO 1er. quincena	AGOSTO 2da. Quincena	SEPT. 1er. quincena	SEPT. 2da. Quincena	OCTU. 1er. quincena
1.	X						
2.	X	X					
3.		X	X	X			
4.	X	X					
5.	X	X	X	X	X	X	
6.	X	X	X	X	X	X	X
7.			X	X	X	X	
8.							X

Bibliografía básica de referencia:

Bialer, M. et al (s/f). La urgencia. Bs. As. Ricardo Vergara Ediciones.

Freud, S. Obras completas. Amorrortu editores. Buenos Aires.

Lacan, J. Obras completas. Siglo XXI editores. Argentina.

Nasio J. (1996) Cómo trabaja un psicoanalista. Ediciones Paidós. Buenos Aires: 2002.

Psicoanálisis y el hospital. Revista Año 7 - nº13. Invierno (junio, 1998). Ediciones del Seminario.

Psicopatología de la urgencia. (1994, noviembre). Hospital Juan A. Fernández. Surge ediciones. Buenos Aires.



Firma del Supervisor

Firma del/ los alumnos



P/ Area de investigación

Resultado de la evaluación (~~aprobado~~/rehacer)

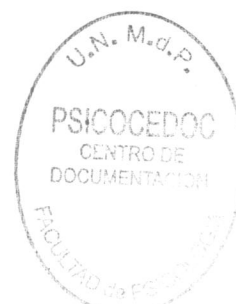
Fecha: 27/07/04



Satisfecho

# ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ARTICULACIONES EN TORNO A LA URGENCIA.....	2
2.1 CARACTERÍSTICAS DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	2
2.2 URGENCIA ANALÍTICA Y URGENCIA MÉDICA.....	5
2.3 UNA POSIBLE DEFINICIÓN DE LA CLÍNICA DE LA URGENCIA.....	6
2.4 LA POSICIÓN DEL ANALISTA EN LA URGENCIA.....	8
3. ARTICULACIONES EN TORNO A LA DEMANDA.....	11
3.1 UNA INTRODUCCION A LOS CONCEPTOS DE LACAN.....	11
3.2 LA DEMANDA EN LA CONSTITUCION SUBJETIVA.....	12
3.3 LA DEMANDA EN LA DIRECCION DE LA CURA.....	13
4. ARTICULACION TEORICO CLINICA: LA URGENCIA UN CONTRAPUNTO	
4.1 CASOS CLINICOS: CONDICIONES EN LA CONSTITUCION DE LA DEMANDA.16	
4.1.1 PAULA.....	18
4.1.2 CARLOS.....	20
4.1.3 CESAR.....	22
4.1.4 SOFIA.....	24
4.1.5 PABLO.....	26
4.2 CASOS CLINICOS: OBSTACULOS PARA LA CONSTITUCION DE LA	
DEMANDA.....	28
4.2.1 DAMIAN.....	30
4.2.2 MERCEDES.....	32
4.2.3 ROSA.....	33
4.2.4 MIRIAM.....	34
4.2.5 CAMILA.....	35
4.2.6 LORENA.....	36
4.2.7 LAURA.....	38
4.2.8 SANTIAGO.....	39
4.2.9 HILDA.....	40
4.2.10 MARÍA.....	41
5. CONSIDERACIONES FINALES.....	43
ANEXO: FICHAJE BIBLIOGRAFICO	
SINTESIS DEL RECORRIDO SOBRE LA URGENCIA	
SINTESIS DEL RECORRIDO SOBRE LA DEMANDA	
BIBLIOGRAFIA.	



## *INTRODUCCIÓN*

En el marco de la presente investigación nos proponemos responder algunos de los interrogantes que surgen, durante nuestra residencia de pre – grado, en la guardia del Hospital Interzonal General de Agudos.

Para comenzar a pensar en la urgencia, realizamos un recorrido conceptual, intentando una recopilación de las distintas publicaciones sobre el tema en forma de fichaje bibliográfico. Esta síntesis se encuentra al finalizar el trabajo, en el apartado anexo, con el objetivo de poder utilizarse a modo de consulta.

El hilo conductor de este recorrido apunta a caracterizar la demanda en la urgencia. El interés por la demanda aparece, a partir de la observación de casos clínicos, dónde nos preguntamos cuál es la tarea del analista en el encuentro con la urgencia.

El presente trabajo intenta, realizar una articulación entre la clínica y la teoría, tomando como referente conceptual, el marco teórico psicoanalítico.

Esta tarea se hizo posible, gracias al compromiso y la colaboración de la Lic. Viviana Rubinovich, quien nos marcó una dirección sin descuidar la idea de aprendizaje como proceso, brindando los aportes necesarios para su realización. También agradecemos a la Lic. María Rosa Aveni, quién aportó su experiencia y conocimientos en la clínica.

Queremos agradecer a los residentes del Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Oscar Allende” quienes nos acompañaron en nuestro primer encuentro con la clínica.

Finalmente a nuestros familiares por ser el sostén afectivo en todo el recorrido por nuestra carrera.

## *ARTICULACIONES EN TORNO A LA URGENCIA.*

En el intento de realizar una exposición sobre el tema de la urgencia, comenzaremos con una aproximación a las características del contexto institucional, del cual se extrae el material clínico que se analiza en esta investigación.

A continuación, a partir de la bibliografía consultada, nos interesa puntualizar algunas cuestiones en torno a la conceptualización de la urgencia desde el psicoanálisis. En primer lugar abordaremos la diferencia que existe entre la urgencia para el médico y la urgencia desde la posición del analista. Luego intentaremos acercarnos a una definición posible de la clínica de la urgencia, para concluir en cuál es la posición del analista.

### *Características del Contexto Institucional*

La urgencia es para nosotras, la problemática asistida que representa nuestro primer encuentro con la clínica en el contexto de la guardia de un hospital público. A partir de esta experiencia de trabajo se generan los interrogantes que dan origen a esta investigación: ¿Qué es lo que viene a buscar la persona que se acerca a la guardia o que es traída? ¿Qué distintos pedidos se pueden ir diferenciando a partir de una entrevista con un psicoanalista de guardia? ¿Cuál es la posición de una persona que atraviesa una situación de urgencia y recurre al hospital? ¿Cuál sería el dispositivo que el analista pone en marcha?

Los pacientes llegan a la guardia por demanda espontánea, y/o derivados de la guardia externa del hospital, por orden Judicial. También se realizan interconsultas de urgencia que solicitan otros servicios del hospital.

Atendiendo al Diccionario de la Real Academia Española (Año 2000) la palabra guardia tiene diversos significados:

1. *Guardia*: Acción de guardar

*Guardar*: Cuidar y custodiar una cosa. Tener cuidado de una cosa y vigilarla. Cumplir y observar lo que se debe por obligación.

2. *Guardia*: conjunto de soldados o gente armada que asegura o defiende una persona o un puesto/ Defensa, custodia, honra, asistencia, amparo, protección.

3. *Guardia*: Lugar de amparo donde se vela por la seguridad de... lugar de ayuda, protección, asistencia. Un lugar donde los soldados con sus armas defienden a una persona de un ataque.

[El sujeto que llega a la guardia está inundado de sufrimiento, manifiesta un pedido de ayuda a veces desesperado o bien cuando su voz no le alcanza llega con su cuerpo: sobredosis, ingesta de pastillas, crisis de angustia, etc. Y encuentra a los profesionales que ofrecen un lugar donde a- guardar la palabra.]

Nos proponemos pensar este espacio como el encuentro que confronta dos urgencias: la del paciente y la del analista. La del paciente, en el punto en que este deberá recuperar la palabra perdida, esa que lo determina sin que él lo sospeche en su dolor y en su sufrimiento. Y la urgencia del analista, en situarse en relación a su práctica interrogando así la clínica y la teoría.

El encuentro del analista con el paciente, cabe observar que se produce, en este caso, en una circunstancia particular que es el hospital público. Esto marca una diferencia con respecto a la práctica privada, en tanto que la institución al introducir una terceridad ubica al analista en una posición con algunas particularidades.]

Respecto de este tema, en la bibliografía actual consultada encontramos dos posturas contrapuestas. Por un lado Nasio propone, que en una institución no se puede hacer psicoanálisis. En cambio Mario Pujó deja abierta la posibilidad del trabajo analítico, aunque reconoce que existe una diferencia con la labor en el ámbito privado.

Nasio (1987) tomando como referente a Lacan, entiende el manejo de la transferencia cómo el manejo del tiempo, refiriéndose a un tiempo lógico, respecto de las variaciones del movimiento del significante. El tiempo lógico es el tiempo que hace falta para que un significante emerja; es el manejo de la transferencia en tanto crear las condiciones para que se reactualice la serie significativa.

Nasio entiende que un analista en una institución no hace análisis ya que, encuentra un obstáculo debido a que el lugar del Sujeto Supuesto Saber está ocupado por el tercero que es la institución “ No hay análisis en la institución - a mi entender porque la institución tiene en ella el atributo del Sujeto Supuesto Saber que es absolutamente imprescindible en una relación analítica” (Nasio 1987 p. 77). Pero agrega que esto no implica que no haya analista porque éste, puede estar en cualquier lado a condición de que parta de un principio en el que la escucha del analista determine el significante que puede emerger.

El autor, refiriéndose a los pacientes que recibe en forma privada dice:

Soy yo al que se le atribuye el Sujeto Supuesto Saber; no al tercero que sea garantía, soy yo el que me autorizo a mí mismo ... significa que cuando escucho no puedo autorizarme más que de mí mismo y no de un tercero que sería la institución. ( Nasio 1987 p. 77)

Mario Pujó propone pensar a la intervención del analista como un acto de nominación, es decir que el analista debe nombrarse a sí mismo. “ Nombrar para el analista significa en primer lugar nombrarse a sí mismo; es decir, recortarse sobre el fondo de la uniformidad institucional, ofreciendo un otro a quién se puede llamar y recurrir” (Pujó, Julio 1996: p. 2)

Por otro lado, propone como fundamental, debido a que en muchos casos se trabaja con situaciones extremas, no contestar la urgencia con otra urgencia, en el sentido de no generar un tipo de respuesta que la propia lógica institucional tiende a alentar, dónde los requerimientos institucionales llevan al analista a ser empujado él mismo a una posición de sujeto.

Reflexionando a partir del recorrido teórico creemos que no toda circunstancia de crisis que se presenta en una guardia, es propicia a una intervención analítica, ya que en muchas situaciones no hay demanda ni condiciones apropiadas para que esta pueda instalarse. Pero entendemos que la apuesta del analista en éste ámbito, es incitar al trabajo de la palabra y ofertar su escucha, apuntando a instaurar la dimensión de Otro,

que se compromete a acompañar a quien transitoriamente no puede hacerse cargo de sí mismo.

### *Urgencia Analítica y Urgencia Médica.*

Para aproximarnos a una definición posible de la urgencia analítica comenzaremos por diferenciarla de la urgencia médica.

Francois Leguil en su artículo *Reflexiones sobre la Urgencia* comienza diferenciando la urgencia para el médico de la urgencia para el analista: “el médico concibe que la urgencia propulsa hacia *cosas por hacer*; nosotros vemos en cambio, que en nuestro campo nos confronta no con *cosas por hacer* sino con *cosas por decir*” (Bialer et al s/f p. 24).

El médico introduce la rapidez, en tanto el psicoanalista intenta introducir la espera. El médico puede obrar sin tener en cuenta la causa, en cambio el analista se interesa por la causa, quiere hacer hablar a la urgencia:

... si desea que la urgencia incluya en el horizonte de todas sus salidas posibles la aventura analítica, debe hacer que la urgencia se dirija hacia él, que el paciente perdido y sin noción de salida, lo tome por blanco (Bialer et al s/ f p. 26)

El analista es el que escucha e intenta que el sujeto pueda implicarse, ofrece su presencia para que el sufrimiento del sujeto encuentre un lugar allí, mientras se libera lo que debe ser dicho. Es el portador de la escucha, ésta es la herramienta que posee para el trabajo en la urgencia, brinda la posibilidad que ante la afirmación médica de *no tiene nada*, como se puede observar frente a algunas presentaciones clínicas, la urgencia pueda ser entendida desde otro lugar.

En la clínica de la urgencia el analista debe tener en cuenta otro tiempo, el tiempo del paciente, tiempo en el cuál pueda llegar a hacerse una pregunta sobre lo que le pasa, querer saber sobre su padecimiento.

Utilizando la idea de los tiempos lógicos, tal como la formula Lacan para entender lo que ocurre en la urgencia encontramos que:

Si en la urgencia se trata del pasaje del instante de ver al momento de concluir, deberemos entonces remitir al sujeto a interrogarse y abrir un paréntesis para introducir el tiempo de comprender y desde allí apuntar al decir. Si la pregunta se sostiene estamos en un comienzo de análisis. (Psicopatología de la Urgencia. Noviembre 1994. *Urgencia del Cuerpo y Urgencia del Sujeto* p. 67)

El analista en la urgencia apunta a interrumpir esa trayectoria del sujeto hacia el acto compulsivo, para que entre el instante de ver y el momento de concluir esto, que es la urgencia, otro tiempo lógico sea respetado.

### *Una Posible Definición de la Clínica de la Urgencia.*

Partimos de la definición que propone el Centro de Orientación de Psicopatología de la Provincia de Buenos Aires (C.P.O.B.A, 1988) quienes entienden que la clínica de la urgencia es:

→ Una clínica que se ocupa de cómo hacer frente a las consecuencias de un momento significativo de la vida de una persona, situación crítica que se

sujeto se ve desbordado en su cuerpo y en su pensamiento. ( Bialer et al, s/f, p. 122).

La urgencia desde lo manifiesto se presenta como un pedido de alguien que se encuentra en un momento crítico. Entre las diferentes manifestaciones de la urgencia situamos las consultas al límite de la desesperación, las bruscas crisis de violencia, anonadamiento, aparición repentina de alucinación o delirio histérico, intentos de suicidio, la agitación, la imposibilidad de realizar la más mínima actividad, por mencionar algunas.

A veces el pedido llega desde la voz de algún familiar o allegado que muestra la alarma, a veces desde el médico que no encuentra respuesta que ofrecer al padecimiento del sujeto, a veces es el cuerpo que llega como resto porque la voz no le alcanza para nombrar su sufrimiento.

Viviana Rubinovich, en su artículo *Algunas notas sobre la práctica en la urgencia*, refiere que:

Casi todos los autores proponen ubicar a la urgencia subjetiva, en una dimensión que aparece en ruptura con la palabra; estallido, exceso, explosión que irrumpe en la escena que sostiene al sujeto en su mundo y provoca el quiebre discursivo. ( Psicoanálisis y el hospital Nro. 13. Junio 1998 p. 16)

[ De esta forma la urgencia se presenta en la dimensión del *Agieren* freudiano, del actuar en lugar de decir con- en palabras. Así se ve como por momentos la urgencia sigue la lógica del acting-out, del pasaje al acto, la impulsión. Esto quiere decir que en la urgencia algo del decir no se articula.

El analista en la urgencia opera en dirección opuesta a la caída del discurso.

Nuestra apuesta como grupo de analistas de la urgencia es la de transformar esa urgencia mediante su inscripción en la cadena significativa ... con nuestra práctica, apuntamos justamente a la posición en la que el sujeto emerge del significante, de los significantes detrás de los cuales se esconde. ( Bialer et al s/f p. 13).

[De ésta manera se genera un espacio para el despliegue discursivo de estos fenómenos desarticulados. La crisis no es sofocada sino interrogada: ¿Quién habla? ¿Desde qué posición lo hace?. En esos momentos dónde no se articula la palabra por el hablar, en esos silencios, hay que construir la cadena significativa en la que ha habido una ruptura.]

### *La Posición del Analista en la Urgencia.*

[Intentaremos situar la posición del analista en la urgencia haciendo referencia a la propuesta de Francois Leguil: “ El psicoanalista quiere proponerle al paciente hacer hablar la urgencia, ponerla en palabras, apreciar lo que las palabras transportan, la vanidad que echan, la obligación que confiesan.” ( Bialer et al s/f p. 25)

[Cuando alguien enuncia su urgencia dice más de lo que sabe que dice, sólo que esto cobra envergadura cuando hay alguien allí para poder escucharlo y para hacérselo escuchar. “La presencia del analista señala lo que se dice en más y hará una confrontación con lo que el Yo, en tanto instancia de desconocimiento ignora” (Psicoanálisis y el hospital, Nro13. Junio 1998. *El trabajo del psicoanalista en la guardia hospitalaria*. Merrello, P. p. 63)

[El dispositivo analítico frente a una urgencia, lo que intenta es restablecer esa ruptura que hubo en la cadena significativa, una operación posible, es la constitución de la demanda. Podemos pensar entonces, que el hecho de que la urgencia se convierta en demanda implica el final de la misma y el comienzo de otro tiempo para el sujeto.]

Implica poder articular la cadena significativa que se presenta en la urgencia desarticulada.

Nos referimos a que, el analista en la urgencia, debe intentar que el paciente pueda formularse una pregunta, que el sujeto en una verdadera rectificación aborde su pregunta y se consagre a una elaboración del saber.

—Oscar Martello en el artículo *Intervenciones sobre la urgencia*, refiere que “La función deseo del analista indica, en tanto función, que lo que opera del lado del analista tiene sus efectos del lado del paciente.” ( Revista Psicoanálisis y el Hospital Nro. 13. Junio, 1998. p. 41). Estos efectos tienen que ver con:

1. Instaurar el valor de la palabra
2. Introducir una incógnita
3. Sustracción de certidumbre
4. Funcionamiento de un tiempo modulado por la prisa y la pausa.

Con esta operatoria el analista apunta a hacer aparecer la dimensión subjetiva de aquello que aparece como ajeno. La subjetivación del sufrimiento es un tiempo necesario en el que preguntar es suponer un sentido. Se impone para el sujeto el reconocer, más allá del enunciado que produce, su propia enunciación. Esto implica que existe un saber inconsciente, un sujeto que inaugura el tiempo de la demanda.

El analista es el que realiza una maniobra para que emerja el sujeto. La misma consiste en ocupar el lugar del Otro, al que el paciente coloca en un lugar del que tiene la respuesta a su pregunta. El analista va a devolver esa pregunta del sujeto en forma invertida, para permitir que los significantes circulen.

Este trabajo algunos autores ( Bialer et al s/f) lo sitúan dentro de lo que sería el tiempo de las entrevistas preliminares. No toda urgencia deviene un análisis, producir un analizante en la urgencia es una apuesta para el analista.

El analista en la urgencia, a partir de su oferta de escucha, apunta a crear demanda. “La demanda sería entonces, el efecto que se produce del encuentro de una persona que llega con su sufrimiento y un analista que opera con el paradigma de que allí hay un sujeto”. ( Bialer et al s/f p. 12)

[Mario Pujó (Junio 1988) refiere que la urgencia es el momento apropiado para que surja la demanda de análisis, ya que realizando un recorrido por los historiales freudianos, encuentra que la modalidad de la urgencia, en el momento de presentación de un paciente al analista, constituye la regla y no la excepción. Sitúa fenómenos como el *pequeño síndrome de persecución* de Dora, el desencadenamiento psicótico de Schreber, el pasaje al acto en la joven homosexual, el *transe obsesivo* del Hombre de las Ratas, la angustia de Juanito que desencadena una fobia que le impide desplazarse, etc.]

“Ante la irrupción de este goce que podemos denominar traumático y que conmueve su realidad, el sujeto apela a una de las figuras del Otro del saber. El analista encuentra en determinadas circunstancias cierta facilitación para encarnarlo”. (Revista Psicoanálisis y el Hospital Nro. 13. Junio, 1998. *Urgencia y demanda. Reflexión en tres tiempos* p. 111).

[Para finalizar, en el tiempo de la urgencia se intenta apuntar a que allí donde se presenta un paciente pueda advenir alguien que más allá de su pedido, de la queja, logre interrogarse y que el punto mismo de su interrogación marque una hiancia entre un antes y un después. Lo que el analista intenta es posibilitar un espacio de escucha a esa queja para que pueda interrogarse acerca de ella y a través de esa pregunta puntualizar un síntoma, formalizar una demanda.]



## *ARTICULACIONES EN TORNO A LA DEMANDA.*

Para introducirnos en el tema de la demanda, comenzaremos por situar algunos conceptos de la obra de Lacan que se refieren, fundamentalmente, a la demanda articulada al registro de lo simbólico. A partir de aquí realizaremos un recorrido para situar la demanda en la constitución subjetiva. Luego nos proponemos realizar una referencia a la demanda, dentro del marco de la dirección de la cura.

### *Una Introducción a los Conceptos de Lacan.*

Según Miller (1986) la teoría de Lacan presenta un carácter de sucesión, donde los registros de lo real, lo simbólico y lo imaginario fueron ocupando sucesivamente el primer lugar en su discurso. [Para pensar el concepto de demanda en la obra de Lacan, privilegiaremos los textos donde se ocupa fundamentalmente del registro de lo simbólico.]

Lo simbólico de Lacan tiene dos vertientes, por un lado la vertiente de la palabra, que opera con una función pacificadora, permite superar la rivalidad imaginaria. Por otro lado la vertiente del lenguaje, como conjunto diacrítico de elementos discretos separados, donde los elementos adquieren valor unos respecto de otros, concepto que toma de Saussure, de la lingüística estructural. Estos elementos están privados de sentido si se los toma en forma separada, y forman una estructura articulada y autónoma.

Lacan rectifica el paralelismo que Saussure postulaba entre el significante y el significado, sosteniendo que el significante actúa sobre el significado e incluso en un sentido radical que el significante crea el significado, y es a partir del sin-sentido del significante que se engendra la significación. Mientras que la posición de Saussure es que el significante sirve solamente para expresar el significado.

Lacan (1955-56) en el Seminario 3 intenta introducirse en la cuestión del lenguaje aplicándole la repartición triple de lo simbólico, de lo imaginario y de lo real. El discurso concreto es el lenguaje real. El material significante, es lo simbólico. La significación es del orden de lo imaginario. Es al igual que lo imaginario siempre evanescente. Lo que intenta hacer entrever es lo que llama la autonomía del significante, a saber, que hay leyes que le son propias y que son independientes del significado. El significante debe primero concebirse como diferente a la significación, no teniendo en sí mismo significación propia. El significante es quien cava su surco en lo real y quién engendra el significado.

Lacan propone la continuidad del significante en el sentido de que la frase sólo existe terminada y su sentido le llega *apres-coup*. La relación entre significante y significado la explica a partir del esquema del punto de almohadillado, que es el punto donde se anudan, el punto de convergencia que permite situar retroactivamente y prospectivamente todo lo que sucede en un discurso.

### *La Demanda en la Constitución Subjetiva.*

Según Joel Dor (1986) Freud identifica la esencia del deseo a partir de la primera vivencia de satisfacción. Inicialmente en el niño la necesidad se manifiesta por la aparición de un estado de tensión que le provoca displacer. Ante esto se le propone el objeto sin que él lo busque y sin que de él tenga una representación psíquica. Después de esta primera vivencia de satisfacción hay una huella mnémica de ésta ligada al estado de necesidad. Así el niño ante el aumento de la tensión intentará satisfacerse por medio de la alucinación. Ese movimiento en el cual se inviste la imagen mnésica de la vivencia de satisfacción es lo que se denomina deseo y éste es el camino más corto para su realización.

[Alfredo Eldeizstein (1995) en su artículo La Estructura del Lenguaje refiere que, Lacan propone que hay un efecto de desviación de las necesidades del hombre a causa de que el sujeto es un hablante. En la demanda el sujeto recibe su propio mensaje desde

el lugar del Otro en forma invertida. A consecuencia de la demanda, la necesidad se aliena, se desnaturaliza porque le llega al sujeto determinada por el Otro. La madre, promovida por el niño a la categoría de Otro, lo somete al universo de sus propios significantes en una respuesta a lo que previamente interpretó como una supuesta demanda.

El niño queda inscripto en el universo del deseo del Otro, prisionero de los significantes del Otro.

Por efecto de la presencia del significante, la demanda se refiere a otra cosa que las satisfacciones que reclama. Más allá de la demanda de satisfacción de la necesidad se perfila la demanda de algo *extra*, que es ante todo demanda de amor. La demanda del niño a la madre es pedido de presencia. Se trata de una demanda de amor en la que el niño quiere ser el único objeto de deseo del Otro.

La mediación de la demanda confronta al niño con la pérdida. La nominación introduce una inadecuación entre lo que se desea fundamentalmente y lo que la demanda deja escuchar. Lo que queda abolido por la demanda reaparece en el campo del deseo.

### *La Demanda en la Dirección de la Cura.*

Para Nasio (1996), dirigir la cura significa ordenar el proceso del análisis en función de un fin. Propone como el más inmediato el hacer surgir la secuencia de la transferencia.

Tomando como referente a Lacan el autor propone despejar cuatro fases en el desarrollo temporal de una cura:

1. Fase de rectificación subjetiva
2. Fase del comienzo.
3. Momento transferencial.
4. Interpretación del momento transferencial.

Para los fines de este trabajo de investigación desarrollaremos la primer fase: la *rectificación subjetiva*.

Esta fase tiene lugar en el curso de las primeras entrevistas, donde el analista debe realizar un trabajo de desobstaculización de la demanda.

La rectificación subjetiva traduce la necesidad de modificar la relación del sufriente con la demanda.

Cuando el paciente desde la primera entrevista expone su sufrimiento, depende de la manera que el analista tenga de escucharlo, de intervenir y de plantearle preguntas, que el paciente comience a entrever otro modo de manifestar su demanda de curación y se comprometa de otra forma con la transferencia por venir.

El analista en las primeras entrevistas por sus intervenciones tiene que introducirse en la relación del sujeto con su demanda, para permitirle rectificar su posición subjetiva a la vista de su sufrimiento. Modificar el modo que el paciente tiene de interpretar su sufrimiento, experimentarlo y vivirlo.

Nasio dice que la idea de curación es el motor de la decisión del paciente de consultar a un analista. La demanda que formula el paciente al analista es la de ser desembarazado del sufrimiento. Pero esta demanda se alimenta de una imagen falsa de curación; ella se apoya en un malentendido en el sentido de que para el analista la curación está lejos de ser un ideal en sí. Por eso es llevado a reservar la respuesta a ésta demanda, es decir que no la ofrece. Sin embargo, aunque esté el malentendido, ésta demanda de curación es un factor indispensable para el compromiso del proceso analítico.

La tarea del analista en esta fase de rectificación subjetiva es resituar al paciente de otro modo en relación con su sufrimiento. El analista interviene a nivel de la relación del yo del sujeto con sus síntomas.

El consultante demanda y haciendo eso él cree en el poder curativo y transformador que atribuye al procedimiento del análisis. Hay allí una primera apertura hacia eso que se ha convenido en llamar el Sujeto Supuesto Saber.

explicación; pero ocurre que en la explicación de la razón de su síntoma coloca inmediatamente en el lugar del analista, al análisis. (Nasio, 1987, p. 27)

[ Miller (1986) refiere que el Sujeto Supuesto al Saber es una consecuencia directa de la estructura de la situación analítica. La situación analítica coloca al analista primero, en una posición de oyente del discurso que él estimula en el paciente. Al mismo tiempo se ubica en una posición de intérprete, su respuesta decide el sentido de lo que es dicho. Por ello, el silencio es esencial ya que deja sitio al despliegue de la palabra. La maniobra para que emerja el sujeto la favorece el analista. Y, en esta misma operatoria, puede ser que se abra alguna pregunta, que aparezca algún saber no sabido.

Cuando la pregunta se dirige al analista, cuando el paciente da una explicación de su síntoma, pensamos que preanuncia, en su propia palabra esa instancia que es el Sujeto Supuesto Saber.]



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA  
.....

*ARTICULACIÓN TEÓRICO CLÍNICA*

*La Urgencia un Contrapunto*

## *CASOS CLÍNICOS: CONDICIONES EN LA CONSTITUCIÓN DE LA DEMANDA.*

En este apartado intentaremos trabajar algunos casos clínicos tomados de nuestra experiencia durante la residencia de pre - grado en el Hospital General de Agudos.

Para ello nos proponemos una articulación de la teoría con la clínica, diferenciando los casos donde se puede advertir la articulación de una demanda de aquellos que por distintos factores no llegaron a dicha constitución.

Pensamos que el encuentro del analista con un paciente que llega a la guardia en algunos casos puede producir un efecto: que se constituya una demanda. Porque cuando el paciente presenta su urgencia dice más de lo que sabe que dice. La presencia y la escucha del analista permiten que eso cobre significado.

La maniobra para que emerja el sujeto la favorece el analista. Y, en esta misma operatoria, puede ser que se abra alguna pregunta, que aparezca algún saber no sabido.

Cuando la pregunta se dirige al analista, cuando el paciente da una explicación de su síntoma, pensamos que preanuncia en su propia palabra esa instancia que es el Sujeto Supuesto Saber.

En la medida en que el paciente dé una razón de su síntoma, en su propia palabra está creando el lugar del Sujeto Supuesto Saber con aquella explicación, pero ocurre que en la explicación de la razón de su síntoma inmediatamente coloca en el lugar del analista al análisis... Es en la medida en que explico porque sufro que el Otro con el que me relaciono va a ocupar la razón de mi sufrimiento. (Nasio, 1987, p. 26-27).

En este caso en particular, al tratarse de una primera entrevista en la guardia del hospital, en un primer momento, el lugar del Sujeto Supuesto Saber está representado por la institución.

Para que se constituya un pedido de análisis es necesario que el analista empiece a ocupar el lugar del deseo del Otro, que haya alguien que ocupa el lugar del Otro y que ocupe el lugar de ese Otro de la palabra, de ese Otro Sujeto Supuesto Saber. (Nasio, 1987, p. 66)

PAULA.

Paula es una joven de 35 años. Se acerca al Servicio de Salud Mental derivada por el traumatólogo, *“vine porque hace días que no puedo dormir, me siento mal, tengo problemas de presión y contracturas”*. Refiere que estos síntomas comenzaron hace poco tiempo, cuando vuelve a vivir en su casa paterna.

Cuenta que decidió separarse de su marido: *“las cosas estaban mal, no se que pretenden, que me banque cualquier cosa. Él tomaba y no se puede estar con alguien así”*.

Manifiesta que duerme poco como consecuencia de su trabajo (telefonista en una remisería de su padre que funciona en su casa)

Habla con mucha angustia de su situación familiar *“mi problema son mis padres que se meten mucho en mi vida”, “mi papá me desautoriza en el trabajo”, “mi mamá me desautoriza con mis hijos”, “ella me cría a mis hijos”*.

La intervención de la psicóloga apunta, a que la paciente considere la posibilidad de pensar esta situación dentro de un tratamiento.

Paula antes de irse enunció: *“No sé qué me pasó con el cuerpo ... nunca fui así”*.

Paula se acerca hablando de su síntoma: contracturas, dificultades para dormir. Se acerca al médico: aquí situamos el pedido.

— Un objeto (medicación, intervención médica) que satisfaga su necesidad de alivio, que cancele la tensión. Cuando el médico la deriva a Salud Mental aparece la posibilidad de situar otra escena para su sufrimiento. Se le ofrece a Paula la presencia y la escucha de un analista. Ante esto, comienza a deslizarse la palabra de Paula partiendo de su dolor corporal. Del cuerpo de la necesidad se abre el pasaje al cuerpo erógeno, otro cuerpo que le plantea un saber no sabido *“no sé qué me pasó con el cuerpo”*.

Aquí podemos ver como al cambiar la escena surge la pregunta. Pregunta que va dirigida al lugar del Sujeto Supuesto Saber que representa el analista. Esta operación representa una ganancia para la paciente. Es una ganancia porque implica pérdida de goce a partir del deslizamiento del significante.

Poder llegar hasta aquí es un avance en torno a lo que planteamos como el surgimiento de la demanda.

Paula se acerca al analista, despliega su teoría acerca de su sufrimiento, de la relación del yo con sus síntomas dice: “*mi problema son mis padres*” y habla de ellos, de su separación, de sus hijos. Al final de la entrevista y luego de la maniobra del analista (intervención) aparece nuevamente el cuerpo, pero de una manera diferente porque este sufrimiento corporal representa ahora para ella un saber acerca de lo que le paso, pero que ella no lo tiene, es un saber que espera del analista. El saber está situado en el lugar de quien ofrece su escucha y sostiene la posibilidad de que se articulen los significantes alrededor de su sufrimiento. La tarea del analista, es que surjan los significantes que sitúen al sujeto en relación con el discurso en el que ha habido una ruptura. Es decir que emerja el sujeto allí. Si esto ocurre estamos en condiciones de plantear la posibilidad de que se articule la demanda.



CARLOS.

Carlos es un hombre de 50 años de edad que ingresó a la Guardia del Hospital traído por una ambulancia, debido a una ingesta de 15 comprimidos de ansiolíticos. Lo acompañó su esposa.

Hace poco tiempo Carlos comienza un tratamiento psiquiátrico debido a que presentaba frecuentes dolores en el pecho.

Hablamos con su esposa. Ella nos muestra su preocupación por Carlos. Nos cuenta que últimamente su marido está muy agresivo, incluso llegando a golpearla. También se muestra violento con sus hijos. Además dice que se niega a recibir ayuda profesional. Ha verbalizado últimamente ideas de suicidio.

En la entrevista con Carlos escuchamos *“quería estar tranquilo, dormir un poco más”*. Nos cuenta que su situación es complicada porque hace un año se quedó sin trabajo. El no conseguir un nuevo empleo lo llevó a sentirse inhibido y a quedarse cada vez más aislado, refugiándose en su casa. Estos últimos días no lograba ni dormir, ni comer. Carlos dice *“cuando trabajaba yo era el jefe del hogar y ahora porque estoy sin empleo me siento discriminado y poco valorado”*. Piensa que esta situación va a llevar a que su mujer lo abandone *“Cuando trabajaba a mi familia no le faltaba nada... yo les daba todo. Les compré una casa, auto, íbamos de viaje... ahora no puedo ni siquiera mantener a mis tres hijos”*.

La psicoanalista pregunta si él piensa que éste es el único lugar que puede tener en su familia. La propuesta del analista es que sería importante tener un espacio donde trabajar sobre su posicionamiento frente a esto que le pasa.

Carlos está animado, su actitud ha cambiado notablemente respecto al inicio de la entrevista *“quiero ponerme las pilas, voy a hacer todo lo necesario para recobrar las fuerzas y salir adelante”*. Al finalizar la entrevista preguntó a la analista su nombre, también manifiesta si este espacio puede ser con ella.

En esta entrevista podemos situar un punto importante en lo que sería el análisis de la demanda porque el paciente pregunta por el analista. Ésta pregunta podría pensarse como un preanuncio del pasaje de la transferencia institucional a transferencia dirigida a un analista que tiene un nombre particular.

Carlos al comenzar la entrevista muestra su posición pasiva “*quiero dormir, estar tranquilo*”. Podemos ver que el cambio que se opera hacia el final de la entrevista, nos muestra como la intervención del analista ha sido significativa para Carlos.

Podemos situar del lado del analista la escucha y su posición activa que, retomando el relato del paciente, le ofrece lo que Nasio (1996) denomina “*una impresión*”.

El analista puntúa que hay una cuestión que trabajar “*su posición frente a la familia, su lugar*”. Podemos pensar que esto produce un efecto en Carlos, podemos pensar que “*el lugar*” es un significante que sitúa las coordenadas de la urgencia para él. Podríamos suponer que la crisis comienza cuando se cae de ese “*lugar*” narcisista desde el cual se ubicaba frente a su familia.

Esta posibilidad de articular un significante que represente al sujeto hace que se produzca un giro en la entrevista, aparece la figura del analista, se vuelve significativa su presencia. Carlos deposita en la escucha del analista la posibilidad de acceder a un saber.

En términos de Carlos “*ponerse las pilas*” implica tomar el espacio que se ofrece para realizar “*un trabajo*”. Esto se aleja mucho de su acto: el intento de suicidio, o, también lo podemos pensar como el llamado al Otro.

Carlos sostenido por la presencia y la escucha del analista, que le devuelve su demanda en forma invertida, se hace objeto de esta demanda: “*Que hable*” y esto produce un efecto: en esta entrevista el efecto lo podíamos situar en la pregunta acerca del Nombre propio del analista y la importancia que adquiere para Carlos que sea “ese” y no otro el analista para él.

## CESAR.

Cesar es un hombre de 45 años que se acercó a la Guardia solo. El motivo que expresa es que tiene fantasías homosexuales con niños. Esta situación lo perturba porque no lo puede controlar y además refiere que *“la quiere cambiar”*.

Cesar se muestra preocupado dice: *“no quiero sentir esto”* pero sin embargo *“se me impone”*. Nos cuenta que por ese motivo consultó a dos curas para que lo ayuden: uno le sugiere que consulte al psicólogo y el segundo le dice que no vuelva nunca más.

Intenta además encontrar respuestas recurriendo a libros que le suministra su hermana que es psicóloga. Quiere saber *“si es normal”* o si se trata de *“paidofilia”* ya que lo que leyó de esta patología se asemeja a lo que le pasó a él. *“Cuando tenía 14 años ya podía advertir estos sentimientos porque en lugar de gustarme las mujeres, me gustaban los hermanos de mis amigas”*. Luego relata que su padre *“también tenía esta fantasía”*, pero *“la consumaba”*. Que es ese el motivo por el cual su madre lo *“echó del hogar”*. Cesar dice *“recuerdo esos llamados de chicos jóvenes”*.

También cuenta que fue acusado de matar a su esposa y que estuvo preso durante tres años y medio, luego esta situación se revierte ya que fue absuelto.

Durante su estadía en la cárcel manifiesta que tuvo una relación sexual con un joven *“esas fantasías se me hicieron realidad”*, pero que *“posteriormente me sentí mal, no me pareció bien”*. Relata que esas fantasías van en aumento y solo pudo frenarlas durante el tiempo que estuvo casado y que quiere iniciar tratamiento *“para ser normal”*, ya que esto *“me angustia mucho”*. Y además saber si *“es homosexual”* y lo tiene guardado o se trata solo de una *“fantasía de carácter normal”*.

Ante esta solicitud de Cesar se le brinda un turno para iniciar tratamiento por consultorio externo.

Cesar sufre, su pedido está relacionado en un primer momento con el hecho de *“no poder controlar sus pensamientos”*. El presenta una teoría acerca de su sufrimiento, una teoría del yo o una teoría consciente. Esta teoría se refiere a lo que él denomina *“fantasías de carácter homosexual”*, ante esto que le pasa se interroga.

En su intento de encontrar respuestas recurre a diferentes Otros:

1. Dirige su pregunta primero a una sacerdote que lo rechaza.

2. Luego dirige su pregunta a otro sacerdote que le sugiere que vea a un psicólogo.
3. Recurre a su hermana, que es psicóloga y le ofrece libros.
4. Lee a Freud y le parece que allí encuentra algo relacionado con lo que a él le pasa.

Podíamos suponer que Cesar llegó a la consulta con una dirección en lo que se refiere a la transferencia. Porque ve en el lugar del Otro, ocupado por el analista, un saber que él no posee y que quiere encontrar.

Podemos pensar que a partir de aquí, están dadas las condiciones para que se articule la demanda. Sus preguntas “¿soy normal?”, “¿soy homosexual?”, “¿soy paidofilico?”, son diferentes formas de búsqueda de un significante que le indique “quien es”.

También podemos agregar la cuestión de que el síntoma que Carlos denomina como “fantasías” es altamente egodistónico, le produce displacer. Es en el intento de alivio que recurre al Otro, encontrando la escucha y la presencia del analista en la Guardia del Hospital.

A diferencia de las otras apelaciones al Otro que nos relata Carlos, en la entrevista con el analista, no recibe una respuesta inmediata (que en los casos anteriores se trató de un consejo o un rechazo). Se le propone la apertura de un espacio para el despliegue de lo inconsciente. Relata recuerdos que asocia a lo que le pasó, podemos pensar en que se abren caminos para el análisis: su padre, su esposa, la cárcel. Todo esto será trabajado quizás, pero en otro tiempo que ya no es el tiempo de la urgencia. La urgencia termina allí donde puede constituirse una articulación significativa.

## SOFÍA.

Sofía es una mujer de 47 años que se presenta en la Guardia sola, expresa que viene porque se siente mal y tiene dificultades para tomar decisiones. Relata que hace un tiempo vino de Buenos Aires donde se dedicaba a actividades artísticas. En Mar del Plata se le presentó la oportunidad de cuidar a una señora mayor.

Expresa *“soy una persona muy sensible”* y que como consecuencia de situaciones cotidianas que no puede manejar *“somatiza”* manifestando *“gastritis”, “problemas hepáticos”, “flatulencias”,* debió ser operada de *“apendicitis”* y posteriormente de *“cálculos”*. Sofía expresa *“yo sé que estos síntomas tienen relación con mi estado de ánimo”*. Refiere que en su trabajo actual la situación es insoportable: debe convivir con esta señora que la tiene *“encarcelada”*. La obliga a comer, no le permite bañarse porque implica gastos, ni salir porque no puede quedarse sola. Sofía dice: *“yo esto no lo puedo digerir. Sé que voy a hacer otra gastritis y no quiero”*. Manifiesta *“no sé que hacer”* ya que si actúa según su deseo de irse *“se siente culpable”* porque esta señora es muy anciana y *“uno no sabe como va a ser de viejo”*. Igualmente si sigue se siente mal. *“Me parece que yo no estoy preparada para atenderla, a lo mejor habría que hacer un curso sobre gerontología o tendría que dejar el trabajo, pero siento que si me voy la abandono y además esto me reditúa”*.

Pide por favor al analista que la ayude a decidir.

Esta paciente expresa su pedido de ayuda, dirigido al analista. Ya tiene una experiencia de tratamiento anterior. Además en su discurso aparece ese saber acerca de sus síntomas. Un saber, una teoría de la relación del yo con el síntoma.

Cree que son sus *“nervios”* los que afectan su sistema digestivo *“no puedo digerir esto”* nos dice. Hay una implicación subjetiva. Luego aparece el reconocimiento de la dificultad de tomar una decisión: *“si me quedo estoy mal”*; *“si me voy me siento culpable”*. Es como si conscientemente propusiera al analista a que éste tomara la decisión ¿Quieren ayudarme a decidir?. Es para ella imprescindible y a la vez imposible decidir, y además, es el analista el que posee el saber para ello.

Si se comienza un tratamiento podemos pensar que esta paciente tiene la ventaja de estar implicada en su situación de sufrimiento. El analista debería operar en el

sentido de una rectificación subjetiva que le devuelva la posibilidad de asociar acerca de diferentes situaciones que ha relatado en la entrevista. ¿Qué significa para ella cuidar a una mujer mayor? ¿Qué significa abandonarla?, etc.

Pensamos que las condiciones para un trabajo subjetivo están dadas, falta una nueva relación de sentido que valla más allá de esta teoría que la paciente presenta y que es consciente. Esta deberá construirse en otro tiempo, no en la urgencia, sino cuando la demanda y la transferencia se instalen.

*PABLO.*

Pablo es un joven de 23 años que llega a la Guardia de Salud Mental solo. Refiere que se le aflojan las piernas, que está mal, muy nervioso, tiene contracturas y temblores que no puede controlar. Manifiesta que hace tiempo que no se encuentra bien, que anteriormente se acercó a la Guardia General y los médicos creyeron que había ingerido drogas.

Refiere que esta consulta decide hacerla en el Servicio de Salud Mental ya que cree que esto que le sucede tiene relación con situaciones que no ha podido elaborar. Menciona dos momentos como shockeantes en su vida: uno lo remite a la “muerte de su padre hace 5 años” que padecía cáncer y el otro “a la muerte de su hermana hace 3 años” que tenía problemas renales. Refiere *“yo no los lloré ya que no expreso mis afectos y supongo que esto actualmente me está afectando”*.

Relata que también consultó un urólogo porque tenía frecuentes dolores en la zona del riñón y que los exámenes determinaron que este dolor no tenía relación con algo orgánico. Manifiesta tener miedo por esto que siente, ya que recuerda como murió su hermana y teme pasar por lo mismo.

Pablo está implicado en lo que le pasa. Expone la teoría que tiene acerca de la relación del yo con el síntoma y esto tiene que ver con que él *“no expresa sus afectos”*. Podríamos pensar que para arreglárselas frente a esto que le pasa necesita de otro, por ello ha consultado al médico, sin obtener respuesta. Hoy está preguntándose por lo que le pasa sin pensar solamente en que es del orden de lo orgánico, remitiendo su síntoma, a la muerte de su padre y hermana y es esto lo que viene a plantear al analista.

Las condiciones para articular una demanda están dadas, porque Pablo realiza un doble movimiento subjetivo:

1. Remite los síntomas a su historia y al hacerlo, aparece un saber no sabido.
2. Supone al analista la posición de ese saber sobre lo que a él le pasa.

Además, está dispuesto a trabajar sobre ello porque sufre al no poder con sus síntomas.

Según Nasio (1996 p. 210):

Es cierto que la idea de curación, el preconcepto de curación encarado como eliminación del sufrimiento ligado a los síntomas, está en el corazón de la decisión de un paciente de ir a consultar a un psicoanalista.

Esta demanda es un malentendido ya que el psicoanalista no lo ofrece, pero es un factor indispensable para el compromiso con el proceso analítico.

El autor agrega que esta demanda no siempre se formula de modo explícito y que ya está *preñado de transferencia*.

El consultante demanda y cree, cree en el poder curativo y transformador que atribuye al procedimiento del análisis, del mismo modo que cree en los poderes de la ciencia. Allí hay una primera apertura en lo que se ha convenido en llamar Sujeto Supuesto Saber. (Nasio, 1996, p. 212)

## *CASOS CLÍNICOS: OBSTÁCULOS EN LA CONSTITUCIÓN DE LA DEMANDA*

En este apartado presentamos los casos en los cuales, por diferentes razones no se llega a constituir una demanda. Debe producirse una maniobra por parte del analista para que emerja el sujeto.

Partimos de que en la urgencia, el sujeto no está de entrada. En estos casos encontramos que el sujeto falta a la cita con el analista. La presencia y la escucha se ofrece y pensamos que se produce algún efecto, pero no alcanza para que se constituya la demanda. Respecto de este efecto, pudimos observar que luego de la entrevista con el analista el paciente manifiesta cierto alivio, y lo expresa tanto verbalmente como desde lo corporal.

Para poder conceptualizar estos efectos revisamos los trabajos de Freud en el momento en que utilizaba el método catártico. Según Laplanche y Pontalis (1994, p. 2) “la catarsis se produce cuando el individuo realiza una descarga emocional, se libera del afecto ligado al recuerdo del acontecimiento traumático”.

La abreacción puede ser espontánea, es decir seguir al acontecimiento traumático para evitar que su recuerdo se halle cargado de afecto. O también puede ser secundaria, provocada por la psicoterapia catártica, que permite al enfermo recordar y objetivar verbalmente el acontecimiento traumático y liberar así el quantum de afecto que lo convierte en patógeno.

Laplanche (1994, p. 2) señala que Freud en 1895 dice: “El hombre encuentra en el lenguaje un substitutivo de la acción, mediante el cual el afecto puede ser derivado por abreacción casi en idéntica forma”.

Pensamos en el concepto de abreacción para explicar el efecto de alivio que se produce en el paciente luego de la primer entrevista en la guardia. Mientras que, para caracterizar la maniobra que realiza el analista, utilizamos el concepto de sugestión cuando se presenta un paciente en condiciones tales que le impiden la más mínima comunicación. Según un artículo escrito por el Lic. Alfredo Cosimi (1996) en algunas situaciones de crisis, el analista está autorizado a utilizar la sugestión analítica. Es decir

que tiene en cuenta que la sugestión va dirigida a permitir el diálogo analítico. Las maniobras pueden consistir en: explicar, tranquilizar, prohibir, indicar, consolar.

...A modo de escansiones que aspiran, mínimamente, en la mayoría de los casos, solo a establecer un diálogo, es decir permitir el despliegue de algunos significantes de sujeto, lo cual, a su vez, puede permitir calcular alguna intervención. (Cosimi, 1996. p. 4)

*DAMIÁN.*

Paciente de 29 años que ingresa a la Guardia manifestando estar nervioso y hace 15 días que no puede dormir.

Estos problemas para dormir refiere que comienzan hace un año, momento en el que fallece su esposa, a los dos meses de haber tenido a su hija.

Damián aduce que su esposa era hipertensa y que actualmente vive con su suegra y su hija. Relata además que hace 4 días que no concurre al trabajo ya que debió someterse a estudios por presión alta, diciendo: *“estoy sobrecargado”, “tengo la carga de mi hija”*.

Expresa : *“quiero ver a un psiquiatra para que me recete una medicación para que me haga dormir, porque no puedo ocuparme de mi hija, le transmito mis nervios y además porque estoy agresivo con la gente en el trabajo y todo me molesta”*.

Luego de la evaluación psiquiátrica y psicológica se orienta al paciente para que solicite un turno por consultorio externo.

En esta entrevista se puede vislumbrar que en el paciente en ningún momento surge la pregunta sobre la implicación que él tiene en su sufrimiento. Cree, como única vía de solución de sus problemas, que la medicación aliviará la tensión y por lo tanto su pedido es un pedido manifiesto de medicación.

El analista ofrece un lugar para la palabra, para la pregunta, pero Damián ya tiene la respuesta.

La intervención apuntaría a intentar producir una escansión entre el llamado y la respuesta, recibiendo el paciente una negativa respecto a la obtención de medicación aquí y ahora, remarcando la importancia de comenzar un tratamiento.

Algunos autores manifiestan que todas esas veces que se encuentran frente a pacientes que suponen que existe un objeto adecuado a su necesidad, muestran que el paciente *“no le pide al analista”*. El analista no está en el lugar del interlocutor, al que se dirigen las demandas y las quejas del paciente y es éste el obstáculo para el inicio del análisis.

Respecto de esta situación ¿cuál es la posición del analista?. Pensamos que el analista se ofrece como alguien que pone en función el deseo de analista, hace una

oferta de un lugar ante el cual se puede hablar, confiar, pedir ayuda; está ahí, ofreciéndose como semejante y al mismo tiempo ofrece un lugar para la palabra.

El analista intentará que el interrogante se produzca, pero si hay convicción en la respuesta y el paciente cree que la solución es la medicación, no hay posibilidad aquí de abrir articulación significativa, por el momento.

No hay fármaco que identifique los significantes padecidos, ni que reanude lo que se presenta desanudado... es la perentoriedad a responder con inmediatez lo que arrasa con la posibilidad de someternos a una posición que haga lugar a la emergencia del sujeto” (Garaventa, noviembre 1999. p. 29)

## MERCEDES

Mercedes es una paciente de 47 años que ingresa a la Guardia acompañada por una amiga y padece una crisis de angustia.

Relata una experiencia traumática en relación a la muerte de su marido hace 5 años y marca que a partir de esa fecha tuvo que hacerse cargo del cuidado de sus hijos, de la economía del hogar y tuvo que salir a trabajar, encontrándose actualmente desempleada.

Durante la entrevista muestra angustia cuando habla de la muerte de su esposa y dice: “*al otro día de que pasó, fui con la nena al colegio, porque me dije: hay que seguir...*”, aduce además que “*cuando lo sacaron lo vi intacto y eso me hizo muy mal*” (se refiere al momento de la exhumación de los restos de su esposo).

En esta paciente pensamos que el encuentro con la presencia del analista hace que empiece cierta articulación significativa, relacionando el comienzo de su angustia con un momento traumático.

Vemos que en ella no surge ningún interrogante ni pregunta dirigida al analista, pero creemos que con su oferta de escucha, el analista podrá lograr quizá que se abra algún interrogante respecto de este duelo no elaborado. El analista intenta con su oferta hacer surgir a la palabra, para que en el mejor de los casos, se produzca un significativo que sitúe a la urgencia de ese sujeto enlazada a la cadena de sus significantes.

En Mercedes hay una frase significativa que surge: “*hay que seguir*”, que obtura la posibilidad que la elaboración del duelo se ponga en marcha, no pudiendo resignar el objeto perdido y mostrando que aún “*permanece intacto*” con toda la carga y la angustia que ello implica.

Creemos que en Mercedes faltaría un tiempo para la instalación de la demanda, donde puedan abrirse interrogantes y cuestionarse algo de su implicación respecto de su sufrimiento.

La urgencia se constituye como un tiempo traumático, como instante de ver. Por lo tanto se ofrece que regrese y que siga hablando. Se intenta realizar un trabajo que le permita posicionarse de otro modo en el momento de concluir, donde el analista no fue

solo testigo sino la causa de ese trabajo. Esto debe tomarse como la oportunidad para instalar el tiempo para comprender de parte del analista.

*ROSA.*

Rosa, paciente de 29 años ingresa a la Guardia acompañada por dos amigas.

Al momento de la entrevista se encuentra recostada sobre la camilla, debido a que fue sometida a un lavado gástrico, ya que había ingerido 20 comprimidos de Clonazepan. A pesar de esta dificultad se incorpora y se muestra predispuesta a hablar.

Cuenta que hace cuatro meses comenzó con un tratamiento psiquiátrico y psicológico pero este último lo interrumpe. Con respecto al intento de suicidio refiere que *“es la primera vez que lo hago y tengo miedo”*, *“luego de este hecho llamé a una amiga para que me ayude”*.

Sus quejas son múltiples relacionadas con la situación que vive: *“estoy sola y es difícil, ya que hace un año me separé de mi pareja”*, *“me peleé con una amiga”*, *“mi papá es depresivo y ayer lo tuvieron que internar y eso me pone muy mal”*.

Se le ofrece un turno para retomar el tratamiento psicológico.

En la entrevista la intervención del analista apunta a que más allá de su acto, el paciente, venga a decir que relación tiene él con eso, es decir ponerse en relación con aquello inconsciente que lo determina. Son múltiples los motivos que Rosa enumera como centro de su sufrimiento, pero observamos que en ninguno se implica, y que no hay pregunta dirigida al analista.

El paciente solo se muestra asustado por lo sucedido y esto podría ser el punto de partida para comenzar a interrogarse y poder decir en lugar de actuar; ya que en ese acto se hace objeto, desapareciendo como sujeto y haciéndose objeto del Otro.

En esta escena es difícil inscribir los significantes de la urgencia y creemos que falta otro tiempo para que la demanda pueda instalarse.

MIRIAM.

Es una paciente que ingresa a la Guardia acompañada por dos compañeras de trabajo.

Manifiesta que siente la cabeza rara, como que le va a estallar. En un primer momento consulta a un médico porque lo atribuye a un problema de presión y éste la deriva a Salud Mental.

Cuando comienza la entrevista habla de su situación familiar expresando: *“no puedo controlar mi casa, no puedo tener una familia como tiene que ser”*.

Refiriéndose a ella dice *“yo no hablo de mis problemas con nadie, siempre me las arreglé sola. Estoy acá contándoles esto a ustedes que son desconocidas”*, *“siempre pensé que las psicólogas no me podían ayudar porque no estoy loca”*.

En este caso pensamos que estamos muy lejos de la articulación de la demanda, ya que no surgen preguntas en Miriam relacionadas con su posicionamiento frente a aquello que le pasa.

Además no hay lugar de Sujeto Supuesto Saber dirigido al analista ya que el saber lo tendría ella *“siempre me las arreglo sola, no hablo de mis problemas con nadie”*. *¿Qué tienen que saber los demás de mis cosas personales?*, aduce en otro momento de la entrevista.

De haberse planteado la pregunta, tal vez la urgencia se hubiese transformado en demanda de análisis pero creemos que en este caso la demanda es de Otro: del médico que deriva a Salud Mental y no de la paciente.

Planteamos la hipótesis que en este caso, no estarían dadas las condiciones para una articulación de demanda. No se dirige esta paciente a un analista con cierta disposición tranferencial, ni siquiera viniendo derivada por un médico, no permite ninguna presunción de que aquello que le ocurre puede ser objeto de una puesta en palabras, ser hablado con alguien.

*CAMILA.*

Camila es una paciente de 43 años que llega a la Guardia acompañada por sus dos hijos.

Manifiesta no poder mover las piernas, sentirse mareada y con dolor de cuello y cabeza. Consulta en un primer momento a un médico y éste la deriva a Salud Mental, ya que no atribuye su estado a nada orgánico.

Refiere la paciente que estos síntomas aparecen cuando se pone nerviosa, expresando que su marido es muy agresivo, que no lo aguanta más y que a veces piensa en matarlo.

Se muestra muy angustiada durante la entrevista y pide disculpas cuando llora, aduciendo que *“no hablo con nadie y necesito descargar”*, *“pienso que no necesito psicólogo ya que soy una persona razonable y cuando me pongo nerviosa trato de calmarme sola... yo no le hago mal a nadie sólo me hago mal a mi así que ¿para qué?”*.

Se interviene indicando que espere un rato para mantener una nueva entrevista, pero se retira sin avisar.

Esta paciente parecería plantear una teoría con respecto a la relación de su yo con el síntoma atribuyéndolos a: *“me pasa cuando me pongo nerviosa”*.

Las preguntas que se hace cuestionan el lugar de un Otro Sujeto Supuesto Saber respecto de lo que le pasa *“cuando me pongo nerviosa, trato de calmarme sola”*, podría estar evidenciando que el saber lo tiene ella, no se cuestiona nada en relación a su implicación con respecto al sufrimiento *“pienso que no necesito un psicólogo porque soy una persona razonable”*.

Observamos que no hubo una implicación del paciente luego de la entrevista, solo una descarga frente a alguien que la escucha y donde la catarsis viene a suplantar el trabajo subjetivo. Vemos que se siente mejor y se va, no se produjo un tiempo de espera que permita introducir el tiempo del saber, que en una verdadera reactivación subjetiva aborde una pregunta de aquello que se le presenta como ajeno.

LORENA.

Lorena es una paciente de 16 años que ingresa acompañada por su tía. Su tía debido al estado actual de su sobrina y por sugerencia médica, realizó una consulta al Servicio de Salud Mental ya que considera que lo necesita.

La paciente durante la entrevista manifiesta: *“no sé porque estoy en este lugar”*. Expresa que tal vez pueda deberse a que ella sufrió un accidente hacía dos meses y que en el mismo fallece su mamá, su papá y su hermano menor.

Vive actualmente con sus tíos y primos que la cargan porque habla mucho, pero aduce que tiene momentos en los que se queda callada.

Su familiar refiere estar preocupada porque su sobrina, no manifiesta angustia, no recuerda el momento del accidente y la observa muy reservada, no expresando ningún sentimiento relacionado con las pérdidas.

Se interviene indicando tratamiento psicológico, preguntándole a la paciente si sabe porque puede necesitarlo y dice: *“no sé, tal vez para que te arreglen la cabeza, para hablar de algo, pero en realidad no sé, no tengo nada para hablar”*.

Lorena pensamos que es un ejemplo de urgencia, que no es sentido como tal por el Sujeto. Ella ha vivido una situación traumática y no manifiesta ningún afecto respecto de ella, mostrándose desafectivizada.

En este caso vemos que no hay llamado al Otro, ni pregunta, solo silencio. Parecería que la urgencia aparece en los familiares que se muestran preocupados por esta reacción.

Podemos pensar como refieren algunos autores que la urgencia se plantea en estos casos donde hay silencio, donde el sujeto parece haber desaparecido y solo queda posicionado como objeto.

Ella expresa: *“hablo mucho”* y luego *“me quedo callada”*, ¿qué significantes serán los que no se pueden articular en estos momentos que la dejan a ella muda?, ¿qué obtura la emergencia de la angustia?. Todos estos interrogantes quedarían del lado del analista ya que Lorena no está preparada para formularse los.

Creemos que se trataría de una verdadera urgencia por tratarse de una ruptura de la cadena significativa, con una imposibilidad de recuperar su deslizamiento que no le

permiten elaborar el hecho traumático. Una situación de crisis subjetiva, de quiebre discursivo, de ruptura de la escena que sostiene al individuo en su mundo, que condicionada por su estructura singular, la dejan, en este caso en un lugar que *escapa al decir*: “No sé para que empezar tratamiento”, “no tengo nada para hablar”.

Desde el lugar del analista ofrecer presencia y escucha no alcanzan, ya que no son dispositivos que Lorena pueda reconocer en este momento. Tal vez otro tiempo se necesite para que la articulación simbólica pueda producirse y para que no responda el analista con su propia urgencia adelantándose agitado por su propia división.

LAURA.

Laura es una paciente de 32 años que ingresa acompañada por su madre al Hospital General, ya que realizó una ingesta medicamentosa mezclada con alcohol.

Manifiesta que no sucedió nada en particular que justificara el hecho y que *“no se quiere acordar porque no tiene memoria de cómo llegó a esa situación”*.

Todo su discurso gira en torno a su discapacidad por la disritmia y que por este motivo no puede trabajar, sufre desmayos permanentes, refiriendo: *“yo ya no tengo solución”*.

Relata que vive con su mamá y su hija, y que su situación comienza a complicarse desde hace una semana ya que vino a vivir con ellas, un primo y ahora se da cuenta que su madre ya no la atiende como antes y que prefiere a su sobrino en lugar de ella. Dice además: *“yo conseguí con mi enfermedad que pudiera mi madre sacar la plata del corralito y ahora me paga con esto”*.

Se indica la importancia de iniciar tratamiento psicológico, pero no se observa interés en el mismo.

A través de su discurso parecería demostrar Laura que toda ella estaría tomada por la disritmia y a través de su discapacidad, como ella lo refiere, su vida adquiere sentido de la que hay que atender y cuidar, no pudiendo situarse de otro modo frente al Otro.

Recurre a un acto dirigido a Otro (suponemos a su madre), un llamado debido a que siente que ha perdido el lugar significativo que ocupaba para ese Otro y donde no aparece ninguna implicación en su sufrimiento.

En su relato observamos que sólo hay queja dirigida, que no hay preguntas. Pensamos que la paciente, estaría posicionada desde el lugar de la enfermedad orgánica, con pocas posibilidades de repensarse a sí misma.

Podríamos pensar que en esta situación el analista se encuentra con dificultades para poner en marcha algún dispositivo analítico que le permita, lograr algún cambio de posicionamiento frente a esto que le pasa al paciente.

Además, la paciente nos muestra que hay un beneficio secundario que no está dispuesta a perder, refiere que *“yo ya no tengo solución”*.

*SANTIAGO.*

Paciente de 59 años que presenta un problema pulmonar crónico y es oxígeno dependiente y se encuentra internado.

Se entrevista al paciente que manifiesta estar cansado por permanecer en ese lugar y quiere regresar a su hogar para continuar con sus actividades cotidianas. Expresa: “*me voy a comprar una mochila para trasladarme con el oxígeno para seguir trabajando*”, se muestra reticente a continuar con el interrogatorio.

Refiere en su discurso todo lo que el médico le había recomendado para continuar con su vida “*normal*” y cuando se le comunica sobre la importancia de realizar un tratamiento psicológico minimiza la situación y cambia de tema.

En este paciente observamos que no presenta en su discurso ningún signo que de cuenta de alguna demanda de tratamiento psicológico. Solo se limita a presentar su sufrimiento, con una total ausencia de implicación subjetiva.

Cuando se lo entrevista no puede dejar de dirigirse a la figura del médico, a quien le adjudica el lugar de un amo del saber sobre el cuerpo, mostrando sorpresa por la presencia de un psicólogo allí donde “*no hay nada para hablar*”, mostrando pobreza de asociaciones, ya que no puede ser cuestionado en relación a su enfermedad.

## HILDA.

Paciente de 75 años que se acerca a la Guardia con su hija luego de ser derivada por un médico de la Guardia General, ya que se descartan causas orgánicas en sus síntomas.

Presenta una parálisis facial con un tic en el ojo derecho, dolores de cabeza, en los oídos y en la nuca. Se muestra con una crisis de angustia que la desborda.

Relata que no comprende la aparición de estos síntomas (describe cada uno de ellos con detenimiento) y que existen cosas que la preocupan, pero como a todo el mundo.

Comenta además que tiene 6 hijos y al finalizar la entrevista dice: *“tengo un dolor dentro que no quiero pensar, ¿usted sabe lo que es el dolor?”*.

Durante la entrevista las preguntas se orientan a que la paciente asocie acerca del dolor, pero se muestra reticente a responder.

Se interviene derivando a la paciente a tratamiento psicológico, mostrándose indiferente.

En esta paciente observamos que nos encontramos con un cuerpo que habla, que dice verdades que el yo desconoce, emergiendo síntomas corporales en lugar de los dolores anímicos que intenta ahorrarse. De aquí se desprende que ella dirija la pregunta al médico, que es quien puede aliviar estos síntomas, desestimando el tratamiento psicológico en tanto no hay una pregunta dirigida al psicólogo, ya que ella *“tiene un dolor adentro que no quiere pensar”*, obturando la posibilidad de abrir al análisis.

Pensamos que en esta paciente todavía falta un recorrido para que se articule la demanda, pero observamos una ganancia cuando comienza a esbozar algo del dolor en relación a los síntomas. Quizá si se permitiera otras entrevistas, algo de su implicación podría aparecer y tal vez cuestionarse sobre el enlace del dolor con ellos. Además faltaría otro eslabón y es que pueda dirigir la pregunta al analista.

MARÍA.

María es una joven de 25 años que está realizando un tratamiento por anorexia nerviosa en una institución especializada en el tema.

El domingo por la tarde, el padre la ve llorar sin poder calmarla. María pide a su padre *“que la lleve al hospital”*. Se acercan ambos a la Guardia. Ella pide hablar a solas con el analista, ante lo cual su padre se retira.

Relata todo con mucha angustia y llorando nos dice: *“tengo pensamientos feos”, “tengo miedo de hacerle daño a alguien”, “no me los puedo sacar”*. Estos pensamientos son referidos a lo sexual. A continuación nos cuenta que fue abusada cuando tenía cinco años, que era una persona allegada a su familia *“me manoseaba cuando se quedaba a dormir en casa”*. Dice que tiene ideas recurrentes de hacer ella lo mismo con otras personas *“malos pensamientos que no me dejan... pero cuando pienso que son criaturas, me aterra pensar que puedo hacerles daño”, “tengo miedo de no poder controlarlo”, “dejar de pensar y...”* se tapa la cara *“¿soy una degenerada?”*, *“¿qué tengo?”*, *“¿por qué tengo esa idea?”*. Refiere que *“Si me tocan, me exito”*.

Expresa nunca haber hablado de esto con su madre *“me da vergüenza”, “siento culpa por todo lo que se refiere al sexo”, “antes me masturbaba y después me sentía culpable, sucia, ahora no lo hago más”*.

A medida que habla a María se la nota más distendida y relajada. La paciente de acuerdo a eso expresa *“me siento mejor”*. La intervención del analista apunta a señalar que el hecho de hablar esto que nunca dijo es importante y que lo puede hacer también dentro del tratamiento que esta realizando. *“Si hablo de esto se me va a ir?”*, pregunta María.

Como primer dato significativo en esta entrevista podemos situar la cuestión de la transferencia con la institución: ¿por qué María pide venir al Hospital?, ¿Cuál es el lugar que ocupa esta institución para ella?. Quizás se trate del lugar que evidentemente no está ocupando su propio analista: lugar de Sujeto Supuesto Saber. El llamado se dirige a la institución del Hospital que opera como terceridad entre el analista y el paciente.

Luego podemos situar preguntas que hace María en voz alta ¿Qué tengo?, ¿por qué tengo esta idea?, ¿si hablo de esto se me va a ir?. Son preguntas que todavía no están dirigidas a la persona del analista.

María se siente mejor al final de la entrevista. Ha realizado una catarsis: descarga su angustia y relata recuerdos. Pero solo por hablar no se produce el trabajo subjetivo, el trabajo del inconsciente. Pensamos que todavía no están dadas las condiciones para la articulación de la demanda, sin embargo hay un paso previo que situamos en la urgencia donde estos interrogantes buscan dirigirse a un Otro, y aunque todavía no están dirigidos al analista, en algún momento aparecerán articulándose en su demanda.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA  
.....

# *CONCLUSIONES*

## *CONSIDERACIONES FINALES.*

Este trabajo de investigación parte de interrogantes, que surgen de los casos clínicos observados en la guardia de un hospital público, lugar dónde realizamos nuestra residencia de pre – grado, específicamente en la Guardia del Servicio de Salud Mental.

Nuestra actividad en dicha institución, consistía en asistir a las guardias del servicio un día a la semana. Como resultado de este trabajo contamos con un registro de casos conceptualizados y sistematizados, que son la fuente de datos que se utilizan.

Cada caso presentado consiste en una única entrevista con un psicoanalista de guardia. De este material clínico surgen algunos de los interrogantes de los que partimos: ¿ Qué es lo que viene a buscar la persona que se acerca a la guardia? ¿ Qué distintos pedidos se pueden ir diferenciando a partir de una entrevista con un psicoanalista de guardia? ¿Cuál es la posición de una persona que atraviesa una situación de urgencia y recurre al hospital? Con respecto a la demanda: ¿ Cómo se podría pensar su articulación en un segundo tiempo? ¿Cuál sería el dispositivo que el analista pone en marcha?

A partir de allí, hemos intentado realizar un recorrido por las distintas definiciones que se han publicado del fenómeno de la urgencia. Luego, planteamos como objetivo caracterizar la demanda en la entrevista con un psicoanalista, contextualizada en la guardia de un Hospital público.

A modo de conclusión presentamos los conceptos centrales intentando la articulación con algunas viñetas clínicas de los casos observados.

## *Contexto Institucional*

Para comenzar a desarrollar las consideraciones finales de este trabajo de investigación, tendremos en cuenta en primer lugar, como opera el contexto institucional en el encuentro de un analista y un paciente en la guardia de un hospital.

Respecto de este tema, en la bibliografía consultada encontramos dos posturas contrapuestas. Por un lado Nasio propone, que en una institución no se puede hacer psicoanálisis. En cambio Mario Pujó deja abierta la posibilidad del trabajo analítico, aunque reconoce que existe una diferencia con la labor en el ámbito privado.

Nasio entiende que un analista en una institución no hace análisis ya que, encuentra un obstáculo debido a que el lugar del Sujeto Supuesto Saber está ocupado por el tercero que es la institución “ No hay análisis en la institución - a mi entender porque la institución tiene en ella el atributo del Sujeto Supuesto Saber que es absolutamente imprescindible en una relación analítica” (Nasio 1987 p. 77). Pero agrega que esto no implica que no haya analista porque éste, puede estar en cualquier lado a condición de que parta de un principio en el que la escucha del analista determine el significante que puede emerger.

Mario Pujó (Julio 1996) plantea que en este contexto, una de las características del encuentro con un analista estaría dada, porque el lugar del Sujeto Supuesto Saber aparece ocupado por una terceridad, la institución. Ésta introduce en su masividad el anonimato: pacientes sin nombre, profesionales sin nombre. Por este motivo el autor plantea que nombrar para el analista significa en primer lugar, nombrarse a sí mismo, recortarse sobre el fondo de la uniformidad institucional.

### *Un Caso Clínico:*

Tomamos como ejemplo el caso de Carlos, que luego de la intervención del analista, pregunta su nombre y pide continuar trabajando con ella. Este interés de

Carlos por un analista en particular se puede pensar, como un comienzo del pasaje de la transferencia con la institución a la transferencia dirigida a un analista.

### *La urgencia*

Intentamos definir la urgencia tomando como referencia los artículos presentados por psicoanalistas, que tienen experiencia en la práctica hospitalaria: Bialer et al s/f, Revista Psicoanálisis y el Hospital Nro. 13 Junio 1998 y Psicopatología de la Urgencia. Noviembre 1994.

Estos autores plantean que la urgencia desde lo manifiesto, se presenta como un pedido de alguien que se encuentra en un momento crítico, es pensada como una ruptura aguda. Proponen ubicar a la urgencia, en una dimensión que aparece en ruptura con la palabra: estallido, exceso, explosión que irrumpe en la escena que sostiene al sujeto en su mundo y provoca un quiebre discursivo.

De esta forma podemos pensar que la urgencia se presenta en la dimensión del *Agieren* freudiano, del actuar en lugar de decir con- en palabras. Así se ve como por momentos la urgencia sigue la lógica del acting - out, del pasaje al acto, la impulsión. Esto quiere decir que en la urgencia algo del decir no se articula.

El analista intenta generar un espacio para el despliegue discursivo de estos fenómenos desarticulados, dónde la crisis no es sofocada sino interrogada. En esos momentos dónde no se articula la palabra por el hablar, en esos silencios, hay que construir la cadena significativa en la que ha habido una ruptura.

El analista en la urgencia opera en dirección opuesta a la caída del discurso. La urgencia conduce a tener que escuchar más allá de los enunciados de un sujeto y a tratar de dilucidar cuál es su implicación en lo que dice. Pero que el paciente se implique en sus dichos, que se produzca una rectificación subjetiva, es un trabajo y es algo a conseguir respetando el tiempo del paciente.

### *Un caso clínico:*

Siguiendo esta línea de pensamiento pensamos que la acción, las actuaciones, son otra manera en la que alguien habla y pide ser escuchado: Rosa llega a la guardia habiendo ingerido 20 comprimidos de clonazepan.

En la entrevista relata “*es la primera vez que lo hago y tengo miedo*”. Son múltiples sus quejas relacionadas con la situación en la que vive, pero en ninguna se implica y no aparece una pregunta. Lo que el analista intenta es posibilitar un espacio de escucha a esa queja, para que el paciente pueda interrogarse acerca de ella y a través de esa pregunta formalizar una demanda en un segundo tiempo.

### *La demanda en la urgencia.*

En el tiempo de la urgencia se intenta apuntar a que allí dónde se presenta un paciente pueda advenir alguien que más allá de su pedido, de la queja, logre interrogarse y que el punto mismo de su interrogación marque una hiancia entre un antes y un después.

Algunos autores (Bialer et al s/f) presentan la hipótesis de que el encuentro de un analista con un paciente que llega a la guardia en algunos casos, puede producir un efecto: que se constituya la demanda.

Para pensar en este momento de la constitución de la demanda retomamos la propuesta de Nasio, donde trabaja sobre el concepto de *rectificación subjetiva* de Lacan. La tarea del analista en el curso de las primeras entrevistas es resituar al paciente de otro modo en relación con su sufrimiento.

El analista en las primeras entrevistas por sus intervenciones tiene que introducirse de algún modo en la relación del sujeto con su demanda, para permitirle

rectificar su posición subjetiva a la vista de su sufrimiento. Modificar el modo en que el paciente tiene de interpretar su padecimiento, experimentarlo y vivirlo.

Hacer trabajar la demanda del sufriente, es decir, proceder a la rectificación de su posición subjetiva a la vista de su demanda, consiste en una puesta en palabras de los momentos y las experiencias en las cuales el sujeto es superado por su acto. (Nasio, J. 1996 p. 215)

Partimos de que en la urgencia el sujeto no está de entrada, es el analista el que realiza una maniobra para que emerja el sujeto. La misma consiste, en ocupar el lugar del Otro al que el paciente dirige su pregunta. El analista va a devolver esa pregunta del sujeto en forma invertida, para permitir que los significantes circulen y en esta misma operatoria puede ser que se abra alguna pregunta, que aparezca algún saber no sabido.

Cuando alguien enuncia su urgencia dice más de lo que sabe que dice, sólo que esto cobra envergadura cuando hay alguien allí para poder escucharlo y para hacérselo escuchar. La presencia del analista señala lo que se dice en más y hará una confrontación con lo que el Yo, en tanto instancia de desconocimiento ignora.

### *Un caso clínico:*

A modo de ilustrar esta operatoria a la que hacemos referencia, presentamos un caso clínico:

Paula, ingresa a la guardia quejándose de contracturas, problemas de presión y dificultades para dormir, y ante la oferta del analista de escucha y presencia comienza a deslizarse la palabra. Esto da la posibilidad de que se produzca un pasaje del cuerpo de la necesidad al cuerpo erógeno. Cuando ella dice al final de la entrevista “*no sé qué me pasó con el cuerpo*” aparece la pregunta dirigida al analista.

### *Un caso clínico:*

Presentamos un caso dónde podemos observar un efecto de alivio en el paciente, por el hecho de hablar ante la oferta de escucha y presencia. El analista interviene también realizando una indicación.

María ingresa a la guardia con una crisis de angustia, relata que es anoréxica y actualmente realiza un tratamiento en otra institución. Dice a lo largo de la entrevista: *tengo pensamientos feos, tengo miedo de hacerle daño a alguien, fui abusada cuando tenía cinco años.*

A medida que habla, a María se la nota más distendida y relajada. La paciente expresa: *“me siento mejor”*. La intervención del analista apunta a señalar que el hecho de hablar esto que nunca dijo es importante y que lo puede hacer también dentro del tratamiento que esta realizando. *“¿Si hablo de esto se me va a ir?”*, Pregunta María.

### *Síntesis.*

A modo de síntesis diremos que, la apuesta del analista en la urgencia es avanzar en dirección a la constitución de una demanda. El analista interviene para que se produzca una rectificación subjetiva.

En algunos casos es posible crear las condiciones para que la demanda se articule: aparece una pregunta que puede ser sostenida y está dirigida al analista, hay una implicación del sujeto en relación con su sufrimiento, hay un saber que el sujeto no posee y que le supone al analista.

En otros pacientes este camino se detiene en algún punto. En algunos casos, pudimos observar que el hecho de hablar produce un alivio en el paciente, una descarga a modo de la catarsis. El analista trabaja utilizando la sugestión a modo de producir escansiones que aspiran mínimamente a permitir el despliegue de algunos significantes.

### *Casos clínicos: Un contrapunto*

Un paciente como Damián que dice: “ *quiero ver a un psiquiatra para que me recete una medicación que me haga dormir* ” nos muestra que falta una pregunta, donde él pueda implicarse en su sufrimiento. El analista ofrece un lugar para la palabra, pero Damián ya tiene la respuesta.

Un paciente como Cesar, en cambio, llega a la guardia a plantear al analista una serie de preguntas acerca de su sufrimiento: “ *¿ Soy normal? ¿ Soy homosexual? ¿ Soy paidofilico?* ”. Podemos observar que en este paciente, están dadas las condiciones para que se articule la demanda, ya que ve en el lugar del Otro, ocupado por el analista, un saber que él no posee y que quiere encontrar.

Para concluir queremos destacar que este trabajo de investigación partió de distintos interrogantes. Algunos de ellos han podido ser trabajados y otros quedan planteados como cuestiones abiertas ya que, en el marco de este desarrollo no hemos podido darles respuesta. Por ejemplo: *¿ Hay una especificidad en la clínica de la urgencia? ¿ Existe alguna diferencia entre la urgencia dentro de un tratamiento y la que se presenta fuera del mismo? ¿Cómo incide el contexto institucional en el trabajo del analista?*.

Este trabajo de investigación nos permitió, no solamente profundizar conceptualmente nuestra primer experiencia clínica, sino también resignificarla, interrogarla y enriquecerla con nuevas respuestas y múltiples interrogantes que nos proponemos seguir trabajando en otros espacios.





UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA  
.....

*FICHAJE BIBLIOGRÁFICO:*

*ANEXO*

*TÍTULO: La Urgencia. El Psicoanalista y la Práctica Hospitalaria.*

*AUTOR: Grupo de Investigación y Asistencia sobre la Urgencia. Bialer et al. (s/f).*

*EDITORIAL: Vergara.*

## *I. SOBRE LA URGENCIA (I)*

Los autores presentan a la urgencia diferenciándola de la urgencia médica.

La clínica de la urgencia no es la de la urgencia médica. Mientras ésta supone un saber que elimina la dimensión del tiempo operando inmediatamente sobre el acontecimiento, la clínica de la urgencia para el analista supone la prisa y también la pausa. La urgencia médica exige que no halla escansión entre el llamado y la respuesta, trata al pedido como llamado y a éste como necesidad. Desconoce al sujeto del lenguaje y también al de la palabra. Por ello, no tiene en cuenta que la necesidad está perdida, allí dónde el sujeto se constituye mortificado por el Significante.

Los autores trabajan sobre el tema del pedido y la demanda preguntándose: ¿Cómo entender el pedido?. Para responder a esta pregunta proponen que, sea cual fuere el pedido el analista estará dispuesto a escucharlo: quejas, balbuceos, silencio, expectación o pánico. Desde el pedido y mediante la oferta de escucha el analista intenta crear demanda. Así, los autores plantean la siguiente hipótesis: La demanda en la urgencia es el efecto que se puede producir del encuentro de un paciente, con un analista que opera con el paradigma de que allí hay un sujeto. ( Bialer et al. p. 11: 14)

## *SOBRE LA URGENCIA (II)*

A partir de un caso clínico, los autores intentan mostrar el modo de abordar la urgencia. Presentan a Alicia: Es traída por su hermano de 30 años, éste es estudiante de medicina y habla sobre ella como refiriéndose a un caso clínico. Describe una larga historia de enfermedad que consiste en escapadas de la casa con rumbo incierto, ante lo cual la madre y hermanas de Alicia se ponen nerviosas y lo llaman a él. Dice que Alicia es una “aspiradora de remedios”. Agrega que no ve otra salida que la internación y la medicación fuerte.

Se propone otra entrevista para escuchar a Alicia, ya que en esta primera se muestra callada y no quiere hablar. Alicia cuenta que su problema está en “las caras que ve, que sale corriendo cuando no aguanta más y que toma cualquier cosa con tal de que su malestar se pase”. Agrega que le hizo bien hablar y esta vez no llora.

La intervención consiste en que Alicia concorra todos los días a hablar. La misma es resistida por su hermano que dice que no dará resultado.

Alicia, sin la compañía de su hermano, vino a todas las citas, respondiendo a la indicación de no tomar medicación.

Los efectos de la intervención consistían en que, ya no se hablaba de ella, sino que ella hablaba de sus padeceres. La oferta de escucha posibilitó el acotamiento del goce. El analista no responde aquí al pedido, intenta vehicular la demanda, sacando al sujeto de su posición de objeto. (Blanco et al, p. 15: 17)

*ERIC LAURENT CON EL GRUPO DE INVESTIGACION SOBRE LAS  
URGENCIAS.*

Eric Laurent en una reunión con el grupo de investigación y asistencia sobre la urgencia (G.I.A.S.U) que se realizó en el año 1987, afirmaba que:

- Desde el punto de vista psicoanalítico lo que importa es que en la urgencia surja un tiempo del sujeto que no es el tiempo fijo del reloj.
- Que en la urgencia algo del decir no se articula.
- Que allí hay que construir la cadena significativa en la que ha habido una ruptura, y hay que calcular de dónde viene esa ruptura.

La urgencia es pensada desde esta posición como ruptura aguda. La Demanda es una ruptura en el discurso normal, llama al Otro. Hay ruptura de la homeostasis establecida.

La apuesta de un equipo analítico en la urgencia sería, para los autores: la idea de transformar la urgencia, sea con demanda o sea en un momento agudo sin demanda, mediante su reinscripción en la cadena significativa. (Dreizin y Lichtenstein, p. 19: 20)

## *II. LA URGENCIA SUBJETIVA.*

En este apartado de libro, los autores desarrollan la postura de que el dispositivo analítico frente a una urgencia, lo que intenta es restablecer la ruptura que hubo en la cadena significante. Una operación posible, es la constitución de una demanda. Podemos pensar siguiendo el planteo de estos autores que:

Que la urgencia se convierta en demanda implica el final de la misma y el comienzo de otro tiempo para el sujeto. Implica poder articular la cadena significante que se presenta en la urgencia desarticulada. Esto es lo mismo que decir que el analista en la urgencia apunta a la emergencia del sujeto.

### *— REFLEXIONES SOBRE LA URGENCIA.*

En este artículo, Francois Leguil, presenta sus reflexiones sobre la urgencia, a partir de su trabajo en París, con el C.P.O.A. Este es un centro de atención creado hace 20 años en París que funciona las 24 horas y recibe a todo aquel que se presenta o es traído.

El autor comienza diferenciando la urgencia para el médico de la urgencia para el analista: el médico concibe que la urgencia propulsa a cosas por hacer, en cambio el psicoanalista en su campo se confronta con cosas por decir. El médico introduce la rapidez, en tanto el psicoanalista intenta introducir la espera. El médico puede obrar sin tener en cuenta la causa, en cambio el analista se interesa por la causa, quiere hacer hablar a la urgencia. El analista no es el portador de la verdad que actúa con eficacia, sino que es el que humildemente escucha, debe hacer que la urgencia se dirija a él, lo tome por blanco. El psicoanalista intenta que el sujeto pueda implicarse. El analista ofrece su presencia para que el sufrimiento del sujeto encuentre un lugar allí mientras se libera lo que debe ser dicho. ( Leguil, p. 23: 28 ).

## *LA URGENCIA Y EL DISCURSO.*

El autor se pregunta por la especificidad de la clínica de la urgencia. Su propuesta es otorgar a los fenómenos que se presentan en la urgencia un marco que permita su puesta en discurso y logre transformarlos en demanda. En la urgencia algo del decir no se articula, es una ruptura de la cadena significante que tiene como efectos el borramiento del sujeto y la mortificación significante.

En la urgencia se asiste al momento en el que el significante se hace objeto, lo que implica el traspaso de lo simbólico a lo real. Si se está en presencia del inconsciente en estado salvaje, la propuesta del autor es que el analista debe ofertar los medios para que ese “saber sin sujeto” encuentre el marco apropiado para constituir su condición discursiva. El analista en la urgencia opera en dirección opuesta a la caída del discurso. El autor se pregunta ¿Por qué no pensar que el efecto de sentido esencial del hablar es la demanda y que allí el sujeto siempre conoce su lugar?. De este modo el significante aislado se transforma en significante con efectos de significación. ( Seldes, p. 29: 34)

## *LA URGENCIA DEL GOCE*

El autor de este artículo afirma que si la urgencia es del sujeto, lo es en su relación con lo constante, con él *a*, con el fantasma. En el fantasma el sujeto es capturado e inmovilizado por el *a*. En la urgencia el sujeto es capturado por un goce inamovible. A nivel del fantasma el sujeto se hace objeto, y el fantasma deviene goce, plus de goce.

El autor propone un matema para la urgencia  $a \blacklozenge S$ , es el fantasma invertido. Es la escritura de la tensión constante.

El autor se pregunta ¿ Cuando hay urgencia del goce?. Y propone que se trata de que no hay otro. Cuando el goce fálico que es ya una limitación del goce, cae, falla, las puertas del goce se abren a un goce ilimitado, sin medidas,

fuera del discurso y de todo lazo social. Acotar el goce es que haya una limitación del goce por el significante.

Otra de las preguntas del autor es ¿ Qué hacer con el goce?. El analista debe atraer el goce hacia él, ocupar el lugar de la tensión. Tiene que ver con hacerse objeto de aquel uso perverso de la demanda. La perversión es el efecto invertido del fantasma dónde el sujeto se determina a sí mismo como objeto en su encuentro con la división subjetiva. Es hacia ese lugar que se debe apuntar. (Nacht, p. 35: 42)

### *EL SUJETO EN LA URGENCIA.*

La autora del artículo propone pensar al sujeto de la urgencia. Lo presenta como un sujeto pasivo ante el goce de (A). A ese estado la autora lo denomina urgencia.

El sujeto que acude al encuentro de un analista, tanto si viene sólo como si es traído es un “ sujeto sufriente”.

Se propone retomar tres efectos del sujeto humano del orden de la necesidad, la demanda y el deseo. Estos tres términos determinan sujetos, objetos y modos de satisfacción diferentes. La demanda transforma la necesidad, la opaca. El deseo será el efecto de esta dependencia engendrada por la demanda, es decir el efecto del significante sobre la necesidad.

La demanda introduce otra dimensión, donde lo que importa no es lo que se da, sino quién lo da. En el horizonte de toda demanda está el amor, lo que se da no es otra cosa que una falta.

La autora propone que el sujeto de la urgencia se enfrenta a Otro, pero distinto de ese Otro primordial, es Otro al que se le supone un saber, que ofrece su escucha. De este modo se intenta que el paciente frente a su pedido y la escucha del analista, transforme su pedido en demanda. ( Michanie, p. 43: 46 )

Comentario:

La autora propone al igual que otros autores que se exponen, un lugar que debería ocupar el analista en la urgencia, lugar de Sujeto Supuesto Saber, a quien se dirige la demanda del paciente. Esta hipótesis es central para nuestro trabajo de investigación. Y se apoya en lo que plantean los autores consultados. Es el analista el que debe producir una maniobra, para que el pedido manifiesto se transforme en demanda.

### *EN LA URGENCIA, LA ESCANSIÓN*

La autora refiere que puntuando la urgencia se puede decir que: del lado del médico se borra la pregunta por el deseo. Para el médico del lado del paciente no hay demanda, sólo necesidad. El analista en cambio, ofrece la escucha para instalar la demanda, posibilitando la pregunta sobre el deseo del paciente.

La autora ilustra esta propuesta a partir de un caso:

Carmen de 37 años es derivada por clínica médica a una consulta con un analista. Presenta intensos dolores de cabeza acompañados de opresión y dolor de cuello. Estos síntomas la llevan a sentirse ahogada. Carmen ha recorrido diferentes médicos y los estudios no revelan ninguna causa orgánica.

Carmen pregunta al analista si hablando se puede curar. En una segunda entrevista, relata que su padre era un hombre muy severo y tenían una mala relación. Éste, momentos antes de morir la toma del cuello tratando de ahogarla. Carmen relata nuevamente este recuerdo, a pedido del analista. Se pregunta en ese momento, si tiene que ver con su padecimiento. En la entrevista siguiente, Carmen comenta que sus dolores han disminuido. —

La autora puntúa que el dolor desaparece cuando se posibilita la circulación significativa que estaba impedida y aparece la pregunta. Aquí sitúa

la autora el final de la urgencia. Si se sostiene la pregunta la urgencia se transforma en demanda de análisis. ( Lichtensztajn, J. p.47: 49 )

Comentario:

El planteo de esta autora continúa con la línea conceptual de los autores leídos, pero introduce un aspecto que es para nuestra investigación esencial poder caracterizar. Nos referimos a que, el analista en la urgencia, debe sostener la pregunta del sujeto para permitir la circulación significativa que está impedida. Así es como la autora muestra a partir de un caso clínico, la maniobra del analista que permite que la urgencia devenga demanda de análisis.

#### *AL TIEMPO DE LA URGENCIA, EL TIEMPO DE SABER.*

El autor dice con respecto al analista en la urgencia que, el deseo de analista impone un saber desprenderse del apresuramiento por concluir, desprenderse del “ furor curandis”. Esto es, no ceder en cuanto al deseo, mantenerse a distancia del Ideal, no responder a ninguna demanda del Otro. En el discurso analítico se trata de introducir el tiempo de saber, que el sujeto en una verdadera rectificación, aborde su pregunta y se consagre a una elaboración del saber. Esta es la forma de hacer aparecer la dimensión subjetiva de aquello que aparece como ajeno, subjetivación del sufrimiento como tiempo necesario en el que preguntar es suponer un sentido, y se impone reconocer, más allá del enunciado que produce, su propia enunciación. Suposición de un saber inconsciente, sin sujeto que inaugura el tiempo de la demanda. Tiempo esencial, ya que en la demanda hay un intercambio de goce por significativo.

El autor se pregunta ¿ Qué esperar de la puesta en palabras del sufrimiento?. Propone: Aislar algún significativo con el que instalar una nueva dimensión con la que abordarlo, sin que se trate de su restablecimiento homeostático.

Al tiempo de la urgencia se le sustituye el tiempo de saber. Del “no puedo”... al “no sé”..., “no sé lo que digo, pero en lo que digo hay un saber”. (Nepomiachi, p. 59: 61)

Comentario:

El autor propone una forma de abordar la urgencia que se corresponde a la de los autores que venimos exponiendo. Pero introduce el concepto de rectificación subjetiva. Nos parece un concepto clave para conceptualizar la dirección que toma el analista en la cura. Este movimiento tiene que ver con la implicación del sujeto en su sufrimiento, con la aparición de una pregunta, de un saber no sabido que es del orden del inconsciente. Como dice el autor, es fundamental este paso para posibilitar la articulación de la demanda.

### *PARTE III: PSICOANÁLISIS Y PSIQUIATRÍA.*

En este apartado del libro, se escribe acerca de la relación del psicoanalista con el discurso médico, más específicamente las diferencias de concepción del sujeto con la psiquiatra.

Los autores proponen por un lado una diferenciación de concepciones acerca de lo que es una urgencia y de cómo se debe intervenir en la misma. El médico aborda la urgencia con la prisa, la intervención desde un saber a priori, brindando una respuesta inmediata a las manifestaciones del sufrimiento que situamos, desde la lógica del psicoanálisis, en el orden de la necesidad.

El analista tiene otra especificidad, apunta a la emergencia del sujeto que no está dado a priori, considera que el sujeto es el efecto del lenguaje. Esto lo enfrenta con otro cuerpo, el cuerpo erógeno.

Por otro lado también proponen lo que podría pensarse como una complementariedad, ya que la urgencia es abordada en el hospital en forma

interdisciplinaria. En estos artículos se trabaja en torno al tema de la medicación. Los autores muestran cómo estas lógicas diferentes, la del médico y la del analista se proponen acotar el goce por diferentes caminos.

El trabajo del médico termina allí donde prescribe el medicamento que permite adecuado para el síntoma que aparece. El del analista, recién comienza allí donde aparece la posibilidad de que surja el sujeto.

### *PSICOANALISTAS EN LAS URGENCIAS.*

El autor propone un recorrido por los diferentes discursos que se despliegan en la trama del hospital. Entre ellos nombra a: La Psiquiatría, La Biología Molecular, El psicoanálisis. Se pregunta cuál es la especificidad del psicoanálisis en relación a otros discursos. Dice que Lacan sostuvo que en la relación del paciente y el tratante, allí se halla una demanda de saber, donde se anuda el goce. Y es en esa orientación que el analista trabaja en la urgencia y ofrece un lugar para la crisis.

En el discurso de la ciencia aparece un sujeto depurado, la medicina propone un “ cuerpo purificado”. En ese sentido el analista en la urgencia tiene un lugar privilegiado para recibir al excluido del discurso científico. Esto es recibir al goce, lo excluido. ( Dreyzin, p. 65: 67).

### *PERSPECTIVA: LA FREUDIANA.*

El autor realiza un recorrido por distintos textos de Freud. Se propone conceptualizar el lugar del analista, cuando aborda la urgencia.

Las conclusiones que propone son:

Que la formación médica pone el acento en la mirada, mientras que el psicoanálisis se centra en los procesos inconscientes.

En el psicoanálisis la acción se orienta en el sentido del sujeto, el cuerpo anatómico esta perdido cuando el sujeto habla.

El autor extrae de su recorrido por los textos de Freud dos coordenadas para el trabajo del analista en la urgencia:

Freud en Los Caminos de la Terapia Analítica destaca que el analista no debe sujetarse a una técnica rígida. Su posición será abierta y no dogmática. El autor destaca que Freud en ese texto dice:

1. El tratamiento será gratis.
2. Adaptar las técnicas a nuevas condiciones:
  - a) Buscar la expresión más sencilla de nuestras teorías.
  - b) Los pobres estarán menos dispuestos a renunciar a su neurosis pues la vida no les ofrece atractivo y la enfermedad les confiere un derecho a más asistencia social.
  - c) Unir a la ayuda psíquica una ayuda material.
  - d) Mezclar el oro puro del psicoanálisis con el cobre de la sugestión directa.

El autor culmina su propuesta destacando que Freud dice que el aporte más importante y los elementos más eficaces serán, mas allá de las modificaciones, los que parten del psicoanálisis riguroso y libre de toda tendencia. ( Lifchitz, p. 69: 72 )

#### *ACERCA DEL LUGAR DE LOS PSICOFÁRMACOS EN LA URGENCIA.*

La autora destaca que en los últimos cincuenta años la psiquiatría apunta a la corrección del síntoma a partir del psicofármaco. Sin embargo, resalta que el psicoanálisis da a los psicofármacos un lugar distinto en la dirección de la cura. Dice que la indicación de psicofármacos apuntará a la reducción de goce para restituir al paciente a su condición de sujeto al permitirle nuevamente la

expresión por medio de la palabra. Sitúa distintos niveles de acción del psicofármaco: el real que tiene que ver con lo químico, es decir “ la acción específica del psicofármaco” que constituye una influencia directa sobre el goce del cuerpo. En el nivel simbólico y el imaginario la autora sitúa a “ la acción inespecífica del psicofármaco”. Por esta entiende a todos los efectos que se pueden producir por la acción imaginaria o por la acción significativa de un fármaco. Por ejemplo, las expectativas del paciente y la familia, las experiencias previas con la medicación, etc.

La autora culmina resaltando que es muy importante la comunicación entre el psicoanalista y el medico que prescribe la medicación, para que la misma pueda ocupar un lugar en la dirección de la cura. ( Ibaner, p.73: 75 ).

#### *CLORPROMAZINA. MARCA REGISTRADA PARA EL SUJETO*

La autora trabaja en el artículo sobre las diferencias que presenta el lugar del analista con respecto al del psiquiatra en las urgencias. Concretamente en relación al acto de medicar y su relación con el surgimiento de la demanda en la urgencia. Para que aparezca la demanda debe estar representado el sujeto, para lo cual, es necesario acotar el goce. El psicofármaco interviene en ese sentido acallando al órgano y devolviéndolo al cuerpo. Es en este silencio dónde la palabra puede hacerse oír.

Para la psiquiatría los signos semiológicos dan cuenta del sufrimiento. Para el psicoanálisis la urgencia del sujeto sólo puede ser sancionada a posteriori, ya que mientras acontece el sujeto esta velado. ( Kuperman, p.77 : 79).



#### *PARTE IV. LA CLÍNICA.*

En este apartado que se titula la Clínica, los autores profundizan acerca del lugar del analista en el trabajo con la urgencia. El analista es el que realiza una maniobra para que emerja el sujeto. La misma consiste según estos autores, en ocupar el lugar del Otro al que el paciente pone en un lugar del que tiene la respuesta a su pregunta. El analista va a devolver esa pregunta del sujeto en forma invertida, para permitir que los significantes circulen. Este trabajo los autores lo sitúan dentro de lo que sería el tiempo de las entrevistas preliminares. No toda urgencia deviene un análisis. Producir un analizante en la urgencia es una apuesta para el analista.

#### *TRANSFERENCIA EN LA URGENCIA.*

La autora de este artículo se pregunta, cómo poner en palabras aquello que se presenta, al decir de Freud, como Agieren: sin posibilidad de poner palabras sino por medio de actos.

Propone dos ejes para poder pensar el significante en la urgencia: transferencia e inconsciente.

La idea es devolverle al sujeto su propio mensaje en el momento en que esté en condiciones de escucharlo. Para ello el medio que el analista utiliza es el significante de la transferencia. Es al Otro al que el paciente transfiere la posición de la respuesta. Respuesta a aquello que de su sufrimiento deviene pregunta ¿Qué me pasa?, ¿Por qué me pasa? ¿Usted sabe por qué me pasa esto?.

Dice la autora: el punto común que liga al sujeto que demanda y al analista es el deseo. El trabajo del analista será cercar el deseo oculto en la

demanda, por medio de construcciones que permitirán al sujeto descubrirlo por sí mismo, a partir de la reinserción de los significantes en la cadena.

En el fin de la urgencia, se ven perfilarse aquellos significantes que, irán marcando las posibles maneras de su goce fantasmático, a construir en el transcurso de la dirección de la cura, realizada en otro espacio.

El analista en la urgencia, debe realizar una maniobra en el momento en que la precipitación significativa llegue, aunque ésta la mayoría de las veces no devenga tratamiento. Es en una frase presentada por el sujeto a modo de significantes que el tratamiento de la urgencia presenta su fin. ( Wolodarski, p. 109: 113)

### *COMUNICACIÓN, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y ENTREVISTAS PRELIMINARES.*

En este artículo la autora escribe sobre las entrevistas preliminares. Parte de la propuesta de Freud en La Iniciación al Tratamiento. En este texto él propone, tomarse un tiempo para conocer el caso y ver si es apto para el psicoanálisis. La autora se pregunta cómo articular esta propuesta de Freud con el tratamiento de la urgencia.

En su intento por responder a esta pregunta sitúa tres ideas:

1. Entrevistas con pausa.
2. Forzamiento a la palabra.
3. Tensión.

Estas tres ideas se articulan en la función del analista. La pregunta de la autora es ¿ Qué pretende en estas entrevistas preliminares el analista? ¿Producir un analizante?.

La posición del analista no es escuchar meramente por escuchar, sino que en estas entrevistas el analista pretende algo. Él, fuerza a la palabra para que se produzca algún significante. En la urgencia, no se pretende lograr ahí un analizante, sino la producción del significante de la urgencia. Por ello el tercer

punto es la tensión, porque esta tarea es un trabajo arduo y tenso.  
(Lichtensztain, C. p. 115: 119)

*PROYECTO DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN Y ASISTENCIA DE  
LA URGENCIA DEL SERVICIO DE PSICOPATOLOGÍA DEL HOSPITAL  
INTERZONAL DE AGUDOS Dr. GREGORIO ARÁOZ ALFARO DE LANÚS.*

El proyecto de este grupo es producto de un trabajo de investigación realizado por el equipo que asiste urgencias en este hospital.

Este grupo de profesionales entiende a la clínica de la urgencia como:

Una clínica que se ocupa de cómo hacer frente a las consecuencias de un momento significativo de la vida de una persona, situación crítica que se presenta con fenómenos de desesperación, angustia o agitación donde el sujeto se ve desbordado en su cuerpo y en su pensamiento.

La tarea es conducida en todo momento sin soslayar la dimensión del sujeto.

El comienzo se marca desde un pedido, y desde él mediante la oferta de escucha el analista intenta crear demanda. De ésta manera se genera un espacio para el despliegue discursivo de estos fenómenos desarticulados.

La crisis no es sofocada sino interrogada: ¿ Quién habla? ¿ De dónde habla?. En esos momentos dónde no se articula la palabra por el hablar, en esos silencios, hay que construir la cadena significante en la que ha habido una ruptura.

Más allá del pedido, el analista se pone en contacto con esa fractura.

Los autores señalan que, a veces, en las entrevistas se encuentra que un paciente es traído a la consulta, ocupando la posición de objeto. Allí es

necesario que emerja el sujeto, que el goce sea acotado. Siempre hay que centrarse en el caso por caso, en la particularidad del deseo inconsciente. (Centro de Orientación de Psicopatología de la Prov. De Bs. As, p. 121: 123).

*TÍTULO: Psicopatología de la Urgencia*  
*AUTOR: Comité Organizador de las Iras. Jornadas de*  
*Psicopatología de la Urgencia. Hospital Juan a. Fernandez.*  
*EDITORIAL: Surge Ediciones. (Noviembre, 1994)*

### *SÍNTESIS*

La urgencia conduce según los autores del libro, a tener que escuchar más allá de los enunciados de un sujeto y a tratar de dilucidar cual es su implicación en lo que dice.

Se trata de la lectura que el analista pueda hacer del texto del paciente en sus dichos, para así hacer surgir al sujeto y a su decir. Subrayo esto en tanto el sujeto no está de entrada; puede ser una hipótesis del analista que ahí donde alguien habla hay un sujeto; pero, que ese que habla se implique en sus dichos y se reconozca como efectos de esos significantes, es un trabajo y es algo a conseguir. Está en relación a la entrada en análisis, que va a producirse a partir del acto del analista quien procura la implicación subjetiva y logra entonces, hacer surgir al sujeto en la experiencia ( Salomón, p. 27)

El médico en la urgencia concibe que hay cosas que hacer, intentando restablecer al paciente a un estado previo, a cada síntoma se le da una respuesta. En cambio el analista se confronta con cosas por decir con el orden de lo *no dicho*, intentado reintroducir la dimensión de la causa, “de la urgencia que ejerce el Otro sobre el sujeto a su emergencia” (Salomón, p.47)

Por lo tanto la urgencia se caracteriza, como momentos de crisis en la vida de un sujeto, quien al no poder dar cuenta de su sufrimiento, queda impulsado a actos desesperados articulados en silencios, llantos, gritos, momentos donde no se articula el hablar y donde deja al sujeto en un estado de indefensión.

Será entonces la demanda la forma en el que el sujeto se vinculará con el Otro. Y la posibilidad para el sujeto de que la necesidad se transforme en demanda, es decir que se produzca un llamado al Otro, sólo es posible por la vía del lenguaje (Salomón, p. 48)

En la urgencia el sujeto se enfrenta con el Otro al que se le supone un saber, es decir otro completado con el sujeto supuesto saber, de esta manera realiza el analista una oferta, para luego poder calcular dónde se ha producido la ruptura de la cadena significativa e intentar que el sujeto vuelva a internarse en ella.

Se trata de acompañar al Sujeto a soportar lo imposible poniendo palabras en aquello que permanece innombrado, ignorado ¿qué es lo ignorado? Lo que esté en lo real, en exceso, que no ha sido limitado, mediado por el cerco, por el marco significativo. (Lemos, Russo, p. 67)

En la urgencia, se intenta abrir un paréntesis para introducir el tiempo de comprender, un tiempo que permita en el sujeto un decir, una pregunta. Si la pregunta se sostiene estamos en un comienzo de análisis.

Desde este lugar en la urgencia el analista abre la dimensión de otra escena, donde lo que se intenta es el desciframiento de la demanda más allá de lo aparente de su pedido. Armar un dispositivo donde ya no se juega la

fijeza de un real que compromete al cuerpo en un goce no mensurable, (prestándose como el retorno de ese trozo real excluido del significante), sino que se inicia el deslizamiento de significantes intercambiables.

La articulación significante apunta siempre a ello, a acotar el goce, a reducir su campo, a recubrir ese borde. Mantenemos como hipótesis que en la medida en que algo de la angustia, del sujeto, de la palabra surgen, el momento de la urgencia comienza a desaparecer; algo del goce ha cedido para dar lugar al sujeto.  
(Lemos, Russo, p. 70)

En el tiempo de la urgencia se intenta apuntar a que, allí donde se presenta un paciente, pueda más allá de su pedido, interrogarse y que el punto mismo de su interrogación marque una entre un antes y un después. Lo que el analista intenta es posibilitar un espacio de escucha a esa queja para que pueda interrogarse acerca de ella y a través de esa pregunta puntualizar un síntoma, formalizar una demanda.

*TÍTULO: Revista Psicoanálisis y el Hospital Nro. 13. La Urgencia.*

*AUTOR: Mario Pujó (compilador)*

*EDITORIAL: Ediciones del seminario. (Junio, 1988)*

## *LA CLÍNICA DE LA URGENCIA.*

### *DISPOSITIVO DE ATENCIÓN EN CRISIS EN EL HOSPITAL GENERAL*

La autora escribe a partir de su experiencia clínica en el hospital. Presenta a la urgencia como un pedido de alguien que se encuentra en un momento crítico. La definición de crisis que propone, resalta el hecho de que alguien se desanuda de sus lazos sociales, queda fuera del discurso.

La diferencia de una crisis en la guardia del hospital, y otra que se produce en el transcurso de un tratamiento, es que en esta última están presentes los lazos transferenciales.

La autora se pregunta ¿Qué distintos pedidos se pueden ir diferenciando a partir de una crisis?.

La tarea del analista es, partiendo de su deseo de analista, apuntar a la articulación de una demanda, implicar al sujeto en lo que le pasa, establecer condiciones para que la palabra funcione. Que eso, un grito o un silencio dirigido al anonimato se transforme en un pedido a alguien determinado. (Aronson, p. 8: 13)

#### Comentario:

En este artículo la autora no especifica cuál es la diferencia de pedido y demanda, que es una de las preguntas que consideramos importante para este trabajo de investigación.

## *ALGUNAS NOTAS SOBRE LA PRÁCTICA EN LA URGENCIA.*

La autora de este artículo propone una pregunta: ¿ Hay una supuesta especificidad clínica en la urgencia o se trata de un lugar inherente a la práctica psicoanalítica y su lógica?.

Sitúa las distintas manifestaciones de la urgencia: consultas a límite de la desesperación, bruscas crisis de violencia, anonadamiento, aparición repentina de alucinación o delirio histérico, intentos de suicidio, etc.

Estas manifestaciones desde la perspectiva psicoanalítica parecen mostrar que hay otro cuerpo y que necesita de Otro para ser descifrado.

Ante la afirmación médica de “ no tiene nada”, el analista rescata la posibilidad de “ tiene algo que decir”. Esto, apoya la idea de que la urgencia es el lugar y el momento propicio para el diálogo que inaugure el análisis.

La autora presenta dos ideas, que son argumentos a favor de una especificidad de la clínica en la urgencia:

1. En la urgencia hay una ruptura con la dimensión de la palabra, lo insoportable se manifiesta sin mediaciones.
2. La propuesta de articular los conceptos de demanda y goce para pensar la urgencia.

El analista al ofertar su escucha, posibilita el marco signifiante para pasar del acto al dicho y constituir una demanda. La demanda logra despegar al sujeto del goce. ( Rubinovich, p. 14: 16)

## *LA EMERGENCIA DE LA URGENCIA.*

La autora del artículo plantea algunos interrogantes cómo ¿ Se podría cambiar el término clínica de la urgencia por el de momento de urgencia?. ¿ Es dable encontrar a la urgencia sólo en la presentación de un paciente, o

avanzando en la dirección de la cura es esperable que se manifieste? ¿ El analista puede intervenir del mismo modo en una u otra forma de aparición?

Define a la urgencia retomando las ideas de Freud en Proyecto de una psicología para neurólogos. Dice que podría pensarse a la urgencia como una tendencia a la descarga que requiere de una acción específica.

También propone pensarla desde el paradigma del trauma psíquico. En la urgencia no hay angustia señal, aquello que debiera permanecer velado pierde sus envolturas produciéndose el encuentro con el objeto, lo traumático. Es así como un goce no interdicto arrasa la dimensión subjetiva.

Esto puede ocurrir tanto en la presentación de un paciente, como también cuando avanza en la dirección de la cura. Desde ya que el lugar del analista no será el mismo en una que en la otra. (Szyniak, p. 37: 39)

Comentario:

La autora de este artículo continúa en la línea de trabajo del artículo anterior. Nos parece importante resaltar que el problema de la especificidad de la clínica de la urgencia no está resuelto.

### *LA VERDAD NO DETERMINA LA URGENCIA.*

Dice el autor que no hay una correspondencia unívoca, como en el símbolo, entre un hecho como podría ser la urgencia y un significado de ese hecho que se establece como la verdad. Si la urgencia se pudiera comparar al descontrol de un fenómeno meteorológico, habría que decir que hay un “eso” a lo que no se le puede hablar, si hablar supone alguna referencia a la verdad. Porque en el momento de la urgencia está alterada la significación.

Propone que la urgencia es un fenómeno donde sí sería posible dialogar. Entendiendo por ello una instancia dónde la verdad queda al margen del compromiso subjetivo. Pone como ejemplo el diálogo acerca del fenómeno

meteorológico que se establece con otro. Allí no hay encuentro con la verdad que toque al sujeto.

El analista en la urgencia sólo puede señalar algo, a posteriori.

Así el autor define a la urgencia cómo la pérdida en relación a la verdad.  
(Paola, p. 29: 31)

### *INTERVENCIONES SOBRE LA URGENCIA.*

El autor señala que las urgencias tienen en común, un pedido basado en la prisa dónde lo que apremia no es un malestar sintomático.

Su hipótesis es que en las situaciones signadas por la urgencia hay una falla en el encuentro con el Otro.

Propone la posición del analista como alguien ante el cual se pueda hablar, que se ofrece como semejante, al mismo tiempo que ofrece un lugar para la palabra.

Si en un tratamiento se trata de dejarse tomar como objeto, semblante del discurso del paciente, en la urgencia se tratará de hacerse tomar como objeto, como semejante que además aloja la palabra.

La función de deseo de analista, en tanto función, indica que lo que opera del lado del analista tiene sus efectos del lado del paciente. El deseo de palabra (significante). No es deseo de ningún objeto, pues una palabra remite a otra y no hay ninguna palabra que pueda nombrar el ser del sujeto.

El autor propone que en la urgencia, lo que no está del lado del sujeto (deseo, pedido, llamado), lo tiene que poner el analista. (Martello, p. 40: 42)

Comentario:

La lectura de este artículo nos promueve a pensar en la implicancia que tiene la propuesta del autor: “que el analista sea el Otro semejante de la palabra”. Nos preguntamos si implica que el analista en la urgencia puede encontrarse en un lugar diferente al del Sujeto Supuesto Saber.

### *LA GUARDIA.*

En estos artículos distintos autores intentan caracterizar cuál es la función del analista en la guardia de un Hospital. Ésta se presenta como el contexto desde el cuál se aborda el concepto de urgencia. Las propuestas no son respuestas cerradas, se abren muchos interrogantes en torno a la función del analista en la guardia y a la clínica de la urgencia.

Algunos autores proponen que el analista en la urgencia ocupa el mismo lugar que fuera de ella. Otros proponen que en la urgencia el analista es un semejante que contiene al paciente apuntando a la emergencia del sujeto, cosa que no es siempre posible. Sin embargo podemos pensar que esto también ocurre en el consultorio privado.

Es necesario también resaltar que en la guardia de un hospital aparecen los entrecruzamientos con las variables institucionales. Ésta, nace como un dispositivo médico, está impregnada de la lógica de ese modelo. Los autores apuntan a diferenciar al analista desde su función. Éste opera desde un concepto de sujeto que es diferente del que sostiene la medicina, por lo tanto, también es diferente su propuesta de intervención en la urgencia. Muchas veces el analista es llamado a actuar allí dónde el saber médico se presenta impotente. Otras es el mismo analista el que se siente impotente ante la irrupción de lo real que se presenta en la urgencia.

*DEL INSTANTE DE LA URGENCIA A LA EMERGENCIA DE UNA  
CONCLUSIÓN.*

El autor se propone trabajar sobre un caso que atendió en la guardia del hospital. Se trata de Luis un paciente que llega de la guardia externa del hospital a la guardia de Salud Mental completamente sedado. Al despertar comienza el cuadro de una agitación psicomotriz que aumenta a lo largo del día. El paciente se encontraba orientado en tiempo y espacio, pero su pensamiento presentaba interceptaciones en el curso. Se limitaba a pronunciar tan sólo algunos monosílabos y palabras inconexas, en medio de los cuales profería gritos e insultos a su padre. Más tarde comienza a decir de sus alucinaciones cenestésicas “siento que me arrancan pedazos del cuerpo”. Se indican medicamentos que no producen demasiado efecto. Como el cuadro no cedía hubo que contener al paciente.

El autor hace referencia a los estados afectivos que esto le provocó: dudas, miedo y finalmente angustia.

Se pregunta que lógica analítica encontrarle a este tipo de intervención.

Su respuesta es que no deben ser tomadas como fin, que su sentido es el de ser un medio para que el paciente pueda hablar. (Mítolo, p. 55: 59)

*EL TRABAJO DEL PSICOANALISTA EN LA GUARDIA  
HOSPITALARIA*

La autora propone que el sujeto de la urgencia se presenta con un pedido desesperado, o también llega como resto, cuando su voz no puede articular una demanda.

El analista debe ante esto, anteponer la pausa a la prisa, y cambiar el algo por hacer a algo por decir. La brújula de la clínica de la urgencia es por un lado, el cuerpo como sede muda del goce, y por otro lado la palabra en la medida que articula la demanda.

A la demanda el analista no la satisface, la reenvía al Otro. Esta posición de abstinencia hará que sea el que habla el que articule la verdad sin saber que lo hace.

Cuando alguien enuncia su urgencia, dice más de lo que sabe que dice y esto sólo cobra envergadura cuando hay alguien allí para poder escucharlo.

Pareciera que esta autora a diferencia de lo que propone Daniel Paola hace referencia a la posibilidad de articular una verdad en la urgencia, y que esto está en relación con la demanda, es decir con la posibilidad del analista de instalar la demanda. ( Marrello, p. 60: 65)

*GUARDIA EN UN HOSPITAL GENERAL UNA FICCIÓN.*

La autora se pregunta por la figura del analista en guardia o de guardia: ¿ a qué es convocado?. A veces, las personas vienen al hospital demandando ser escuchados en su pena, en su dolor o en su queja. A veces, es el médico el que pide que el analista haga algo, allí donde él no sabe cómo responder.

El analista en la guardia, escucha múltiples demandas que tiene que poder deslindar: ¿ Quién demanda?, el paciente, el médico, la familia, la institución.

El analista no parte de presupuestos, duda, y tiene que resolver si responde a la demanda y de qué manera lo hace.

Como propuesta la autora enuncia que, el analista debe buscar las determinaciones que ubican al sujeto en su padecer. Confrontar al sujeto con la responsabilidad de dar cuenta de eso que dice, que llora o que actúa.

El analista al no dar nada por sobreentendido introduce la categoría del no todo, de la pérdida. ( Capelán, Gómez Pérez, p. 66: 69)

### *LOS GRITOS Y EL SILENCIO*

Las autoras de este artículo proponen una serie de interrogantes en torno a las situaciones de urgencia en la guardia de un hospital.

¿ Qué situaciones se presentan en la guardia? ¿ Qué es estar de guardia?  
¿Qué es una urgencia? ¿ Quién demanda en la urgencia? ¿ Quién sanciona?  
¿Cuáles son los límites con los que se encuentra el analista en la urgencia?.

Las autoras dejan abiertas estas preguntas.

Definen a la urgencia tomando la concepción freudiana de *desvalimiento inicial del ser humano*. Sostienen que en la urgencia se trata de una irrupción pulsional que produce un borramiento subjetivo, un cuerpo salido de su homeostasis, que cae. ( Jalife, Zurro, p. 75: 77)

*ALGUNAS CONSIDERACIONES EN TORNO A UNA EXPERIENCIA  
DE GUARDIA.*

La autora a partir de su experiencia de trabajo como analista en la guardia de un hospital se pregunta: ¿Cuál es la función del psicólogo en una guardia? ¿Cuál es la relación existente entre éste y la institución en que ésta práctica tiene lugar?

La guardia como dispositivo médico frente a la urgencia, tiene la función de asistir, diagnosticar e indicar una terapéutica posible frente al malestar físico del paciente. La presencia del psicólogo en la guardia invita a habilitar un espacio para que la palabra tenga un lugar. Esto implica escuchar más allá del quehacer médico. Acompañar y sostener el despliegue del malestar, contener lo emergente, inaugurar otros tiempos y prioridades, son algunas de las funciones del psicólogo en la guardia. Dependerá de su lugar en la institución la posibilidad de cada uno de ejercerlas. (Buratti, p. 78: 81)

*UN CASO DE GUARDIA: LA LÓGICA DE LA URGENCIA.*

En este artículo se hace referencia al lugar del analista en la guardia de un hospital psiquiátrico.

Propone el autor que el lugar del analista es uno, tanto en la guardia como fuera de ella: es el lugar de objeto *a*. Citando a Nasio, el autor dice:

“ El deseo de analista es un lugar, lugar de extrema tensión libidinal, del vínculo analítico, o del goce, o del objeto *a*.”(Nasio, 1992.p.3).

Lo importante del analista es que en la intervención ocupe ese lugar. No lo que dice sino desde dónde lo dice.

Para terminar con esta idea el autor cita a Lacan en el seminario XV *El acto psicoanalítico*:

“ El psicoanalista se define en ese nivel de la producción por lo siguiente: ser esa clase de sujeto que puede abordar las consecuencias del discurso de una forma tan pura, como para poder aislar el plano en sus relaciones con el que, por su acto, instaura la tarea, y durante todo el sostén de esa tarea, no ver más allá que sus relaciones, que son las que yo designo cuando manejo toda esa álgebra: el S, el (*a*), incluso el (A) y el I de (*a*), el que es capaz de sostenerse en ese nivel, es decir no ver más que el punto dónde está el sujeto en esa tarea...” (Moscovich, p. 86: 88)

## URGENCIA Y SUBJETIVIDAD

### URGENCIA Y DEMANDA: REFLEXIÓN EN TRES TIEMPOS

En este artículo Mario Pujó presenta en torno a la urgencia, la tesis de que la urgencia es una modalidad subjetiva propicia a la demanda de análisis.

Esta tesis la fundamenta recorriendo los historiales clínicos que publicó Freud.

Dora es conducida a la consulta, cuando el equilibrio del cuadrángulo amoroso del que participa se descompensa y es presa de lo que Lacan denominó alguna vez *pequeño síndrome de persecución*; es decir la convicción de que su padre quiere prostituirla entregándola a un hombre mayor a cambio de mantener relaciones con la mujer de aquél.

El Hombre de las Ratas llega a Freud en pleno *transe obsesivo*, afligido por el incoercible impulso a pagar una deuda imposible de pagar, porque entre otras cosas, ya estaba paga.

El análisis de Juanito se inicia cuando la turgencia de su pene real, reclama una metáfora, que solo logra compensarse gracias a esa fobia a los caballos.

El Hombre de los lobos, atraviesa Europa y llega a Viena en un estado francamente deplorable, imposibilitado a realizar las actividades más elementales, debe incluso ser asistido para vestirse.

La evolución psicótica de Schreber, a quién Freud nunca trató, se halla jalonada por una sucesión de estados de urgencia, como la que motiva su internación, cuando, llamado a ocupar la función paterna como presidente de la Corte de Apelación, se enfrenta con la falta que introduce la forclusión del Significante del Nombre del Padre.

Finalmente, la joven homosexual, es llevada a Freud cuando el encuentro con la mirada encolerizada del padre, a la que se identifica, destruye la escena montada y la precipita a una tentativa de suicidio.

Cada una de estas situaciones representa una urgencia caracterizada por un quiebre en el discurso, por la ruptura de la escena que sostiene al sujeto en su mundo. El sujeto ante esto recurre a alguna de las figuras de Otro del saber.

La propuesta del autor es que el analista encuentra, en determinadas circunstancias, cierta facilitación para encarnarlo. Con esto se refiere a que el paciente muestra una primera orientación transferencial.

Concluye el autor en que el análisis iniciado en una situación de urgencia constituye la regla, y no la excepción. ( Pujó, p. 110: 113)

## LA URGENCIA... ANALÍTICA

El autor en este artículo se propone trabajar en torno a una serie de confusiones en la relación demanda y deseo. Para despejar estas cuestiones comienza a exponer que Lacan concluye en una comunidad del médico y el psicoanalista. Ambos tienen que responder a una demanda de saber. Se plantea entonces el problema del modo de respuesta a dicha demanda.

El autor refiere, retomando a Lacan, que el paciente tiene que llegar a dar forma a una verdadera demanda de análisis antes de que *se la acueste*. Es decir antes de que el analista responda con una oferta de análisis.

Suponer que escuchar es ofrecer análisis, implica que se va a responder con esa oferta, a demandas que no son de análisis.

En cuanto al deseo, es algo que resulta de la variación de las modulaciones de la demanda, es decir de la implicación subjetiva en juego en la enunciación.

Operar con la demanda no tiene más secretos que el descompletamiento que implica toda referencia a la enunciación. No hay que confundir las rectificaciones subjetivas (que resultan de las vueltas de la demanda), con el sujeto que en el acto funda y que es el que da lugar a esa verdadera demanda de análisis que Lacan refiere. (Sauval, p. 119: 123)

### Comentario:

La propuesta inicial del autor de clarificar la relación entre demanda y deseo en este artículo, se cumple sólo parcialmente. Lo que implica no confundir las rectificaciones subjetivas con la verdadera demanda es una cuestión que el artículo deja sin resolver.

*TÍTULO: Obras Completas Volumen I. La Histeria. Historiales Clínicos. Catalina. 1895.*

*AUTOR: Freud, S.*

*EDITORIAL: Biblioteca Nueva Madrid. Trad. López Ballesteros y De Torres.*

En 189... ,Freud se encuentra de vacaciones. Decide emprender una excursión por la montaña. En ella se le acerca una joven. El motivo que la atrae es que sabe que Freud es médico y ella *necesita de su ayuda, porque esta enferma de los nervios.*

Freud presenta a Catalina como una joven de 17 o 18 años, que un momento antes había servido su almuerzo con marcado mal humor. Especifica que no aparentaba ser la empleada sino pariente de la dueña de la posada. Le pregunta como sabe que él es médico. Ella le responde que lo ve escrito en el registro de visitantes. Luego de lo cuál, Freud le dice: “ Bien, dígame usted: ¿Qué es lo que siente?”. Catalina comienza hablando de sus síntomas: le cuesta trabajo respirar, sensación de ahogo, peso en los párpados y zumbido en la cabeza. Freud indaga acerca del momento en que esto le ocurre. Ella dice que son ataques repentinos. Freud le sigue preguntando acerca de lo que siente: ¿siente algo en la garganta? ¿Siente miedo?. Ella responde afirmativamente y sigue con la descripción. Hasta aquí Freud comenta que lo que padece la muchacha es un ataque de angustia *ataques de histeria con la angustia como contenido.*

Hasta aquí, tenemos la presentación del caso y la primer aproximación diagnóstica que va a guiar las intervenciones de Freud.

Freud pregunta a Catalina si piensa en algo particular cuando le ocurren esos ataques. Catalina le responde que ve una cara borrosa que la mira con ojos terribles. Al preguntar por esa cara no obtiene asociaciones, así que Freud le pregunta cuando fue la primera vez que sintió esto.

En este punto Freud dice: “Era pues necesario emprender un análisis en toda regla. No atreviéndome a trasplantar la hipnosis a aquellas alturas, pense que quizás fuera posible, llevar a cabo el análisis en un dialogo corriente”. Y agrega, “se trataba de adivinar con acierto”. (p. 74)

Freud sabe por su experiencia que, en lo que respecta a la angustia en mujeres jóvenes se trata la mayoría de las veces, de la consecuencia del *horror que acomete a un espíritu virginal*. Y guiado por esta idea realiza la siguiente intervención:

Puesto que usted no lo sabe, voy a decirle de donde yo creo que provienen sus ataques. Hace dos años, poco antes de comenzar a padecerlos, debió usted ver u oír algo que la avergonzó mucho, algo que prefería usted no haber visto. (p. 74)

Catalina luego de esta intervención relata las relaciones extra-matrimoniales de su tío, que ella había presenciado en ocasiones. Su relato comienza con la siguiente frase: *A un medico se le puede decir todo*.

Al relatar los hechos que va recordando, dice que en ese momento ella no comprendía la connotación sexual que tenían. Pero se da cuenta, que los síntomas aparecían después de esas escenas de su tío con su prima.

Una vez, sorprende a su tío en la habitación con esta prima teniendo un encuentro amoroso. Catalina cuenta que posteriormente estuvo con vómitos por tres días. La intervención de Freud es la siguiente: “el que tres días después usted tuviera vómitos me hace suponer que al ver lo que pasaba en la habitación sintió usted asco”(p. 75)

Catalina relata dos series de recuerdos: una asociada a la situación en que ella notó que ocurría algo entre su tío y su prima. La otra serie de recuerdos, la comprometían a ella misma perseguida por el tío para obtener satisfacción sexual. Ambas series, eran para ella carentes de un significado en ese momento. Freud en este punto observa: “ Durante el relato se ha ido experimentando una curiosa transformación. En su rostro, antes entristecido y doliente, se pinta ahora una expresión llena de vida. Sus ojos han recobrado el brillo juvenil y se muestra animada y alegre”. (p. 74)

Freud a partir del relato llega a una comprensión del caso:

Lo que había repugnado a la sujeto no había sido la vista de la pareja sino un recuerdo que la misma despertó en ella, recuerdo que no podía ser sino el de aquella escena nocturna en la que *sintió el cuerpo de su tío junto al suyo.* ( p. 77)

En este momento Freud, realiza la siguiente intervención: “ Ya sé lo que pensó usted cuando vio a su prima y a su tío, seguramente pensó *ahora hacer con ella lo que quiso hacer conmigo aquella noche.* Esto fue lo que le dio a usted asco ...” ( p. 77)

Freud comenta en la Epicrisis del caso: “ La enferma acepto como verosímil todo lo que yo interpolé en su relato, pero no se hallaba en estado de reconocer haberlo vivido realmente. Para ello hubiera sido necesaria a mi juicio la hipnosis.” ( p. 78)

Podemos pensar, que este caso, aporta a nuestro tema de investigación varias cuestiones. Primero el encuentro donde Catalina pide al medico que la escuche y cree que él por el solo hecho de ser medico la puede ayudar. Este encuentro resulta análogo a lo que algunos autores plantean como el encuentro de un sujeto que esta en una situación de urgencia con un analista.

Segundo, el tipo de intervenciones de Freud, donde podemos pensar que la sugestión ocupa un papel importante, siempre al servicio de que Catalina produzca asociaciones que conduzcan a un análisis de sus síntomas. Sus intervenciones lo colocan en el lugar del Sujeto Supuesto Saber, y al no ser posible la influencia a partir de la hipnosis, esta se produce por lo que Freud denomina como *adivinar con acierto*.

Freud prescinde de la hipnosis, y enuncia que va a emprender el análisis partiendo de un diálogo común. Este diálogo lo podríamos pensar como el de un sujeto que plantea una pregunta dirigida al lugar del analista, suponiéndole el saber. Y, un analista que utiliza este artificio, para facilitar el relato de los recuerdos y que en determinados momentos se dispone a brindar un saber: *Yo sé lo que usted pensó, yo sé lo que usted debió haber sentido*.

Por último cabe preguntarse por el trabajo subjetivo que se produce en Catalina, en el sentido de su implicación con respecto a lo vivido. Ella, ajena a la significación sexual de sus recuerdos, acepta lo que le dice Freud, pero en palabras de éste: *no se hallaba en estado de reconocer haberlo vivido realmente*. Sin embargo Freud nota en su expresión un cambio: alguien que muy malhumorado en un principio se muestra alegre. ¿A que podemos atribuir ese cambio? ¿Se debe a hacer consciente lo inconsciente o a un efecto de catarsis por la acción de la palabra?



*TÍTULO: Obras Completas. Volumen I. Ensayos sobre la Vida Sexual y la Teoría de las Neurosis. Sobre la psicogénesis de un Caso de Homosexualidad Femenina.*

*AUTOR: Freud, S.*

*EDITORIAL: Biblioteca Nueva Madrid. Trad. López Ballesteros y De Torres. (1948)*

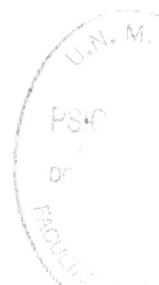
Freud expone el caso de una joven de 18 años, bonita, inteligente y de elevada posición social, que ha despertado el disgusto y la preocupación de sus padres, por el cariño con el que persigue a una señora de la “buena sociedad”, diez años mayor que ella. Dicha señora, mantiene relaciones íntimas con otra mujer, con la que convive.

La pasión de la muchacha por esta mujer, impide que ella preste atención a las prohibiciones de sus padres, y ha devorado todos sus otros intereses: el intelectual, el trato social, las distracciones, etc.

Dos aspectos de su conducta despiertan la contrariedad de sus padres, la imprudencia con la que se muestra públicamente y la tenacidad con la que recurre a toda clase de engaños para encubrir sus encuentros.

Un día sucede que el padre, se encontró con su hija y esta señora que estaban dando un paseo tomadas de la mano. Al cruzarlas, les dirigió una mirada colérica que no presagiaba nada bueno. Momentos después se separaba la muchacha de su amiga para arrojarle al foso por donde circulaba el tranvía.

La muchacha, pagó esa tentativa de suicidio con largos días en cama, aunque afortunadamente, no se produjeron lesiones permanentes.



Aproximadamente medio año después de este suceso, acudieron los padres al médico, encargándole que reintegrara a su hija a la normalidad.

Aquí Freud se propone analizar por separado las posiciones respectivas del padre y de la madre con respecto a la conducta de la muchacha.

Para el Padre la homosexualidad de su hija integraba algo que provocaba en él la máxima indignación. Estaba decidido a combatirla con todos los medios.

La madre no tenía una postura tan clara, y no reprobaba este comportamiento sino por la publicidad que había adquirido últimamente.

Freud dice que: “ El médico que había de tomar a su cargo el tratamiento psicoanalítico de la muchacha tropezaba con varias dificultades”.

Entre las dificultades menciona que, no hallaba constituida la situación exigida por el análisis, única en la que se puede desarrollar su plena eficacia.

Esta situación sería, en términos de Freud: “ Cuando un individuo, dependiente sólo de su propia voluntad, se ve aquejado por un conflicto interno, al que no puede poner término por sí solo, y acude al psicoanalítico, en demanda de ayuda.” ( p. 1017)

Freud dice que en este caso el médico trabaja de acuerdo con una de las partes de la personalidad patológicamente disociada, en contra de la parte contraria. Una situación que difiera de ésta, siempre es desfavorable para el análisis.

Otros factores desfavorables que integra el caso son:

1. Que la muchacha no era una enferma (no sufría por motivos internos, ni se lamentaba de su estado).
2. La labor planteada no consistía en resolver un conflicto neurótico, sino en transformar una de las variantes de la organización sexual genital en otra distinta.
3. La homosexualidad, si se pone en tratamiento es casi siempre por motivos externos, es decir por las desventajas y peligros sociales de la elección de objeto. Estos componentes se muestran débiles en la lucha contra las tendencias sexuales.

Dice Freud: “ Cuando la demanda de curación aparece motivada por el deseo de ahorrar un dolor a los padres o familiares del sujeto, el caso presenta ya una raíz más favorable” (p. 1018)

Sin embargo concluye en que las tendencias libidinales hacia los familiares, tampoco suelen bastar como tendencias contrarias a la elección homosexual de objeto.

Es por esas razones que Freud evita dar a los padres de la muchacha una esperanza de curación. Comprometiéndose sólo a estudiar el caso por unas semanas, hasta poder pronunciarse sobre las probabilidades positivas de la aplicación del psicoanálisis.

Freud divide al análisis en dos fases : La primera en la cuál el médico se procura un conocimiento del paciente. Expone las hipótesis y los postulados de análisis y da a conocer sus deducciones sobre la génesis de la enfermedad.

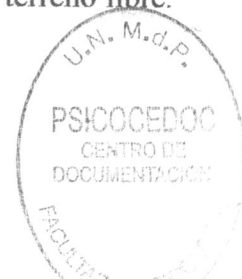
En la segunda fase, se apodera el paciente mismo de la materia que el analítico le ha ofrecido, colabora con ella y recuerda parte de lo reprimido.

Compara estas fases con los preparativos de un viaje. La primera consiste en preparar todo lo necesario, pero no se avanza ni un kilómetro sino hasta que se está en la segunda fase.

El tratamiento de esta muchacha no prosperó más allá de la primera fase.

Cuando Freud habla de los motivos internos de la enfermedad, destaca que la muchacha, no manifestaba la necesidad de ser librada de su homosexualidad. Sólo apoyaba la tentativa terapéutica a causa de sus padres, pues no quería causarles pena.

Freud describe que la muchacha expresa por primera vez sus inclinaciones homosexuales, cuando su madre queda embarazada en el momento en que ella era comandada por el deseo inconsciente de tener un hijo (del padre). La muchacha era tratada por su madre, aún joven, como una competidora. Con su elección homosexual de objeto satisface a la vez sus tendencias hostiles contra el padre (deseo de venganza) y elimina el motivo de desfavor que se presenta en la relación con su madre dejándole el terreno libre.



Así, la muchacha, evidenciaba haber tomado una posición masculina, eligiendo un objeto de amor femenino.

Freud dice que el análisis transcurre casi sin indicios de resistencia, pero también sin despertar emoción alguna. Ante las interpretaciones la muchacha se limitaba a decir: *¡Que interesante es eso!*, como si se tratara de una obra de arte en un museo, sentía lo que Freud le decía como algo ajeno e incapaz entonces de modificarla.

Freud atribuye la reserva de la muchacha para con él, al factor afectivo de su deseo de venganza contra el padre. Es por ello que decide interrumpir el tratamiento. Recomendando que, si se decide por continuar, debía acudir a una doctora.

*TÍTULO: Obras Completas. La Histeria. Psicoterapia de la Histeria 1895.*

*AUTOR: Freud, S.*

*EDITORIAL: Biblioteca Nueva Madrid. Trad. López Ballesteros y De Torres. (1948)*

Freud presenta el método del que se vale para el análisis de la histeria:

Los distintos síntomas histéricos desaparecen inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador y con él el afecto concomitante y describía el paciente, con el mayor detalle posible, dicho proceso, dando expresión verbal al afecto

Freud expone que, al intentar aplicar a una amplia serie de pacientes el método iniciado por Breuer encuentra dificultades:

1. No todas las personas resultaban hipnotizables.
2. No se accedía a las causas de la histeria ni a lo que la diferenciaba de otras neurosis.

Dice Freud: “ El método catártico no actúa sobre las condiciones causales de la histeria y por lo tanto no puede evitar que surjan nuevos síntomas en el lugar de los suprimidos” (p. 108).

Sin embargo el método catártico es caracterizado por Freud como un importante progreso respecto de la hipnosis. Freud abandona la hipnosis

guiándose por la conducta que había observado en Bernheim. Cuando un paciente se mostraba con voluntad contraria a la hipnosis, Freud los apremiaba asegurándoles que no podían menos que saberlo, hasta que emergían las ocurrencias. Así es como por el esfuerzo que observa en el paciente al intentar recordar, elabora los conceptos de resistencia como una fuerza al servicio del mantenimiento de la represión.

El objetivo de la terapia se convierte así, en vencer las resistencias del enfermo, y para ello utiliza la presión sobre la frente del enfermo que Freud denomina *apremio* y que define como: “El empleo de una coherción psíquica que oriente la atención del enfermo hacia las huellas de las representaciones buscadas” (p. 112)

Sin embargo Freud también dice que la labor del médico toma en su auxilio *otras fuerzas psíquicas*. Más adelante, menciona los factores intelectuales y afectivos, que permiten que el enfermo colabore con el médico en esta labor muy lenta que representa vencer las resistencias. Sobre todo le da importancia al factor afectivo que se basa en *la autoridad personal del médico*.

*TÍTULO: Obras Completas. Volumen 12. Nuevos Consejos sobre la técnica del psicoanálisis II. Recordar, Repetir, Reelaborar. 1914.*

*AUTOR: Freud, S.*

*EDITORIAL: Amorrortu. Buenos Aires. (1998)*

Nos interesa puntuar en este artículo, la introducción que realiza Freud acerca de las modificaciones que ha sufrido la técnica del psicoanálisis desde sus comienzos.

Dice Freud, “ Al principio en la fase de catarsis breueriana, se enfocó directamente el momento de la formación del síntoma” (p. 149). El objetivo en ese momento era reproducir los procesos psíquicos de aquella situación y guiarlos a la conciencia. Recordar y abreaccionar eran en ese tiempo las metas que se procuraba alcanzar con el auxilio del estado hipnótico.

Después de abandonar la hipnosis, dice Freud, pasó a promover plano la tarea de colegir desde las ocurrencias libres del analizado, aquello que él denegaba recordar, se pretendía sortear la resistencia mediante el trabajo interpretativo y la comunicación de sus resultados al enfermo. “ La abreacción era relegada y parecía sustituida por el gasto de trabajo, que el analizado tenía que prestar al vencer, como le era prescripto (por obediencia a la regla psicoanalítica fundamental), la crítica a sus ocurrencias.” (p. 149).

Por último describe Freud a la técnica que se utiliza hoy:

El médico renuncia a enfocar un momento o un problema determinados, se conforma con estudiar la superficie psíquica que el analizado presenta cada vez y se vale del arte interpretativo, en lo esencial, para discernir las resistencias que se recortan en el enfermo y

hacérselas conscientes. (p. 150) Freud expresa que dominadas las resistencias el paciente narra con toda facilidad situaciones y nexos olvidados.

*TÍTULO: Obras Completas. Volumen 12. Nuevos Consejos sobre la Técnica del Psicoanálisis I. Sobre la Iniciación del Tratamiento. 1913.*

*AUTOR: Freud, S.*

*EDITORIAL: Amorrortu. Buenos Aires. (1998)*

En este trabajo Freud presenta algunas reglas sobre la iniciación de la cura. Primero hace referencia a un criterio de selección de los pacientes que expone en: *Sobre Psicoterapia, 1905*. Debido a ello, Freud enuncia que ha tomado la costumbre de aceptar un paciente primero sólo en forma provisional, por una semana o dos. En ese tiempo se trata de realizar un sondeo a fin de tomar conocimiento del caso y decidir si es apto para el psicoanálisis. Durante ese ensayo, refiere Freud: *es el comienzo del psicoanálisis y debe obedecer a sus reglas*. Agrega que quizás se lo pueda separar de éste (se refiere al psicoanálisis) por el hecho de que uno puede hacer hablar al paciente y no le comunica más esclarecimientos que los indispensables para que prosiga su relato.

La iniciación del tratamiento como un período de prueba de algunas semanas tiene además, dice Freud, una motivación diagnóstica.

Luego enuncia las situaciones que no son recomendables:

1. Prolongadas entrevistas previas antes de comenzar el tratamiento

2. Hacerlo preceder por otra terapia.
3. Un conocimiento anterior entre el médico y la persona a analizar.

Freud destaca que el médico debe tener la oportunidad de observar desde el inicio, el crecer y el devenir de la transferencia.

Freud advierte que no se debe confundir el psicoanálisis con un tratamiento sugestivo. Así, no se debe atribuir un elevado valor a la *expectativa del paciente con respecto al tratamiento*. Porque la confianza o desconfianza que pueda tener el paciente con respecto al psicoanálisis *apenas cuenta frente a las resistencias internas que mantienen anclada la neurosis*.

Luego de esto Freud desarrolla dos puntos importantes para el comienzo de a cura analítica: las estipulaciones sobre el tiempo y el dinero.

Luego plantea el comienzo del tratamiento diciendo que, no interesa para nada con que material se empiece (la biografía, el historial clínico o los recuerdos de la infancia) con tal que se deje al paciente mismo hacer su relato y escoger su punto de partida.

Lo único que se exceptúa, es la regla fundamental de la técnica psicoanalítica que el paciente tiene que observar: *Diga, pues todo lo que se le pase por la mente*.

Luego Freud ejemplifica las iniciaciones del tratamiento que requieren un trabajo sobre la transferencia. Dice que sólo se debe tocar el tema de la transferencia, cuando obstaculiza las ocurrencias del enfermo mientras las comunicaciones y ocurrencias del enfermo afluyan sin detención, no hay que tocar el tema de la transferencia.

Luego toma el tema del momento de hacer las comunicaciones al analizado, es decir revelar el significado secreto de sus ocurrencias. Dice Freud: “ No antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa, un rapport en la regla. La primera meta del tratamiento sigue siendo allegarlo a éste a la persona del médico” (p. 138)

Dice Freud que para que esto ocurra no hace falta más que tiempo. Si el médico testimonia al paciente un serio interés y pone cuidado en eliminar las resistencias que afloran al comienzo, entonces: “ El paciente por sí sólo produce

este allegamiento y enhebra al médico en una de las imagos de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor.” (p. 139).

Para que esto ocurra, dice Freud el médico debe situarse en un punto de vista que sea del orden de la empatía. Con ello se refiere a no juzgar lo que dice el paciente con un punto de vista moralizante, o mandatario de una parte interesada del conflicto.

En este momento del artículo Freud hace hincapié en la prudencia que hay que tener respecto de las comunicaciones que se hacen al analizado en un primer momento:

A un analista ejercitado no le resultara difícil escuchar nítidamente audibles los deseos retenidos de un enfermo ya en sus quejas y en su informe sobre la enfermedad; ¡ Pero que grado de autocomplacencia y de irreflexión hace falta para revelar a un extraño no familiarizado con las premisas analíticas que él siente apego incestuosos por la madre ...” ( p. 142)

Esta actitud, resalta Freud, no hará más que despertar intensas resistencias en el enfermo. El paciente sufre acerca de su no saber. Pero el médico no ha de comunicar este saber ni bien lo advierte. Freud enuncia que en los principios de la técnica psicoanalítica, apenas se distinguía entre el saber del enfermo sobre lo olvidado y el saber del médico. El médico trataba de obtener información sobre el trauma de otras personas allegadas al enfermo. Pero al comunicárselo, éste se comportaba como si no supiera más que antes.

Freud da el ejemplo de una paciente histérica que había olvidado una vivencia homosexual que su madre vio y relato a Freud. Así todas las veces que Freud le repetía el relato de su madre, la enferma experimentaba un ataque histérico. Según Freud, no cabría duda de que la enferma exteriorizaba una violentísima resistencia a un saber que le era impuesto.

Dice Freud, que el saber consciente es totalmente impotente frente a las resistencias. “ Los enfermos saben sobre la vivencia reprimida en su pensar, pero a este último le falta la conexión con aquel lugar donde se halla de algún modo el recuerdo reprimido”(p. 144).

Cuando Freud habla del juego de fuerzas que se ponen en marcha en el tratamiento dice: “ El motor más directo de la terapia es el padecer del paciente y el deseo, que ahí se engendra, de sanar” (p. 144).

Ese monto pulsional es insuficiente por sí solo, porque no conoce el paciente los caminos que debe recorrer y no dispone de la energía para vencer las resistencias. Es la terapia la que soluciona esos déficits.

La magnitud de afecto que se necesita para vencer las resistencias, la suple movilizando las energías aprontadas para la transferencia. Y mediante comunicaciones oportunas muestra al enfermo los caminos por los que debe guiar esas energías. El tratamiento se diferencia de un tratamiento sugestivo y es psicoanálisis, sólo si la transferencia se utiliza para vencer las resistencias.

*TÍTULO: Obras Completas. Volumen 16. Conferencias de Introducción al psicoanálisis. Parte III. 1916 – 1917.*

*AUTOR: Freud, S.*

*EDITORIAL: Amorrortu. Buenos Aires. (1984).*

Freud presenta a la doctrina de la neurosis diciendo: *es el psicoanálisis mismo*. El punto que nos interesa destacar de este trabajo de Freud, es el desarrollo que hace acerca del lugar del yo en la neurosis. *El yo muestra un interés por la génesis y persistencia de la neurosis.*

Freud dice que el síntoma es sustentado por el yo, porque ofrece en una de sus vertientes la satisfacción de una tendencia yoica represora. La tramitación del conflicto en forma de síntoma, coincide con el principio del placer y ahorra al yo un gran trabajo interior sentido como penoso. Por lo tanto dice Freud: *Sí, pudo decirse, que el neurótico en todos los casos se refugia en la enfermedad.*

Freud dice que se adviene que la neurosis depara al yo una cierta ganancia de la enfermedad. Que en muchas situaciones de la vida la ganancia se asocia a una ventaja exterior palpable. Presenta un ejemplo: una mujer tratada con brutalidad y explotada despiadadamente por su marido halla con bastante regularidad, una salida en la neurosis cuando sus disposiciones (constitucionales) se lo permiten.

Dice Freud que si esta mujer por una circunstancia particular, moral o sexual no tiene fuerza bastante para divorciarse del marido, entonces, su enfermedad pasa a ser una arma de lucha contra el marido, arma que puede usar para su defensa. *Tiene permiso para quejarse de su enfermedad, mientras que no lo tiene para lamentarse de su matrimonio.*

Esto no quiere decir que el yo crea la neurosis, sino que él “se aviene a la neurosis que no puede impedir y saca de ella el mejor partido” (p. 347). Si la ganancia de la enfermedad externa es muy cuantiosa, se desconfiará de la posibilidad de influir en ella mediante la terapia.

Freud advierte que hay dos tipos de ganancia, una primaria que tiene que ver con la resolución de un conflicto intrapsíquico, Es decir que es intrínseca al síntoma. La otra, secundaria que se apoya en las circunstancias externas, sociales que trae aparejadas la enfermedad. Cuando ésta permanece largo tiempo al final, se comporta como un ser autónomo y se crea “una especie de modus vivendi entre ellas y otras secciones de la vida anímica” (p. 349).

Freud advierte como estas ganancias de la enfermedad apoyan a la resistencia: “ Si ustedes, en calidad de médicos tratan con neuróticos, pronto dejarán de pensar que los que más se quejan y lamentan de su enfermedad serían los mas dispuestos a aceptar un remedio”(p. 350).

*TÍTULO: Obras Completas. Volumen 16. Conferencias de Introducción al Psicoanálisis. Parte III. 1916 – 1917.*

*AUTOR: Freud, S.*

*EDITORIAL: Amorrortu. Buenos Aires. (1984).*

En esta conferencia Freud desarrolla el tema de los caminos por los que opera la terapia analítica. Uno de sus fines más importantes es *hacer consciente lo inconsciente*. Respecto al cómo, Freud dice que: “Antaño, creíamos que era muy simple, nos bastaba con colegir eso inconsciente y se lo comunicábamos. Pero ahora sabemos que eso era un error por estrechez de miras” (p. 392).

Se refiere a que el saber del inconsciente que poseía el analista no equivalía al saber del paciente. Por ello cuando el analista le comunicaba su saber, el paciente no lo acogía en el lugar de su inconsciente, sino en la conciencia y es muy poco lo que cambiaba.

La dirección fue luego cancelar la represión, para consumir la sustitución de lo inconsciente por lo consciente. Esto se produce después de eliminar las resistencias.

La pregunta que ensaya Freud en este trabajo es: ¿Con qué fuerzas pulsionales trabajamos en un caso así?. Ante esta pregunta responde: en primer lugar con la espiración 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.

Luego Freud presenta a la transferencia como *el interés particular que desarrolla el paciente por la persona del médico*. Freud dice que este vínculo con la persona del médico que puede ser tierno u hostil y que se repite de manera regular en cada caso. Dice Freud: *La transferencia puede presentarse como un tormentoso reclamo de amor*. También puede presentarse en forma de transferencia hostil, negativa que luego se muda en resistencia.



En cuanto a cómo actuar frente a la transferencia dice:

Queda excluido ceder a las demandas del paciente derivadas de su transferencia, y sería absurdo rechazarlas inamistosamente o con indignación; superamos la transferencia cuando le 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. (p. 397).

Así la transferencia (tierna u hostil), que parecía una amenaza para la cura se convierte en el mejor instrumento de ella.

Freud dice que el psicoanálisis al abandonar la hipnosis, redescubre la sugestión en la forma de transferencia. La sugestionabilidad no es más que la inclinación a la transferencia concebida de forma demasiado estrecha. En la época de la hipnosis no se podía decir qué era ni cómo se producía, ahora podemos advertir que proviene de la sexualidad, de la actividad de la libido.

*TÍTULO: Obras Completas. Volumen 16. Conferencias de introducción al Psicoanálisis. Parte III. 1916 – 1917. Conferencia 28. La Terapia Analítica.*

*AUTOR: Freud, S.*

*EDITORIAL: Amorrortu. Buenos Aires. (1984).*

Freud aborda el tema de la terapia analítica. Expresa que en ella, el terapeuta no se sirve de la sugestión directa. La sugestión directa es dirigida contra la exteriorización de los síntomas, *una lucha entre la autoridad del médico y los motivos de la enfermedad*. Al practicarla, el médico no hace caso de los motivos de la enfermedad, sólo exige que el enfermo sofoque la exteriorización de los síntomas. La hipnosis misma es el resultado de una sugestión: es un estado sugerido.

Freud se propone comentar dos cuestiones con respecto a este tema:

1. Las experiencias.
2. Reflexiones teóricas.

En cuanto al primer punto, se remonta a 1889, cuando fue alumno de Bernheim en Nancy. Allí Freud practicó el tratamiento hipnótico, primero con sugestión prohibidora y luego combinándolo con el método de Breuer de exploración del paciente. Dice Freud que este procedimiento, aunque rápido y de poco esfuerzo para el enfermo y el médico, no resultó confiable. No se podía aplicar en todos los pacientes y además, la dolencia reaparecía al poco tiempo. Concluye Freud en que renunciando a la sugestión directa no se abandona nada indispensable.

En cuanto al segundo punto Freud dice: “ La terapia hipnótica busca encubrir y tapar algo en la vida anímica, la analítica sacar a la luz y remover algo” (p. 410)

Con esto se refiere a que la terapia hipnótica deja intactos los procesos que llevaron a la formación de síntomas y la analítica busca llegar a los conflictos que les dan origen. La terapia analítica se sirve de la sugestión para modificar el desenlace de estos conflictos. La terapia hipnótica deja al paciente inactivo e inmodificado, sin capacidad de resistir a una nueva enfermedad. En cambio, la analítica impone el médico y al enfermo un difícil trabajo que es preciso realizar para cancelar las unas resistencias internas. Mediante la superación de éstas la vida anímica del enfermo se modifica duraderamente.

La diferencia en el poder de la sugestión es que en la terapia analítica se trabaja sobre la transferencia misma.

*TÍTULO: Urgencia y Sugestión. Revista Psicoanálisis y el Hospital n°8.*

*AUTOR:: Alfredo Cosimi.*

*EDITORIAL: Ediciones del Seminario. (1996)*

El autor en este artículo se ocupa, de la intervención del analista en la urgencia, específicamente de las intervenciones sugestivas, diferenciando la sugestión que reprime, de la que es propiamente analítica y que favorece el levantamiento de la represión.

*Sugestión represiva y sugestión psicoanalítica.*

Para presentarlas realiza el autor un recorrido por la obra de Freud.

Considera primero el historial de Elizabeth von R. En el tratamiento de esta paciente Freud realiza maniobras sugestivas que funcionan como motor del análisis, por ejemplo la continuación de los masajes en sus piernas. Otras funcionan como obstáculos, como la conversación con su madre en un intento de funcionar como un amigo de la paciente.

La sugestión, ese convencimiento obtenido a través de un vínculo erótico es presentada en la Conferencia 28, bajo dos modos de cura de la neurosis: la cura hipnótica y el psicoanálisis. La sugestión hipnótica busca reprimir los síntomas, la sugestión psicoanalítica (transferencia) busca los procesos que originaron los síntomas.

*Cobre sugestivo en el hospital.*

Freud en 1919 cuando intenta conjeturar el futuro de la terapia analítica, escribe una famosa frase en la que dice que será menester implementar el cobre sugestivo con el oro puro del psicoanálisis, en el trabajo de los analistas en instituciones públicas. Sin embargo el autor del artículo llama la atención en

cuanto a que Freud dice a continuación que lo más valioso de esta terapia engrosada por la sugestión, es lo que ella tome del psicoanálisis riguroso.

*Riesgos de la sugestión en la guardia.*

Lo que le interesa al autor es resaltar como puede entenderse esa autorización de Freud a utilizar ese plus de sugestión en el trabajo del psicoanalista en el hospital y cuáles son los riesgos que esa técnica implica.

La opinión del autor es que en el hospital, sobre todo en las urgencias de las guardias hospitalarias, se aumenta el riesgo de las intervenciones sugestivas represivas.

*Crisis en la cura y crisis en la urgencia.*

Las crisis en la guardia presentan, en la mayoría de las ocasiones, una diferencia importante para el manejo técnico de las mismas. Mientras que en las crisis que ocurren dentro de la cura psicoanalítica, el analista poseerá una saber en reserva sobre el analizante, saber que resulta valioso para la maniobra en la situación crítica; esto no ocurre en la mayoría de las crisis atendidas en las guardias hospitalarias. El analista, ve al paciente por primera vez en condiciones críticas que le impiden toda comunicación.

*Las maniobras en las dos crisis.*

Tanto dentro o fuera de la cura analítica en las situaciones de crisis se le impone al analista el riesgo de utilizar el cobre sugestivo freudiano.

El analista en una situación de guardia podrá y deberá:

1. Explicar
2. Tranquilizar
3. Prohibir
4. Indicar

## 5. Consolar

El autor propone que estas conductas sean pensadas:

“... A modo de escansiones que aspiran, mínimamente, en la mayoría de los casos, solo a establecer un diálogo, es decir permitir el despliegue de algunos significantes de sujeto, lo cual, a su vez, puede permitir calcular alguna intervención” (Cosimi, p. 3)

*Mecanismo de sugestión represiva: el abuso transferencial.*

El peligro del abuso sugestivo fue discutido por Freud en varios lugares de su obra, uno de ellos fue la Conferencia 28. Observa allí que uno de los peligros de la terapia analítica es la manipulación de la transferencia, la cuál es un instrumento poderoso en manos de un médico inescrupuloso.

*Límites y poderes del abuso transferencial o sugestión represiva.*

En otros párrafos de dicha conferencia evalúa el peso de la sugestión durante la cura. En un punto de la conferencia la sugestión aparece aumentada en su poder de influenciar la enfermedad neurótica. Freud señala que puede haber éxitos sugestivos en un psicoanálisis. En principio reclama al analista una técnica cuidadosa para evitarlos. Pero si pese a ese cuidado se observan que se han producido estos éxitos demasiado prematuros se debe evaluar a los mismos como “obstáculos a la cura psicoanalítica. Aconseja entonces destruirlos resolviendo de continuo la transferencia en que se basan.

*Obstáculos del analista en la guardia para evaluar su intervención.*

El autor expone que la actividad del analista en la guardia hospitalaria aumenta los riesgos del abuso sugestivo como obstáculo de la cura. Esto porque en un tratamiento, el analista cuenta con un saber en reserva acerca del sujeto y

gustar

puede calcular el lugar transferencial desde donde opera. No obstante comete errores sugestivos.

En la guardia, el desconocimiento de estos indicadores clínicos, como sucede en las urgencias hospitalarias, aumentará las posibilidades de sugestión represiva. A ceguera del lugar transferencial es otro de los puntos de la terapia hipnótica que señala Freud en la conferencia 28.

*¿Psicoterapia de crisis o analista en la guardia?*

El autor reflexiona exponiendo acerca de la intervención del analista en la guardia. El lugar de intervención para el analista, es totalmente legítimo por su formación, precisamente porque es el analista el que está especialmente capacitado, al conocer tanto los alcances como los efectos negativos de la sugestión.

La intervención del analista en estos casos, tendrá como método crear la situación que permita desplegar al sujeto del inconsciente, a fin de que las intervenciones posteriores a la crisis, se calculen a partir del decir del sujeto y no desde sus propios ideales y valores.

*Galbo*

*TÍTULO: Urgencias Psiquiátricas.*

*AUTOR: María Clara Areta.*

*Curso “ Actualizaciones en emergencia médica”. Dirigido a: Médicos del Servicio de Ambulancia, Médicos de Guardia y Terapia Intensiva (H.I.G.A.)  
22 de mayo de 1989.*

Para comenzar con el tema, la autora propone reflexionar sobre el significado de las palabras “ Urgencias Psiquiátricas”.

Emergencias en rigor no es sinónimo de urgencias.

Emergencia remite a “ aquello que emerge o surge, dicese de lo que sale a la superficie, ocurrencia, accidente que sobreviene”. En ingles *emergency* pasó a ser sinónimo de urgencia.

En castellano Urgencia: “ Calidad de urgente. Necesidad o falta apremiante de lo que es menester para algún negocio. Hablando de leyes o preceptos, actual obligación de cumplirlos”.

La primera pregunta que presenta la autora es: ¿ Qué emerge en la urgencia?. Una falta o una necesidad apremiante.

Partiendo de esta idea, continúa con los interrogantes:

- ¿ Qué es lo que falta o de qué hay necesidad apremiante?
- ¿ Qué cosa-objeto subsanaría es falta?
- ¿ Quién sufre la falta o necesidad apremiante?
- ¿ Quién está obligado a dar a otorgar ese objeto-en-falta?

Respecto del segundo término Psiquiátricas, la autora expone que es una especialidad de la medicina y que el médico posee un concepto de cuerpo sufriente muy particular. Para el médico el cuerpo aparece como una unidad biológica funcional que, está teñido de mucho mecanicismo. El síntoma es un fenómeno producido por la falla en el sistema biológico. El médico actúa con el objetivo de devolver la homeostasis a ese cuerpo.

Desde la postura del psicoanálisis el síntoma es demanda, la urgencia puede ser pensada como esa demanda que ahora no habla sino que grita para que otro pueda escucharla. La demanda se convierte en acto, en la urgencia se ven muchos de estos actos: intentos de suicidio, episodios de angustia, agresiones a los otros .

Escuchar la demanda convertida en llanto, grito o muerte en la urgencia es difícil. En la urgencia emerge el reclamo de la demanda.

La autora retoma ahora las preguntas: ¿ Que falta de qué hay necesidad apremiante?. Si lo que está en falta es la glucosa, el médico clínico sabrá que hacer para compensar al paciente. Pero ¿ qué falta cuando una mujer llora porque se peleó con su marido? ¿ Qué falta cuando un psicótico grita aterrorizado que lo persiguen? ¿ Qué falta cuando un familiar se desespera ante la muerte de un ser querido?. Los objetos reparadores de la medicina se desvanecen, en ocasiones los psicofármacos tampoco funcionan.

En este punto la autora realiza una aclaración con respecto al psicoanálisis, debida a que se suele decir que funciona negando el campo de lo real.

El psicoanálisis no es una praxis que sostenga que lo real no existe, por el contrario. No todo se soluciona con psiquiatría o psicoanálisis. No hay objeto más específico, más necesario que la glucosa para un episodio hipoglucémico. Y con esta cuestión la autora propone una definición de urgencia “psi”:  
“Situación crítica para la cual no aparecen objetos ni procedimientos médicos que resulten eficaces para que un sujeto deje de padecer”.

La segunda pregunta es: ¿ Qué objeto subsanaría esa falta?. No hay tal objeto, no solamente porque no existe para el paciente, ni el médico ni el analista lo tienen asegurados para sí. Todos somos sujetos de falta.

La última pregunta ¿ Quién está obligado a dar ese objeto-en-falta?.

La autora responde que difícilmente lo pueda ofrecer quién no lo tiene.

Entonces culmina el trabajo expresando que lo que se da es “ Uno mismo”. Uno se presta como objeto, sabiendo que no es el objeto real que el

paciente reclama. El psicoanalista da su presencia y su escucha. A veces teniendo que convertirse en testigo y acompañante del sufrimiento del otro. Esa presencia no consiste simplemente en ser acompañante terapéutico o asistente social

La función del analista en la crisis, crisis del sujeto con su mundo, debe apuntar a que el reclamo se vaya desarrollando, desarrollando para lograr que un reclamo del objeto en lo real sea convertido en una demanda de atención. La autora plantea que se puede decir que el analista respecto del paciente “lo escucha para que solicite que lo escuche” “ lo atiende para que le pida que lo atienda”. De esto se desprende que en la urgencia lo fundamental es la formación del recurso humano.

*facto*



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA  
.....

*FICHAJE*

*DEMANDA*

*TITULO: Como Trabaja un Psicoanalista*

*AUTOR : Nasio, Juan D.*

*EDITORIAL :Paidós. Buenos Aires. (1996).*

El autor en su libro propone demostrar, que los analistas trabajan de manera activa y que es erróneo creer que el analista sólo guarda silencio, dejando que el análisis se despliegue según la voluntad de la palabra.

Manifiesta que el analista dirige la cura, tiene fines, decepciones, expectativas y que para ello se vale de la técnica psicoanalítica. Pero aclara que, si el analista se queda capturado en la voluntad de dominarla, dejaremos de lado la esencia de esa técnica.

La esencia de la técnica analítica significa la creación, en el psicoanalista, de un estado particular de espera, por la realización de una experiencia singular: “la de saber percibir fuera de él mismo –percibir de manera inconsciente- el inconsciente en el análisis” (p.15).

Dirigir la cura significa ordenar el proceso del análisis en función de un fin, siendo el más inmediato el hacer surgir la secuencia de la transferencia. En el momento de la transferencia, el analista abandona la posición de conducir la cura, ocupando otro lugar: el lugar del objeto de transferencia.

Nasio propone despejar cuatro fases en el desarrollo temporal de una cura:

1. Fase de rectificación subjetiva: En esta fase se introduce al paciente en una primera localización de su posición en la realidad que él nos presenta. Esta fase tiene lugar en el curso de las primeras entrevistas, donde el analista realiza su primera intervención, otorgando un sentido a cada uno de sus sufrimientos. Conciernen a la relación que la persona que demanda consulta, tiene con sus síntomas, resituando al paciente de otro modo en relación con su sufrimiento. Subraya como importante distinguir el motivo de consulta de las demandas implícitas, presentes en el análisis, ya que éstas

*Nasio*

jamás están explicitadas y ellas van a variar en función del desarrollo, del despliegue de la cura.

2. Fase del comienzo: Esta fase la describe a través de dos actos psíquicos fundamentales: en primer lugar, el acto de aceptar analizar al paciente y segundo, el acto de enunciar la regla fundamental. Es a través de estos actos, que el analista transmite a su paciente, sin que éste perciba, su propia relación simbólica con el psicoanálisis. Este será el primer objeto inconsciente de transferencia, considerándolo esencial para el logro del cuadro transferencial o la sugestión. Este objeto interviene sin que el analizante y el analista lo perciban. (de ahí el término objeto inconsciente)

Esta es una fase donde domina la espera, es el tiempo donde aparece la demanda de amor al analista, en el sentido, que es el momento de una promesa abierta, dirigida al analista, en el sentido de palabra en espera.

Esta demanda de amor se mantendrá hasta el momento en que el analizante descubra que es un amor inadmisibile.

3. La tercera fase: Esta fase la considera como el momento de la transferencia, donde aquí la demanda de amor sufre una decepción, por el descubrimiento del carácter inadmisibile de la demanda. Es así, como se va a transformar en otra Demanda que la conceptualiza con "D" mayúscula, en tanto se caracteriza por la emergencia, por el retorno de lo reprimido de representaciones. Lo considera como un momento más próximo al corazón del yo, dónde aparece, ya no el amor de la demanda de amor, sino, un amor que hace daño. Esta fase la considera, cómo el momento más doloroso y pasional del análisis (esta fase es de la demanda más pura)

El autor refiere que Freud, cuando hablaba de resistencia decía: "Cuanto uno más se aproxima al núcleo patógeno, más fuerte es la resistencia." (p. 26) En tanto concibe al yo, como una instancia compuesta de múltiples imágenes, de identificaciones imaginarias, donde habita un centro, algo que no es el yo y es lo que sería el objeto de goce que yace en su corazón. Entonces la resistencia del yo es la que él mismo opone, para que no se produzca la apertura del objeto de goce que yace en su centro (objeto "a", la falta).

Por lo tanto, el analista en este momento transferencial:

abandona el lugar de tener que asumir el rol de dirigir la cura y se enfrenta con el hecho de estar en el lugar asignado por el paciente, que es el lugar de objeto en el corazón –núcleo del yo” (Nasio p. 27).

En este momento de la secuencia transferencial, el analista debe hacer silencio en sí, para hacer surgir al Otro y para conducir la cura.

El analizante en esta fase está confrontado con la falta en el ser y no sólo con la inaceptabilidad de la demanda de amor. Es decir que su ser es una falta; siendo un punto enigmático.

4. La última fase es la de la interpretación del momento transferencial. Refiere que en un momento fecundo del análisis se produce la institución de la *neurosis transferencial*, donde van a aparecer síntomas nuevos, propios de la relación analítica. Explica que nuevos síntomas ligados al terapeuta aparecerán en la relación, siendo el analista el objeto fantasmático subyacente a ellos. Se podrá decir que la pulsión va hacia el analista, gira alrededor de él y vuelve al punto de partida. Entonces la neurosis de transferencia sería el destino analítico de la pulsión.

Esto lo propone como un momento donde se utiliza la interpretación, para interpretar la resistencia y por consiguiente, el descubrimiento de la transferencia.

Subraya el autor que no todo el mundo es analizable y como criterio de analizabilidad propone que sólo es analizable quien es capaz de transferencia. Manifiesta que Freud al respecto dice: “Los procesos inconscientes sólo nos son cognoscibles, bajo las condiciones de las neurosis, es decir, en circunstancias en las cuales todos los procesos preconciosos han sido despreciados”. (p. 53)

Este criterio de analizabilidad permite distinguir el psicoanálisis de la psicoterapia, ya que la transferencia analítica se produce a condición que el analista encarne por sus actitudes, a través de lo que Lacan llama la “X” del analista y que la nombra como el *deseo del analista*, el lugar del objeto recubierto por el velo de un enigma, es decir que el analista vaya a ocupar el lugar de este falo imaginario que cubre al objeto de la pulsión.

De esta manera la pulsión abandona su fuente y se dirige hacia el analista como objeto. Es decir que el analista encarna la figura imaginaria del falo.

Si el analista llega a aproximarse lo más posible a ese objeto, automáticamente instituye, casi ignorándolo, sin buscarlo, la dimensión muy importante de un gran Otro interlocutor de los mensajes que el analizante le dirige. El analista instituirá como un gran Otro interlocutor hacia quien van a dirigirse las demandas, los mensajes del analizante. (p. 61)

### *LA CURACIÓN DEL ANALIZANTE*

En este apartado del libro, Nasio dice que la idea de curación, el preconcepto de curación encarado como eliminación del sufrimiento ligado a los síntomas, está en el corazón de la decisión del paciente de consultar a un analista. La demanda que formula el paciente al analista es la de ser desembarazado del sufrimiento.

Cita a Lacan (1974): “ la curación es una demanda que parte de la voz del sufriente, de alguien que sufre por su cuerpo o por su pensamiento”

La curación, dice Nasio, es ante todo una demanda de quién consulta. Pero esta demanda se alimenta de una imagen falsa de curación; ella se apoya sobre un malentendido completo, radical. Malentendido en el sentido de que para el analista la curación esta lejos de tener el valor de un ideal en sí. El analista está naturalmente llevado a reservar la respuesta a ésta demanda, es decir que no la ofrece. Sin embargo, aunque esté el malentendido, esta demanda de curación es un factor indispensable para el compromiso del proceso analítico.

Esta demanda de curación que es una mezcla de quejas y anhelos no siempre es formulada de modo explícito. Esta demanda ya está preñada de

transferencia. Ella es el *primun novens* del análisis. El solo hecho de que un consultante se encuentre frente al analista, constituye la prueba en acto de su anhelo y de su espera de ser curado. Como decía Freud en sus primeros textos de su *espera creyente*. El consultante demanda y haciendo eso él cree en el poder curativo y transformador que atribuye al procedimiento del análisis. Hay allí una primera apertura hacia eso, que se ha convenido en llamar el Sujeto Supuesto al Saber.

### *La rectificación subjetiva.*

En este apartado de su libro, Nasio continúa trabajando sobre esta primera fase en la dirección de la cura. Dice que el analista debe realizar un trabajo de desobstaculización de la demanda: *Lo que llamamos con Lacan, rectificación subjetiva.*

Se propone explicar que significa esta fórmula, la rectificación subjetiva, traduce la necesidad de modificar la relación del sufriente con la demanda.

Freud, si bien no empleó exactamente esas palabras, no dejó de tener intuición sobre su significación. Nasio toma una cita de Freud para ejemplificarlo:

A partir del momento en que los médicos reconocieron claramente la importancia del estado psíquico en la curación, les sobrevino la idea de no dejar librado al paciente al cuidado de decidir el grado de su disponibilidad psíquica, sino por el contrario, *arrancarle* deliberadamente, el estado psíquico favorable, gracias a medios apropiados. Con esta tentativa comienza el tratamiento psíquico moderno. (Nasio, J p. 210)

La fuerza de los términos freudianos *arrancar al paciente* es, según la opinión de Nasio, lo que Lacan entiende cómo la fórmula *rectificación subjetiva*.

Nasio retoma esa fórmula y explica que cuando el paciente desde la primera entrevista, expone su sufrimiento, lo hace de manera alusiva: “Me siento mal conmigo mismo”, “Estoy deprimido”, “Esto no marcha”, “Soy agresivo”, etc.

Depende de la manera de escucharlo del analista, del modo de intervenir y de plantearle las preguntas, que el paciente comience a entrever otro modo de manifestar su demanda de curación y se comprometa de otra forma con la transferencia por venir.

Por ello Nasio, insiste en la necesidad, desde la primera entrevista, de cernir el sufrimiento del paciente, sus lugares, su localización en el cuerpo. Por ejemplo que el paciente hable de cómo sufre, dónde llora, cómo lo hace. Se trata para el analista de hacer surgir otro tipo de queja que la inicial, que a menudo está más elaborada conscientemente.

El analista en las primeras entrevistas por sus intervenciones, tiene que introducirse de algún modo en la relación del sujeto con su demanda, para permitirle rectificar su posición subjetiva a la vista de su sufrimiento. Modificar el modo en que el paciente tiene de interpretar su sufrimiento, experimentarlo y vivirlo.

Hacer trabajar la demanda del sufriente, es decir, proceder a la rectificación de su posición subjetiva a la vista de su demanda, consiste en una puesta en palabras de los momentos y las experiencias en las cuales el sujeto es superado por su acto (p. 215)

Procediendo de este modo se produce un fenómeno: manifestaciones sintomáticas puntuales y bien delimitadas, entran dentro del campo del análisis a partir de las preguntas del analista. Así es que comienza a instaurarse una conexión de naturaleza transferencial. Una conexión, tipo transferencia entre los síntomas del paciente y el analista.



Nasio dice que la transferencia supone que el analista comience a inmiscuirse poco a poco en el sufrimiento del otro. El analista sólo puede hacerlo si entra en la escena, en el escenario, en los detalles, en las puntuaciones del discurso. Esto es lo que Lacan denomina *semblante*, es decir lo que desencadena, lo que abre, lo que modula el discurso del analista.

Así, a la demanda de curación planteada en el comienzo del análisis, van sucediéndose lenta y progresivamente, manifestaciones transferenciales.

Dice Nasio que, poco a poco, el paciente hace lugar al amor de transferencia, que al principio se traduce en una relación muy positiva, plena de cordialidad, dónde la relación con el analista es excelente. Y después llega el otro escalón que Nasio llama, la secuencia dolorosa de la transferencia.

Así concluye con el encadenamiento de las etapas en la dirección de la cura, a saber: demanda de curación, amor de transferencia, secuencia dolorosa de la transferencia.

*TITULO: El Grafo del Deseo. La Estructura del Lenguaje, Necesidad, Demanda y Deseo.*

*AUTOR: Alfredo Eldeisztein*

*EDITORIAL: Manantial. Buenos Aires. 1995.*

El autor propone la articulación entre lingüística y psicoanálisis. Tomando como texto de referencia: *Subversión del Sujeto y Dialéctica del Deseo en el Inconsciente Freudiano*. Se propone trabajar sobre dos afirmaciones de Lacan:

1. "El inconsciente está estructurado como un lenguaje" (p. 42)
2. "El inconsciente a partir de Freud es una cadena de significados que en alguna parte se repite e insiste para interferir en los cortes que le ofrece el discurso efectivo y la cogitación que él informa" (p. 42)

Lacan utiliza la lingüística moderna de Saussure o Jakobson. La estructura del lenguaje es una dicotomía fundamental entre código y mensaje, entre enunciado y enunciación y entre significado y significante. Si el inconsciente está estructurado como un lenguaje ¿Qué tipo de sujeto podemos concebirle?

El sujeto del inconsciente no es el mismo que el de la estructura del lenguaje. Lacan distingue el Je, el conmutador, del sujeto del inconsciente diciendo que el shifter designa el sujeto de la enunciación pero no lo significa, no nos dice qué es.

El sujeto del lenguaje no es el mismo que el sujeto del discurso y en la clínica el sujeto que nos importa es el del discurso, el sujeto localizado en el discurso particular.

Si el sujeto tiene una localización, esto es la discontinuidad. Todo aquello que de lo real sea corte es una oferta para la localización del sujeto.

Es un sujeto del *entre*, localizado en el intervalo. Para poder responder a su estructura trabaja la oposición que consiste en una tríada: necesidad, demanda, deseo.

Lacan propone que hay un efecto de desviación de las necesidades del hombre o causa de que el sujeto es un hablante. A consecuencia de la demanda, la necesidad se aliena. Producir una inversión es efecto estructural de toda demanda.

La noción de demanda implica que uno recibe su mensaje desde el lugar del Otro en forma invertida. Así la necesidad le viene al sujeto determinada por el Otro, lo que la desnaturaliza en forma absoluta. Por efecto de la presencia del significant, la demanda se refiere a otra cosa que las satisfacciones que reclama. La demanda del niño a la madre es pedido de presencia. El Otro cuenta con el privilegio de satisfacer las necesidades y con el poder de privarlas de lo único con lo que se satisfacen: la presencia.

Ese privilegio designa la forma radical del don (de lo que no tiene), lo que se llama "su amor". Con la demanda se produce esa función de levantamiento – alienación de lo que se da a nivel de la necesidad y la sustitución por una prueba de amor: esa prueba de amor será la presencia del Otro.

Lo que queda abolido por la demanda (que Lacan llama particularidad) reaparece en el campo del deseo (particularidad del sujeto). Se recupera lo que la demanda produce como pérdida en el campo de la necesidad porque se produce el retoño: que es el deseo.

Toda demanda es demanda de amor, más allá de lo que en contenido se pide. Además esta demanda es incondicionada: ningún hambre será límite al amor, y a su vez la posición del sujeto respecto del Otro es incondicional. El Otro de la demanda es un otro omnipotente, totalmente incondicionado respecto de la necesidad.

El deseo es el residuo que queda de la diferencia estructural entre necesidad y demanda. La necesidad menos la demanda deja un resto. Hay algo de la necesidad que no puede pasar a la demanda. Ese resto es lo que llamamos deseo. Las propiedades del deseo son particularidad y condición absoluta.

La particularidad se refiere a la diferencia de cada uno, a lo particular del sujeto. Condición absoluta se refiere a una condición suficiente y no relativa, es decir que no es relativo a la demanda. Para la

posición del sujeto, en tanto que sujeto deseante, el resto entre la necesidad y la demanda será un resto particular.

*TÍTULO: Introducción a la Lectura de Lacan. Parte III El Deseo- El Lenguaje- El Inconsciente. Punto 20: La Necesidad, El Deseo, La Demanda.*

*AUTOR: Joel Dor.*

*EDITORIAL: Gedisa (1986).*

El autor del artículo se propone partir de la concepción freudiana acerca de la primera vivencia de satisfacción, que es donde Freud identifica la esencia del deseo. En cuanto a la experiencia alimentaria, el proceso pulsional se manifiesta inicialmente en el niño por la aparición de un displacer provocado por el estado de tensión. El niño se encuentra en una situación de necesidad. Ante esto se le propone el objeto, sin que él lo busque y sin que tenga una representación psíquica de él. Éste proceso pulsional corresponde a la necesidad pura. La pulsión no tiene mediación psíquica, el placer es inmediato y está ligado a la reducción de la tensión que produjo la pulsión.

Después de la primera experiencia de satisfacción, la manifestación pulsional ya no puede aparecer como una necesidad pura sino que se transforma necesariamente en una necesidad ligada a una representación mnémica de satisfacción.

En un primer momento el niño ante el aumento de tensión va a tender a satisfacerse por medio de la alucinación, la huella mnésica que posee funciona como una representación anticipada de la satisfacción. Para Freud en *La Interpretación de los Sueños: el deseo nace de una nueva carga psíquica de una huella mnésica de satisfacción ligada a la identificación de una excitación pulsional.*

Ese movimiento en el cuál se inviste la imagen mnésica de la vivencia de satisfacción es lo que se denomina deseo, y éste es el camino más corto para su realización. Por ello la única realidad en la dimensión del deseo es la realidad psíquica, como tal, el deseo no tiene objeto en la realidad.

Los desarrollos lacanianos tienden a precisar la razón de esta ausencia de encarnación real del objeto de deseo. Según Lacan la dimensión del deseo aparece ligada a una falta que no puede ser satisfecha por ningún objeto real. El objeto pulsional solo puede ser entonces un objeto metonímico del objeto del deseo.

En los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis, Lacan señala que la pulsión debe ser diferenciada de la necesidad. Mientras que la necesidad es una función biológica ordenada, la noción freudiana de pulsión aparece sometida a la constancia del empuje. Existe una diferencia radical entre el objeto de la necesidad y el objeto de la pulsión. La pulsión que experimenta su objeto descubre que no es ese objeto el que la satisface.

Una de las conclusiones más destacables de Lacan en cuanto a la noción de deseo solo puede nacer en relación con el concepto de Otro. En la primera experiencia de satisfacción no hay ninguna intencionalidad por parte del niño. Pero sus manifestaciones toman inmediatamente sentido para el Otro. Esto es porque el niño está ubicado desde el comienzo en un universo de comunicación donde la intervención del otro constituye una respuesta a algo que previamente se ha considerado como una demanda. El otro que inscribe al niño en ese referente simbólico, se atribuye a sí mismo la catexia de ser otro privilegiado con respecto al niño: el ser el Otro.

La madre promovida por el niño a la categoría de Otro, lo somete al universo de sus propios significantes, al movilizarse a través del aporte del objeto alimentario, en una respuesta a lo que previamente interpretó como una supuesta demanda (manifestaciones corporales).

El niño queda inscrito en el universo del deseo del Otro, prisionero de los significantes del Otro. La madre interpreta la distensión orgánica y reacciona a ella con palabras y gestos, prolongándola, esto es lo que va a hacer gozar al niño más allá de la satisfacción de la necesidad. Así se le agrega a la satisfacción el “goce extra” (en plus) que agrega el amor de la madre. En este

momento el niño es capaz de desear por medio de una demanda dirigida al Otro.

La movilización significativa de las manifestaciones corporales del niño se convierte entonces en una verdadera demanda con respecto a la satisfacción esperada imperativamente. Con esta demanda se inicia la comunicación simbólica con el Otro.

La demanda, como expresión del deseo, es doble. Mas allá de la demanda de satisfacción de la necesidad se perfila la demanda de algo *extra*, que es ante todo demanda de amor. En general la demanda siempre está formulada y dirigida al prójimo. Aunque se refiere a un objeto de necesidad es fundamentalmente *inesencial*, porque se trata de una demanda de amor en la que el niño quiere ser el único objeto del deseo del Otro.

La mediación de la demanda confronta al niño con la pérdida. Porque ya no va a ser una vivencia dónde se le da al niño algo que lo hace gozar sin que él lo pida o lo espere, sin mediación psíquica como ocurre en la primera vivencia de satisfacción. El deseo surge para buscar este reencuentro con la primera experiencia de goce, pero a partir de la segunda experiencia el niño se ve obligado a formular una demanda para hacer escuchar su deseo, a intentar significar lo que desea. Ahora bien, la nominación introduce una inadecuación entre lo que se desea fundamentalmente y lo que la demanda deja escuchar. Esa inadecuación es lo que da la pauta de la imposibilidad del reencuentro del primer goce con el Otro.

A través de las demandas el deseo se estructura como deseo de un objeto imposible, este objeto imposible más allá de la necesidad, que la demanda se esfuerza en querer significar.

*TÍTULO: Seminario 3: Las Psicosis 1955- 1956*

*AUTOR: Lacan Jacques.*

*EDITORIAL: Paidós. Bs. As- Barcelona- México.*

*INTRODUCCIÓN A LA CUESTIÓN DE LAS PSICOSIS. PUNTO IV  
“VENGO DEL FIAMBRERO”*

*Parte 2:*

Lacan presenta un caso al que denomina *delirio de a dos*, porque se trata de dos personas y un único delirio. Madre e hija. Lacan dice que toda la vida íntima de estas pacientes se desarrolló fuera del elemento masculino, siempre hicieron de él un extraño con el que nunca se pusieron de acuerdo, el mundo para ellas era esencialmente femenino. Estas dos mujeres permanecieron estrechamente unidas en la existencia, no pudiendo separarse en el momento del casamiento de la joven. Las relaciones conyugales crean una dramática situación de la que huyen, debido a las amenazas del marido de la joven, el cuál, según los certificados médicos, quería, ni más ni menos, cortarla en rodajas.

Lacan se ocupa de la más joven, relata que la paciente en una presentación de enfermos le confía que un día, en el pasillo, en el momento que salía de su casa, tubo que vérselas con una especie de mal educado, hecho que no tenía por qué asombrarla, pues era ese malvado hombre casado que era el amante de su vecina, una mujer de vida fácil. Al pasar, él le había dicho una palabra grosera, que en un primer momento ella no quiere repetir. Pero confiesa que ella y también había dicho algo al pasar *vengo del fiambbrero*. Lacan interpreta que aquí hay una referencia al cochino, al puerco. Esto es lo que la paciente quería que el otro comprendiese. Lo que le interesa a Lacan es el ver

por qué la paciente en lugar de decirlo claramente habla por alusión. Se pregunta ¿ Por qué dijo fiambbrero y no cochino?

La paciente dice luego que lo que él le dijo fue la palabra *Marrana* .

Lacan se pregunta qué es marrana y si no es más bien su propio mensaje. Lacan dice que *marrana* ha sido escuchado realmente en lo real.

Lacan se pregunta quién habla en la alucinación. Y expone el siguiente desarrollo:

Cuando el Otro con mayúscula habla, no es pura y simplemente la realidad ante la cuál están, a saber el individuo que articula. El Otro está más allá de esa realidad. En la verdadera palabra el Otro es aquello ante lo cuál se hacen reconocer. Pero sólo pueden hacerlo si el Otro está de ante mano reconocido del cuál el sujeto va a recibir su propio mensaje en forma invertida.

— Lacan dice que en el caso de la paciente su propia palabra está en el otro que es ella misma, el otro con minúscula, su reflejo en su espejo, su semejante. Que la palabra se expresa en lo real quiere decir que se expresa en la marioneta. El otro en juego en esta situación no existe. Es la estructura misma de la alusión, se indica a sí misma en un más allá de lo que dice.

La persona que habla en tanto delirante, recibe sin duda de algún lado su propio mensaje en forma invertida, del otro con minúscula, y lo que ella dice concierne al mismo más allá de ella misma en tanto sujeto, del cuál sólo puede hablar por alusión.

Sólo hay dos maneras de hablar de ese S, ese sujeto que somos radicalmente; o bien dirigirse verdaderamente al Otro, con mayúscula, y recibir de él el mensaje que lo concierne a un en forma invertida; o bien indicar su dirección, su existencia bajo la forma de alusión. Si la paciente es una paranoica, el ciclo para ella entraña una exclusión del gran Otro. El circuito se cierra sobre los pequeños otros que son la marioneta que está frente a ella, que habla, y en la que resuena su mensaje, y ella misma que en tanto que yo, es siempre otro y habla por alusión.

Lacan resalta que ésto es lo importante: la paciente habla tan bien por alusión que no sabe que dice. Dice: *vengo del fiambbrero*, ahora ¿ Quién viene

del fiambbrero? Un cochino cortado en pedazos. Ella no sabe lo que dice pero de todos modos lo dice. Le dice sobre sí misma a ese otro a quién le habla: *“Yo, la marrana, vengo del fiambbrero, ya estoy disyunta, cuerpo fragmentado, delirante, y mi mundo se cae en pedazos, al igual que yo.”* ( p. 74: 82)

Parte 3:

Lacan en punto del seminario intenta introducirse en la cuestión del lenguaje. Al que precisamente aplica la repartición triple de lo simbólico, de lo imaginario y de lo real. El discurso concreto es el lenguaje real. Los registros de lo simbólico y de lo imaginario los encontramos en los otros dos términos con los que se articula la estructura del lenguaje. El material significante, es lo simbólico. La significación es del orden de lo imaginario. Es al igual que lo imaginario siempre evanescente.

El autor refiere que, cuando el sujeto habla tiene a su disposición el conjunto del material de la lengua, formándose a partir de allí el discurso concreto. Establece primero un conjunto sincrónico, la lengua, en tanto sistema simultáneo de grupos de oposiciones estructurados, luego, lo que ocurre diacrónicamente en el tiempo que es el discurso.

Lacan a propósito de mostrar la relación entre significante y significado se ocupa del hablar delirante, señalando que algunos de sus elementos se aíslan, se cargan de significación, de una significación a secas. Esta significación, como toda significación, remite a otra significación. No tanto a un sistema de significación continuo y ajustable, sino a la significación en tanto inefable.

Intenta precisar el concepto de S mayúscula, resaltando que el sujeto de la experiencia analítica no es lo que piensa el vulgo. No es la persona que ocupa un lugar, ni el reflejo de lo que tiene enfrente el analista. Existe la alteridad del Otro que corresponde al S, es decir el gran Otro, sujeto que no conocemos, el Otro que es de la índole de lo simbólico, el Otro al que nos dirigimos más allá de lo que vemos. Y luego algo que es de la dimensión de lo imaginario: el yo y el cuerpo. (p. 82: 86)

*TEMÁTICA Y ESTRUCTURA DEL FENÓMENO PSICÓTICO. PUNTO  
XV: ACERCA DE LOS SIGNIFICANTES PRIMORDIALES Y DE LA FALTA  
DE UNO.*

Lacan dice que lo que busca el analista cuando está frente a un fenómeno de perturbación mental es no engañarse acerca de su verdadera significación.

Lo que intenta hacer entrever el autor durante este seminario es lo que llama la autonomía del significante, a saber, que hay leyes que le son propias. Es imposible estudiar cómo funciona el lenguaje, si inicialmente no se establece, la diferencia entre significante y significado. Adjudica al significante leyes propias que son independientes del significado. El sentido del descubrimiento analítico no es simplemente haber encontrado significaciones, sino el haber llegado mucho más lejos en su lectura, es decir, hasta el significante.

Enumera oposiciones como el día y la noche, el hombre y la mujer, la paz y la guerra, son oposiciones que no se desprenden del mundo real pero que le dan su armazón, sus ejes, su estructura, lo organizan, hacen que haya para el hombre una realidad y que no se pierda en ella. La noción de realidad supone esa trama, esas nervaduras del significante. La situación del sujeto humano en la realidad depende de una experiencia puramente simbólica, de una experiencia que implica la conquista de la relación simbólica en cuanto tal.

El significante debe primero concebirse como diferente de la significación, debe distinguirse por no tener en sí mismo significación propia.  
(p. 280: 285)

*LOS ENTORNOS DE AGUJERO. PUNTO XXI: EL PUNTO DE  
ALMOHADILLADO.*

Lacan en este punto intenta mostrar el estatuto del significante en la experiencia analítica. Afirma que el significante no sólo da la envoltura, el recipiente de la significación sino que la estructura, la instala en la existencia.

La oposición del significante y el significado, está en la base de la teoría lingüística de Saussure. Fue expresada en el famoso esquema de las dos curvas: en el nivel superior, sitúa la sucesión de lo que llama significado e insiste sobre todo en su aspecto de masa amorfa. Y en el nivel inferior sitúa al significante, ubicando una correspondencia entre ambos flujos, correspondencia que lo segmentaría.

Mientras que Lacan propone la continuidad del significante en el sentido de que la frase sólo existe terminada y su sentido le llega *apres-coup*. Una unidad significativa supone cierto lazo enlazado que sitúa en ella los diferentes elementos. Esto quiere decir que el significante no es aislable.

Lacan intenta mostrar la relación entre el significante y el significado a partir del esquema del punto de almohadillado. Es el punto donde llega a anudarse el significado y el significante, es el punto de convergencia que permite situar retroactivamente y prospectivamente todo lo que sucede en un discurso. ( p. 369: 382)

*TÍTULO: Recorrido de Lacan. Ocho Conferencias.*

*AUTOR: Jacques Alain Miller.*

*EDITORIAL: Manantial.(1986)*

## *I. Recorrido de Lacan.*

El autor, en esta conferencia se propone realizar una presentación de la obra de Lacan.

Lacan colocó los comienzos de su enseñanza bajo el signo del retorno a Freud. Sólo se hizo, a propósito del psicoanálisis una pregunta fundamentalmente crítica: ¿ Cuáles son sus condiciones de posibilidad?. El psicoanálisis solo es posible si el inconsciente está estructurado como un lenguaje. Lo que se llama la enseñanza de Lacan es el desarrollo de esta hipótesis hasta sus últimas consecuencias.

El hecho de que el inconsciente sea isomorfo a la estructura del lenguaje puede comprobarse en la obra de Freud desde sus primeros escritos. La actividad de Freud es de desciframiento. Descifra el inconsciente y los mecanismos que aísla como mecanismos primarios del inconsciente son la condensación y el desplazamiento.

Lo propio del psicoanálisis es operar sobre el síntoma por medio de la palabra, ya sea la palabra de la persona en análisis, ya sea la interpretación del analista. Lo que hay que explicar es ¿Cómo puede ser que la palabra actúe sobre el síntoma y especialmente sobre el síntoma neurótico?

Es necesario suponer sobre la palabra y el síntoma una común medida si la una opera sobre la otra.

Cabe objetarle a Lacan que Freud nunca dijo que el inconsciente estaba estructurado como un lenguaje, pero Miller afirma en esta conferencia que la metapsicología de Freud nunca fue más que un análisis de la estructura radical del lenguaje, lo que podemos llamar una lógica significante.



La teoría de Lacan presenta un carácter de sucesión, de continuidad, que hace difícil captarla en sus pormenores. Lacan fecha el comienzo de su enseñanza propia tan sólo a partir de 1953, considerando lo que le precede como sus antecedentes. El comienzo de su enseñanza es a su juicio su texto “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis.” Antes Lacan era un médico psiquiatra que había escrito numerosos artículos sobre puntos sutiles de la clínica psiquiátrica, cuyos trabajos culminaron con su tesis sobre psicosis paranoica en 1932.

La primer teoría que Lacan desarrolla después de la guerra (1945), hace de lo imaginario la dimensión propia de la experiencia analítica. Los maestros que reconoce como tales en esa época son: Clérembault y Alexander Kojéve.

En 1953, en ocasión de la primera escisión del movimiento psicoanalítico Francés, Lacan introduce la posición *el inconsciente estructurado como un lenguaje*, y la distinción de lo real, lo simbólico y lo imaginario que seguirá siendo la piedra de toque de su enseñanza.

Entre 1953 y 1963, su enseñanza reviste la forma de seminarios de textos freudianos. En esta época es la categoría de lo simbólico la que es dada como la dimensión esencial de la experiencia. Al mismo tiempo, Lacan introduce lo que se llama su álgebra, según una propedéutica que no asciende ningún piso antes de haber medido lo bien fundado en el piso precedente.

En los diez años siguientes, 1964 - 1974, aprovechando la segunda escisión del movimiento psicoanalítico francés y el desplazamiento de su enseñanza a la Escuela Normal Superior, por invitación de Luis Althusser, no comenta ya directamente los textos de Freud, sino sus propios términos: el S, el sujeto tachado; el objeto llamado a minúscula y el A (Otro con Mayúscula). Son sus tesis las que ocupan el centro de su elaboración.

Después de 1974, se sitúa al tercer período. Miller lo sitúa como su enseñanza propiamente dicha. Lacan toma por objeto los fundamentos mismos de su discurso, y, especialmente, la tripartición de lo real, lo simbólico y lo imaginario. Y en ese último período lo real se convierte en su categoría esencial.

En el discurso de Lacan, la estructura real, simbólica e imaginaria, cada uno de esos términos fue ocupando sucesivamente el primer lugar.

El Estadio del espejo fue el objeto de su primera intervención en psicoanálisis, en el Congreso Internacional de Marienbad en 1936. El estadio del espejo se resume en el interés lúdico que el niño, entre los seis y dieciocho meses, testimonia por su imagen especular, rasgo mediante el cual el niño, se distingue del animal.

Esto llevo a Lacan a la idea de que la alienación imaginaria, es decir, el hecho de identificarse con otro, es constitutiva del yo (moi) en el hombre.

Lo simbólico de Lacan, es una noción muy elaborada. Tiene dos vertientes, la vertiente de la palabra y la vertiente del lenguaje.

En cuanto a la primera vertiente, Lacan encuentra en la dimensión de la palabra una función pacificadora, la palabra opera identificaciones que permiten superar la rivalidad imaginaria.

En esta vertiente se puede decir del síntoma que es un defecto de simbolización, que constituye un centro de opacidad en el sujeto porque no fue verbalizado, porque no paso a la palabra y que se deshace en cuanto pasa a la palabra. La cura analítica aparece ante todo en esta dirección, como una cura de simbolización. En esta vertiente la cura es un proceso fundamentalmente intersubjetivo en el curso del cual el sujeto es llevado a restablecer la continuidad de su historia que el síntoma interrumpe. Es lo que Lacan expresaba diciendo que el inconsciente era un capítulo censurado de la historia del sujeto. La cura opera porque permite dar una significación retroactiva a lo que permaneció opaco para el sujeto en su experiencia.

La otra vertiente concierne a lo que se puede llamar el orden simbólico como conjunto diacrítico de elementos discretos, separados. Diacrítico quiere decir que los elementos adquieren valor unos respecto de otros, es un concepto que viene de Saussure, de la lingüística estructural. Estos elementos separados están, en tanto tales, privados de sentido y forman en su conjugación una estructura articulada, combinatoria y autónoma. Por un razonamiento muy

sencillo, comprenden que esta estructura no tiene origen, que, si existe, no se puede hacer su génesis; está allí siempre puesto que los elementos valen unos respecto a los otros. Por esta razón el sentido de la enseñanza de Lacan se opone a toda idea de psicogénesis.

Lacan vuelve a leer la teoría de los estadios de Freud y demuestra que lo esencial no es la concepción histórica del desarrollo psicológico.

Estas dos vertientes de lo simbólico presentan un problema particular. La primera vertiente es ante todo significación y la segunda es ante todo sin-sentido. Se puede decir que el acento de Lacan pasó de la primer vertiente a la segunda.

En primer lugar, rectificó el paralelismo que Saussure postulaba entre el significante y el significado, insistió sobre el hecho de que el primero, el significante, actúa sobre el segundo, el significado, contrariamente a la posición que sostiene que el significante sirve solamente para expresar el significado. La tesis de Lacan es que el significante actúa sobre el significado, e incluso en un sentido radical que el significante crea el significado, y es a partir del sin-sentido del significante que se engendra la significación.

En segundo lugar introdujo el concepto de cadena significante, para dar cuenta de la sobredeterminación en la cual ve, al igual que Freud, la condición de toda formación del inconsciente.

En tercer lugar, Lacan hace funcionar a lo simbólico, a la estructura íntegra de un término. Muestra como la relación entre la estructura simbólica y el sujeto se distingue en la relación imaginaria del yo y del otro.

Lacan introduce la escritura del Otro con mayúscula que se distingue del otro con minúscula. El Otro con mayúscula es, en primer lugar, el gran Otro del lenguaje que está siempre allí. Es el otro del discurso universal, de todo lo que ha sido dicho en la medida en que es pensable. Es también el Otro de la verdad, ese otro que es un tercero respecto de todo diálogo, porque en el diálogo de uno y otro siempre está lo que funciona como referencia, tanto del acuerdo como del desacuerdo, el Otro del pacto como también el Otro de la controversia.

Es el Otro de la palabra que es el alocutor fundamental, la dirección del discurso más allá de a quién se dirige.

El Otro de Lacan también es el Otro cuyo inconsciente es el discurso; el Otro que en el seno de mí mismo me agita, y por ello también es el Otro del deseo, del deseo como inconsciente, ese deseo opaco al sujeto, y acerca del cual pide, en ciertos casos que le informen acudiendo a la cura psicoanalítica.

El Otro en la teoría de Lacan interviene sobre niveles muy diversos pero todos se distinguen por el hecho de que conciernen a una dimensión de exterioridad en relación al sujeto. Lo que Lacan llama el Otro, es una dimensión de exterioridad que tiene una función determinante para el sujeto.

En la experiencia analítica el analista debe estar en el lugar del gran Otro, y, si interpreta debe hacerlo desde esa posición excéntrica, sólo desde ese lugar tiene la posibilidad de deshacer el síntoma.

El sujeto de Lacan, no es un dato inicial, el único dato inicial es el gran Otro. De allí la pregunta ¿Cómo puede constituirse el sujeto en el lugar del gran Otro que lo preexiste?.

El rasgo fundamental, valorizado por la experiencia analítica, es que el hombre es un viviente, pero un viviente que habla, lo cual incluso tiene consecuencias en su cuerpo, que la estructura del lenguaje esclaviza al sujeto, que lo fragmenta en efectos de significante. El significante, la estructura significante tiene un efecto de desvitalización sobre el cuerpo, lo mortifica.

Las necesidades en el hombre, están totalmente transformadas por el hecho de que habla, por el hecho de que dirige demandas al Otro. Ese Otro que Lacan llama el Otro omnipotente de la demanda. En forma general, en el hombre, el significante es sustituido a la necesidad, ya que la demanda al Otro tiende por su propio movimiento a convertirse en la demanda pura de la respuesta del Otro, allí se coloca el amor. Esa respuesta del Otro, la pura respuesta del Otro, es más importante que la satisfacción de la necesidad, y es allí precisamente donde encuentra Lacan el principio de identificación simbólica: a partir del significante de la respuesta del gran Otro se opera la primera identificación del sujeto. A esto se agrega que es el intervalo entre la

necesidad y el amor lo que explica lo que Freud descubrió en el sueño con el nombre de 'wunsch' – anhelo-, y que es el deseo.

El deseo freudiano no es una función vital. El deseo en el sentido de Freud, el deseo inconsciente, es un deseo siempre particular de cada uno de nosotros, excéntrico, que no camina en el sentido de la supervivencia y de la adaptación. Es un deseo, que por el contrario, daña. Es al mismo tiempo, revelado en la asociación libre y un deseo indestructible. Y este deseo es, esencialmente, insatisfecho. No es una función que pueda satisfacerse. No hay satisfacción para el deseo. El deseo está capturado en el deslizamiento de la cadena significativa hasta tal punto que Lacan lo identifica con este deslizamiento, habla de la metonimia del deseo. El deseo está coordinado en una función de falta, de carencia, y lejos de ser infinitamente plástico, sus formas son limitadas en número.

### *El piropo: Psicoanálisis y lenguaje.*

El autor se propone abordar la cuestión del lenguaje y el psicoanálisis a partir del piropo.

El autor presenta al piropo como una situación concreta, ejemplar, para captar *in vivo* la función del lenguaje. El piropo, no opera mediante una referencia directa a la relación sexual. Por el contrario, apunta siempre un poco de costado a elementos secundarios, subalternos.

El rasgo más notable, quizás, del piropo, con su carácter indirecto es que no vacila en hacer jugar el sin- sentido y, curiosamente, atrae significaciones mucho mas amplias. El sin- sentido es precisamente creador de significación. Hay en el piropo, como en toda agudeza, un juego que por un lado implica el tesoro, el tesoro de las ideas aceptadas en la lengua, y la infracción con la que

se coloca el sujeto respecto del Otro, a ese gran Otro del lenguaje cuyo aval pide al mismo tiempo.

En la agudeza, así como en el lapsus, el sujeto es rebasado por su creación. En el sentido de Freud, el lapsus y la agudeza tienen la misma estructura, es muchas veces tan solo la acogida del Otro, lo que transforma un lapsus en agudeza. Hay una zona completamente indecisa que hace ante todo a la dirección y a la recepción del Otro. En este sentido Lacan dice de la comunicación humana, que es el receptor quién envía el mensaje a quién luego lo emitirá. Lo envía porque decide fundamentalmente su sentido. Hablar al otro no implica en modo alguno saber lo que se dice. Es sólo el Otro quién puede enseñarnoslo, y por eso nos hablamos unos a otros, fundamentalmente para aprender del Otro quiénes somos.

Una tesis de Lacan es que el significante y el significado no son homólogos, no son paralelos, no son isomorfos.

En segundo lugar, es equivocado pensar que el significante está allí al servicio del significado, y que está allí para que uno pueda decir las cosas que tiene en mente, siempre hay un intervalo entre el hablar y el decir. La tesis de Lacan es que el significado es un efecto del significante, y que los efectos de significado son creados por las permutaciones, los juegos del significante. El sentido surge fundamentalmente de la sustitución de un significante a otro.

Es de la sustitución de un significante S1, respecto de un significante S2 que surge un plus, que debe entenderse como el significado o sentido.

Lo que distingue al lenguaje animal del humano, es que en el primero no surge el equívoco.

Lo que se llama código es una acumulación de formaciones significantes en su función de creación de significado. Sólo hay algo nuevo en el significado cuándo hay algo nuevo en el significante.

El significante es quién cava su surco en lo real y quién engendra el significado. Lo que es original es la sustitución significativa. Basta una palabra en el lugar de otra para que tengamos sentido.

El sujeto que habla no es el amo y señor de lo que dice. En cuanto habla, en cuanto piensa que utiliza la lengua, en realidad es la lengua quién lo utiliza a él, en cuanto habla siempre dice más de lo que quiere, y, al mismo tiempo, dice siempre otra cosa. En cuanto se habla, de hecho uno es hablado por la lengua. Para dar cuenta de que el hombre no solo es un ser hablante, sino un ser hablado por la lengua, Lacan crea un significante: parletre (el hablanteser). Dice Lacan que el hablanteser dice siempre otra cosa de lo que quiere decir y pide ser entendido más allá de lo que dice. El oficio propio del psicoanalista es el de escuchar al sujeto más allá de lo que dice.

Hablando estrictamente, no hay una palabra adecuada para decir algo y es siempre en relación a otros significantes que uno formula algo, por eso la matriz mínima del lenguaje tal como la formula Lacan es un significante y luego otro. El mínimo del significante es dos, S1 y S2.

No hay lenguaje que se produzca sin que el efecto de sujeto no esté siempre ya allí. El autor toma al piropo, porque esta situación le parece ejemplar, por la separación en que el sujeto que habla está con el Otro, el Otro que está allí fundamentalmente fuera de su alcance. Destaca esa separación de los sexos que ninguna relación sexual logra nunca colmar.

### *La Transferencia de Freud a Lacan. El Sujeto Supuesto al Saber*

Miller comienza señalando en este punto que Lacan pone en el fundamento de la transferencia una función inédita en Freud, la del Sujeto Supuesto al Saber. Este sujeto supuesto saber es el pivote con respecto al cual se articula todo lo que tiene que ver con la transferencia

Lacan funda la transferencia como una consecuencia inmediata del procedimiento freudiano, de la regla fundamental del psicoanálisis. El sujeto supuesto al saber es un principio que hace a la lógica misma del psicoanálisis, a

una lógica puesta al comienzo por el analista, cuando invita al paciente a que asocie libremente. El sujeto supuesto al saber en el sentido de Lacan es una consecuencia directa de este procedimiento. Explica que no se encarna en la presencia física del analista, ni en atribuirle el paciente la omnisciencia, se trata de interesarse más de cerca por la estructura de la situación analítica.

La estructura de la situación analítica coloca primero en posición de oyente al analista, oyente del discurso que él estimula en el paciente, puesto que lo invita a entregarse a él, sin omitir nada, sin consideración por las conveniencias, ubicando en el analista una posición de intérprete en el sentido que su interpretación, su respuesta deciden el sentido de lo que es dicho.

El autor aquí plantea la estructura misma de la relación como disimétrica, puesto que una entrega material mientras que el otro tiene como función estructural interpretarlo.

Para Lacan por el hecho único que el paciente se coloca en posición de buscar la verdad sobre sí mismo, sobre su identidad, en el hecho de entregarse a la asociación libre marca la apertura a la transferencia. El analista en tanto que gran Otro, oyente fundamental, decide la significación y por ello el silencio es esencial, ya que deja sitio al despliegue de la palabra, no precipitándose a satisfacer la demanda del paciente.

Este pacto analítico consiste para el paciente en ofrecerse a la interpretación y por el hecho mismo de entrar en la experiencia analítica, él consiente a la posición del analista como gran Otro. En este punto Miller aclara que el psicoanalista no debe identificarse al sujeto supuesto al saber, ya que esto resulta de la estructura de la situación analítica, lo cual es muy distinto a identificarse a esta posición. La presencia del analista es una prueba de confianza que el paciente tiene en el inconsciente y ante la demanda del analista “*de decir*”, lo que no quiere decir nada, lleva una promesa de significación en tanto está seguro que eso siempre querrá decir algo. Por este motivo el autor concluye que este es el hallazgo del Psicoanálisis, ya que hasta la menor producción del paciente es inmediatamente valorizada por la experiencia analítica misma y es aquí, donde está el sujeto supuesto al saber

*TITULO: La subjetividad y la Urgencia.*

*AUTOR: Mario Pujó.*

*EDITORIAL: Revista El Otro (julio, 1996)*

El autor en su artículo plantea que, no toda circunstancia de crisis que se presenta en una guardia es propicia a una intervención analítica.

Por una parte, del lado del que demanda dirigirse a un analista supone cierta disposición transferencial, alguna transferencia si no con el analista a encontrar efectivamente, al menos con aquel que hizo la derivación, con el mismo psicoanálisis.

Manifiesta que el obstáculo en la guardia es que se presentan pacientes que ingresan en la búsqueda de medicación, intentos de suicidio, toxicómanos en busca de psicofármacos para tolerar la abstinencia y que en todas estas situaciones no hay demanda y tampoco todavía a quien demandar.

Otra dificultad que encuentra, es que el psicoanalista se desempeña en una guardia dentro de un marco institucional, donde las exigencias de premura, la presencia de otros profesionales y los requerimientos institucionales, muchas veces lo llevan a ser empujados a ocupar él mismo una posición de sujeto. Además en las situaciones extremas como actuaciones violentas o tentativas de suicidio, la identificación al paciente en el sentido de contestar la urgencia con urgencia, responder al acting con otro acting constituye un tipo de respuesta que la propia lógica institucional tiende a alentar.

La institución pública al introducir una terceridad (a la figura de las autoridades, requerimientos sociales, presupuestarias, administrativas) introduce en su masividad el anonimato, pacientes sin nombre, profesionales sin nombre, y estos obstáculos muestran el camino que el analista debe transitar.

El autor toma como referencia la autoridad del nombre que el propio Freud se encargó de preservar, propone pensar la intervención del analista en la

urgencia como un acto de nominación, condición previa y necesaria a toda posibilidad de una palabra verdadera.

Allí donde el grito surge como pura apelación a Otro sin nombre, nombrar para el analista significa, en primer lugar, nombrarse a sí mismo; es decir, recostarse sobre el fondo de la uniformidad institucional, ofreciendo Otro a quién se puede llamar y recurrir. (Pujó, Julio 1996 p. 2)

Nombrar significa también, por cuanto el nombre vehiculiza un linaje, reintroducir la dimensión histórica. Significa también poner en palabras lo que aparece como fuera del discurso, discriminando un responsable que se compromete acompañar a quien transitoriamente no puede hacerse cargo de sí mismo.

Expresa finalmente el autor, que la intervención analítica en la urgencia debe constituir un ámbito apropiado al retorno a los orígenes del psicoanálisis, donde se incita al trabajo de la palabra, promovido por la presencia de un semejante, que al ofertar su escucha, apunta a instaurar la dimensión del Otro, dando lugar a la transferencia y su sujeto.



*TÍTULO: Presentaciones Clínicas.*

*AUTOR: Nasio, J. D.*

*EDITORIAL: Trieb (1998).*

Intentando una mirada diferente en cuento a lo desarrollado por Mario Pujó en su artículo *La Subjetividad y la Urgencia*, introduciremos algunas reflexiones de Nasio con respecto al problema del analista en la institución.

El autor entiende que un analista en una institución no hace análisis ya que, encuentra un obstáculo debido a que el lugar del Sujeto Supuesto Saber está ocupado por el tercero que es la institución. Pero agrega que esto no implica que no haya analista porque éste puede estar en cualquier lado a condición de que parta de un principio en el que la escucha del analista determine el significante que puede emerger.

Si la relación del analista con el psicoanálisis es tal, que puede mantener ese principio, se trata de un analista que trabaja en una institución pero no que sea un psicoanálisis.

Diferencia el autor, que cuando trabaja en forma privada, el analista en este contexto se hace cargo de la responsabilidad general ante los otros; es a él a quien se le atribuye el Sujeto Supuesto Saber y se autoriza a sí mismo y esto no ocurre cuando un tercero está presente como la institución.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Areta, M.C. ( Mayo 1989). Urgencias Psiquiáticas. Curso:  
Actualizaciones en emergencia médica.
- Bialer et al (s/f). *La urgencia*. El psicoanalista y la práctica hospitalaria.  
Ediciones Vergara.
- Cosimi, A. (1996). Urgencia y sugestión. *Revista psicoanálisis y el  
hospital*. Nro. 8. Ediciones del Seminario.
- Dor, J. ( 1986). *Introducción a la lectura de Lacan*. Eitorial Gedisa.  
Buenos Aires.
- Eldeisztein, A. (1995). *El grafo del deseo*. Editorial Manantial. Buenos  
Aires.
- Freud, S. Ensayos sobre la vida sexual y la teoría de las neurosis. Sobre  
la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. *Volumen I Obras  
Completas*. Biblioteca Nueva Madrid. 1948. Trad. López Ballesteros y De  
Torres.
- Freud, S. (1895). La histeria. Historiales clínicos. Catalina. *Volumen I.  
Obras Completas*. Biblioteca Nueva Madrid.1948. Trad. López Ballesteros y  
De Torres.
- Freud, S. (1895). La histeria. Psicoterapia de la histeria. *Volumen I.  
Obras Completas*. Biblioteca Nueva Madrid.1948. Trad. López Ballesteros y  
De Torres.

Freud, S. (1913). Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis. I. Sobre la iniciación del tratamiento. *Volumen 12. Obras Completas*.

Amorrortu. 1998. Buenos Aires.

Freud, S. (1914). Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis. II. Recordar, repetir, reelaborar. *Volumen 12. Obras Completas*. Amorrortu. 1998.

Buenos Aires

Freud, S. (1916- 1917). Conferencias de introducción al psicoanálisis. Conferencia 28. Parte III. *Volumen 16. Obras Completas*. Amorrortu. 1984.

Buenos Aires.

Lacan, J. (1958). La dirección de la cura y principios de su poder.

Escritos 2. Siglo XXI Editores. 1987. Argentina.

Lacan, J. (1955 – 56). Seminario 3: Las Psicosis. Editorial Paidós. Buenos Aires. Barcelona. México.

Miller, J. (1986). *Recorrido de Lacan*. Editorial Manantial.

Nasio, J. (1992). Acerca de la clínica. El lugar del analista. Entrevista. Ficha de la cátedra de clínica de adultos. UBA.

Nasio, J. (1996). *Como trabaja un psicoanalista*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

Nasio, J. (1998). *Presentaciones clínicas*. Editorial Trieb. Buenos Aires.

Psicopatología de la urgencia.(Noviembre 1994). Hospital Juan A. Fernández. Editorial surge. Buenos Aires.

Pujó, M. –compilador- (Junio 1988). La urgencia. *Revista psicoanálisis y el hospital Nro. 13*. Ediciones del Seminario.

Pujó, M. (Julio 1996). La subjetividad y la urgencia. *Revista el Otro*.