

# MI TRABAJO

ÁNGEL SÁNCHEZ BAHÍLLO

Miembro didacta del Centro Psicoanalítico de Madrid

## EL CONTEXTO

Trabajo como psiquiatra en una consulta pública con pacientes adultos del Servicio Murciano de Salud. Dentro de las limitaciones que me impone la situación, trato de aportar a los pacientes una inspiración psicoanalítica.

El diseño de mi agenda impone que dispongo de treinta minutos para una entrevista con un paciente nuevo y de quince para las revisiones. El tiempo entre citas es de tres meses para los pacientes considerados como “trastorno mental grave” y de cuatro para los etiquetados de “trastorno mental común”. Tras haber dado un número importante de altas a pacientes menos graves, he logrado una mayor flexibilidad en la agenda y la posibilidad de acortar el tiempo entre citas para algunos pacientes que lo necesitan especialmente.

La institución en la que trabajo tiende a situarme en un lugar de saber científico y de poder (Lacan, 2008), frente al que los pacientes pueden someterse para recibir el beneficio de mis intervenciones, o rebelarse saboteando su tratamiento. Si yo encarno el rol institucional, resulta muy difícil para un paciente empoderarse para hacerse cargo de sí mismo y desplegar su subjetividad. Por ello, trato de evitar aquellos símbolos y actitudes que refuerzan esa situación.

Trabajo sin la bata blanca tradicionalmente asociada al estatus del médico. He retirado la mesa interpuesta entre los pacientes y yo, desplazándola a un lado, donde tengo un ordenador con el que se me exige que tome notas clínicas. Aunque trato de minimizar las notas que tomo mientras el paciente habla, no he conseguido eliminar completamente la perturbación que ocasiona esta cuestión.

Reconozco que hay pacientes que pueden beneficiarse de la imagen proporcionada por la bata blanca, particularmente los más vulnerables

que necesitan establecer una alienación segura antes de plantear cualquier intento de separación.

Sin embargo, aunque sobre la marcha trato de adaptarme a la persona que tengo delante, necesito una posición inicial desde la que abordar a los pacientes que no conozco. Esa posición inicial la adopto sin bata.

Aparte de la silla en la que me siento yo, dispongo de otras dos o tres para el paciente y sus acompañantes, si los hubiere, dispuestas de la forma más parecida posible a un círculo, con el objetivo de reducir la asimetría de la relación médico-paciente. Sin embargo, mi silla no es igual a la de mis pacientes. Me resulta útil tener una silla giratoria con la que modificar rápidamente mi posición para centrarme en el paciente o en el ordenador, según el momento. No dispongo de sillas iguales a la mía para mis pacientes, que serían útiles para potenciar la imagen de horizontalidad.

## EL ENCUENTRO

Salgo a la sala de espera a llamar a mis pacientes y lo hago por su nombre propio. No utilizo sus apellidos para proteger su privacidad ante otros pacientes, pero tampoco los llamo por un número que los despersonalice ni con ningún sistema automatizado de llamamiento. En ese primer contacto me presento yo también con mi nombre propio, sin insistir en mi título de psiquiatra, que asumo mis pacientes conocen toda vez que vienen a una consulta de Psiquiatría. En ese momento es frecuente que los pacientes pregunten si pueden ser acompañados en la consulta por un familiar. Yo contesto que pueden hacer lo que quieran, reforzando su autonomía, y su deseo, frente a posibles imposiciones de la institución sanitaria o de su familia. En citas sucesivas busco que el paciente pueda ir encontrando, y utilizando, un espacio a solas conmigo donde construir su

discurso (más adelante aclararé el sentido en el que uso este término) en un contexto confidencial.

En principio, tuteo a los pacientes y permito que ellos me tuteen a mí, aunque puedo modificar este posicionamiento en función del deseo del paciente. Habitualmente inicio yo la entrevista con la fórmula “te escucho”, aunque con pacientes que me han visto anteriormente, y conocen la dinámica de trabajo, puedo permanecer en silencio para permitir que sean ellos quienes comiencen la sesión. Al ofrecer mi escucha a los pacientes les invito a hablar, a construir un discurso propio de la manera más libre posible. No les digo “cuéntame” porque no quiero provocar que me hablen a mí (en gran medida busco que se hablen a sí mismos, y que se escuchen), ni quiero que su discurso se origine en una imposición, sino en una oportunidad. Tampoco comienzo preguntando por síntomas, demandas ni otros temas que me puedan interesar a mí, aunque a lo largo de la entrevista introduzco estas cuestiones para conseguir la información que necesito para hacer una valoración. En la mayoría de los casos, casi toda la información necesaria para esbozar un diagnóstico psiquiátrico (OMS, 1996) y plantear un tratamiento psicofarmacológico, es aportada por los pacientes en su discurso espontáneo, sin necesidad de mis preguntas.

Para la mayoría de los pacientes, esta apertura con la escucha supone una sorpresa y hacen una pausa o una inspiración profunda antes de empezar a hablar. Es frecuente que la institución en la que trabajo haya sembrado ya la expectativa de que el médico va a dirigir la entrevista con sus preguntas y los pacientes vengan en “modo reactivo”. Desde el principio trato de reconducir este planteamiento convirtiendo al paciente en sujeto de su propia palabra.

Cuando un paciente habla, habitualmente articula su necesidad en una demanda. Pide algo, ya sea alivio sintomático en general, apoyo, medicación o cualquier otra cosa. Esta demanda no logra captar todo lo que el paciente necesita, quedando un resto sin articular al que llamamos deseo (Lacan, 2015b). El deseo mueve al paciente a seguir hablando, a seguir tratando de transformar su necesidad en demandas concretas integradas en una relación con el profesional. En este proceso se presenta (y se construye) como sujeto. A esta presentación que el paciente hace de sí mismo frente a otro es a lo que llamamos discurso.

El discurso, que va tratando de transformar la necesidad en demanda, tiene otro efecto: hace que el sujeto piense sobre sí mismo, confronte su deseo y trate de articularlo. Es decir, provoca lo que

llamamos división subjetiva, separando una parte que experimenta su vida “como en piloto automático” de otra que observa y habla.

Algunos pacientes no pueden construir su discurso, sobre todo al principio, y les ayudo con preguntas o comentarios que facilitan un desarrollo progresivo de esta función, como cuando se coge de la mano a un niño que está comenzando a andar.

A veces, sobre todo con los pacientes más graves, un familiar se erige en portavoz del paciente. Esta función puede ser muy útil, y aportar información interesante, pero frecuentemente no apoya el discurso del paciente sino que lo sustituye. En estas ocasiones intento adoptar una posición pedagógica ayudando al familiar a entender la importancia de que el paciente hable por sí mismo, más allá de la transmisión de la información concreta que el familiar cree conocer.

Otros pacientes son incapaces de hablar, carecen del uso de la palabra. Estos pacientes necesitan ayuda para contactar conmigo y construir alguna especie de discurso preverbal. Mediante gestos pueden transmitir cosas poco definidas, que yo contribuyo a transformar en palabras. En esta transformación alieno al paciente traicionando parcialmente su necesidad al convertirla en un discurso que no la puede reflejar fielmente, que contiene algo mío, pero que también da expresión a algo suyo que sin ayuda no hubiera podido expresar. Este proceso se llama violencia primaria (Castoriadis-Aulagnier, 2004) y abre la puerta a que el paciente pueda ir construyendo un discurso que cada vez sea menos prestado, que progresivamente pueda separarse del apoyo externo y acercarse a algo suyo propio.

Por otra parte, hay pacientes que no hablan porque no quieren. Hay silencios que son formas de comunicación (inseguridad, enfado, etc.). Estos silencios necesitan ser escuchados, respetados y sostenidos sin rechazar al paciente hasta que éste decida comunicarse de otra manera. Frecuentemente esta decisión del paciente se facilita cuando siente que se ha comprendido lo que está comunicando con su silencio, por lo que la interpretación (Freud, 1983) de lo que uno entiende en su silencio puede ser útil. Hay que ser muy cauteloso con este tipo de interpretaciones por el riesgo de que el paciente se sienta invadido o malinterpretado y se aísle más en el silencio.

Hay pacientes que comienzan hablando sólo de sus síntomas, o de sus tratamientos, sin llegar a articular una demanda. Con frecuencia, la escucha y un poco de tiempo bastan para que lleguen a formular su demanda. En otras ocasiones, dadas las

limitaciones de tiempo con las que trabajo, puedo intentar agilizar el proceso con un “¿cómo crees que puedo ayudarte?”

### **LA RECTIFICACIÓN SUBJETIVA**

Cuando un sujeto dividido despliega su discurso puede dirigirse, con más o menos ayuda por mi parte hacia la rectificación subjetiva (Lacan, 2013). Es decir, a darse cuenta de que él juega algún papel en aquello que le ocurre y que puede contribuir a que las cosas mejoren o empeoren. Yo describo este umbral como la frontera entre la veterinaria y la medicina, como el paso de trabajar con un objeto al que se le hacen cosas (tratamientos) a hacerlo con un sujeto que desempeña un rol activo en su tratamiento.

Muchos pacientes vienen a consulta con modelos mecanicistas sobre el origen de su malestar que obstaculizan la rectificación subjetiva. Cuando piensan que su problema es que tienen unos “cables pelados” en el cerebro, o que se les han desajustado unos neurotransmisores, tienden a adoptar un rol pasivo y a dejarse tratar por el profesional mediante fármacos que reparen los cables. El tratamiento psicofarmacológico es importante, pero es sólo una parte de la intervención psiquiátrica. La introducción de la noción de causalidad psíquica (Lacan, 2009b) puede ayudar a modificar esta situación y conducir hacia la buscada rectificación subjetiva.

Algo que ayuda a la rectificación subjetiva es la aparición de un sentido del malestar. Cuando se tiene un dolor físico, y libertad de movimiento, se tiende a poner la mano en la zona dolorida. De forma análoga, cuando se tiene un dolor psíquico, y la posibilidad de desplegar un discurso, se tiende a hablar de aquello que molesta. La mayoría de los pacientes se queja de situaciones externas: maltrato en el trabajo, situaciones familiares, etc. El plantear que estas situaciones de las que se quejan pueden tener algo que ver con su malestar facilita que los síntomas empiecen a tener un sentido y que el paciente emprenda la rectificación subjetiva y el planteamiento de qué hacer con su situación.

El proceso de análisis del malestar puede comenzar con un elemento externo y progresar posteriormente a cuestiones internas (deseos, frustraciones, exigencias, autorreproches y un amplio espectro de cuestiones estudiadas por los psicoanalistas). En el contexto en el que yo trabajo este proceso se puede desarrollar poco, pero creo que lograr la rectificación subjetiva y, al menos, iniciarlo ya marca la diferencia frente a un tratamiento exclusivamente farmacológico.

### **EL FANTASMA**

El trabajo psíquico que yo realizo comienza frecuentemente con un modelo traumático, centrado en una situación concreta: este malestar que siento tiene que ver, al menos parcialmente, con una situación (o con un evento) que me hace daño. En muchos casos, a pesar de las limitaciones que impone la consulta pública, es posible ir algo más allá.

La cabra tira al monte y el hombre tiende a tropezar una y otra vez con la misma piedra (Freud, 1974). En el discurso de los pacientes suelen repetirse situaciones que siguen el mismo patrón. Un paciente puede quejarse de imposiciones injustas por parte de su jefe, de la policía, de su padre y de otras figuras. Otro, de no ser tenido en cuenta por su pareja, por sus compañeros, etc. Tendemos a vivir con un guión preestablecido que nos lleva a reeditar situaciones muy parecidas. Este guión, al que llamamos fantasma, plantea un modelo relacional basado en nuestra forma de entender nuestro deseo, así como aquello que el otro desea de nosotros. En realidad, nuestro deseo se origina en el deseo del otro, que tomamos como modelo en nuestra construcción psíquica (Lacan, 2009a), por lo que no hay una gran diferencia entre lo que entendemos como deseo propio y como deseo del otro.

El fantasma toma la forma de una escena teatral que aparece en distintos escenarios, con distintos personajes, pero con una temática común. Cuando un paciente se da cuenta de que, de forma compulsiva, hace lo que esperan los otros para que así le quieran, o de que se muestra agresivo para no sentir su vulnerabilidad y acaba solo, etc., llega a construir un relato consciente acerca de su fantasma. La toma de conciencia de aspectos fantasmáticos, y de su relación con el malestar, no basta para eliminar todos los síntomas, pero es otro paso importante hacia la salud y la libertad.

### **EL TRABAJO CON PSICÓTICOS**

“A un panal de rica miel dos mil moscas acudieron, que por golosas murieron presas de patas en él”. El deseo necesita unos límites que lo regulen. En ausencia de frenos, se precipita en un regodeo que absorbe al sujeto, dañándolo y atrapándolo en una forma de adicción. A esta forma de deseo desregulado y sin límites la llamamos goce (Lacan, 2007). Cuando el sujeto se instala en el goce, el deseo deja de fluir buscando demandas para expresar su necesidad, se paraliza. El sujeto queda atrapado como las moscas de Samaniego.

En el desarrollo psíquico del individuo se constituye un elemento que pone límites al deseo y protege del goce, lo llamamos “nombre del padre” (Lacan, 2010). En los psicóticos (Lacan, 2015a) este elemento no se inscribe adecuadamente, lo que modifica toda la estructura psíquica.

En ausencia del nombre del padre, el sujeto psicótico queda atrapado en el goce. Este goce puede ser impersonal (anobjetal), como en el caso de la adicción a drogas, o estar vinculado al deseo de otra persona. El psicótico puede transformarse en una especie de objeto cuya función es la satisfacción del goce del otro, desempeñando la función de trofeo, de complemento, de siervo, de amo o cualquier otra forma que le indique el deseo del otro. En cualquier caso, se sateliza en torno a un amo al que trata de completar a costa de su individualidad psíquica.

Esta vulnerabilidad del psicótico a ser invadido y anulado por el deseo del otro hace que frecuentemente se proteja del contacto interpersonal, con actitudes distantes o esquizoides. (Tustin, 2010). Independientemente de que el psicótico despliegue estas defensas o no, es extremadamente sensible a las invasiones del otro y puede ser dañado cuando se le dice desde fuera quién o qué es, o se le imponen funciones. Por ello, el trabajo con el psicótico debe ser extremadamente respetuoso, permitiendo su despliegue desde una posición acompañante, como de secretario (Lacan, 2015), que apoya la construcción de su discurso. Las interpretaciones son fácilmente vividas como invasiones, como agresiones que traspasan la frontera entre su yo y el mundo, con un potencial destructivo importante, por lo que deben ser evitadas.

El psicótico tiene muchas dificultades para manejarse con el deseo del otro, que le resulta muy invasivo. Eso le dificulta construir un fantasma con el que estructurar su vida. En cambio, puede construir un *sinthôme* (Lacan, 2022), algo que le estabilice, utilizando un modelo de identificación o asumiendo una serie de tareas más o menos estereotipadas. El trabajo de secretario que se realiza con el psicótico puede ayudar a la construcción del *sinthôme* siempre y cuando se cuide no invadirle con imposiciones que le puedan desestructurar.

Aunque los neuróticos puedan tener más recursos psicológicos que los psicóticos, tampoco están exentos de quedar atrapados en el goce, por lo que éste es un tema que hay que tener en cuenta en su tratamiento.

## CONCLUSIONES

El trabajo en una consulta pública de psiquiatría está muy condicionado por las limitaciones propias de la institución en la que se desarrolla, fundamentalmente por la escasez de tiempo. Sin embargo, es posible realizar un trabajo con los pacientes que vaya más allá de la prescripción de fármacos. En este texto describo algunas de las cosas que trato de hacer yo. Otros profesionales con más formación que yo pueden hacer más cosas. Por otra parte, también hay profesionales que consideran que el trabajo del psiquiatra se reduce a la medicación y que el resto son fantasías. Con éstos últimos estoy en desacuerdo.

## REFERENCIAS

- Castoriadis-Aulagnier, P. (2004). *La Violencia de la Interpretación. Del Pictograma al Enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1974). Más allá del Principio del Placer. En *Obras Completas*. Tomo 7. Pp 2507-2541. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1983). *La Interpretación de los Sueños*. En: *Obras Completas*. Tomo 2. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lacan, J. (2007). Seminario 7. *La Ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2008). Seminario 17. *El Reverso del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2009a). El Estadio del Espejo como Formador de la Función del Yo (je) tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. En: *Escritos 1*. Pp 99-106. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2009b). Acerca de la Causalidad Psíquica. En *Escritos 1*. Pp 151-192. México: Siglo XXI.
- Lacan, J. (2010). Seminario 5. *Las Formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2013). *La Dirección de la Cura y Los Principios de su Poder*. En: *Escritos 2*. Pp 559-616. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Lacan, J. (2015a). Seminario 3. *Las Psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2015b). Seminario 6. *El Deseo y su Interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2022). Seminario 23. *El Sinthome*. Buenos Aires: Paidós.

Organización Mundial de la Salud. (1996). Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. Ginebra: OMS.

Tustin, F. (2010). Autismo y Psicosis Infantiles. Barcelona: Paidós