



Orientarse con el psicoanálisis en la práctica institucional

Guy Briole

Psiquiatra. Jefe de Servicio en el Hospital Val-de-Gâce, París.

Profesor de Psiquiatría. Psicoanalista.

A.M.E. Miembro de la Escuela de la Causa Freudiana ECF y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

La clínica evoluciona, los pacientes cambian, del mismo modo en que el mundo se transforma. Los síntomas contemporáneos son frecuentemente monosíntomas de los que debemos considerar que son, muy a menudo, una manera de enmascarar el retorno de lo real en el sujeto psicótico. Pero, ¿estos nuevos síntomas no son los mismos que vuelven, puestos al día en una sociedad con déficit de ideal? Este déficit de ideal conlleva otros modos de goce; modos de nuestra época, de hoy en día. Y los nuevos síntomas pueden ser los de la adicción —de alcohol, de tóxicos, de psicotropos, de comida— de la psicosis, pero también la violencia, con la irrupción masiva en el campo social de sus efectos traumáticos.

Esto produce, indiscutiblemente, una dificultad para los diagnósticos, un incremento de nuevas demandas y la proliferación de técnicas de psicoterapias. Es lo que Jacques-Alain Miller ha denominado el “fenómeno psy”. ¿Cómo el psicoanalista puede orientarse sin ahogarse en lo “psy” y mantener una función específica del psicoanálisis?

Estas son las preguntas que debemos hacernos hoy. Veremos uno de los aspectos considerando su rol en las instituciones y en su práctica con los sujetos psicóticos.

I. EL LUGAR DEL PSICOANÁLISIS EN LAS INSTITUCIONES

1. La clínica hoy y la resistencia al psicoanálisis

El psiquiatra se orienta con categorizaciones hechas a partir de una clínica de la observación y de la objetivación. Eso desemboca en el establecimiento de una nosología extensa de tipos repertorizados en clasificaciones internacionales: ICD, DSM.

El psicoanalista busca la singularidad de cada sujeto. No se orienta con diferentes grupos de enfermos, sino por los sujetos considerados uno por uno, en una trayectoria que les es específica a cada uno; sea neurótico o psicótico.

Hoy, el psiquiatra, el del siglo XXI, retoma el modelo médico que aplica, con todos los medios científicos de los que dispone, a la patología mental. Para él, el tratamiento sintomático es accesorio, pero es lo que se prosigue. El tratamiento causal es la primera intención orientando todas las investigaciones: genéticas, biológicas, víricas, etc.

De hecho, el sujeto, neurótico o psicótico, sigue siendo el mismo, con las disposiciones de la modernidad. Por el contrario, el psiquiatra



ha cambiado radicalmente. La biología es su creencia y la molécula a la que aspira, es el “psicotropo de la causa”. El psiquiatra está tecnológicamente equipado por la medicina.

En el horizonte actual del psiquiatra se encuentra la universalización del acto médico. Un acto que no se dirige sino al edificio biológico y para nada al sujeto. Dicho de otra manera, se trata de reducir toda subjetividad y de desembarazarse de “la molesta transferencia”. El psiquiatra moderno es voluntariamente benévolo y pedagogo con sus enfermos. O sea, es él quien les habla. Lo que provoca la producción de nuevos síntomas.

El síntoma contemporáneo del psiquiatra es su resistencia al psicoanálisis.

El psicoanálisis puede, para organizar su réplica, contar con el sujeto que, él sí, resiste a dejarse reducir a las categorías modernas de clasificación y de tratamiento. Puede incluso elegir no ser un paciente complaciente sino, por el contrario, un sujeto que se dirige, el mismo, al psicoanalista, o a un dispensario o a un servicio hospitalario en el cual sabe que podrá encontrar médicos o psicólogos orientados por el psicoanálisis.

2. Un signo de los tiempos: el retorno a prácticas anticuadas

Los psiquiatras, particularmente los universitarios, estiman que se han separado demasiado de los poderes de la palabra. O sea, que han dejado una parte importante del poder que tenían en las instituciones y en el campo social. Además, se asiste a un retorno masivo de prácticas que marcaron los años posteriores al 68 y que no recibieron el aval de Lacan quien subrayaba las graves distorsiones de las “psicoterapias institucionales”.

Para una institución, un servicio, referirse al psicoanálisis no dice nada de cómo se hace esa referencia. Es más, se debe separar,

siguiendo en esto dos tiempos distintos de la enseñanza de Lacan, poder de la palabra y orientación a lo real.

Cuando prevalecen los poderes de la palabra se encuentran realizadas las condiciones de la psicoterapia institucional: la conminación es, para todos —personal y pacientes— ¡hablar!, ¡de todo y sobre todo!.

Se trata de asociar libremente, salvo que no se cumple con las condiciones de la cura y que, por el contrario, son las de la deriva imaginaria las que se imponen. Esta situación es propicia para rivalidades, con vivencias persecutorias de la institución, así como de los pacientes por los miembros del equipo clínico y viceversa.

El responsable se encuentra desplazado de su función, que le viene del Otro social y se extravía en interpretaciones —del personal, de las situaciones— que son, más bien, acting-out que refuerzan tanto su goce como el de aquellos a los que apunta. No es por vestirse con el signifiante “psicoanalista” que se logrará enmascarar los estragos de las rivalidades imaginarias.

Algunos han podido pensar que habían encontrado la réplica introduciendo psicoanalistas cuya función sería analizar el funcionamiento institucional y los impasses de las relaciones intra-institucionales. Se les ha escapado que el imperativo de interpretación que preside la elección y el contrato del analista lo coloca, de entrada y estructuralmente, en posición de rivalidad imaginaria —particularmente con el responsable.

Entonces, las reuniones se multiplican, lo que está en juego se desplaza de los pacientes hacia el equipo, entonces el sufrimiento se manifiesta por una repetición de pasajes al acto, por una acentuación del formalismo, de los reglamentos, que toman el lugar de relación con los pacientes.



3. Centrarse en el paciente.

Dar lugar a un cuestionamiento sobre lo real en juego en una institución es centrarse en el paciente, en su lugar en la institución.

Es ahí que puede situarse el acto, la intervención, el trabajo de cada uno en una determinada situación. Para eso, no es necesario pasar por una distinción jerárquica del saber: el acto concierne a cada uno, no sólo al médico. En la institución también, todo lo que está del lado del acto va en contrapunto del pasaje al acto y participa de la regulación de los modos de goce en la institución. El acto objeta a la repetición y al aburrimiento mortífero que destilan habitualmente las instituciones.

Sin embargo, la práctica que toma en cuenta lo real y la circulación del goce no está exenta de manifestaciones imaginarias pero, las limita.

La cuestión no es, en la práctica, oponer el psicoanálisis a la psiquiatría, ni proponerlo como alternativa, sino ver como el enfoque analítico puede ser pertinente en la institución. Dicho de otro modo, que es lo que él cambia, no en la relación de los miembros del equipo entre ellos o con los enfermos, sino en la práctica con los pacientes en una institución.

Tomar en cuenta lo real institucional es apuntar, mediante diferentes intervenciones, a mantener la posibilidad de un lazo comunitario, a regular la violencia, a que la relación entre cada uno sea posible. Este objetivo difiere de la interpretación de las interacciones y también del incremento de la disciplina. La cuestión, lo vemos, no es la de la práctica del psicoanálisis aplicado al sujeto o al grupo, sino que en nuestros actos saquemos las consecuencias de lo que aprendemos del psicoanálisis.

Este abordaje es también necesario por el hecho de que es a partir de lo social que existe la institución y no a partir del psicoanálisis. Eso es cierto para toda institución: su realidad con-

creta le es dada por la presencia de enfermos con su estatuto social y, para el sujeto psicótico entre otros, por el hecho de que su discurso, su presencia entre los otros ya no hace lazo social.

Así, una institución psiquiátrica toma cuerpo desde lo social, tanto en su dimensión de protección como en lo de exclusión: es lo que hace que el paciente pueda sentirse mal tanto de entrar como de salir de ella.

Quisiera decir que la justificación de una institución no debería basarse tanto en que sea terapéutica en el sentido médico, o rentable al nivel del gasto, sino en que sea un espacio, tal vez el único —ya no es el caso de los medios artísticos, religiosos o militares— donde pueden ser acogidos aquellos cuyo discurso, en efecto, ya no hace lazo social, y aquellos que pasan al acto (tentativas de suicidio, fugas, violencia, accidentes, etc). En último término, es el significativo *asilo* el que se impone: la institución como lugar de *asilo*.

Aquí, se encuentran sujetos hospitalizados y personas que los cuidan a partir de los cuales va a desarrollarse una práctica diferente de la respuesta analítica individual. La institución no es el lugar de la práctica analítica, y se puede pensar que un paciente, incluso psicótico, que se sostiene de la transferencia no tiene necesidad de la institución: él está fuera—institución. En fin, no del todo, si consideramos los dispensarios, los centros médico-psicológicos u otros, donde es posible encontrar analistas.

La práctica en institución es una “práctica entre varios” que debe diferenciarse de la psicoterapia institucional que se desarrolla a partir de un tejido de palabras y de sus “poderes”. Por tanto, la práctica entre varios no es la práctica del psicoanálisis en la consulta. Ésta no es la adecuada para eso a lo que uno se enfrenta en un servicio: eclosiones delirantes con desbordamientos de goce, retornos de goce en el cuerpo, en los perseguidores, pasajes al acto, etc.



Por tanto, es esencial que los psicoanalistas se impliquen en esa práctica, en esa clínica específica que no puede funcionar sin una restauración del sujeto. El psicoanalista, o aquel que se siente concernido por las cuestiones que plantea el psicoanálisis, no está allí a título del que sabría “escuchar”, al lado de los que prescriben, o de los que velan por los detalles de lo cotidiano y la vigilancia de los enfermos.

No se le pide al psicoanalista que sea un teórico, se le pide su presencia en acto.

El psicoanalista lleva con él la cuestión del deseo, el deseo de saber y de aprender del paciente. Su deseo de cuidar también. Su deseo, es eso lo que hace obstáculo a la aplicación de los saberes preestablecidos.

Esta posición del analista, que pone la clínica en su centro, no tiene como referencia un saber, o todos los saberes que sería suficiente aplicar a los pacientes. Por el contrario, acentúa lo que hace brecha en el saber, en los saberes constituidos, y que nos pone al trabajo en el uno por uno de los pacientes.

Este abordaje pone el deseo de saber en primer plano, y hace de nosotros “sujetos supuestos interesarse” en el sujeto psicótico, en lo que esta en juego para él. Por ese motivo, nos coloca en situación de inventar a la medida de cada sujeto, en función del momento o del lugar en que lo encontramos.

Esta práctica entre varios no transcurre tampoco sin escollos. Cuando un grupo trabaja conjuntamente durante mucho tiempo, cuando ha vivido momentos intensos, periodos conflictivos, puede suceder, sin que se perciba, que se encierre a tal punto en sí mismo que se constituya un interior/exterior.

El exterior es objeto de críticas, de hostilidad, en la medida de las necesidades internas del grupo y de sus conflictos. Es una manera de restaurar artificialmente los valores del grupo con respecto a un exterior vivido como hostil.

Entonces, en el grupo, es difícil identificar lo que corresponde a la posición o al lugar de cada uno. La impresión es, más bien, que cuando uno habla, es como si hablara en el lugar de otro, el discurso de uno siendo el del otro y, la singularidad de la palabra de cada uno se pierde en el discurso colectivo, aún llamado, en este caso, “discurso referente”. Por otra parte, cuando las cosas están así, que el referente sea analítico no arregla nada. La cuestión sería entonces: ¿Cómo apuntar a la singularidad del sujeto, del paciente uno por uno, cuando el discurso de cada uno de los médicos, psicólogos, enfermeros, educadores, etc., viene de lo colectivo y no de lo particular?

Esto resulta particularmente interesante de considerar para un paciente en dos ordenes de la temporalidad: el del período de su hospitalización y el del tiempo de las reuniones institucionales, en las que se habla de él. Ya que, en una institución, todo paciente, sea neurótico o psicótico, es hablado y, ciertamente, una de las primeras cosas que se deben hacer en nuestra práctica es, precisamente, realizar la operación del pasaje del decir sobre el enfermo a la escucha de su propio decir.

II. EN PRÁCTICA: UNA IMPLICACIÓN DE CADA UNO

1. Dirigir un servicio

Es importante señalar que un servicio o una institución, sean cuales sean sus estructuras y sus referencias teóricas para la práctica, no pueden funcionar sin estar orientados. Para eso se necesita la implicación del jefe del servicio o del responsable o, dicho de otra manera, de quien ha aceptado la responsabilidad de la tarea que le ha sido confiada. Para eso, su presencia debe ser efectiva. Debe saber diferenciar sus acciones de mando, de dirección y de orientación.

Esta última función de orientación es esencial en ella misma y también porque ella influye en las otras dos. Realizar correctamente esta



acción supone saber escuchar a todas las personas del equipo clínico, interesarse realmente por su trabajo, saber lo que hace cada uno con los pacientes y también entre ellos. Es sabiendo como se orientan que uno puede orientarlos mejor. Es importante ir contra los efectos de grupo y para ello debe reducirse toda ocasión de deriva imaginaria y, por el contrario, hacer circular el deseo dentro el grupo.

2. Le “bon escient”, prescripción y transferencia. “El momento oportuno y la manera apropiada”.

¿Qué actitud con respecto a los medicamentos? Nosotros sostenemos que a veces es importante prescribir medicamentos y que esa prescripción debe inscribirse en el conjunto de las prácticas.

Se trata de hacer un buen uso de los medicamentos, es lo que siempre decimos. Eso, ¿querría decir que hay un mal uso es posible? Por supuesto, muchos incluso. Estos pueden depender de la indicación, de la elección del psicotropo, de sensibilidades individuales, etc. Un punto debe subrayarse: los medicamentos no son analizadores semiológicos; no permiten ni hacer ni confirmar los diagnósticos.

Sea cual sea la eficacia de los psicotropos de los que disponemos hoy en día, debe señalarse que no tienen efectos curativos: no son los psicotropos de la causa. El efecto de estos medicamentos apunta a una acción sobre los síntomas: angustia, agitación, etc..

Así, incluso cuando una prescripción se revela necesaria, debe ser objeto de una reflexión bien conducida. Toda prescripción tiene consecuencias y es preferible haber reflexionado antes sobre ella. Por tanto, una prescripción no debe hacerse sino “en el momento oportuno”.

El momento oportuno, es la cuestión que hay que plantearse con un enfermo. El momen-

to oportuno de la prescripción es cuando, a veces, la palabra no alcanza.

- El psicoanalista no es neutral, también puede tomar partido y sostener la necesidad de un tratamiento: “¡Sí, usted debe tomar su medicación!”.
- Para el psiquiatra, prescribir es también implicarse, es inducir la transferencia por el hecho mismo de que el terapeuta también se prescribe. Es decir que prescribir un tratamiento, fuera de los efectos específicos del medicamento, es prescribir su saber sobre la enfermedad y sobre las condiciones para salir de ella.

De esta manera, el acto no es una automatización sino una reflexión sobre lo que el sujeto ofrece a la percepción y a la escucha. La prescripción es, ante todo, un acto que se produce en el marco de una relación. No está separada de quien la propone ni de quien la recibe. La prescripción produce efectos transferenciales.

Tampoco es un acto aislado. Más bien, es necesario tomar en cuenta que al efecto propio del psicotropo se añaden otros factores que conciernen tanto al que lo prescribe —el médico— como al que lo da —el enfermero. En nuestra práctica hospitalaria debemos también tomar en cuenta esta dimensión institucional.

La persona de tratamiento: El desplazamiento “del momento oportuno” de la prescripción de medicamentos, tomada en un lazo de palabra, a la reducción de toda palabra por los psicotropos, produce consecuencias en el sujeto. A la larga percibimos, en ciertos pacientes, verdaderas reorganizaciones: un vacío de la afectividad y del ímpetu delirante. No queda más que, subraya Jacques-Alain Miller, “la envoltura vacía del delirio”ⁱⁱⁱ. Es lo que él llama la “*persona de tratamiento*” que viene a sustituir, a la larga, a la “*persona salvaje*” que ya no es accesible. Es decir como era el sujeto al inicio; antes de ser curado con los psicotropos. “En esos casos, no podemos hacer sino una clínica de la enfermedad mental bajo tratamiento”ⁱⁱⁱⁱ.



Las psicosis ordinarias: Subrayemos que encontramos pacientes que presentan problemas de contacto y, a veces, discretos signos de discordancia en los cuales, sin embargo, no existe ningún elemento que firme formalmente la psicosis —no hay manifestación alucinatoria, no hay actividad delirante— e, incluso pueden tener una inserción familiar y profesional sin historia, o como mínimo, pacientes con una historia aparentemente común. Les llamamos “psicosis ordinarias”. Pero, un día, un encuentro es suficiente y todo bascula. No siempre. Por lo tanto, el diagnóstico de psicosis es, en ocasiones, difícil de hacer y, al mismo tiempo, hay una cierta reticencia a retener el de neurosis. Nos encontramos en presencia de lo que clasificamos en Arcachón como los “inclasificables”. Inclasificable es una temporalidad. Con la reflexión, el trabajo, la clínica bajo transferencia, los puntos de vista evolucionan. Acabamos por clasificarlos bien.

III. EN COMPLEMENTO SOBRE LA PSICOSIS

Es respecto a los pacientes psicóticos que podría, especialmente, revelarse la antinomia psiquiatría–psicoanálisis. Nuestro desarrollo se aplica, particularmente, a estos pacientes ¿Las psicosis, son terreno reservado a los psiquiatras y la patología por excelencia de los tratamientos psicotrópicos? Ciertamente, los psicóticos que no reciben tratamiento neuroléptico son pocos. Eso no excluye, como ya hemos visto, la importancia de un trabajo basado en una relación que pase por la palabra.

El lugar privilegiado del tratamiento de los psicóticos es el hospital psiquiátrico. Si el psicótico está ingresado al hospital es porque, como ya hemos dicho, su discurso no hace lazo social. En la institución psiquiátrica, se habla de él, se le habla en una producción que mezcla el discurso médico con el discurso social. Que la palabra del sujeto psicótico emerja y que la institución la retome, le da forma para que sea conforme con la norma: que por lo menos haga lazo social antes de que la institución se plantee

separarse de él. Aquí, el concepto de curación se extiende más allá de la reducción sintomática a la curación social.

La característica del psicótico en el hospital es la de ser hablado. Es lo que lo hace dócil a la ciencia. El lugar que le da la institución psiquiátrica hace que él sea el objeto de todos los estudios: objeto del Otro científico. Es en ese punto que el objetivo se revela más claramente médico.

Los neurolépticos tienen una acción sobre la angustia, sobre la agitación, sobre la inhibición, sobre los fenómenos psicóticos agudos. Tienen también una acción sobre la palabra. De nada sirve hacer callar al psicótico ya que a eso, a pesar de su agitación, de su logorrea, está particularmente dispuesto, como lo ilustran el melancólico o el autista. No se trata, pues, de hacerle callar, sino de no dejarlo en su autismo, es decir que se trata de animarlo. Es ir contra la corriente que lo empuja a radicalizar su separación del Otro y de los otros.

En este punto, el discurso del psicoanálisis se separa del discurso de la ciencia. La psicosis no debe considerarse bajo el ángulo del déficit sino como un defecto fundamental de la estructura y de la inscripción de lo simbólico. El psicoanálisis, liberando al psicótico de lo orgánico, hace de él un sujeto responsable. Además, el psicótico puede orientarse en esa vía ética, y es cada vez más común que solicite un psicoanalista. Ese sujeto psicótico puede también, a su manera, estar motivado: a veces demasiado —el paranoico *ardientemente motivado*. El esquizofrénico, separado del Otro, no pide nada. Es ahí que se le debe movilizar, a fin que otro pueda consistir para él en la relación.

A partir del momento en que un psicótico decide y se pone a hablar a un psicoanalista, algo cambia para él. Entre otras cosas, y es el objeto de nuestra reflexión, su actitud respecto al servicio, a la institución, al psiquiatra, al tratamiento psicotrópico, todo eso puede modificarse y evolucionar hacia una participación más activa.



IV. NOTAS SOBRE LA CURACIÓN: ¡EL COMÚN ACUERDO!

La curación en psiquiatría no tiene siempre el mismo sentido para el médico que para el enfermo y para su entorno familiar o profesional. Añadamos también para la sociedad.

La irrupción de la enfermedad mental introduce una ruptura en la trayectoria de la vida de un paciente. Eso induce muy frecuentemente una fractura en la familia, en los lazos de amistad y profesionales.

La remisión de los síntomas más ruidosos no siempre es sinónimo de curación. La curación es a menudo un compromiso que permite al paciente reencontrar una cierta libertad, un margen de autonomía que conlleva una cierta calidad del lazo social.

Por eso decimos que no es suficiente referirse al retorno a una supuesta norma —o varias— para definir la curación. Así, un psicótico estabilizado ¿sería capaz de pilotar un avión, conducir un tren o estar autorizado para portar armas cuando es policía o gendarme o, más banalmente, se le pueden confiar tareas complejas? La respuesta no es unívoca en referencia a una patología. Debe elaborarse en el caso por caso de los sujetos y de los puestos de trabajo implicados.

Más simplemente aún, un paciente puede estar en desacuerdo con su psiquiatra: tener miedo de salir, o querer, por el contrario, reducir su estancia en el hospital, etc. A veces, es la familia quien está desfasada respecto a una curación anunciada. Por otra parte, es el grupo social quien se subleva frente a la ligereza de los psiquiatras y su complicidad con los enfer-

mos contra las familias, y por esa razón, contra el orden social.

Aquí vemos que el concepto de curación no es unívoco. La curación concierne al síntoma, al enfermo, al grupo social y también, aunque la noción pueda parecer sorprendente, incluso marginal, al sujeto. Para el psicoanálisis el sujeto no es marginal, es central en el sentido de que es indisociable de la cuestión del deseo.

A veces en el mejor de los casos, de *común acuerdo*, el psiquiatra y el paciente convienen que el tratamiento ha tenido un efecto, que el estado del paciente ha vuelto a una norma —la norma de las escalas de evaluación de la depresión, la norma de la dosificación de los neuromediadores o más banalmente, la del sueño, de la astenia, de la abulia—. Sin embargo, el sujeto puede aún declarar, en ese contexto de ausencia de signos de enfermedad que “está mejor, y que pese a que lo tiene todo para ser feliz, no lo es” Por tanto, puede sentirse averiado del lado del deseo. Y entonces, no hay medicamento del deseo. Dicho de otra forma, no hay medicamento del sujeto.

El psicoanálisis interroga este punto. Sin embargo, el psicoanálisis no es lo que se coloca después de la acción del psiquiatra, no es el absoluto un recurso, retrasado en el tiempo, retrasado en relación con el acto.

El psicoanálisis no es lo que vendría, como a menudo se piensa, a mejorar, reforzar en el mejor de los casos, lo que ya se había logrado por otros métodos.

Está allí de entrada a través de la existencia misma del sujeto del inconsciente en su relación a la palabra.



ⁱ DI CIACCIA A., “De la fondation par Un à la pratique à plusieurs”, in : *La pratique à plusieurs en institutions*. Bruxelles, *Préliminaires*, n° 9 & 10, 1998, p. 17-22.

ⁱⁱ MILLER J.-A., Présentations; La conversation de juin 2000, Documents préparatoires, Paris, juin 2000; p. 50.

ⁱⁱⁱ *idem*