



PRESENTACION DE ENFERMOS

Benjamín Domb

Vamos a hablar de la presentación de enfermos, seguramente es más interesante escuchar una presentación, pero es necesario por una vez delimitar las coordenadas, el funcionamiento, el interés que tiene para nosotros esta tarea. Nos referimos a los lugares de los 3 participantes: el enfermo, el entrevistador y el público, también a los tiempos de una presentación. Haré finalmente algunas consideraciones acerca del diagnóstico y de la dirección de la cura en la psicosis, como la entiendo hoy, no pretendiendo reafirmar mis concepciones sino ponerlas a prueba, avanzar en ellas o si es preciso, modificarlas.

Mi propuesta es la de retomar esta experiencia de la presentación de enfermos poco difundida en nuestro medio psicoanalítico —tengo entendido que en psiquiatría esto se realiza, por supuesto no con los mismos fines.

No se trata para nosotros de presentar casos típicos, hacer una semiología psiquiátrica, sino más bien presentar enfermos que plantean problemas de diagnóstico, de pronóstico, etc., es decir que partimos de los obstáculos y no de un saber constituido. Debemos reconocer y aceptar esta apuesta y no para tratar de dar respuesta inmediata a nuestros interrogantes, sino que partimos de un presupuesto inicial, básico para nosotros o al menos para mí, más allá de todo lo que se ha producido en el campo de las psicosis, por la psiquiatría y por el psicoanálisis y que debemos reconocer,

en el campo de la locura el saber está más en falta que en ningún otro campo.

Haré una afirmación más rotunda todavía: debemos cuidarnos mucho de ese saber constituido, de que no nos obture la posibilidad de escuchar lo que los enfermos digan.

Antes de comenzar a relatar cómo funciona esto, será necesario volver a afirmar lo que me llevó a proponer esta experiencia. El respeto y la consideración que tienen para mí como para muchos de ustedes. la enseñanza y los escritos de Lacan, hacen que me interrogue el hecho de por qué él ha mantenido y sostenido esta experiencia a lo largo de todo su recorrido. ¿Por qué lo hacía?

Dado que si bien no podemos desconocer su procedencia psiquiátrica no podemos tampoco desconocer que su producción psicoanalítica lo alejó radicalmente de la psiquiatría pero, evidentemente, no de la psicosis. Entonces la pregunta se mantiene: ¿por qué sostuvo esta experiencia durante tantos años, a lo largo de su enseñanza?

No basta con decir que lo hacemos porque él lo hizo, sería ir en contra de toda la enseñanza de Lacan. No se trata de identificarnos con él, aunque, a nivel imaginario, no nos faltan ganas, lo que pasa es que aprendimos que esas identificaciones no sirven para quien pretenda ocupar una posición de analista.

Creo tener una respuesta muy simple, pero aunque simple no es obvia —no siempre lo simple es obvio— y es la siguiente: Lacan, a pesar de su tesis acerca de la paranoia y de haber hecho durante los años 55-56 un seminario de 25 clases sobre la psicosis y haber producido su escrito acerca de "Una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis", no tenía resuelta la cuestión de la psicosis; sólo había producido algunos pasos. Lo mismo se podría decir de Freud, tampoco lo resolvió más allá de su genial trabajo sobre Schreber, son estos pasos que se han dado, avances, pero muy pequeños si tenemos en cuenta la dimensión del problema.

Tan es así que podría decir que durante los últimos seminarios de Lacan, en los años que van de 1975 a 1980 y particularmente en *Le Symptomme*, continúa haciendo esfuerzos por momentos increíbles, dramáticos con el nudo borromeano, tratando de dar cuenta de la estructura de la psicosis y hasta donde puedo decir, el problema sigue sin ser resuelto aunque, repito, existen indicaciones valiosísimas para introducirnos en ese oscuro campo de la psicosis. Pero para introducirnos en éste será imprescindible además, enfrentarnos con los enfermos mismos, de lo contrario nuestras reflexiones se convertirán en filosofía.

Serán los propios enfermos los que a través de su relato, de nuestro interrogatorio, nos harán cuestionar, preguntar e intentar producir los pasos que podamos dar.

Para ello es indispensable una premisa básica: será necesario, indispensable no encuadrar a los enfermos dentro de los esquemas de saber que ya poseemos.

Será un trabajo muy duro desprendemos de ese saber aunque sea por un momento para dejar que sea el decir del enfermo el que nos conduzca, —toda vez que nos ponemos a discutir, allí donde aparece una laguna, inmediatamente tratamos de encajar al paciente en nuestro esquema y esto no conduce a nada, pero es tan difícil sostener la pregunta, es más difícil que encontrar una respuesta y esto es por razones de estructura, de nuestra propia estructura, nosotros también tenemos nuestras propias alienaciones, estamos también alienados a un cierto saber.

Partimos de la práctica no sólo para cuestionar nuestro saber sino también para tratar de producirlo.

Hacemos esto para tratar de encender algunas luces en nuestra ignorancia.

Entonces vayamos al funcionamiento, dije que había tres actores en este escenario:

- Un enfermo que es traído por las personas que tienen a cargo su tratamiento, vienen con los interrogantes que este enfermo les plantea. Nos dan una breve información del mismo, la necesaria: por qué está internado, quién lo trajo, algunos datos personales, si es ésta la primera internación o no, etc. y fundamentalmente, cuáles son los interrogantes que éste les plantea. Esta información, por supuesto, es previa a la entrada del enfermo, es un tiempo previo a la presentación misma.

- Un psicoanalista que realiza la presentación y que nunca sabe de antemano lo que le va a tocar, es decir, qué le espera, no conoce nada del paciente más que esa escueta información que recibe aquí.

Como se darán cuenta, se trata de una apuesta, aquí quien realiza la entrevista expone sus habilidades, su torpeza, en un saber hacer la presentación, lograr si puede obtener la confianza del enfermo y orientar su intervención de la manera más eficaz.

- El público. En un primer tiempo, mientras se desarrolla la presentación, podríamos establecer algo así como una imaginaria barrera entre estos dos personajes y el tercero, el público que escucha.

Aquí quiero hacer una puntuación: puede ser que el paciente sienta la presencia de este público, inclusive intente tener alguna comunicación con el mismo. Es importante que el público respete su lugar: en este momento escucha, no participa, pero lo que es fundamental es que no haya bajo ningún aspecto ninguna actitud, fundamentalmente de quien conduce la presentación, que delate ningún tipo de convivencia, ninguna com-

plicidad con el público. En entrevistador no debe tener ninguna influencia por parte del público: debe abstraerse de su presencia.

De más está decir que el público no pregunta ni participa de la entrevista más que como oyente, esto le es comunicado al enfermo.

En un segundo tiempo, una vez que concluye la presentación y el paciente se ha retirado, el tercer actor comienza su intervención: el público podrá, deberá aportar aquello que ha escuchado. Como se observa de lo hasta aquí dicho, el material que dispone el público no es el material de una historia clínica, es ante todo, el material de una interlocución de dos en presencia de un tercero; es este tercero quien toma la palabra entonces sobre el material de esa interlocución que presenció momentos antes.

Y aquí el que apuesta es el público, apuesta por una estructura, por una evolución, etc. pero fundamentalmente apuesta su escucha.

Pero volvamos por un momento a la situación de la presentación, para recordar algo que señala Erik Porge, acerca de su experiencia como oyente de las presentaciones de Lacan, nos dice:

Lacan manifiesta una suerte de lentitud en comprender. La atención que él tenía hacia el enfermo se caracteriza por una cierta manera de no comprender. Esta manera no es de engaño sino que ella es utilizada durante la entrevista para poner a prueba las certezas delirantes del enfermo".

Una cierta manera de no comprender enunciada como tal, es integrada a la entrevista como elemento positivo, ella sostiene una posición enunciativa y se presenta como, si no sustituyéndose, al menos haciendo contrapeso a la empresa de parasitaje, en el diálogo forzado que el sujeto mantiene con sus voces.

Para que haya ese manejarse más allá de la comprensión de la palabra, es preciso que quien interroga esté él mismo realmente tomado en un trabajo de investigación efectiva, no se llega a la presentación habiendo renunciado a querer saber mejor.

Podríamos todavía agregar algunas cosas más sobre esto del comprender, por supuesto que no se trata de comprender a los enfermos. Aquí también se trata de ir un poco más allá de la comprensión, ya que la comprensión consiste en pensar que hay cosas obvias que, por ejemplo, cuando alguien está triste se debe a que no tiene todo lo que su corazón anhela. Nada más falso: hay personas que tienen "todo lo que anhela su corazón" y que están tristes de todos modos. Lacan nos dice que la tristeza es una pasión de naturaleza muy diferente y todos habrán tenido la experiencia de encontrarse con aquellos que teniendo "todo", se ponen melancólicos los días de lluvia, quienes lloran por dramas ajenos, si no no tendrían tanto éxi-

to esos melodramones que pasan por la televisión todas las tardes. La tristeza es una pasión por la pérdida irreparable del objeto del deseo.

Otro ejemplo que Lacan nos aporta en relación al comprender es el de cuando se recibe un bofetón, puede llegar el caso que uno no sepa si es un castigo o una caricia pero tampoco es tan obvio que comprendiendo el mensaje se pueda comprender la respuesta y frente a esto uno puede llorar, otro reaccionar, otro poner la otra mejilla, dejarse golpear, etc.

Digamos que en la estructura del ser humano debemos cuidarnos de las cosas obvias, es decir, de aquéllas que creemos que son naturales. Desde el momento en que el ser habla, se acabó la armonía y se presentan entonces anomalías tan profundas, paradojas tan evidentes, que se plantea el problema de saber qué hay que introducir para dar pie con bola.

Por eso una de las premisas básicas es aquella de cuidarnos de comprender, al menos, demasiado rápido.

No se trata de transmitir un saber sobre la psicosis a partir de un punto de vista que sería llamado sano sin otra forma de proceso, sino de transmitir un saber por y con la psicosis. ¿Qué hace que ese saber viniendo de la psicosis, en el momento preciso en que se dialoga con el sujeto, sea sordo, se resista a él, no se lo reconozca allí?

De ahí el interés de un público tercero, que pueda escuchar de otro modo en ese momento, allí.

Pero podemos agregar un otro sentido y valor a la presencia del público esta vez, intrínseco a la misma entrevista: una de sus funciones es limitar la omnipotencia de aquél que interroga. Esta inclusión del tercero opera entonces como un mediador entre el enfermo y su interlocutor. Sabemos de los dramas transferenciales de ciertas estructuras psicóticas donde el enfermo está enfrentado a un Otro como absoluto, habitualmente encarnado por una madre omnipotente y finalmente persecutoria. En este sentido, el público limitando el saber del entrevistador puede tener un efecto antipersecutorio, ya que se interpone en la relación dual y se interpone en la medida que ninguno de los dos interlocutores tiene el dominio del público. Si dominio debe haber allí, éste no pasará por el afrontamiento de los dos actores sino por la captura por la palabra, que en esta experiencia se clivará entre aquél a quien va dirigida, al entrevistador, y aquél a quien está destinada, al público que será el lugar de su realización y que no es manejable por ninguno de los dos interlocutores.

El público no está especialmente solicitado para mirar ni para seguir una intriga, una acción, sino para escuchar el diálogo de dos personas sentadas, donde nadie sabe de entrada a donde va a recaer esa palabra. No se juega aquí un texto escrito de antemano, se va produciendo en la entrevista misma.

El público, por otra parte, no encarna tanto una función de desciframiento del decir, por lo menos en la entrevista, como una función de reconocimiento del decir.

Si ustedes lo piensan bien, caerán en la cuenta de que éste ha sido un déficit radical, me refiero a la carencia del reconocimiento del decir del sujeto, en por lo menos una buena proporción de los psicóticos.

Por lo tanto esta función intrínseca del público, no es aleatoria; es de estructura.

Tenemos que señalar además, que para el enfermo éste es un acontecimiento en general único que escande la duración indeterminada de su enfermedad. La presentación es una situación dramatizada para el enfermo, pero también lo es para el presentador, ya que es su única posibilidad de entrevistar a ese paciente y como decía, se expone: sus incomprensiones, sus torpezas, sus sorderas selectivas son develadas. Su saber hacer está puesto en juego: en un tiempo limitado, insisto, deberá ganar la confianza del enfermo y en poco tiempo debe hacerse una idea de lo que cuenta para él, hacer una selección en sus dichos, ya que no todo debe ser dicho, hay que abordar con prudencia, hay significantes que hacen mal, hay que saber lo que no hay que preguntar, debe cuidarse de comprender, no debe ser ni muy parcial ni muy sugerente.

Y bien, el hecho de que el público esté allí toma para el entrevistador el sentido de un riesgo tomado.

"Enseñanza, no esperen ninguna en este lugar", dice Miller. Lo que se aprende se coge al vuelo, salido de la boca de uno u otro y nunca se está seguro de tener algo entre las manos o nada.

Lo que sí, como en ningún otro lugar, se queda uno lleno de interrogantes, de preguntas, de cuestiones que por algún tiempo dará vueltas por su cabeza. Bien: esto hay que aprovecharlo, ¿de qué manera? Muchas veces y en cuestiones tan complejas como las que aquí se tratan, mejor que tener una respuesta es poder situar bien las preguntas. Es recomendable que cada uno trabaje esas preguntas, las fije, no esperen una respuesta inmediata y si en una de éstas la obtienen demasiado rápidamente, desconfíen de ella, sométanla a todas las pruebas que se les ocurran antes de dejarla asentada como tal. Y si la pregunta queda abierta, será de esperar que en la serie de las presentaciones, se pueda articular con algo que surja, tal vez al vuelo, en esa otra ocasión. Y que de estas articulaciones y estas preguntas, haya en su momento algún producto.

Ya dijimos, no se reduce nuestra tarea a dar un diagnóstico, si algo queremos captar, si a algo nos dirigimos eso se podría denominar el núcleo de las psicosis, en cada enfermo en particular.

¿Es descifrar las enfermedades mentales reconocerlas y clasificarlas?

Hay un encasillado que permite hacerlo y que fue elaborado en el siglo pasado y a comienzos de éste por los psiquiatras clásicos.

El saber de la psiquiatría clásica se presta al manual y forma un conjunto, un corpus simple y sólido.

En ese segundo tiempo de la presentación, el público se ve enfrentado, en muchas ocasiones, a tratar de buscar una salida. Pero ¿cuál es la salida? ya que siguiendo a Lacan no hay lugar para tener esperanzas, la clínica es lo real en tanto es lo imposible a soportar, lo es para el enfermo, lo es también para el analista.

Buscar una salida... salida, somos nosotros los que llamamos a eso de ese modo; la salida, la suya, el susodicho enfermo mental ya la encontró, es su enfermedad. Y si nosotros buscamos por él la salida, en su lugar, es quizá nuestra propia manera de andar mal.

Por supuesto, no debemos pensar entonces que no tenemos ya nada que hacer. Es verdad, existe una pasión por comprender al psicótico y curarlo, tal vez otra cosa sea preguntarnos por la dirección de la cura, que no siempre quiere decir curarlo, quiero decir que Lacan habla de tratamiento posible de las psicosis, tanto en su Seminario 3, como en su escrito "Acerca de una cuestión preliminar...", era en su época joven, no tenía más que 53 años. Será, sin embargo, 20 años después, en el Seminario *Le Synthome* donde si bien no habló ya de tratamiento, dio sí algunas pistas que quiero ahora retomar, es mi interpretación de la cuestión, lo dejo asentado, dentro de un tiempo prudencial me gustaría retomar. Por otro lado no digo que esto no se haya hecho, digo que no se ha teorizado ni se ha sistematizado.

Vamos a ver si lo puedo transmitir sin tener que hacer un desarrollo demasiado extenso.

En las presentaciones previas<sup>1</sup> me mostraba muy interesado en indagar sobre la existencia de algún objeto de interés del enfermo.

De un objeto singular para ese enfermo, encontré que a uno le interesaban cosas que tenían que ver con la mecánica, otro con la contabilidad, un tercero gustaba de tocar la guitarra y componer letras.

Casi todos tienen, por supuesto, una pasión desmedida por su madre. La madre del psicótico es en muchos casos todo el personaje. Ocupa un lu-

<sup>1</sup> A título de ensayo realizamos una serie de presentaciones el cartel de clínica de la E.F.B.A. que integramos: Daniel Deluca, Susana Ponisovsky, Alejandro Sayus y yo junto a terapeutas del Servicio de Emergencias N° 1. Aprovecho la oportunidad para reiterar mi agradecimiento al Dr. Néstor Súngo, Jefe del Servicio y a la Lic. Mónica Fudín, Jefa de Psicología, la acogida que nos brindaron.

gar tan preponderante que se convertía prácticamente en todo, es lo que en la teoría lacaniana denominamos el Otro absoluto, pero también el objeto único.

Tenemos que tener en cuenta, aquellos que manejamos la teoría lacaniana que el lugar del Otro, que es el lugar de lo simbólico en Lacan, no tiene por qué ser diferente del objeto en tanto real; son dos órdenes distintos pero que pueden recaer sobre la misma persona.

En realidad, sería esperable lograr la máxima separación entre estos dos órdenes, pero en los neuróticos el amor los une y en los psicóticos, toda esa profunda alteración de la estructura produce el mismo efecto —en realidad nunca se constituyó una separación entre estos dos órdenes— con consecuencias, por supuesto, mucho más dramáticas.

Más precisamente ¿qué podemos decir hasta el presente de la estructura del paciente psicótico?

Partimos de lo conocido, sosteniendo que la estructura en la neurosis está constituida por tres registros heterogéneos entre sí que denominamos lo Simbólico, lo Imaginario y lo Real.

Lo que ocurre en las psicosis, por lo menos en la paranoia, es que esa heterogeneidad no logra constituirse, lo que se produce entonces es una continuidad, los tres se equilibran de tal manera que se superponen, se continúan, lo real, lo simbólico y lo imaginario son una sola y misma consistencia.

Encontrar, entonces, un objeto que funcione produciendo todo el clivaje que se pueda obtener según cada caso entre ese Otro absoluto que dejaría de serlo en la medida en que ese objeto vendría a ser restado de su campo, implicaría en principio una cierta dirección de la cura.

No es sencillo ni mucho menos, porque este objeto no es un objeto que nosotros podemos encontrar en cualquier parte, debe ser encontrado en la historia de ese enfermo, no es sin relación con ese Otro y es un objeto entonces que por un lado comparte con el Otro, por parte es un objeto que le resta y sustituye al Otro.

Encontrar este objeto, desarrollar la relación del enfermo con este objeto, lograr el máximo provecho terapéutico con él, sería una manera posible no de curar al enfermo, sino al menos el de estabilizar su estructura y posibilitarle encontrar un lugar en la sociedad que no fuera el hospital.

Esta hipótesis, mínima, requiere de un desarrollo que hoy no estamos en condiciones de proporcionar, es parte de nuestra tarea de investigación.

Volvamos a nuestras presentaciones, para no olvidar que los pacientes que aceptan ser presentados, no van al hospital para eso, pero aceptan sabiendo que encontrarán un público atento a sus problemas. Por lo tanto no habrá que defraudarlos. Si ustedes no están interesados, les pediré que ni

siquiera vengan. Ahora, si vienen, tiene que saber que una vez comenzada la presentación, no podrán entrar ni salir hasta que el enfermo se haya retirado y deberán guardar silencio.

Pensamos también que los enfermos podrán beneficiarse de la pregunta que a su respecto se plantea, de lo que en la discusión posterior se diga y del renovado interés que pueda tomar para quienes lo están atendiendo, ya que es de esperar que lo que se diga en la presentación tenga consecuencias en el tratamiento del paciente.

Digamos que finalmente la pregunta de Lacan fue cambiando de acento: si al comienzo se preguntaba por qué tal enfermo era un psicótico, al final terminó preguntándose por qué tal otro no es psicótico.

¿Cómo se puede no estar loco? Es decir: ¿cómo se puede creer que el discurso que pronunciamos no es el discurso del Otro, que las palabras que nos vienen de afuera, nosotros las escuchamos como propias? ¿Cómo no sentir que las palabras nos son impuestas?

Nosotros creemos que hablamos, mientras que en realidad, somos hablados.

“¿Cómo no sentimos, se pregunta Lacan, que unas palabras de las que dependemos nos son impuestas, que la palabra es un enchapado, un parásito, la forma de cáncer con la que está afligido el ser humano?” —con lo cual si nos identificamos con el psicótico es en la medida en que él es como nosotros, preso del lenguaje, pero mejor: él nos lo enseña.

Lo que los psicoanalistas podemos aportar es que se puede tomar como criterio preciso lo que alguien dice, sin referirse necesariamente a lo que puede saberse por otras fuentes y que se puede de ese modo obtener del paciente lo más valioso sobre su existencia.

Ahora bien, quisiera remarcar algo más, existe desde hace un tiempo lo que llamaré una suerte de mala costumbre adquirida por los lacanianos de nuestro medio y que surgió a partir de unos trabajos de Maleval, trabajos realmente interesantes referidos a la locura histórica. Este autor cuestionaba muchos de los diagnósticos de psicosis, demostrando que se trataba de histerias graves, las llamadas locura histórica. El trabajo, lo repito, es muy interesante, pero cierta mala difusión del mismo hizo que prácticamente desaparecieran los psicóticos. Por lo tanto quisiera remarcar ahora que, se puede decir como se dice, que no es psicótico tal paciente porque no presenta tal fenómeno psicótico, por ejemplo, un neologismo, etc.; si consideramos que tal enfermo no es psicótico sino neurótico, es necesario entonces decir que no hay una psicosis porque hay síntomas neuróticos articulados. El diagnóstico de que no se trata de una estructura psicótica debería acompañarse con signos de otra estructura, articulados positivamente.

Es decir que los síntomas se organizan de un modo positivo como neurosis, como psicosis o como perversión. El diagnóstico no es una cuestión de descarte.

Habrán veces que no se podrá decidir, y habrá que aceptar que no podemos llegar, con los elementos que disponemos, a un diagnóstico.

Para terminar y que se desprende de lo dicho hasta aquí, pero digámoslo más claramente:

Uno de los efectos esperados es el de captar, más allá del diagnóstico, el por qué tal o cual enfermo puede tener mejor pronóstico.

Se trata en todos los casos de un saber particular a contrario imperio de la psiquiatría que se plantea un saber general de la psicosis.

No se trata del pronóstico de la categoría en general, sino del punto más particular de determinado caso.

Por lo tanto lo que se juega en una presentación no es sólo una enseñanza para nosotros, sino que además está en juego, en alguna medida, la suerte de cada paciente.

Nos encontramos en estas presentaciones con un sujeto, no con un paciente o con un individuo, colocado en una cierta estructura, psicótica ciertamente, pero con una función de sujeto. Hay que destacarlo obteniendo en ella efectos, incluso efectos imaginarios, de libertad y de elección. Manifestar la presencia de un sujeto, es producto del analista.

#### Bibliografía

- Jacques Lacan, *Seminario Nº 3. Las Psicosis*.
- Jacques Lacan, "Acerca de una cuestión preliminar...". *Escritos II*.
- Jacques Lacan, *Seminario Le Synthome*, 1975/76. Inédito.
- Erik Porge, "La présentation de malades". *Littoral 17*
- Jacques Alain Miller, "Enseñanzas de la presentación de enfermos", *Ornicar?* 3.
- Varios, "Las presentaciones de enfermos: Buen uso y falsos problemas", Mesa redonda. *Psicosis y Psicoanálisis*.
- Jean Claude Maleval, *Folies hystériques et psychoses dissociatives*.