

*Reflexiones sobre la creación de dispositivos de tratamiento*

*Es mi intención, a partir de este pequeño recorrido, transmitir algunas reflexiones respecto de nuestra práctica en Karites y la lógica que la sustenta y atraviesa. Y desde qué lugar pensamos los distintos dispositivos.*

Desde los recursos asilares hasta la creación de las nuevas instancias de tratamiento, los Hospitales de Día, los Centros de Día, surgieron como respuestas orientadas por un ideal: la resocialización y la reeducación. Política del Bien útil, que presiona en el sentido de una Alienación a esta Demanda.

En esta línea los pedidos que nos llegan desde la “comunidad”(Obras sociales, prepagas incluso los mediatizados por la voces de las familias, están orientados a que intervengamos en esa dirección, acallando los gritos que la locura propone, que progrese en su sofocación.

Entonces, la cuestión que se plantea es pensar un dispositivo que en principio interprete esta demanda e intervenga de modo que pueda propiciar una inversión tal, que permita el pasaje de la admisión de un paciente a la admisión de un decir, apuntando a una particularización tal, que implique a su vez una singularidad del tratamiento. Es decir, entendemos, “no existe un para todos los paciente” que no implique un efecto de masa, una cronificación.

El Hospital de Día, el Centro de Día, es en primera instancia, un nombre, luego un espacio.

Es un nombre que ofrece un lugar y un tiempo: coordenadas necesarias para la constitución de una escena donde un posible sujeto se aloje, se instale. Si hay escena hay Otro, que lo nombra, que lo cuenta.

Es un instrumento que a partir de una diversidad de espacios permite el despliegue singular de presentaciones graves, que siendo distinto del de las neurosis, ya que no podrá tratar con el retorno de lo reprimido, sino de “hacer algo “con ese retorno en lo real, por lo que ese sujeto particular es tomado, emergencia de un goce que se expresa en la violencia del pasaje al acto, la verdad que se escucha gritar maldecida en el delirio o en el silencio mortífero del estupor, y nos insta a un trabajo sobre él.

Se trata de ofertar y que esa oferta esté comandada y sostenida por un deseo tal que apunte a la creación de un dispositivo(centro, htal de Día, y/o acompañamientos) cuya direccionalidad apunte a la singularización y despliegue de un decir, que posibilite la

producción de un posible sujeto y nuestra apuesta con lo más pobre, más grave, más desamparado del paciente, será justamente, encontrar ahí, en la suposición de sujeto en la psicosis, en él recursos.

En estos espacios ofrecidos,, individuales y grupales. No se tratará de que ocupen el tiempo ni de “terapiarlos” en el sentido de llenar con significaciones cuanta producción hagan, ni de hacer consistir un ideal de grupo. Se tratará de que se articule alguna demanda en alguno de estos espacios.

A veces se tratará de alentar o sostener un proyecto propio que surja como efecto de la concurrencia a uno de los espacios, y trabajar en esa orientación junto con el paciente. Sólo en estos términos entendemos la resocialización y la reeducación. Es decir, en el sentido, al modo de un lazo social, que como sabemos no es estar con otros o ser más o menos sociable. El lazo social se define como efecto del discurso por el cual un sujeto hace pasar su palabra al Otro como lugar de la lengua, cuestión problemática ya que ese Otro está excluído cuando el sujeto de la psicosis discurrea.

La dirección del tratamiento es siempre una y en ella están implicados todos los miembros del equipo, aunque es uno el que dirige, lo cual obliga a una posición particular del equipo.

Como se constata hay distintos tiempos en el tratamiento que van a implicar distintos tiempos de construcción de un sujeto, que van desde la admisión a la articulación de un decir propio. Estos tiempos de construcción del sujeto son los que se encuentran obstaculizados en la psicosis: el sujeto, el Otro y la demanda rechazada que aún así lo aliena.

Nuestra clínica nos muestra una fenomenología absolutamente heterogénea.

Así, hay pacientes en los que los fenómenos de fragmentación corporal, desrealización y aparición del doble están en primer plano, además de la radical pérdida de sentido, como efecto de la desestructuración lógica del lenguaje. En otros la imagen corporal no se atomiza, fijación a la imagen como pura imagen, vestimenta sin cuerpo. como en las siniestras y terroríficas imágenes que nos recuerdan las pinturas de Bosch o Munch.

Y en algunos casos (con mucha suerte), nuestra función se reducirá a no obstaculizar y permitir el despliegue del delirio y ofrecerse como testigo, en tanto lugar vacío, dónde el sujeto pueda alojarlo. Las memorias de Schreber dan testimonio de ese goce que lo desborda y encuentra su estabilización en ser la “mujer de Dios”.

El delirio, como intento fracasado de encontrar un “sentido en la vida”, “ una misión en el mundo” podrá ser una tortura o bien si está trabajado en transferencia constituirse en un punto de anclaje, para hacer la vida más soportable.

Qué lugar para el analista y para los talleristas? Ni recusando ni afirmando, cuidándose de no quedar como Otro no barrado.

Pero sucede que no todos los sujetos disponen de los recursos inventivos para armar siquiera un delirio, entonces se tratará de prestar sentido allí donde la ausencia de metáfora da por efecto la inconsistencia absoluta del Otro.

Hay tratamientos que sólo son posibles en una institución y/o con acompañantes terapéuticos.

El hilo conductor de nuestras intervenciones posibles , desde las admisiones con la consecuente derivación a algunos de los dispositivos, apuntarán a evaluar de qué psicosis se trata o mejor aún de qué psicótico se trata y qué momento (antes, durante o después del desencadenamiento) . Cada intervención estará atravesada por una hipótesis de estructura, de tiempo y de nuestra posición.

Pero si como venimos diciendo apuntamos a encontrarnos con un efecto de subjetivación y el poder contar con un diagnóstico nos permitiría ubicar la falla de desanudamiento de la estructura, y desde allí , es útil y orienta pero insuficiente y (puede ser resistencial en el sentido de tapar con teoría lo que escuchamos)...sin la particularidad de cada historia de esa subjetividad.

Para concluir: la locura, sea neurótica o psicótica pugna por encontrar un interlocutor que escuche, que testifique sobre un saber que lo acorrala en el peor de los infiernos.

En ese complicado y problemático, en tanto en tanto imposible de nuestra práctica, encuentro, que no hay, con el saber de la locura, es un saber que nos incumbe, nos marca e instituye como sujetos, y nos remite a los enigmas del sexo, de la muerte, la paternidad . Sólo, si nos reconocemos hechos de la misma estofa que la locura denuncia a cielo abierto y maldecida, podremos encontrarnos con algún saber- hacer.

Retomando el que-hacer, se tratará en la singularidad del caso por caso, precisar cuál es su tela, cómo está hecha, cuál es su falla y a partir de ahí encontrar algún hilo, alguna hebra con la cual enlazar, bordear,anudar(que no pretende ser borromeicamente) ese agujero, que sin garantías, devendrá lazo, delirio, sinthome.