

XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2022.

Sobre las dificultades de un caso.

Cabanas Elicabe, Malena.

Cita:

Cabanas Elicabe, Malena (2022). *Sobre las dificultades de un caso*. XIV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXIX Jornadas de Investigación. XVIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. IV Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. IV Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-084/651>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eoq6/Ucg>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

SOBRE LAS DIFICULTADES DE UN CASO

Cabanas Elicabe, Malena

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Programa de Residencias PRIM. Unidad Sanitaria 1º de Mayo y Hospital Narciso López. Lanús, Argentina.

RESUMEN

En el proceso de toma de pacientes de la sala de internación de salud mental, a veces se juega la elección personal, a veces se asigna en función de la cantidad de pacientes de cada profesional, y a veces confluyen las primeras dos opciones. En el caso que comprende este escrito, la psicóloga tratante era la que tenía menos pacientes tomados. ¿Cómo se lleva a cabo un tratamiento con un paciente que no demanda y una analista que no elige tomarlo? Sin dudas se hace con muchas dificultades, sobre todo cuando la profesional termina quedando en un lugar de saber y goce para un paciente con delirio de persecución. Lo calculable y lo no tan calculable en relación a la táctica, la estrategia y la política, conjugan un escenario hostil para una analista que se encuentra dando sus primeros pasos en la clínica. El presente escrito tratará sobre los obstáculos en la transferencia con un paciente psicótico y las estrategias que fueron posibles desplegar, para lo cual se parte de una afirmación taxativa: hay transferencia en la psicosis.

Palabras clave

Psicosis - Transferencia - Clínica - Internación

ABSTRACT

ABOUT THE LIMITATIONS OF A PARTICULAR CASE

The patients assign process at a mental health hospitalization room, sometimes is based on personal choices, sometimes because of the amount of clients each professional has, and in other cases both of it happens at the same time. In this case, the therapist was the one with less patients on treatment. How could a treatment take place when the patient doesn't want to be treated and the psychoanalyst doesn't choose to treat him either?. Definitely it's done with lots of limitations, and it get worse when the professional turns to be in a knowledge and jouissance position, for a patient who suffers from persecution delirium. The calculate and less calculate sides of tactics, strategy and politics, conforms a difficult scene for a beginning psychoanalyst. This article is about the limitations of transference with a psychotic patient and the strategies that were implemented, based on a taxative statement: There is transference with psychotic patients.

Keywords

Psychosis - Transference - Clinic - Hospitalization

A mí me curó la palabra (de Dios).

M ingresa a la guardia traído por personal policial en el marco de una descompensación psicótica. Dos semanas más tarde se lo traslada a la sala de internación del tercer piso. M refiere no saber por qué está internado. “Pregúntele a mi mamá doctora, estoy acá porque ella me quiso internar” (sic). Cuando se le consulta por sus tratamientos anteriores refiere que en un tiempo pasado fueron necesarios. No obstante, dice, ahora es diferente: “Me curó la palabra de Dios” (sic). M leyó un fragmento de la biblia donde Jesús dice a sus discípulos que sólo las personas enfermas necesitan del médico. “Entonces dije ‘esto habla de lo que me pasa a mí’” (sic). El paciente dirá que lo que lo “enferma” (sic) es la medicación: le tiemblan las manos, y se siente cansado, apagado y sin fuerza de voluntad. “Tal vez estaba mal regulada esa medicación”, atisbé a decir. Las primeras intervenciones trataban de relativizar algo del discurso del paciente, sin contradecirlo. Pensar que tal vez, aunque una persona esté sana, necesita de alguna sustancia para estar mejor, incluso tomar un mate o un café, fumar un cigarrillo para calmar la ansiedad (cosa que el paciente hacía a menudo). Mirando en forma retroactiva, los señalamientos suenan algo apresurados.

Para poder encontrar un sujeto en el decir del psicótico, Lacan elige adoptar una posición de “sumisión completa” (como se citó en Leibson y Lutzky, 2020). Belucci (2009) se refiere a esta posición de “testigo” como quien aloja las producciones alucinatorias y/o delirantes sin pronunciar juicio alguno, y crea así las condiciones para una sustracción del goce en exceso. De no poder abstenerse, el analista corre peligro de estar en posición de ser quien predica sobre el ser del paciente, quedando en un lugar de saber y de goce. En definitiva, hay que tener cuidado cuando se interviene sobre la única solución que ha podido armar el paciente. ¿Qué es el delirio sino un recurso que el psicótico pone en marcha cuando algo de la relación con el Otro se le vuelve insoportable?

Yo sé más de psicología que usted.

El equipo tratante decide entrevistarle en forma conjunta. La psiquiatra de planta dirige la entrevista con un estilo más confrontativo, mientras el resto queda en segundo plano. A partir de esta entrevista M se empieza a comportar en forma hostil con la analista, no así con la psiquiatra. Se muestra desafiante, se niega a asistir a las sesiones y la agravia en público. “Yo sé más de psicología que usted” (sic). Casi dos meses pasaron sin poder tener sesiones con el paciente. Algo había pasado en esa

entrevista que había afectado al vínculo transferencial. Para Belucci (2009) ponerse a pensar la transferencia en la psicosis, tiene como prerrequisito tomar partido sobre su existencia en la estructura. En el campo de la neurosis, el analista hace uso del semblante para posicionarse desde un lugar homólogo al objeto *a* en tanto objeto extraído. De esta manera evoca algo que causa el decir del paciente y su división, al permitir leer en las fallas del discurso una verdad desconocida (Belucci, 2009) Esta definición deja por fuera la posibilidad de instaurar la transferencia cuando el objeto *a* no ha sido extraído como un real operable. Pero si no existía posibilidad de transferencia con M, no se explica por qué podía trabajar y tener un buen vínculo terapéutico con sus psiquiatras. Se parte, por lo tanto, de la base de que hay transferencia posible, solamente que es de otro orden a la transferencia neurótica. Había transferencia instalada; una transferencia hostil.

Algunos psicoanalistas hablan de “transferencia psicótica” como la tendencia que tendría la misma a organizarse en la polaridad persecución/erotomanía (Belucci, 2009). Esta tendencia tendría que ver con los modos privilegiados en los que el sujeto puede restituir alguna dimensión de alteridad luego del desencadenamiento. Se estará en presencia de una transferencia erotómana cuando el Otro se presente como afectado de una falta que el psicótico se cree llamado a colmar; mientras que ocurrirá una transferencia con tinte persecutorio cuando el analista se presente como Otro que concentra el goce y el saber (Belucci, 2009). En definitiva, esas primeras entrevistas habían bastado para colocar a la analista en un lugar de saber, pero sobre todo, de goce. Hago esta aclaración porque el resto del equipo de M podía realizar intervenciones desde un lugar de saber sin convertirse por ello en perseguidores. ¿Qué hacía que la psicóloga se convirtiese en una? Se comenzó a leer el tinte hostil de la transferencia en el orden de la certeza: había algo que le hacía signo al paciente. Para el mencionado autor la polaridad erotómana/perseguidora son modalidades de transferencia posibles, pero no son las únicas alternativas. Se trataba de descubrir de qué manera relanzar la transferencia.

La pérdida de ventrículos.

En la cabeza de M, pegadas al lóbulo frontal, se acumulan varias cicatrices. A los 15 años sufrió un accidente de tránsito mientras manejaba una moto robada bajo efectos de la cocaína. El paciente transitó una meningitis, siete operaciones cerebrales, tres meses en coma y un año y medio de internación entre la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y terapia intermedia. “A él lo que le pasa es que por el accidente perdió ventrículos” (sic) dirá la madre respecto del motivo de la internación. Luego de tres o cuatro años del alta, el neurólogo tratante derivó a M por psiquiatría y lo diagnosticaron con esquizofrenia.

Una vez rehabilitado de las secuelas físicas, M vuelve a delinquir. En reiteradas oportunidades elige robar “el kiosco de Lidia”, una vecina que formaba parte de una iglesia evangélica.

Lidia termina por invitarlo a acercarse a la congregación para salvarse de su destino. M acepta: “Si seguía en esa iba a terminar muerto o preso” (sic). Es en la iglesia donde conoce al pastor y a la comunidad que lo sostendría en el futuro, en sus recaídas, en sus momentos de estabilidad, y no menos importante, en tanto vínculo exogámico, tercero a la relación con su madre.

Muerto como hombre.

El vínculo entre M y su madre se mostró de entrada conflictivo. M quedaba acorralado frente a un pretendido control por parte de su ella; madre que, seguramente, fue la manera que encontró de poder-hacer con M, a quien le tenía mucho miedo. “Él me agrede porque dice que yo lo quiero ver *muerto*” (sic). Claramente, esta madre no quería la muerte de su hijo. Pero parecía que, frente a su carácter desafiante y provocador, no encontraba alternativa más que querer limitar (matar) algo de ese “exceso”. La madre de M lo acusaba frente a las enfermeras y el equipo tratante: “Escupe la medicación”, “Se pone a lavar los platos mientras yo plancho”, “Limpia el piso cuando la que limpia el piso soy yo”, “Se va a comprar puchos a las tres de la mañana”, “Son las doce de la noche y sigue despierto”. Continuamente exigía saber qué medicación tomaba y solicitaba que se aumente la misma. El padre de M refiere que “No lo sabe manejar. Lo persigue con las pastillas, lo vuelve loco” (sic). Previo a la internación, si el paciente se negaba a tomar la medicación, su madre la ponía molida en la comida. “Él tiene que hacer lo que yo digo, porque yo soy su madre” (sic).

El significante *muerto* aparece nuevamente en el discurso del paciente, cuando en sesión con sus psiquiatras refiere “estoy muerto como hombre” (sic). Semejante afirmación pareciera ser del orden de lo que Colette Soler (2012) ubica en el decir de muchos psicóticos, como un “(...) desorden provocado en la articulación más íntima del sentimiento de vida” (Soler, 2012, p. 8), a modo del “asesinato del alma” del presidente Schreber. Este “desorden” se instala en el sujeto psicótico por la falla del significante que se traduce en un exceso de goce en lo Real, es decir, la antinomia de la falta neurótica (Lacan, según se citó en Soler 2012). Pero lo importante acá es que M logra encontrar la solución a esta falla. “Es por eso que voy a la iglesia, para que me puedan sanar” (sic). Asistir a la iglesia era la solución que M había encontrado para hacer-con este Otro tan totalizador, tan avasallante, tan omnipresente, que terminó por matarlo como hombre. Ante ello erige una terceridad, una prótesis interdictora, que además le permite ser parte de una congregación, hacer lazo con los otros. Hasta aquí un “delirio restitutivo” freudiano, pero el problema comienza cuando pasamos de la cura en un tiempo futuro (posible solución asintótica para lo cual asiste a la congregación) al “estar curado por el señor”, es decir, el acto ya consumado. El “estar curado” resultaba ser la otra cara de la misma moneda: otra forma de hacer-con la muerte que le deseaba su madre. M no necesita la medicación porque Dios lo ha curado. En otras palabras, ya no necesita que su madre le

esté persiguiendo con las pastillas en la mano. El “estar curado” es, tomando las palabras de Soler (2012) portador de la significación de un límite respecto de las pretensiones del Otro sobre su vida. Resultaba un armado novedoso y muy útil, si no hubiera llevado a la descompensación del paciente

Quiero armar mi propia familia.

El equipo decide entrevistar al pastor de M, a quien el paciente describe de manera idealizada y resaltando su posición económica. Durante la entrevista refiere que M es muy querido en la congregación, aunque ningún miembro mantiene un vínculo más allá de la iglesia. Los fieles que concurren a esa sede son en su gran mayoría profesionales, de clase media-alta y con familias conformadas. Según el pastor, se dificulta que M pueda sostener una conversación con el resto dado que tienen diferentes recorridos, intereses y proyectos de vida. El paciente había referido algo similar. “Tengo buena relación con ellos, pero no somos amigos. Antes nos juntábamos. Ahora todos tienen familia” (sic). “A la iglesia van todos arquitectos, abogados, empresarios. No va cualquiera.” (sic). Un rasgo que se vuelve resonante: los únicos dos compañeros con quienes había entablado un vínculo en la sala de internación eran un abogado y una contadora. Con esta última tuvo un fugaz amorío, a partir del cual se proyectaba viviendo fuera de la casa de su madre y teniendo hijos.

M se ve cautivado por todos estos elementos de clase, de familia tradicional y de prestigio que, se considera, eran centrales en su vínculo con la congregación: ocupaban el lugar de un ideal. Era recurrente en su discurso la alusión a ser el único de la iglesia que viajaba en colectivo, el deseo de comprarse ropa de marcas costosas, y la idea de conformar una familia.

Colette Soler (2012) en *Estudios Sobre las Psicosis* se sitúa a nivel de la táctica para describir intervenciones posibles en la dirección de la cura, siempre en el marco de una estrategia transferencial. Una de ellas la describe como “orientar el goce”, y consta de una dimensión limitativa (prótesis a la prohibición faltante, función del ‘no’) y otra positiva, para la cual el analista se sirve del significante ideal. Soler se refiere a este significante ideal en términos de “(...) único elemento simbólico que, a falta de la ley paterna, puede constituir una barrera al goce.” (Soler, 2012, p.11). Se trata de leer en el relato de los pacientes los términos que han funcionado o pueden funcionar en el lugar del ideal, para ponerlos en juego como operadores desde los que puede servirse el paciente (Belucci, 2009).

M pudo armar límite al goce mediante estos ideales de clase y de familia tradicional, armados a partir de su integración en la congregación, o viceversa, a partir de cuyo armado pudo integrarse en la misma. Ahora bien, si estos ideales de clase son los que permiten que el paciente haga lazo con otros y poner límite al goce, podría pensarse que es en relación a ellos que la relación con otros “otros” se le vuelve conflictiva. Quienes no portan con lo que para el paciente son “signos de clase”, se vuelven perseguidores, es decir gozadores. Posiblemente, aquello que

le hacía signo al paciente en relación a la analista tenía que ver con ello.

M agraviaba a su psicóloga refiriendo que debía cambiar su aspecto “sport”: “Parece una abuela con eso puesto” (sic), “Debería vestirse más femenina” (sic), “Usted parece muy chiquita” (sic). Todos signos que para el paciente, eran indicadores de que la psicóloga no era profesional, dado que estos eran quienes vestían ropa costosa y manejaban sus propios vehículos. La certeza habría terminado de tomar forma luego de esa entrevista conjunta, completamente dirigida por la psiquiatra. Si bien esta intervenía en forma más confrontativa y desde un lugar de saber, la analista se había convertido en una persona que lo quería obligar a tomar la medicación desde un saber que le resultaba gozoso; mismo lugar en el que se encontraba su madre.

Una charla de café

Frente a la imposibilidad de trabajar con M, se trató de apelar al encuadre institucional y dejar la demanda de su lado. Cada vez que se negaba a tener la sesión, se le enunciaba que era libre de elegir tener los espacios de psicología pero que las reglas de la institución eran claras: si él no contaba con la firma de todos los profesionales tratantes no podría irse de alta ni de permiso, y no había manera de poder firmar sin haberlo evaluado en entrevista. Pasaron las semanas y M había tenido algunas mejorías. Se acordó con la psiquiatra transmitirle que si bien estaba en condiciones de irse de permiso, faltaba la firma de la psicóloga tratante. Al día siguiente se volvieron a instaurar las sesiones con M, quien se disculpó por su accionar y acordó asistir a sesión dos veces por semana.

Cuando Soler se refiere a la “función del no” (dimensión limitativa) en la orientación del goce, no lo hace a modo de un imperativo sino como una condición. En este caso: el beneficio de un permiso sólo será dado si el paciente cumple con las reglas institucionales. Belucci (2009) sostiene que este modo de intervenir pone al sujeto en posición de decidir y en esa medida lo restituye. Se trata de sostener una ley interdictora, que en el mismo acto por el cual establece un “no”, habilita en potencia otros horizontes posibles. En este caso también, permitió separar a la figura de la psicóloga de ese lugar de goce caprichoso: no era ella quien quería “obligar” al paciente a tener las sesiones, sino que era un requisito del servicio. Una ley que atravesaba a todos por igual, incluso a ella.

En esa sesión M pregunta cómo podía hacer para dejar de fumar. Ya se había podido diferenciar la figura de la analista del lugar de goce, ahora podía ser despojada de todo saber. Se le transmitió que no podía dársele una respuesta, y que los psicólogos no le dicen a los pacientes cómo hacer las cosas porque son ellos los que tienen el saber sobre lo que les acontece. Bajar y dar de nuevo.

En las semanas siguientes mi posición consistió en sostener una “función fática” (Belucci, 2009). Se hace referencia a un lugar de alteridad que no se corresponde con el perseguidor ni con la

erotomanía, pero tampoco se limita al lugar de testigo. “Se trata de otro que también podría calificarse de ‘amable’, pero no por alojar el testimonio de su padecimiento, sino por prestarse a un intercambio verbal que no es desacertado denominar ‘charla’” (Belucci, 2009, p.153). Se trata de la verificación de la presencia del otro, lugar que cuando se instaura tiene efectos restitutivos (Belucci, 2009). Desde esta posición no se recusa ni se afirma las producciones delirantes, sino que se inscriben en el marco de una alteridad apaciguadora. Algo así como “Vos te sentís bien y consideras que en tu casa no haces nada malo, pero la convivencia con tu mamá está siendo conflictiva: ¿Qué se te ocurre hacer con eso?”.

Señalar la dificultad en el vínculo con la madre, y pensar con el paciente como manejar las situaciones de conflicto, apuntaban también a lo que Belucci (2009) menciona como una propuesta acerca de la posición del analista en la transferencia psicótica. El analista se ubicaría como quien promueve el establecimiento de un saber sobre las condiciones que desestabilizan y sobre las vías y recursos disponibles para que el paciente pueda hacer algo frente a ello. Algo parecido al “secretario del alienado”, pero que no solo deje constancia del padecimiento del paciente, sino que con sus intervenciones apunte a elaborar un saber sobre las condiciones del mismo y las respuestas posibles.

Durante estas “charlas” se conversó de los proyectos del paciente, el ideal de la familia, la posibilidad de incorporarse a equipos de trabajo de la iglesia donde aportar desde su saber de pintor, la relación amorosa con la contadora, entre otros temas. Transcurridos tres meses del ingreso M se mostraba apacible, adhería al tratamiento y ya no agredía a su madre. Si bien seguía sosteniendo que “estaba curado”, admitía ciertas cuestiones para las cuales el tratamiento podía serle de ayuda: era muy ansioso, muy impulsivo y tenía problemas para dormir. Además quería dejar el cigarrillo y podía seguir trabajando en terapia estrategias posibles para sobrellevar la convivencia con la madre. El terreno para el tratamiento ambulatorio estaba allanado.

A pocos días del alta, M solicita a la analista permiso para bajar a tomar un café. No obstante no tenía habilitado salir solo del hospital. La analista le propone acompañarlo y M accede, no sin antes disculparse por no tener el dinero para invitarla. Cada una pagó lo suyo. “Mire usted. ¿Quién hubiera dicho que nosotros nos estaríamos tomando un café juntos doctora?” (Sic), refirió M.

BIBLIOGRAFÍA

- Belucci, G. (2009) *Psicosis: de la Estructura al Tratamiento*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Letra Viva
- Leibson, L. y Lutuzky, J.R. (2020) *Maldecir la Psicosis. Transferencia, cuerpo, significante*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Letra Viva.
- Soler, C. (2012) *Estudios sobre la psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Manantial.