

# **Relatos extraordinarios. Sobre la transferencia en las psicosis.**

Carballo, Vanesa Alejandra.

Cita:

Carballo, Vanesa Alejandra (2025). *Relatos extraordinarios. Sobre la transferencia en las psicosis. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/277>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/wdA>

# RELATOS EXTRAORDINARIOS. SOBRE LA TRANSFERENCIA EN LAS PSICOSIS

Carballo, Vanesa Alejandra  
Hospital Alvear. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El presente escrito relata se fundamenta en la práctica y el trabajo construido durante estos años en la clínica de las psicosis. La intención de este escrito, surge del interés de poder conceptualizar sobre la experiencia singular que nos presenta las psicosis en su modo de escenificar y poner en funcionamiento el proceso transferencial de un análisis. La psicosis nos enseña que la configuración de la transferencia plantea modos diferenciales en su instalación y en sus formas de representación, distinta a la neurosis. Y que por lo tanto, resulta de interés clínico poder situar dicha especificidad sin pretender agotar, ni reducir la cuestión a una generalización de la técnica para estos casos. El siguiente escrito comprende el recorte de algunas escenas clínicas cuyo eje transversal tendrá que ver con la transferencia, el hacer clínico en la psicosis, y su modo de presentarnos un decir. La clínica de las psicosis nos invita a desplazar la escucha desde un lugar común, hacia las distintas formas en que se manifiesta el padecimiento de un sujeto en su relación con el mundo que lo rodea.

## Palabras clave

Psicoanálisis - Psicosis - Transferencia - Práctica clínica

## ABSTRACT

EXCEPTIONAL ACCOUNTS. TRANSFERENCE IN PSYCHOSES  
This written work recounts the practice and labor built over the years in the clinic on psychoses. The intention behind this writing arises from the desire to conceptualize the singular experience that psychoses present in their way of staging and putting into operation the transferential process of an analysis. Psychosis teaches us that the configuration of transference poses differential modes in its installation and in its forms of representation, distinct from neurosis. And therefore, it is of clinical interest to be able to locate this specificity without trying to exhaust or reduce the issue to a generalization of the technique for these cases. The following writing comprises a selection of clinical scenes whose transversal axis will relate to transference, clinical practice in psychosis, and its way of presenting us with a way of saying. The clinic of psychosis invites us to shift our listening from a commonplace perspective to the different ways in which a subject's suffering manifests itself in their relationship with the world around them.

## Keywords

Psychoanalysis - Psychosis - Transference - Clinical practice

## INTRODUCCIÓN

Diversas investigaciones abordan la cuestión –controversial– sobre la transferencia en la psicosis. La pregunta acerca de si hay transferencia en la psicosis, se aborda en distintas discusiones entre los psicoanalistas que dedican sus investigaciones y lecturas, y que surge en parte a partir de la elaboración freudiana respecto a cierta incompatibilidad entre un proceso transferencial y las psicosis (neurosis narcisistas para Freud). La clínica en la psicosis plantea en su abordaje distintos modos y orientaciones que nos remiten a realizar lecturas distintas sobre el padecimiento de un sujeto psicótico. La psiquiatría desarrolla un amplio abordaje e investigación en torno al tema, de la cual el psicoanálisis, en Freud y Lacan fundamentalmente, se sirve para sus elaboraciones teórico-clínicas. Si bien en Freud pueden hallarse en algunos de sus textos puntualizaciones en torno al tema, como en *La pérdida de la realidad en neurosis y psicosis* de 1924, es Lacan quien en sus seminarios y escritos dedica un lugar importante en el estudio de las psicosis y nos ofrece los lineamientos como bases conceptuales sobre éstas. Comenzamos estableciendo una primera premisa teórica, que nos presenta el psicoanalista Leonardo Leibson en su libro *Maldecir la psicosis* (Leibson y Lutzky, 2015). Nos interrogamos por la transferencia, no en tanto su existencia o ausencia, sino que partimos de la consideración de que hay transferencia en la psicosis. Nos interesa focalizar en algunos de esos modos particulares en que se presenta e instala la transferencia en un análisis en la clínica de las psicosis.

Soler (1991) formula esta pregunta en *Escritos sobre las psicosis*: ¿qué lugar para el analista? Delimita una serie de vertientes y lugares en la transferencia, y lo desarrolla en torno a la estabilización en un caso de psicosis. Por su parte, Lacan (2009) nos ofrece una conceptualización respecto a la posición del analista, y que es bastante conocida y tomada en la clínica del acompañamiento terapéutico: *el testigo del alienado*. Dice Soler (1991) que “un testigo es un sujeto al que se supone no saber, no gozar, y presenta por lo tanto un vacío en el que el sujeto podrá colocar su testimonio” (p. 10).

Estas referencias y conceptualizaciones desarrolladas, nos permiten cierto marco de referencia para situarnos ante la pregunta

sobre la transferencia y la posición del analista en la clínica de la psicosis. Posición claramente diferencial respecto al campo de las neurosis, donde la transferencia se define como el proceso que pone a jugar los deseos inconscientes del paciente y que resulta el motor de una cura analítica. Dicho proceso plantea dos reglas: abstinencia y neutralidad. Según estos principios, la cura debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones sustitutivas de sus síntomas. La neutralidad, en tanto, se define como la actitud del analista durante la cura quien, como sabemos, debe ser neutral en tanto sus valores religiosos, morales, etcétera. Una conceptualización temprana respecto de la actitud de la analista la plantea Lacan (1988), en el texto *Sobre la agresividad en psicoanálisis*; donde aparece la siguiente definición sobre la neutralidad del analista: “representar para otro un ideal de impasibilidad” (p. 99).

*La cualidad de lo impasible es la de aquel que no se muestra afectado.* Para la religión es aquel que está eximido de padecimiento, y dice Lacan más adelante “lo que intentamos evitar en nuestra técnica es que la intención agresiva del paciente encuentre el apoyo en una idea actual de nuestra persona suficientemente elaborada” (1988, p. 101). Anteriormente, plantea: “debemos poner sin embargo en juego esa agresividad del sujeto, para con nosotros, puesto que esas intenciones, ya se sabe, forman la transferencia negativa, que es el nudo inaugural del drama analítico” (p. 100). Esta versión del analista “muerto”, toma suficiente distancia de lo que serán los desarrollos ulteriores de Lacan -posteriores al Seminario 3-, y al texto *De una cuestión preliminar...*, donde se irá configurando la idea en torno a una vertiente de la posición del analista en la clínica de la psicosis. Esta última es la que nos interesa a fines de los recortes elegidos que aquí expondremos. Creemos, en más, que la transferencia en la psicosis adquiere un matiz particular, que hace de dicha clínica un variante de interés clínico.

En las siguientes presentaciones clínicas, pondremos a conversar las cuestiones en torno a la transferencia y la posición del analista, sin omitir cierta afectación propia.

Antes de adentrarnos en los recortes, destacamos el compromiso de abordar cada caso desde un lugar ético, que comprenda la imposibilidad de establecer maniobras estandarizadas en la estructuración de la transferencia en cada caso.

**Perseguidos:** Un hombre de unos 45 años de edad, llevaba al menos unos 25 años consumiendo cocaína. Portaba, en aquel entonces, una presentación peculiar. Sobresalía un estado de ansiedad desesperante, que venía de larga data y excedía a cuestiones vinculadas al consumo de sustancias. Hablaba sin pausa. No había cosa, ni palabra que pudiera interponerse a su verborragia. Su relato aparentaba verdadero decir loco. Viven- cias paranoides respecto al otro, escenas múltiples de irritabilidad y tremendas conflictivas con el otro semejante. Escenas tras escenas, el relato no presentaba una pausa. En el último intento de tratamiento psicológico, había agredido verbalmente

*a la profesional, a quien decía querer denunciar por mala praxis. Transcurrieron meses de estar como espectadora de un hablar descontrolado, sin poder ubicar, el cómo o cuándo decir algo.*

*Durante una sesión, y en los primeros treinta minutos, el paciente hace una acusación, dirigida a la analista, cuyo sentido resultaba bastante opaco. La querella, desarrollada de un modo impresionante, avasallante, ponía en cuestión el ejercicio de la profesión. A la pregunta de: ¿dónde está tu título?*

*Era viernes, y el último turno. El paciente estaba en estado de inquietud, nervioso. La acusación versaba en la acción, por parte de la analista, de haber atendido a un número de teléfono desconocido durante la semana anterior, que preguntaba por él. Si bien se había podido resguardar confidencialidad en aquel llamado, la falta por parte de la analista había tenido que ver en deslizar cierto estado de preocupación a partir de éste, todo esto, según la lógica del paciente.*

*Nos resuena a partir de la experiencia terapéutica anterior que trae el paciente, en relación a la acusación dirigida a su analista de entonces, y la actual acusación que se reedita. Resistencia mediante, se pensó en lo intolerable que resultaba eso que estaba sucediendo. Se implican afectos desde la posición de analista. Molesta y abruma la escena, pensando en el porqué de soportar esta situación.*

*¿Se estaba representando una escena? ¿A qué lugar el paciente estaba invitando? La maniobra, que permitió descomprimir la tensión tuvo que ver con, en primer lugar, treinta minutos de silencio-abstinencia que no dejó de resultar insopportable. En segundo lugar, un señalamiento por parte de la analista: “Me equivoqué, no me di cuenta”.*

*La sumisión advertida como maniobra que hace descender la tensión con el paciente, da lugar a un segundo momento: el paciente angustiado y sin parar de llorar, quien prosigue: “nos engañaron a los dos, él hace trampas para saber si miento o no cuando consumo cocaína. Este lugar es muy importante para mí”. Una escena bastante inaugural, en un tratamiento que continuó en cierta estabilización (incalculada) del padecer de este sujeto, incluyendo su relación al consumo de cocaína.*

**Cosa de Mujeres:** Una mujer de unos 40 años de edad cursaba un tratamiento en un hospital en salud mental. En esa oportunidad, había sido llevada al efecto por la policía. “Iba andando en su auto, sin destino, a toda velocidad”. Se nombra como “media psicóloga” y su tratamiento consistirá, en parte, en contener la angustia de los demás pacientes. Su diagnóstico dice: paranoia. Se supo, por su historia clínica, que registraba otras internaciones por el mismo motivo que aquella vez: crisis de angustia con conductas de riesgo de vida, motivadas por algún disparador que no mencionó en ningún momento de lo que fue la primer entrevista. Esa instancia transcurrió como una conversación con el coordinador del servicio, cuyo objetivo era presentar a quien iba a ser su tratante. Conversan de cómo será la estadía en el hospital, y sobre otros pormenores. Al terminar la conversación

*ella dice, dirigiéndose a quien será su tratante: “Vos, que vas a ser mi psicóloga, te pido un favor. Seguro me vas a entender porque te veo coqueta, ¿me conseguís un broche de pelo negro? No me gusta estar desarreglada”.*

*La internación circuló en estos términos: el diálogo entre dos mujeres que hablan cosas de mujeres pero que inaugura la posibilidad (confianza) de hablar de otras cosas, como por ejemplo, sobre aquello que la trae al hospital. En relación, la paciente cuenta que “ellos tiran gas (como lacrimógeno)” en su casa, y que no paran de hacer cosas para molestarla, por lo que se ve forzada a lavar la ropa, día y noche, como también los objetos de su casa, sin parar.*

*Mientras cuenta sobre su padecer, pide un vaso con agua. Es que revive la sensación del gas en su nariz, y le es insopportable. Cuenta que “cuando empiezan, no paran” y ante la angustia, se escapa. La certeza en torno a esta idea parece inquebrantable. Por lo demás, conversa con su terapeuta como si fueran dos colegas, dos mujeres.*

A partir de las recientes escenas relatadas, apreciamos cómo la analista es llamada a ocupar lugares complejos para la operatividad en la transferencia. El vínculo toma características de lo masivo. Adquiere, según el caso, el carácter de lo paranoide, en tanto la analista pudiera ser ubicada en el lugar de perseguidor. En ese caso es llamada al sitio de aquel que sabe. En algunas ocasiones, la escucha nos permite estar advertidos de estos lugares complicados, por ende, nos esforzamos en maniobrar y, con alternancias, en las intervenciones intentamos sortear estos llamados, promoviendo al desvío. En este sentido, siguiendo a Leibson (Leibson y Lutzky, 2015), la transferencia no es solamente que el sujeto nos hable, sino que podamos situarnos de manera tal que ese decir resuene en otro lugar. Agregamos, en este sentido, que ese decir pueda tener algún efecto.

Posicionarnos de otro modo, supone que hay que ubicarse al interior de esa trama que pone a jugar los elementos de la realidad inconsciente. Si la transferencia es definida como la puesta en acto de la realidad-sexual-del inconsciente, y en la psicosis el sujeto nos habla de algo que les habló, el juego transferencial estará planteado de aquel modo. Es necesario maniobrar en pos de inaugurar un lugar, para así poder operar. *No es desde afuera, ni del todo envuelto.*

“El analista debe entrar en juego. Lo hace cuando se deja tomar, incauto, mediante un ‘esfuerzo de asentimiento’, cuando puede encontrar el lugar de otro amistoso” (Leibson y Lutzky, 2015, p. 69).

La posición de analista tiene que ver, dice Lacan (2009), con una sumisión completa, aun cuando sea enterada, a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo. No someterse a dichas condiciones, sino, por el contrario, discutir, cuestionar, rectificar el decir delirante, dejan por fuera de la escena a quien es convocado en esa tarea. Las intervenciones como la contradicción o directivas pueden realizarse pero en un campo transferencial operando. En la misma línea, sobreinterpretar un delirio, es

decir, agregarle sentido, deriva en la duplicación al infinito de esos sentidos. Siguiendo este argumento, no se trata de interpretar sentidos ocultos, sino de justamente lo contrario: velar, ocultar el sentido de lo que en algún momento se presentó de forma descarnada.

De la posición del analista va a depender, en parte, la posibilidad o no de instauración de un espacio de diálogo que permita, vía la consolidación de un lugar diferencial, la emergencia de un padecimiento y un decir extraordinario. “No se trata de pasiva aceptación, sino de un activo inscribirse en un trato y dejarse asir allí” (Leibson y Lutzky, 2015, p. 70).

Ese dejarse asir, no es sin costo, y tampoco es bajo cualquier condición. En cada recorte, hay una versión o vertiente de la transferencia que dice de la posición del analista, y que también nos presenta, de modo indefectible, sobre la propia afec-tación, como aquello que resulta del acontecimiento del en-cuentro entre dos.

El alivio que supone la existencia de alguien con quien hablar, puede pensarse como un efecto terapéutico por añadidura, si es que entendemos que para muchos de estos individuos no resul-ta nada fácil encontrar “una oreja” que atienda a los problemas cuando se “pierde el sentido, la razón”, o cuando lo que pulsa por hacerse oír se sale de la “norma”.

El psicótico “nos habla de eso que le habló”, dice Lacan en el Seminario 3 (citado en Leibson, 2015). Pero es interesante notar cómo cada sujeto participa en crear las condiciones para ha-cerlo. Y cómo ese participar activo, lo constituye como sujeto. Donde lo más importante no es tal vez el contenido o el signifi-cado de lo que cuenta, sino el hecho mismo de un decir que se efectiviza y, así, de un lazo que se (re)construye” (Leibson, 2015, p 142).

## BIBLIOGRAFÍA

- Lacan, J. (1988). *“La agresividad en psicoanálisis”*, en Escritos 1, Argen-tina, Ed. Siglo XXI.
- Lacan, J. (2009). *“De una cuestión preliminar a todo tratamiento posi-ble de la psicosis”*, en Escritos 2, 3ra edición corregida, México, Ed. Siglo XXI.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*, Buenos aires, Ed: Paidós.
- Leibson, L. (2015). *Consideraciones acerca del lazo psicótico. Anuario de Investigaciones*, vol. XXII, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Leibson, L. y Lutzky, J. (2015). *Maldecir la Psicosis: Transferencia, cuer-po y significante*. Segunda edición. Buenos Aires, Ed: Letra Viva.
- Soler, C. (1991). *Estudios sobre las psicosis*, Primera edición, Buenos Aires., Ed: Manantiales.