

Transferencia, psicosis y hospital: la escucha como una apuesta.

Garbellini, Giovanna.

Cita:

Garbellini, Giovanna (2025). *Transferencia, psicosis y hospital: la escucha como una apuesta*. 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/000-004/339>

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

TRANSFERENCIA, PSICOSIS Y HOSPITAL: LA ESCUCHA COMO UNA APUESTA

Garbellini, Giovanna

GCBA. Hospital General de Agudos "P. Piñero". Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

¿Cómo pensar la especificidad del tratamiento analítico en un hospital? ¿De qué modo podemos articular el lazo transferencial no sólo en relación al analista, sino también a la institución? El presente escrito se desprende de mi recorrido por los primeros años de residencia en un hospital general de agudos. A partir de un recorte clínico elaboraré algunas lecturas en torno a los interrogantes planteados.

Palabras clave

Transferencia - Psicosis - Hospital público - Psicoanálisis

ABSTRACT

TRANSFERENCE, PSYCHOSIS AND THE HOSPITAL:
LISTENING AS A COMMITMENT

How can we think about the specificity of psychoanalytic treatment in a hospital setting? In what ways can the transference bond be articulated not only in relation to the analyst, but also to the institution itself? This paper emerges from my experience during the initial years of residency in a general acute care hospital. Based on a clinical case excerpt, I will develop some reflections around the questions raised.

Keywords

Transference - Psychosis - Public hospital - Psychoanalysis

CASO MARIELA: "ME VOY MÁS TRANQUILA"

Mariela tiene 42 años. Cursó varias internaciones por salud mental, la última en 2020. A lo largo de sus diferentes internaciones y tratamientos, ha recibido diagnóstico de Esquizofrenia y Toc. Mariela es una de esas pacientes "históricas" del hospital: realiza tratamiento hace varios años, habiendo tenido distintos psicólogos y psiquiatras, asiste a diferentes talleres y grupos terapéuticos. Tiene, también, un grupo de pertenencia con el cual se reúne casi todos los días en el hospital. En las entrevistas de admisión comentará que a lo largo de sus diferentes tratamientos ha podido "estar mejor con el toc": "antes me ponía loca cuando alguien no hacía las cosas como yo quería". Asimismo, Mariela menciona que ha podido trabajar respecto a ciertos "miedos" e "hipocondrías": cualquier problemática relacionada con la salud física le generaba angustia, ansiedad.

Al comenzar tratamiento, desplegaba preocupaciones fundamentalmente en relación a los cuidados de su madre, quien se encuentra cursando una enfermedad degenerativa. Mariela es quien se encarga mayoritariamente de los cuidados de la misma. En los diferentes encuentros, suele venir a hablar sobre eso que le pasa, muchas veces desbordada debido a los cuidados que su madre requiere y a la angustia que le genera ver los signos del empeoramiento de esta enfermedad. Era frecuente que Mariela acudiera bastante desbordada por esto, y en estos momentos era muy difícil poder intervenir o introducir alguna palabra, ya que solía presentarse de cierto modo "catártico". En este sentido, quizás había una suposición por parte mía de que "algo había que decir". Para mi sorpresa, muchas de esas sesiones culminaban con Mariela diciendo: "ahora que vine a hablar con vos me siento mejor". Implicó en este sentido un trabajo propio: quizás, con escuchar y poder devolver una mínima palabra, alcanzaba. El efecto terapéutico no se generaba tanto por la intervención en sí, sino por el mero hecho de tener un espacio en el cual conversar. Implicó también una maniobra tendiente a prestar palabra y construcciones sobre aquello que le estaba pasando: muchas veces llegaba a la consulta desbordada, no sabía por qué. El poder enunciar que se estaba ocupando de una tarea muy angustiante, desgastante para su propia salud -como es el cuidado de su madre-, generaba en Mariela un efecto de alivio.

Asimismo, desde el inicio del tratamiento comentó tener "dificultades para decir que no. Siempre estoy respondiendo a los demás". Las intervenciones apuntaron a poder establecer ciertos límites por parte de Mariela hacia su familia, ubicando qué espacios y momentos son importantes para ella -tal como la asistencia al grupo terapéutico, reunirse con amigos, venir al hospital para nuestros turnos-. En este punto, en la actualidad continúa trabajando sobre estas temáticas, problematizando algunas cuestiones respecto al vínculo con sus familiares: "creo que antes naturalizaba muchas cosas, me trataban como 'la discapacitada'". Comienza a poder tomar distancia de ciertas discusiones y peleas familiares, que generaban en ella mucha angustia y desborde. Puede ubicar, además, como hay algo de estas temáticas que recién a esta altura de su tratamiento puede verbalizar, ya que "en otros tratamientos no podía, estaba muy obsesionada con el toc".

EL ANALISTA EN EL HOSPITAL: SALUD PARA TODOS, SALUD PARA CADA UNO

¿Qué condiciones se necesitan para pensar los tratamientos en el hospital como tratamientos psicoanalíticos? En primer lugar, considero que es necesario poder generar cierto marco de legitimidad para la intervención desde el psicoanálisis: se trata, fundamentalmente, de que haya lugar para que no-todo sea discurso del amo, que haya un lugar para el no saber.

Juan Mitre, en su texto “El analista y lo público” (2013) señalará que el analista en lo institucional tendrá el papel de “preservar el vacío”, en tanto posibilidad de introducir un no saber, agujereando ese “para todos” de la institución hospitalaria. En este sentido, nos dirá que conviene pensar al analista como aquel que “ayuda a la institución a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales. (...) para que no se olvide ‘en nombre de cualquier universal’ la particularidad de cada uno.” Y lo situará como doble agente: aquel que por un lado está en la institución en tanto agente de salud, sosteniendo un compromiso con la salud para todos, pero a la vez es quien está allí en tanto agente del discurso analítico, como aquel que sostiene el respeto y la apuesta por la particularidad de cada quien.

Se trata, entonces, de introducir la posibilidad de pensar distintos usos del dispositivo analítico, que no implica necesariamente una entrada en análisis, pero sí un uso del dispositivo analítico y del objeto analista: quizás, un analista ayude a un “mejor estar”: una invitación a estar mejor, a decir mejor sobre aquello que padece.

LA DISCUSIÓN SALDADA: HAY TRANSFERENCIA EN LA PSICOSIS

Abordar la cuestión de la transferencia en la psicosis implica, para empezar, señalar que ésta no siempre fue concebida como una posibilidad. En “El psicótico y su analista. La transferencia, el saber, el objeto”, (2013) Leonardo Leibson comenzará preguntándose: ¿Hay lugar para el analista en el discurso psicótico?” (p.29). En este sentido, nos dirá que la discusión sobre la posibilidad de generar un lazo transferencial con el psicótico se funda en una ambigüedad central en Freud: en su análisis sobre las memorias de Schreber, afirma y niega casi simultáneamente la transferencia. Freud examina detalladamente las diferentes manifestaciones de Schreber respecto a su delirio, y tomará un elemento que, destaca, no fue tan tenido en cuenta por los sucesivos dictámenes y pericias que se le realizaron a Schreber “a pesar de que el propio enfermo hace todo lo posible para situarla en primer plano” (Freud, 1912, p. 36). Esta pieza será, justamente, el vínculo con Flechsig, su médico. Nos dirá que la génesis del delirio en este paciente tiene como figura central, nada más y nada menos, que a su médico. Freud destaca, además, que si bien el delirio de Schreber a lo largo de su enfermedad sufrió diferentes transformaciones, Flechsig nunca dejó de tener un papel central en su delirio, y es quien Schreber

ubica como principal perseguidor. En este sentido, señala Leibson (2013), podríamos pensar que afirma la existencia de la transferencia en la psicosis, la toma como elemento central para analizar el cuadro de Schreber. Incluye el vínculo con su médico, transferencia mediante, en serie con otros significativos: argumentará su análisis a partir del complejo paterno de Schreber, el cual ha sido transferido hacia la persona del médico.

Sin embargo, Freud señalará en varios textos que una característica central de la psicosis que la distingue de la neurosis es que el psicótico no establece transferencia: llamará, por este motivo, “neurosis de transferencia” a aquellas presentaciones clínicas que son susceptibles de entrar en una relación transferencial con la figura del médico, y por ende, susceptibles de recibir tratamiento analítico; y “neurosis narcisista” a aquellas presentaciones que “no tienen capacidad alguna de transferencia (...) Rechazan al médico, no con hostilidad, sino con indiferencia. Por eso este no puede influirlos, (...) no les causa ninguna impresión (...)” (Freud, 1917, p. 406) Por este motivo, señalará que no es posible establecer un trabajo analítico con estos pacientes.

Es Lacan, entonces, quien de algún modo retoma esta discusión, proponiéndonos una orientación precisa: no retroceder ante la psicosis (Lacan, 1976). Nos orienta, además, brindando coordenadas respecto a la posición del analista frente a la psicosis: nos hablará de una “sumisión completa, aun cuando sea advertida, a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo (...)” (Lacan, 1958, p. 511). Es en este punto donde ubica la posibilidad del tratamiento de la psicosis, por ejemplo, bajo la figura del analista como *testigo*, o *secretario del alienado*. Nos invita en este sentido a escuchar al sujeto, sin reducir aquello que dice meramente a un proceso mórbido. Destaca, en este sentido, el *valor del testimonio* del sujeto psicótico (1955-56, p. 298). Habiendo ubicado estas coordenadas, tomaremos los aportes de Soler (1989), Allouch (1986) y Bellucci (2014) para pensar algunas particularidades de la posición del analista ante la psicosis.

LUGAR DEL ANALISTA Y MODOS DE ACOGIDA DEL TESTIMONIO

En “El sujeto psicótico en el psicoanálisis” (1989), Soler ubicará diferentes posiciones que puede tomar el analista frente a la psicosis: el analista como Otro perseguidor, que toma al sujeto por objeto; el analista como aquel que queda ubicado como significante del Ideal; y en tercer lugar el analista como *semejante*, testigo, “el que escucha, toma nota, que supuestamente comprende y se apiada” (p.50). Señalará a este lugar como lugar *de bálsamo*, es decir, de alivio. En esta misma línea, Leibson (2013b) nos dirá que el analista entra en juego “cuando se deja tomar, incauto, mediante un ‘esfuerzo de asentimiento’, cuando puede encontrar el lugar de un otro amistoso” (p.69). En relación a la figura del testigo, Allouch (1986) utiliza un equívoco interesante: lo escribe “t’es moins”, que en francés resuena como “tú eres menos”, resaltando en este punto que la postura

del analista como testigo implica, de algún modo, cierta herida narcisista. Figura del testigo, entonces, que implica de alguna manera esa “sumisión” que mencionábamos anteriormente, ese “dejarse tomar” en el juego transferencial que el sujeto psicótico puede establecer.

En el caso de Mariela, considero que fue central esta vertiente de semejante, que se dio casi desde un inicio. Si bien podemos pensar que en Mariela ese “dar testimonio” de la sintomatología más “florida” -como alucinaciones o delirios- no está tan presente, ya que en la actualidad no los presenta, sí hay un punto donde ella toma a su analista como un semejante con quien hablar, alguien a quien contar sus problemas. No por ello este espacio psicoterapéutico deja de tener su especificidad: Mariela ubica que no es lo mismo hablar en este espacio que hablar con sus amigos, hablar con pares en el grupo de pacientes. Implicó también, en este sentido, cierta caída de los *¿Ideales?* propios como persona que escucha allí: poder entender que mi función era, muchas veces, *simplemente escuchar*, devolver quizás alguna mínima palabra, pero que el efecto central de mi intervención tenía que ver con la posibilidad de que Mariela pueda venir a ser escuchada sobre aquello que la angustiaba. En este sentido, Allouch (1986) señalará que ese lugar del otro, a minúscula, será aquel lugar “donde el sujeto hace valer su testimonio”. Bellucci destacará, a la par de la posición del analista como *testigo*, otra vertiente transferencial vía la modalidad de *charla*, entendida como un tipo de interacción que apunta a verificar que el otro está ahí, escuchando. Es decir, la posibilidad de pensar un semejante como sostén. Tomará asimismo los aportes de Piera Aulagnier, quien nombrará al “escuchante” como aquel “modo de nombrar los efectos que tiene la apuesta del analista a la palabra del sujeto”.

INTERVENCIÓN “ORIENTATIVA”: LÍMITE AL GOCE DEL OTRO

Por último, otra referencia que me interesa tomar tiene que ver con lo desarrollado por Colette Soler en “¿Qué lugar para el analista?” (1988). Allí, plantea como una intervención posible en la psicosis aquella tendiente a la orientación de goce, entendida como un modo de puesta de límite, tendiente a “hacer de prótesis a la prohibición faltante” (p. 10). En este punto, la autora señalará que dichas intervenciones apuntan a establecer “un límite respecto de las pretensiones del Otro sobre su vida” (p. 11). Implica entonces, un oportuno “no” del analista, no al modo de un imperativo sino como un intento de poner un freno al Otro que puede tornarse avasallante. Soler denominará a este posicionamiento como “vacilación calculada de la neutralidad benévola”, en tanto implica en cierto punto un desvío de la posición del analista como testigo, instaurando cierta terceridad vía el ideal. Pero, advierte Bellucci: “en ningún caso se trata de que [el ideal] sea aportado por quien oficia de analista. Es cuestión (...) de extraer esa referencia ordenadora del decir de los propios pacientes.”

Considero que en el tratamiento con Mariela las intervenciones en ocasiones toman esa vía, tendiente a establecer ciertos límites respecto a sus Otros familiares que en ocasiones delegan en ella los cuidados de su madre; situación que genera un gran padecimiento en ella al sentirse muchas veces sobrepasada. En este punto, fue a partir de este “poder decir que no”, que Mariela situaba como un desafío a construir, que paulatinamente se fue instalando la posibilidad de poder plantear su posición respecto a diferentes cuestiones de cuidado, rutina y disputas familiares.

PALABRAS FINALES

A modo de cierre, considero que poder pensar el modo en que se entrama y se inserta el psicoanálisis en el hospital supone, fundamentalmente, poder establecer qué transferencia tiene el analista al hospital público, al psicoanálisis, al estado. En una época signada por el desprecio a lo público, frente al cierre de residencias, en un estado de alerta constante frente a los sucesivos conflictos en el área de salud y educación, se torna fundamental sostener la apuesta por una salud pública, de calidad y accesible. Considero que a lo largo de este trabajo he plasmado algunas de esas “marcas” respecto al deseo por lo público, por el psicoanálisis en lo público, por el sostenimiento de los lazos entre colegas en un contexto tan adverso.

En este sentido, considero que Mariela ilustra de algún modo el lugar que otorgan al hospital muchos de nuestros pacientes: un lugar donde ser escuchado, estar con otros, forjar amistades, también. Una “segunda casa”, cuando la casa que habitan se torna insoportable. Me gustaría concluir este escrito con una indicación de Lacan (1964), acerca de qué justifica nuestra intervención. Señala: el penar-de-más. El analista, entonces, será aquel quien escuche, acompañe, aloje ese penar-de-más y posibilite, quizás, un “penar-menos”. Con toda la responsabilidad que ello implica.

BIBLIOGRAFÍA

- Allouch, J. (1986). Ustedes están al corriente, hay transferencia psicótica. Recuperado de <https://unoaunobloMariela.wordpress.com/2015/08/28/ustedes-estan-al-corriente-hay-transferencia-psicotica-jean-allouch/>
- Bellucci, G. (2014). La transferencia en la psicosis. Recuperado de <https://www.elsigma.com/hospitales/la-transferencia-en-las-psicosis/12733>
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente [Schreber]. En *Obras Completas*, t. XII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). 27ª Conferencia: la transferencia. En *Obras Completas*, t. 15. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lacan, J. (1955-56). El seminario. Libro 3: Las psicosis. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos 2*, Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

- Lacan, J. (1976). Apertura de la sección clínica. Recuperado de <https://fundaciontiempo.org/Mariela/ar/apertura-la-seccion-clinica-jacques-Lacan/>
- Lacan, J. (1955-56). El seminario. Libro 3: Las psicosis. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964). El seminario. Libro 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós.
- Leibson, L. (2013a). El psicótico y su analista. La transferencia, el saber, el objeto. En *Maldecir la psicosis. Transferencia, cuerpo, significante*. Buenos Aires: Letra viva.
- Leibson, L. (2013b). Intervenciones en psicoanálisis con psicóticos transferencia resistencia interpretación. En *Maldecir la psicosis. Transferencia, cuerpo, significante*. Buenos Aires: Letra viva.
- Mitre, J. (2013). El analista y lo público. Recuperado de <https://www.elsigma.com/hospitales/el-analista-y-lo-publico/12556>
- Soler, C. (1989). El sujeto psicótico en psicoanálisis. En *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Soler, C. (1991). ¿Qué lugar para el analista? En *Estudios sobre las psicosis*, Manantial, Buenos Aires.