

XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

# Un caso clínico, varias instituciones en juego y una única política psicoanalítica.

Dieguez, María Belén.

Cita:

Dieguez, María Belén (2023). *Un caso clínico, varias instituciones en juego y una única política psicoanalítica*. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-009/359>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/Hqf>

*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>.*

# UN CASO CLÍNICO, VARIAS INSTITUCIONES EN JUEGO Y UNA ÚNICA POLÍTICA PSICOANALÍTICA

Dieguez, María Belén

Municipalidad de San Isidro. Hospital Central de San Isidro “Dr. Melchor Angel Posse”. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

La apuesta por la práctica del psicoanálisis en los consultorios externos de un Hospital, da como resultado el encuentro del paciente con un tratamiento que apunta a la subjetivación de su síntoma y a la pregunta por su posición como sujeto deseante. Esta situación analítica da lugar, además, a dos discursos (el del analista y el del analizante), sostenidos por la transferencia y por la posición del analista. Sin embargo, el manejo de la cura no carece de obstáculos. Por ello, en el presente trabajo nos proponemos analizar y reflexionar sobre un caso clínico que presentó sus particularidades (contra)transferenciales en su tratamiento ambulatorio, abordando diferentes conceptos psicoanalíticos enlazados a la dirección de la cura y a la posición del analista.

## Palabras clave

Transferencia - Posición del analista - Goce - Psicoanálisis

## ABSTRACT

A CLINICAL CASE, SEVERAL INSTITUTIONS IN PLACE AND A SINGLE PSYCHOANALYTIC POLICY

The commitment to practice psychoanalysis in the outpatient clinics of a Hospital, results in the patient encountering a treatment that aims at the subjectivation of his symptom and the question of his position as a desiring subject. This analytic situation also gives rise to two discourses (the analyst's and the analysand's), sustained by the transference and by the analyst's position. However, managing the cure is not without its obstacles. For this reason, in the present work we propose to analyze and reflect on a clinical case that presented its (counter)transference particularities in its outpatient treatment, addressing different psychoanalytic concepts linked to the direction of the cure and the position of the analyst.

## Keywords

Transference - Position of the analyst - Jouissance - Psychoanalysis

La práctica del psicoanálisis en el consultorio externo de un Hospital constituye un encuentro entre el analista y el analizante, un encuentro que presenta sus particularidades por el contexto del dispositivo. Pues bien, es un desafío con el que hacemos cada vez. La Lic. Lima Quintana (2015) destaca que hay un llamado social a clasificar a los sujetos en (cada vez más) diagnósticos, y que sin embargo hay un real que irrumpe sin

cesar, y que escapa a dicha clasificación. Ante esta situación, los practicantes del psicoanálisis apostamos “por la palabra con la idea de que ello traiga aparejado una nueva subjetivación en el padecimiento, en eso que se repite [...] El camino apunta a que el sujeto lea su singularidad, que da cuenta de su modo de gozar.” (p.144).

De esta forma, en nuestra práctica en el dispositivo apostamos a que se produzca un tiempo, independiente y alejado del *furor curandis*; apuntamos a la sesión como un tiempo a producir, posibilitando otra función de la palabra (Nieto, 2015). Así, ante la ruptura de la homeostasis del sujeto que precipita la demanda de atención, damos lugar a algo diferente, inédito, y no a la restitución del equilibrio anterior.

“Nos encontramos en la actualidad con presentaciones derivadas del empuje a gozar, que se caracterizan por una precariedad en lo simbólico, lo que trae aparejado presentaciones ligadas al acto [...] modalidades de goce que dan cuenta de la pulsión que empuja... sin amarre” destaca Lima Quintana (2015, p.142-143). Y ante estas particulares presentaciones, los practicantes del psicoanálisis apuntamos durante el tratamiento por consultorio a “ubicar la singularidad que da cuenta de un modo de gozar como también el modo que se tiene de hacerse un lugar en el Otro.” (p.142).

Siguiendo esta línea, propongo a continuación presentar y reflexionar sobre un caso clínico extraído de la práctica del dispositivo destacado, abordando la relación de la paciente con el Otro y su modalidad de goce, y la dificultad ante la cual me encontré en el ejercicio de la práctica asistencial.

J es una paciente que cuenta con antecedentes de tratamientos por salud mental, y que conozco en su última internación en nuestro servicio. La internación fue promovida por presentar ideación suicida con planeamiento, en contexto de conflictiva vincular amorosa. En ese momento, J se encontraba atravesando su cuarto mes de embarazo, el cual fue buscado y planificado tanto por ella como por su novio.

En el tiempo de comprender (Sotelo, 2015) al que se apuesta durante la internación, la paciente comienza a esbozar una pregunta sobre su posición frente al Otro. Una vez de alta, comienzo a atenderla por el dispositivo de consultorios externos. En un principio las entrevistas siguen la dirección de la internación, y J -no sin dificultad- continúa haciéndose preguntas sobre su posición subjetiva. En una sesión, dice entre risas “soy masoquista para el amor”. Sin embargo, los encuentros van transformán-

dose: la paciente poco a poco deja de preguntarse en relación a sus modos de goce, y comienza a utilizar el espacio para dar testimonio de las escenas violentas que protagoniza con su pareja. Llevo, entonces, el caso por primera vez a supervisión, ya que contratransferencialmente me aparece un sentimiento de temor por la paciente y su bebé, sentimiento que comienza a ser operativo en las sesiones.

La supervisora me indica que remita a la paciente a la Oficina de Violencia de Género del Municipio. J asiste, la derivan a la Comisaría de la Mujer, y como medidas de protección le brindan una orden de alejamiento y un botón antipánico. Por mi parte, también llevo el caso a mi propio análisis.

La paciente continúa erráticamente con el tratamiento: comienza a faltar, a llegar tarde. En las consultas, continúa relatando los episodios que ocurren durante la semana con su pareja, sin hacerse ninguna pregunta al respecto. Intento que tenga lugar nuevamente algún interrogante sobre esa forma “masoquista de amar”, sin mucho éxito. Lacan destaca en “Función y campo de la palabra” (2009) que el tratamiento “no se trata en la anamnesis psicoanalítica de realidad, sino de verdad, porque es el efecto de una palabra plena reordenar las contingencias pasadas dándoles el sentido de las necesidades por venir, tales como las constituye la poca libertad por medio de la cual el sujeto las hace presentes” (p.248-9). Sin embargo, las sesiones parecían más una anamnesis de realidad que de verdad. Finalmente, la paciente abandona el tratamiento, algunas semanas antes de dar a luz.

Unos meses después, J se presenta en el Servicio solicitando comenzar de nuevo tratamiento, por orden judicial: le quitaron la guarda de su hijo. Por diferentes motivos, el Servicio de Maternidad donde nació el bebé, dio intervención al Servicio Local de Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, a lo que se sumó una denuncia intrafamiliar. El Juzgado interviniente ordenó que J comenzara tratamiento para consumo problemático de sustancias, que tuviera seguimiento por la Oficina de Género, y que asistiera a consultas tanto psiquiátricas como psicológicas, como requisitos a cumplir para recuperar nuevamente la guarda de su hijo.

De esta forma, J comienza de nuevo tratamiento psicológico conmigo por consultorios externos, el cual vuelve a sostener de forma errática. Cuando asiste, cuenta entre risas que sigue con su pareja y que continúan las situaciones de conflictivas. El único momento donde aparece la angustia, es cuando habla sobre la posibilidad de perder a su hijo. Conoce las condiciones judiciales que tiene que cumplir para recuperar la guarda, y las cumple a medias. Nuevamente, las entrevistas comienzan a ser testimonios de su angustia ante la pérdida de su hijo, y de los conflictos de su relación de pareja, dificultándoseme propiciar lugar para preguntas subjetivantes.

Decido, entonces, llevar el caso nuevamente a supervisión, ya que contratransferencialmente persistían temores por las decisiones de la paciente. Si bien en las entrevistas no se lo trans-

mitía de forma directa, algo de ello me inhibía al momento de intervenir para dar lugar a que la paciente subjetivara su padecimiento y se preguntara por su modo de goce.

Del segundo control, quisiera destacar la intervención que me hizo el supervisor: “a diferencia del primer tramo del tratamiento, donde debiste remitir a la paciente a la Oficina de Género ya que no había nadie más interviniendo en el caso que vos, ahora hay un montón de organismos que se están ocupando de su realidad (el Juzgado, el Centro de consumos problemáticos, Género, Servicio Local...). Esto te tiene que permitir a vos, como practicante del psicoanálisis, poder operar como tal en el consultorio. Ya hay muchos otros que se están encargando de la realidad compartida (es decir, de las cuestiones legales y del cuidado de la paciente), ahora vos podés ocuparte de ayudarla a hacer algo diferente con su realidad psíquica”.

Deseo destacar los efectos que produjo en mi posición como practicante del psicoanálisis esta intervención. Ellos se pueden ver, por ejemplo, en una de las siguientes sesiones que tuve con J. Ella comenta muy feliz que le queda solo una entrevista judicial y que, si sale bien, recupera la guarda de su hijo. Sin embargo, comenta que en el mismo día y horario que tiene la cita, tiene la posibilidad de ir a visitar a su pareja a la clínica donde se encuentra internado por consumo problemático. Refiere, indecisa, no saber qué hacer: si ir a la reunión que tanto esperó sobre su hijo, o si ir a ver a su novio que tanto extraña. Intentando mantenerme lejos de una posición de sujeto supuesto saber, y de decirle qué debe hacer, intervengo introduciendo algo con relación a la falta y la responsabilidad subjetiva: todo no se puede, en su elección algo debe perder para ganar.

Como desarrollamos más arriba, el dispositivo de consultorios externos está pensando desde el psicoanálisis como un potencial lugar para propiciar que los pacientes puedan preguntarse sobre sus modalidades de padecimiento y sobre sus posiciones frente a las mismas. Ello fue a lo que intenté apostar con J en su tratamiento, que tuviera lugar un movimiento de sus actos a los dichos, así como en la internación hubo un deslizamiento de la ideación suicida a la pregunta sobre su forma de relacionarse con el Otro. “El movimiento [en los consultorios] es el del paso de los hechos a los dichos, ubicando el decir del sujeto, o sea su posición frente a sus dichos” afirma Lima Quintana (2015, p.144). Sin embargo, ese movimiento no tiene lugar solo por el hecho de que un paciente hable frente a un practicante del psicoanálisis en un consultorio. En esta escena, el practicante tiene un papel fundamental. “El psicoanalista es responsable de la eficacia del decir” sostiene Nieto (2015, p.138) desde la lectura de Lacan. Hablamos de una responsabilidad ética, que la Lic. Lima Quintana destaca retomando palabras de Laurent: “La posición del psicoanalista en relación con el goce es reenviar al sujeto a su particularidad.” (2015, p.144).

Es en este punto donde me encontré con un obstáculo durante el tratamiento: el obstáculo de no poder sostener la contratransferencia como no-operativa (Miller, 2006) para poder dar lugar a

la subjetivación del padecer de la paciente.

Ya en 1912, Freud advierte en “Consejos al médico...” (1991) que debemos evitar nuestras esperanzas y tendencias a la hora de escuchar al paciente. Afirma que debemos tomar “la conducta del cirujano, que impone silencio a todos sus afectos e incluso a su compasión humana y concentra todas sus energías psíquicas en su único fin: practicar la operación conforme a todas las reglas del arte.” (p.114) Esto -destaca- permite no solo resguardar nuestra propia vida afectiva, sino también prestar nuestra mejor práctica posible.

Con J, tomar esa “conducta del cirujano” me fue cada vez más complicado a medida que en las entrevistas contaba cómo se exponía a situaciones complejas en lo que podemos pensar como la realidad compartida. Así es que decido llevar el caso por primera vez a control, ya que advertí que algo de la escucha se estaba obturando por la aparición de mi temor: me era difícil intervenir sobre su realidad psíquica.

Como destacué antes, también llevo el caso a mi propio análisis. Tal como dice Freud (1991) en el texto antes citado, resulta de suma importancia que el “médico” tenga su propia cura psicoanalítica, para evitar que el tratamiento del paciente circule por la vía de la sugestión o de la educación.

Si bien a partir de la supervisión le indiqué a la paciente dirigirse a la Oficina de Género, esta apuesta fue a modo de intervención, lejos de un fin psicoeducativo, y donde debí maniobrar con la transferencia para no quedar ubicada en el lugar de Amo. Que J fuera o no a la Oficina, era decisión y responsabilidad de ella como sujeto. La apuesta fue -vía el control- ordenar algo de la realidad compartida para poder continuar trabajando sobre su realidad psíquica. Como afirma Lacan en el texto “La dirección de la cura y los principios de su poder” (2009b): “El psicoanalista sin duda dirige la cura. El primer principio de esta cura [...] es que no debe dirigir al paciente. La dirección de conciencia, en el sentido de guía moral queda aquí radicalmente excluida.” (p.560).

El control, mi propio análisis y la intervención de otras instituciones entramadas al dispositivo asistencial, me permitieron volver a apostar por la subjetivación del modo de goce de la paciente, aunque no sin dificultad. Finalmente, J abandona el tratamiento, sin avisar. En un segundo tiempo, cuando vuelve a empezar, va a expresar que lo hizo por su cercanía a la fecha de parto. Podemos preguntarnos qué lugar tuvo la transferencia allí, por qué no fue una cuestión que trajo al tratamiento, etc.

Rubistein (2011) retomando a Lacan, resalta que la justificación y el deber de los practicantes del psicoanálisis es el de mejorar la posición del sujeto. Destaca también que pensar el concepto de curación, en nuestro campo, es demasiado vacilante. La autora afirma que lo terapéutico tiene que ver con operar sobre el goce vía la palabra, resituando al sujeto en su deseo; esto no tiene que ver con la adaptación ni el bienestar, sino con apuntar al nudo libidinal. “Lo terapéutico en psicoanálisis, entonces, no se produce consecuencia de ‘querer curar’, ambición terapéutica que puede llevar a ‘lo peor’, sino como efecto de un trabajo

subjetivo que tiene como correlato el deseo del analista y su peculiar modo de intervención y que puede operar sobre la economía libidinal.” (p. 136). En esta línea, me encontré advertida durante el tratamiento de J que el temor y las dudas que me generaban la continuación de su relación amorosa y la posible pérdida guarda de su hijo... me acercaban más a ese “querer curar” que al trabajo subjetivo. Como afirma Lacan (2009) en “Variantes de la cura tipo”: “Si [el analista] admite pues la curación como beneficio por añadidura de la cura psicoanalítica, se defiende de todo abuso del deseo de curar” (p.312).

El segundo control del caso me llevó a re-pensar la contratransferencia desde la ética psicoanalítica.

Lacan comienza el texto de “La dirección de la cura...” (2009b) poniendo en tela de juicio el concepto de contratransferencia para hablar de la situación analítica. Refiere que dicho concepto convierte la situación en una dialéctica, constituyendo una “impropiedad conceptual”, al mostrar a los analistas como hechos de la misma arcilla que a quienes amasan. Esto no quiere decir que el analista tenga un “juicio superior” al analizante, ni que esté hecho de una “arcilla mejor”; como dijimos, no debe dirigir al paciente según su juicio, no debe posicionarse como Amo.

Asimismo, el autor resalta que el analista debe “ser bueno”, y se pregunta “¿quién tendría la crueldad de interrogar al que se dobla bajo el peso de la valija, cuando su porte lleva claramente a adivinar que está llena de ladrillos? Sin embargo el ser es el ser, quienquiera que sea el que lo invoca, y tenemos derecho a preguntar qué viene a hacer aquí.” (p.561). Así, el practicante del psicoanálisis debe hacer uso de su posición discursiva para buscar la responsabilidad subjetiva del analizante. Por eso, el autor refiere que es mejor hablar de la “posición del analista” (y no de contratransferencia).

Miller (1987) retoma la crítica que Lacan hace a las morales y los ideales desarrollados en el psicoanálisis, y señala lo inédito que es hablar de ética desde esta práctica, la cual puede entenderse como “la suspensión de todos los valores” (p.124). Sin embargo, dice que esto no basta. Afirma, entonces, que la ética del psicoanálisis debe entenderse en relación con el discurso del analista, es decir, con el deseo del analista. La ética no vocifera ni da preceptos -sostiene el autor- sino que concierne al bien decir. Así, se trata de una ética del deseo: del deseo del analista quien, apuntalado en la interpretación, toma los dichos del paciente en su aspecto de enunciación... volviendo la ética operativa en la cura.

La segunda supervisión, entonces, me permitió desanudar mis preocupaciones contratransferenciales, llevarlas de nuevo a mi propio análisis, y mantenerlas entre paréntesis al escuchar a J en las sesiones. Además, me permitió poder volver a realizar intervenciones, apuntando a la enunciación de la paciente, y ya no perdiéndome en el enunciado. Así es cómo en esa sesión que retomo pos-supervisión, intento apuntar a su posición como sujeto deseante, más allá del contenido de la decisión que J debía tomar.

**BIBLIOGRAFÍA**

- Freud, S. (1991). *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente. Trabajo sobre técnica psicoanalítica y otras obras. Obras completas V. XII*. Ed. Amorrortu.
- Lacan, J. (2009). *Escritos 1*. Sigo veintiuno.
- Lacan, J. (2009b). *Escritos 2*. Sigo veintiuno.
- Lima Quintana, M. D. (2015). La época, lo singular y la práctica psicoanalítica. En G. Belaga (Ed.), *La práctica del psicoanálisis en el hospital* (1ra. Ed., pp. 141-146). Ed. Grama.
- Miller, J-A. (1987). *Matemas I*. Ed. Manantial.
- Miller, J-A. (2006). *Introducción al método psicoanalítico*. Ed. Paidós.
- Nieto, L. (2015). Temporalidad institucional, temporalidad subjetiva. El tiempo y la sesión analítica. En G. Belaga (Ed.), *La práctica del psicoanálisis en el hospital* (1ra. Ed., pp. 137-140). Ed. Grama.
- Rubistein, A. (2011). Los efectos terapéuticos en psicoanálisis: recorridos y conclusiones preliminares. *Facultad de Psicología UBA - Secretaría de Investigaciones - Anuario de Investigaciones, V. XIII*, 133-143.
- Sotelo, I. (2015). *DATUS: dispositivo analítico para el tratamiento de urgencias subjetivas*. Grama Ediciones.