

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.

# El dolor de existir ¿qué lugar para el analista?.

Somoza, Chiara.

Cita:

Somoza, Chiara (2023). *El dolor de existir ¿qué lugar para el analista?.* 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/000-009/479>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/n9n>

*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>.*

# EL DOLOR DE EXISTIR ¿QUÉ LUGAR PARA EL ANALISTA?

Somoza, Chiara

Universidad de Buenos Aires. Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Buenos Aires. Argentina.

## RESUMEN

El presente trabajo intentará responder algunas preguntas acerca del rol que ocupa el analista en la clínica de la psicosis y, principalmente, en la melancolía. Interrogantes que surgen en el marco de un dispositivo de internación de agudos en un Hospital Monovalente ¿Cuál es la dirección a la que se apunta? ¿Cuáles son algunas de las particularidades del sujeto melancólico? ¿Desde qué posición intervenir con un sujeto para el cual la vida no tiene sentido? Para ello, se realizará una articulación de una viñeta clínica.

### Palabras clave

Psicosis - Posición del analista - Melancolía - Dirección de la cura

## ABSTRACT

THE PAIN OF EXISTING, WHAT PLACE FOR THE ANALYST?

This paper will attempt to answer some questions about the role of the analyst in the clinic of psychosis and, mainly, in melancholy. Questions that arise in the framework of a device for hospitalization of acute in a Monovalent Hospital, What is the direction to which it points? What are some of the particularities of the melancholic subject? What is its etiology and structural conformation? From what position to intervene with a subject for whom life has no meaning? For this, a joint of a clinical vignette will be made.

### Keywords

Psicosis - Position of the analyst - Melancholia - Direction of the treatment

## Sujeto a la psicosis

Me parece importante comenzar hablando del sujeto en la psicosis porque el modo en el cual pensamos al psicótico va a tener repercusiones en la clínica. En ese sentido, sostengo que, por más que al paciente le sea difícil recordar, por más que la historia se escuche un poco borrosa, no deja de llevar consigo algunas huellas, marcas de algún recuerdo, posibles de volverse un sendero. Por más que alucine o delire, hay un sujeto como efecto del lenguaje, que no deja de estar determinado por la estructura significante.

Al igual que Leibson (2013), sostengo que si el psicótico no contara con cierta resistencia al Otro no habría psicosis, quedaría totalmente deglutido por el Otro. Pero, en lugar de ello, en la clínica lo que se escucha es que hay idas y vueltas de esa posición, lo que implica que el lenguaje permite cierta distancia,

cierto armado escénico que habilita una diferencia respecto a la manera en que el Otro lo goza.

A pesar de lo que se lea en la historia clínica y de lo que se escuche por parte de sus allegados, más allá de que las pulsiones queden al mando y tomen el timón del barco, detrás de eso que le habla al paciente hay una verdad que hay que poner a decir, un relato que hay que poder escuchar.

## Cadena perpetua: Culpable

Valeria es una paciente de cincuenta años que cursaba su quinta internación a causa del desencadenamiento de un delirio místico en el que exponía a su cuerpo a grandes riesgos físicos. En su delirio ella pasaba a ser un personaje místico en el que quedaba como la culpable de todo el mal. Lo cual la empujaba a un castigo para poder recomponer aquel daño y, así, sanar el dolor del mundo.

Soler (1991) describe que el delirio de indignidad es el modo en el que el melancólico le pone un sentido a la desgracia ¿de qué manera? elevando la falta a la culpa, tomándola a su cargo. La certeza que tiene Valeria sobre su ser permite una hipótesis causal respecto a un real que se impone sin sentido. A su vez, la autora se pregunta ¿de qué es el sujeto culpable? y menciona dos mitos que pueden dar una pista: El de Adán y Eva y el de Edipo. La culpabilidad estaría en relación a la trasgresión del goce.

Las primeras semanas en que la paciente estuvo internada no fueron fáciles, dado que era probable que vuelva a tener esa interpretación de la realidad que la ponía en riesgo. En algunas oportunidades la paciente se encontraba perpleja, quieta, sin modo de escucharnos. Tampoco estaba interesada en tomar la medicación que la psiquiatra le recetaba.

Belucci (2009) sostiene que el delirio permite darle cierta estabilidad a la imagen propia para vestir lo que, hasta entonces, sólo era un cuerpo despedazado. Es decir, el delirio, por más padecer que implique, permite un re-armado, una escena que enmarca aquel goce que, en un primer momento, se tornaba insostenible, habilitando así cierta sustracción del mismo.

En este sentido, Fernandez (2005) explica que, mediante este trabajo de sentido, se habilita una salida de la alienación y se logra producir una especie de barrera entre el sujeto y el Otro, un intento de rechazo, un proyecto de negación- por más que de a la manera de un infierno. Entonces, me preguntaba ¿de qué modo maniobrar con aquella respuesta que cumplía una función de restitución de la realidad y, al mismo tiempo, ponía en riesgo su vida?

La paciente empieza a tomar la medicación -haloperidol y lo-razepam- y a acceder a las entrevistas. Al comienzo con cierta rigidez en el discurso y respuestas de lo más escuetas. Comenzó a contar que el delirio, en parte, era voluntario. Que a ella le costaba aceptar la realidad - la coyuntura actual trataba de que alguien muy cercano padecía una enfermedad terminal-, que a ella le permitía salir del dolor del mundo y de sus pensamientos. A su vez, en el delirio aparece la posibilidad de que ella pueda enmendar ese dolor y sanar a la humanidad.

### Agarro(a)tada

Valeria vive con su madre y dice ser muy pegada, adicta a ella. Con su padre no tiene relación, intentó acercarse cuando era adolescente pero él la rechazó. El primer desencadenamiento es a sus treinta años cuando un hombre con el que salía la deja. Luego de su primera internación describe que siente un dolor que recorre todo el cuerpo, un dolor constante e impreciso, siente que tiene el cuerpo “*agarrotado*”. Los estudios médicos no podían explicarlo. Por ello, realizaba tratamientos de terapias alternativas buscando eliminarlo.

Se describía a sí misma como una persona egoísta, inútil, vaga y que, desde muy chica, sentía que no merecía nada. En la primaria, por ejemplo, sufría bullying por parte de sus compañeras quienes habían llegado a ser violentas físicamente con ella. Respecto a ello, también dice tener la responsabilidad, dado que en una terapia alternativa le dijeron que cuando se ejerce violencia es porque la víctima tiene “*violencia interna*” y el victimario reconoce algo de esto y por eso ejerce violencia contra esa persona y no otra. Le pregunto en qué sentido ella sentía esa “*violencia interna*” y responde que era muy cruel consigo misma, se decía cosas terribles. Y que lo que ella padecía en la actualidad también se lo había generado porque, en parte, disfruta el “*lugar de mierda*” en el que se siente.

Luego de algunas entrevistas ella ubica que esta “*dureza*” estaba motivada por la ausencia paterna, que la hacía sentirse distinta a los demás. Y que, de todos modos, entendía que él no había podido cuidarla. También tomaba esta actitud comprensiva respecto a los hombres que la rechazaban en vínculos amorosos. Nunca se enojaba porque decía que, en realidad, era “*esa cosa destructiva*” de ella lo que produce los desencuentros.

Soler (1991) sostiene que, más allá de la culpabilidad que pueda sentir el melancólico, no es un sentimiento que pueda movilizar al sujeto a tomar cartas sobre el asunto. Por el contrario, deja libre al sujeto de los deberes en relación al Otro. Es decir, el melancólico queda absuelto de lo ideal, de lo imperativo y de lo interdicto - lo prohibido. Como el Otro no responde, al que le toca responder es al sujeto, el cual está invadido por el goce liberado, justamente, porque el Otro no medio.

Así, Valeria es empujada a un pozo del cual es difícil salir. Y eso redobla aún más los sentidos que funcionan para dar un marco acorde a ese escenario, habilita más la lana para tejer esa realidad que la deja en un “*lugar de mierda*”. Me preguntaba ¿de

qué modo maniobrar con esta interpretación que sólo la ataba a ese lugar degradado?

### Algunas intervenciones

Gracias a una supervisión me encuentro con los reiterados intentos por parte de la paciente de eliminar el dolor, tanto en el delirio como en el uso de tratamientos alternativos para sus dolores corporales. Comienzo a intervenir buscando introducir algo de la contingencia, que nos atraviesa a todos, que el dolor es inevitable - introducir algo de la castración.

Paralelamente, comencé a indagar acerca de la astrología, el saber que ella tenía sobre aquello que le ocurría. Esto permitió construir una versión acerca de la dificultad que encontraba para lograr una distancia de su madre, también una elaboración sobre el dolor y sobre la inercia que describía haber sentido toda su vida. La paciente se va de alta, la sigo por consultorios externos hasta que termine mi rotación por ese hospital. Poco a poco, comienza a tener un discurso más fluido. Y empieza a aparecer cierta molestia en relación a un hombre con el que había tenido algunos encuentros pero no le respondía los mensajes. Enojo que la movió a conversarlo con él y esto le generó cierto alivio, ¿comenzaba a aparecer alguna responsabilidad del lado del otro? También le propongo que traiga algunas novelas que había escrito de joven y que conversemos sobre algunas películas que había visto, lo cual habilitaba otros escenarios en los que se podía trabajar algunos temas con más fluidez, con más aire que el que reinaba en la densidad melancólica.

**“Lecho de piedra imaginaria, a la espera de viajeros, el tren se fue y adiós le dijo al día, y todo se ocultó, Después su silbato pegó en el sueño, y aquello se hizo oscuridad, una infinita oscuridad” (Spinetta 1997, 29s)**

Respecto al dolor corporal y el desgano no hubo movimientos. Más allá de las variadas intervenciones -que van desde buscar introducir diferencias en los tipos de dolores, trabajar sobre cuestiones que dolían y buscar interés respecto a escenarios que en otro momento sí sirvieron de motor - volvía a las entrevistas quejándose de que el dolor la mantenía encapsulada. Me preguntaba ¿es algo que se pueda conmovir? Teniendo en cuenta, por un lado, la estructura y, por el otro, que mi rotación por ese Hospital tenía un límite.

En cuanto a la estructura, Heinrich (2016) explica que el melancólico pone en escena, ilumina, el sinsentido cotidiano. Lo que, en muchos casos, aparece con preguntas al estilo “¿para qué bañarme si después me voy a ensuciar?” Nada tiene sentido, nada brilla de manera agalmática como para motorizar una escena deseante. En este aspecto, no hay un rodeo significativo, lo único que se percibe es pura repetición, monotonía, el aburrimiento es vivenciado como “indiferencia intencional y mortífera” (Heinrich 2016, 107).

Este marco a través del cual interpreta la realidad también hace mella en el cuerpo que queda embarrado de lo real, arrastrado por la ley de gravedad. Es solo un cuerpo y, como tal, estorba. El sujeto queda rebajado al lugar indigno de desecho y no hay aire suficiente como para que se produzca un deslizamiento hacia otra cosa ¿cómo mover un cuerpo que sólo pesa y duele? y ¿a qué responde esta lógica estructural?

La autora hace referencia al drama de los celos que presenta la escena de San Agustín donde el niño mira como la madre amamanta a su hermano menor. E ilumina la importancia de que la madre gire la cabeza, advirtiendo al niño que la mira y, paralelamente, arrancándole la mirada al bebé que amamanta. Logra operar así la función paterna, descompletando la satisfacción, tanto materna como la del lactante. Heinrich propone que ese giro no solo permite la inscripción de lo imposible de la satisfacción sino también lo inevitable de la pérdida. Y esta inscripción se realiza en su legalidad, en una lógica que nos atraviesa a todos. No lo pensemos como un hecho que tiene que ocurrir o no, sino más bien, que el sujeto tiene que poder encontrarse con que el amor no significa interacción constante. Encontrarse con que el Otro se dedique a sus cosas no implica desamor y que está bien aburrirse un poco. De otro modo, las imperfecciones son una falla propia que produce el desamor en el otro. Como es el caso de Valeria quien se condena por cualquier tipo de desencuentro con el otro. Aparece solo la vertiente punitiva, el castigo, más no la legalidad.

Entonces, ¿Cómo introducir un escenario más vivificante? ¿Cómo emparchar un cuerpo de una manera más amable que aquella con la que se lo tejó? ¿De dónde sacar esa materia prima, aire necesario que habilite un movimiento?

### Para concluir

El trabajo deja más preguntas que respuestas acerca de cómo maniobrar con el discurso melancólico, pongo en escena algunas de las dificultades con las que me encontré, las cuales me llevaron a supervisar y a escribir. Lo que sí me enseñó esta paciente, y algunos otros, es que hay que poder dejar atrás algunos mitos que existen acerca de la gran probabilidad de intervenir y empujar al sujeto al desencadenamiento de la psicosis. Porque el temor que genera esta perspectiva no es operativo para la clínica, lleva a mal puerto.

No digo que no haya que tener prudencia, pero ese cuidado hay que tenerlo con todos los pacientes. Y con ello no quiero decir que la clínica de la psicosis y la neurosis sean iguales. Se puede pensar, por ejemplo, que la dirección a la que se apunta es distinta. No se tratará de revelar el goce - que ya aparece descarnado - sino buscar un límite, acotar los sentidos que parecen significar toda la realidad.

Lo que propongo es que el diagnóstico estructural nos tiene que servir de guía pero no para estar temerosos en la clínica sino para que tengamos en cuenta la apertura que se requiere. No estamos frente al neurótico que asocia libremente.

Parece una tontería lo que estoy diciendo, una obviedad, pero me parece muy importante mencionarlo. No podemos desconocer la certeza que empuja aquello que se le presenta, respuesta que le permite una solución ante el encuentro con lo real. No podemos desconocer el sin sentido articulado a esa certeza de goce. Y no digo que sea fácil encontrarse con el límite de nuestras intervenciones. Pero, si no entendemos que se trata de otra estructura vamos a creer que es el paciente el que no da pie con bola, y tantas posturas resistenciales que se escuchan hoy en día, que responsabilizan al paciente y a su poca "adherencia al tratamiento". Si la estructura es distinta, las maniobras que necesitamos hacer para intervenir también deben ser diferentes. Hay que estar a la altura del sujeto psicótico para ganarse el lugar de ser el destinatario de su testimonio. Propongo, en ese sentido, que la abstinencia con la que trabajamos es de otro orden. No dejamos de considerar el lugar transferencial, la dirección a la que apuntamos sino que las maniobras implican más apertura y propuesta. Quizás se trate de poner sobre la mesa la dirección en la que estamos yendo. Y, en relación a ello, no me refiero a abandonar la posición de no saber, la única posible para poder escuchar otra cosa. Tampoco quiere decir que vamos a intentar empujar a los psicóticos a la realidad, eso no sirve en ninguna clínica.

A lo que apunto es que podremos valernos de ficciones que habiliten un saber, una especie de lectura de los factores que suelen poner en riesgo al sujeto y cuales permiten funcionar como recurso y límite del goce. Pero, este saber se construye sólo a partir del mapeo que ellos nos habilitan, no es a partir de suposiciones propias. Sólo a partir de su relato podremos trazar caminos, marcar diferencias, instalar distancias. Jugar con la ley de otra manera, quizás más explícita, de modo que se vuelva menos ajena. Creo que implica, en algún sentido, prestarse más. Considero que esta apertura puede servir no sólo para la psicosis sino también para momentos de urgencia, de locura, en el trabajo con adolescentes, entre otros. Sostengo que, en ese sentido, la psicosis nos enseña lo libres que podemos ser en la táctica, y lo libre que es necesario que seamos, en algunos casos.

Tomar una posición política sobre el asunto, entender que hay una decisión en juego, que siempre estará en dirección a una apuesta: la del sujeto.

### BIBLIOGRAFÍA

- Belucci, G. (2009). *Psicosis: de la estructura al tratamiento*, Letra Viva, Buenos Aires.
- Fernández, E. (2005). *Algo es posible. Clínica psicoanalítica de locuras y psicosis*, Letra Viva, Buenos Aires.
- Heinrich, H. (2016). *Locura y melancolía*. Buenos Aires, Letra Viva.
- Lacan, J. (1955-1956). *Seminario 3: Las psicosis*. Buenos Aires, Paidós.
- Leibson, L. y Lutzky, J. (2013). *Maldecir la psicosis: transferencia, cuerpo, significativa*. Ed. Letra Viva: Buenos Aires.
- Soler, C. (1991). *Estudios sobre las psicosis*, Manantial, Buenos Aires.
- Spinetta, L.A. (1997). "La espera" en Spinetta y los socios del desierto. Columbia Records.