

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2016.

Lo posible como vía estabilizadora en la psicosis.

Gómez Fares, Nadia.

Cita:

Gómez Fares, Nadia (2016). *Lo posible como vía estabilizadora en la psicosis. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/194>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/NfM>

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>.

LO POSIBLE COMO VÍA ESTABILIZADORA EN LA PSICOSIS

Gómez Fares, Nadia
Hospital Braulio Moyano. Argentina

RESUMEN

A partir de la presentación de un material clínico correspondiente al primer año de tratamiento de una paciente internada en el Hospital Moyano, se intenta ubicar los obstáculos, detenciones y movimientos realizados por ella y su analista. Esta puntuación, que señala las coordenadas puramente artesanales de la clínica, descubre el camino transitado desde el arrasamiento estructural propio de la psicosis hacia el despliegue de una subjetividad que aparece como un momento inaugural: la invención de una escena que incluye a la paciente, le da un nombre y posibilita el desarrollo del lazo social. Una ficción estabilizadora que reivindica su lugar de sujeto, en tanto se enmarca en el juego de significantes particulares que remiten a los restos de una historia que, eventualmente, podrá ser recuperada como ganancia de saber. Este recorrido, además, invita a reflexionar sobre de las dificultades que se presentan en los inicios de la práctica clínica hospitalaria.

Palabras clave

Psicosis, Subjetividad, Ficción, Estabilización

ABSTRACT

POSSIBLE AS VIA STABILIZING IN PSYCHOSIS

From the clinical trial presentation corresponding to a first year treatment on a Hospital Moyano patient, we try to identify the obstacles, impediments and progress realized by the patient and her analyst. This punctuation, which indicates the purely artisanal coordinates of the clinic, discovers the path taken from the psychosis's structural razing towards the deployment of a subjectivity that appears as an inaugural moment: the invention of a scene that includes the patient. It gives a name and enables the development of the social bond. A stabilizing fiction to establish her place in the subject, embarking in the game of significant individualities that remit to the remains of a story that eventually could be recovered as knowledge to be gained. This journey, also, invites one to reflect on the difficulties presented in the initial trials of a clinical practice.

Key words

Psychosis, Subjectivity, Fiction, Stabilization

El caso

Conocí a Aldana en el servicio de admisión del Hospital Moyano. La presentaron como una paciente difícil y con una situación familiar muy comprometida. Fue decisión exclusiva del jefe de servicio, guiado por una "corazonada", ingresarla; también que yo fuera su psicóloga.

La paciente tiene 30 años y una hija de 7 a quien no ve desde hace algún tiempo. Su familia se compone, además, por sus padres (actualmente divorciados) y tres hermanos. Se encuentra internada desde hace un mes y se ha dispuesto su pase a un servicio de terapia regular. Se la ve desarreglada, sucia, con dificultades para fijar

la mirada y hablar y muy lenta en sus movimientos.

Los datos aportados por la familia irán armando la historia de Aldana, pues ella nada puede decir sobre sí misma. Cuando nació mantuvo escaso contacto con su madre. Durante su infancia tuvo muchas dificultades para vincularse con la gente. Abandonó sus estudios en 3er año del secundario, momento en el que se agravan las conductas antisociales reclusándose en su habitación y resistiéndose a los tratamientos. Ha tenido tres embarazos de los cuales sólo uno llegó a término, no pudiendo responder a este nuevo rol según las expectativas familiares. Durante toda su vida han sido constantes los problemas de higiene y las conductas bizarras. Su madre, por su parte, rehízo su vida. Se casó nuevamente y durante algún tiempo las cosas funcionaron; no obstante, los problemas no tardaron en aparecer: celos hacia su hija atribuyéndole conductas seductoras, sospechas de una relación entre Aldana y su marido y permanentes discusiones familiares. El panorama era complicado y hacía suponer una convivencia difícil que su madre confirmaba a cada momento en sus quejas.

De aquí en más, describiré los hechos que desencadenaron la internación: una noche, la señora encuentra al marido manteniendo relaciones con su hija. Discuten fuertemente, la echa de su casa y Aldana se muda al departamento de su padre. Allí, la convivencia no marcha mucho mejor; los graves problemas del hombre con el alcohol y su posterior internación en una clínica de rehabilitación dejaron a la muchacha más abandonada aún a sus crecientes conductas disruptivas. Los hermanos mayores ponen el departamento en alquiler y cambian la cerradura dejándola en la calle. Dado que su madre se rehúsa a recibirla y sus hermanos tampoco pueden albergarla, Aldana notablemente descompensada, vaga por la vía pública durante tres días. Cuando su hermana menor toma conocimiento de lo ocurrido la lleva al Hospital Rivadavia y tres días después es trasladada al Hospital Moyano.

Primeros encuentros

Los primeros encuentros resultan infructuosos. Aldana no habla más que de querer irse, pero ¿a dónde? No hay respuesta, tampoco parece haber lugar. Mis preguntas reciben breves contestaciones en las que me indica que hay cuestiones a las que prefiere no referirse. Yo conocía su historia a partir de los dichos de su familia y lo que otros profesionales habían escrito en la historia clínica, pero aún no había escuchado su versión; me preguntaba si tendría una. En cualquier caso, teníamos un acuerdo: de ciertos temas ella no hablaba y yo estaba dispuesta a respetarlo a pesar de la insistencia del equipo tratante. Algunos días después interpela al equipo: quiere saber por qué la elegimos. Más allá del optimismo que guió la "corazonada" del jefe de servicio, yo misma no tenía una respuesta para eso. Sin embargo su pregunta me parecía interesante. Es que acaso, ¿alguien la había elegido antes?

Una mañana, luego de una visita materna, me busca y llorosa hace un pedido: no quiere ver a la señora y se refiere a ella como una persona violenta que le quito a su hija con una orden judicial. Sa-

bía que recluirse o aislarse constituían la única forma que Aldana conocía para frenar a su madre. Esto podía inferirlo a partir de los datos que, por supuesto, otros habían aportado. Respeto su pedido y se interrumpen las visitas. Este movimiento produce un efecto y la paciente puede empezar a decir algunas cosas más: “con mi hija tenemos una relación hermosa”, “con mi mamá la relación siempre fue difícil. Ella me echó, por eso estoy acá”. Por lo demás, en las entrevistas no aparece ni el más mínimo atisbo de algún interés, molestia o incomodidad. Nunca se refiere a su hija si no se la interroga al respecto, tampoco al resto de su familia; mucho menos a algún acontecimiento pasado. Sus días transcurren entre la cama y el comedor del servicio. Fuma, toma mate y come enormes cantidades de pan. No se relaciona con ninguna de sus compañeras, no sale al parque, ni siquiera mira la tele.

Con la ausencia de la madre y la administración de una ampolla de Halopidol Decanoato Aldana estaba visiblemente más tranquila y la abulia había ganado el cuadro. Ante semejante apagamiento subjetivo, a esas alturas mi impresión era que a ella ya no le pasaba nada. Estaba abandonada a ese exceso de goce en lo real tan característico de la psicosis.

Matices de subjetividad

Algunas semanas después surge la posibilidad de que Aldana se reencuentre con su hija. La idea me entusiasma (tal vez por demás) y considero que es algo a trabajar. Pero, aunque acepta la visita, no quiere hablar sobre el tema y le irrita mi interés. Las consecuencias no se hacen esperar: al día siguiente, Aldana me busca para informarme que no quiere que continúe siendo su psicóloga. Desconcertada ante lo ocurrido, no podía más que preguntarme qué había pasado. Al parecer algunas cosas habían empezado a molestarle. Lo charlamos, ella siente que no la respeté, que la relación con su hija es muy especial y que no necesita trabajar nada sobre eso. Se me hace evidente que mi propia subjetividad me había impedido escuchar lo poco que ella podía decir hasta ese momento; me disculpo y la dejo decidir si continúa su terapia conmigo. Acepta seguir.

Al día siguiente se produce el encuentro: en una pequeña oficina nos reunimos Aldana, su hija, su madre, una prima, el psiquiatra, la trabajadora social y yo. Por primera vez en dos meses la veo sonreír y llorar de emoción. El diálogo entre ambas es escaso. La inquietud de la niña desborda a la paciente, que a duras penas atina a abrazarla y decirle que la extraña. Éramos muchos esa mañana, pero Aldana sólo me presenta a mí: “mirá hija, ella es Nadia, mi psicóloga”. Su relación es muy especial, de eso no hay dudas. La niña es la única capaz de conmover algo en la paciente, algo que hasta entonces ninguno de nosotros había visto y de lo que ella apenas podía dar cuenta: un destello, un pequeño matiz subjetivo. De vuelta en el servicio, Aldana parece haber recuperado su aplanamiento afectivo habitual. Sería, callada, lo único que puede decir sobre el encuentro es que quiere volver a verla. Propongo entonces continuar con estas reuniones en un espacio más apropiado para la pequeña. Paralelamente, y a pesar de la difícil relación, su madre empieza a solicitar permisos de paseo durante el fin de semana. Aldana se muestra entusiasmada y el equipo, con ciertas reservas debido a las dificultades del caso, accede.

La paciente me había dado una lección. A la luz de lo acontecido, comprendo que para pensar el posible tratamiento no puedo dejar de atender a las coordenadas que ella estaba señalando. Pensar el caso desde el déficit, desde lo que no hay obturó mi escucha y me llevó a “comprender”, a creer que “sabía” qué era lo que teníamos que trabajar (Lombardi, 2001). Tal como lo advirtió Lacan (2003) debía formarme en la maniobra de la transferencia con pacientes psicóticos.

El trabajo de la psicosis: ¿Una ficción posible?

El tiempo transcurre y las salidas de los fines de semana se vuelven habituales. A su regreso Aldana empieza a estar más conectada con su entorno, lo que propicia el surgimiento de algún lazo con el otro fuera del núcleo familiar. Durante nuestras entrevistas los temas “prohibidos” desaparecen: se refiere a su hija, me cuenta lo feliz que la pone estar con ella, reflexiona sobre la relación con su madre y empieza a hablar sobre lo ocurrido con el marido de esta. Su versión no coincide con la de su familia y mucho menos con la que figura en su historia clínica. Me propongo entonces escucharla y trabajar con lo que la paciente puede empezar a armar, a tejer: con su testimonio, el único saber que interesa.

Entre tanto, Aldana empieza a jugar con la idea de escaparse del hospital: “estos días pensé en irme, pero me quedé. Si me voy ya no voy a poder volver a este lugar y vos ya no vas a ser mi psicóloga”. La internación empieza a configurarse como algo voluntario, aunque formalmente en la historia clínica diga otra cosa. Ahora es ella quien a pesar de querer irse y sabiendo que nadie se lo va a impedir, elige quedarse. Empiezo a pensar que, tal vez, la internación pueda ser para Aldana algo diferente a la exclusión, al rechazo. Mi impresión es que ella se siente respetada, tal vez como nunca antes, y eso le da un lugar, se siente alojada. Nosotros la elegimos una vez y ahora ella nos devolvía lo mismo. Pronto pude observar que esto se trasladaba también a sus compañeras y a su madre.

Algunos meses después pasa toda la semana en su casa y concurrir al hospital sólo para mantener entrevistas con su psiquiatra y conmigo. Ahora, los temas de conversación giran exclusivamente en torno a su rol de madre: se ocupa de su hija, quiere participar de su crianza, se interesa por charlar con su psicóloga y participa de la búsqueda de un nuevo colegio. También puede empezar a ubicar aquello que la desborda de la niña, con lo que ella no puede: su hiperactividad, sus demandas, la dificultad para respetar los límites. Observo que, al igual que su madre, todo lo que Aldana entiende de su rol materno pasa por cubrir las necesidades de la niña y jamás hace mención al amor y al cariño que ambas se tienen. Lo trabajamos durante varias de nuestras entrevistas y algo empieza a modificarse con la niña y con nosotros: ahora llega al servicio y nos saluda afectuosamente, nos abraza y nos pregunta cómo estamos. Se vuelve costumbre en cada entrevista saber si la extrañé; ella me dice que sí y que cuando tenga el alta va a venir a visitarme. Nuevamente leo en esto el intento de sentirse alojada por nosotros, lo busca e intenta confirmarlo vez a vez y yo consiento: la abrazo, le digo que todos la extrañamos y que nos alegramos de verla. En cuanto a su hija, un día concurre preocupada debido a que su madre ha obtenido la guarda legal. La escucho, clarifico algunas cuestiones y le explico que ella no deja de ser la madre. Entonces su preocupación se convierte en queja: “mi hija no me dice mamá. Me llama por mi nombre y le dice mamá a mi mamá. Es como si fuéramos hermanas”. Ella no se siente hermana de su hija, se siente madre y quiere ejercer el rol. Por el momento, sólo es capaz de decirlo en el consultorio, pero le propongo que lo charle con su madre y con la niña, que le explique las diferencias que ella misma puede advertir.

Unas semanas después, Aldana dice que le gustaría tener más hijos. Es evidente que la maternidad es algo muy significativo en ella. Se refiere de los abortos, cuenta como los vivió y esto la consume, la entristece. También me habla de los hombres a los que ella llama “parejas”, relaciones ocasionales con personas violentas que la golpeaban. En otra oportunidad comenta que se siente sola y que le gustaría tener un “compañero”, pero distinto, diferente: “alguien bueno, cariñoso, simpático, que le gusten los chicos. Una

buen persona. ¡Ah! Y que no tenga problemas. ¡Ya bastante con los míos!”.

Mi impresión es que Aldana ha empezado a armar una ficción de su vida o al menos de una parte de ella; una escena que la estabiliza, que no la expulsa y que abre a la posibilidad de crear(se) un nuevo lugar, uno más tolerable. En relación a esto, Colette Soler (2014) habla de “trabajo de la psicosis” allí donde hay una elaboración que permite un tratamiento de lo real, que “civiliza el goce haciéndolo más soportable” (p.16) y, por lo tanto, permite ponerle un límite. Desde mi lugar de analista apuesto a que esta invención que apuntala a Aldana en su existencia de sujeto perdure y le permita encontrar un destino para que su vida no sea solo un real.

Consideraciones finales

Hasta aquí he intentado desandar el camino realizado durante un año de tratamiento con Aldana enfocándome en lo que entiendo como un armando ficcional que le dio un nombre y posibilitó el desarrollo del lazo social que, al momento de su internación, aparecía impedido. Una ficción, por lo tanto, enmarcada en el juego de significantes particulares que remiten si no a su historia, al menos a sus restos, a los fragmentos de una verdad que eventualmente podrá ser recuperada como ganancia de saber. Este recorrido no fue calculado y supuso algunos tropiezos de mi parte que se transformaron en un valioso aprendizaje. Si en la psicosis el análisis encuentra su eficacia a partir de “una sumisión completa, aun cuando no sea enterada, a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo” (Lacan, 2003, p.516), puedo decir que en algún momento dejé de atender a estas coordenadas en pos de lo que creí “comprender” o “entender” que era necesario trabajar. Si de lo que se trata es de que cada “análisis lleve los rasgos de la persona del analizado” (Lacan, 2003, p.565), cómo ir más allá de lo que admiten las posibilidades de la paciente. Sólo se puede ceder la posición de sujeto al psicótico a condición de que el analista no cuente como tal (Lombardi, 2001). Una lección que necesité aprender en acto, pues evidentemente no me bastó con leerlo en los libros. Advertir esto, me posibilitó franquear las reticencias de Aldana y empezar a pensar el caso a partir de las referencias con las que ella contaba. Condición necesaria para establecer el lazo transferencial que habilitó el despliegue de pequeños matices de subjetividad que favorecieron el trabajo posterior.

Para finalizar, quisiera destacar tres momentos del análisis determinados por la posición que ubiqué en tanto analista: un primer tiempo, caracterizado por el aplanamiento subjetivo de Aldana, en donde aparece hablada por su familia, por la historia clínica y el equipo tratante. En este momento, el saber estuvo ubicado del lado opuesto al de la paciente. Ella no hablaba y nosotros la comprendíamos permaneciendo en el registro de la significación compartida, “del buen orden”, eliminando así cualquier posibilidad de recibir su testimonio. Advertir que algo de esto estaba obturando la posibilidad de un tratamiento permitió el viraje hacia un segundo tiempo, caracterizado por un “no saber” y “no gozar” de mi parte que hizo lugar a la palabra de la paciente ante una analista “testigo” (Soler, 2014) que finalmente la escuchaba. En el tercer tiempo mi intervención apuntó a lo que Colette Soler (2014) llama “orientación del goce” por la vía positiva apuntalando y promoviendo lo que Aldana misma iba armando a través del “trabajo de la psicosis” (Soler, 2014): una escena que la estabiliza, una ficción que la nombra “madre” y que abre un horizonte de posibilidades ubicándola como algo distinto que un sujeto muerto. Si esto fue posible, es porque en tanto analista no coincidí con ninguna de estas posiciones opuestas. Sostenerme en el intervalo entre ambas, en cambio, posibilitó

encarnar la causa de un deseo que, aunque precario, puede traer cierta pacificación y por qué no, alojar algo del orden de la división subjetiva (Soler, 2014). Es una apuesta a lo que puede advenir: un cuarto tiempo, otro, distinto, que le permita encontrar un lugar, “hallarse” como suele decir por estos días.

En lo que a mí, en tanto analista respecta, valoro la posibilidad de haber trabajado con esta paciente que me enseñó en cada encuentro “que el poder de la cura está en el sujeto mismo” (Lombardi, 2001, p.150).

BIBLIOGRAFÍA

- Belucci, G. (2009), *Psicosis: de la estructura al tratamiento*, Buenos Aires, Letra Viva.
- Chesterton, G. K. (2012), *El acusado*, Sevilla, Espuela de Plata.
- Fernández, E. (2011), *Diagnosticar las psicosis*, Buenos Aires, Letra Viva.
- Lacan J. (1967), *Breve discurso a los psiquiatras*. Lacantera Freudiana, Buenos Aires, Argentina: <http://www.lacanterafreudiana.com.ar/2.5.1.12%20%20BREVE%20DISCURSO%20A%20LOS%20PSIQUIATRAS,%201967.pdf>
- Lacan, J. (2007), *El Seminario. Libro III. Las psicosis*, Buenos Aires, Paidós.
- Lacan, J. (2003), *Escritos 2*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Lombardi, G. (2001). *La clínica del psicoanálisis 3. Las psicosis*, Buenos Aires, Atuel.
- Murakami, H. (2015), *Hombres sin mujeres*, Buenos Aires, Tusquets.
- Soler, C. (2004), *El inconciente a cielo abierto en las psicosis*, Buenos Aires, JVE Ediciones.
- Soler, C. (2014), *Estudios sobre las psicosis*, Buenos Aires, Manantial.