

XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2024.

# **Maniobras transferenciales en la clínica de la esquizofrenia. Entre la apertura y la propuesta.**

Somoza, Chiara.

Cita:

Somoza, Chiara (2024). *Maniobras transferenciales en la clínica de la esquizofrenia. Entre la apertura y la propuesta*. XVI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXI Jornadas de Investigación. XX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VI Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VI Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-048/442>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/MHF>

*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>.*

# MANIOBRAS TRANSFERENCIALES EN LA CLÍNICA DE LA ESQUIZOFRENIA. ENTRE LA APERTURA Y LA PROPUESTA

Somoza, Chiara

Universidad de Buenos Aires. Hospital de Clínicas "J. de San Martín". Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

En el presente trabajo intentaré reflexionar acerca de las maniobras transferenciales en la clínica de la psicosis y, principalmente de la esquizofrenia. El motivo que me llevó a escribir este escrito fueron las dificultades que encontré al rotar en un dispositivo de Internación de un Hospital Monovalente de la Ciudad de Buenos Aires, también en Consultorios Externos dispositivo mediante el cual daba seguimiento una vez dadas de alta las pacientes y, por otro lado, en un Centro Cultural que forma parte de un Hospital Monovalente de Santa Fe. No pretendo agotar el asunto, tampoco considero que las propuestas en este escrito ofrezcan algún tipo de garantía "para todos". Solo voy a mencionar algunas de los obstáculos de la clínica para luego poder esbozar algunas líneas de trabajo que, en algunos casos, me dieron resultado. Reflexionar acerca de los límites de nuestras intervenciones permite evitar posiciones resistenciales que terminan responsabilizando a los pacientes por los escasos efectos terapéuticos y justifican cierta resignación y renuncia a continuar apostando por lograr una diferencia clínica.

## Palabras clave

Esquizofrenia - Psicosis - Clínica

## ABSTRACT

TRANSFERENCE MANEUVERS IN THE SCHIZOPHRENIA CLINIC: BETWEEN OPENNESS AND PROPOSAL

In this work I will attempt to reflect on the clinical features of psychosis and, mainly, schizophrenia. The inspiration to write this document were the difficulties I encountered when during a rotation at a hospitalization unit in a Monovalent Hospital in the City of Buenos Aires, as well as a device through which I provided follow-up once the patients were discharged and, on the other hand, in a Cultural Center that is part of a Monovalent Hospital in Santa Fe. I do not intend to exhaust the matter, nor do I consider that the proposals in this writing offer some type of guarantee "for everyone." I am only going to mention some of the obstacles of the clinic so that I can then outline some strategies that, in some cases, worked for me. Reflecting on the limits of our interventions allows us to avoid resistant positions that end up blaming patients for the limited therapeutic outcomes and justify a certain resignation and renunciation of continuing to strive to achieve a clinical difference.

## Keywords

Schizophrenia - Psychosis - Clinic

"La psicosis es aquello ante lo cual el analista en ningún caso debe retroceder" (Lacan 1977, p9)

## La esquizofrenia y su ¿discurso?

El sujeto esquizofrénico nos habla de lo invadido que se encuentra por una variedad de sensaciones. Partes del cuerpo que dejan de funcionar, que están vacías, sucias, rotas. Todo se vuelve ajeno y extraño. La sexualidad es vivida como si la excitación sexual proviniera de otra persona. El aparato digestivo también se hace escuchar, un circuito pulsional de llenado y vaciado del cuerpo, lo que se mete, se traga y lo que sale ¿Qué pasa adentro? ¿Dentro de donde? ¿Hay un límite entre lo interior y lo exterior?

El sujeto esquizofrénico habla de su cuerpo como si fuese una tetera que lleva y trae, que se le ensucia, la llena, la vacía, le deja de funcionar y, a veces, se calienta. El cuerpo, dice Lacan, se le ha vuelto un problema "con lo que el dicho esquizofrénico se especifica por quedar atrapado sin el auxilio de ningún discurso establecido" (Lacan 1972, 498 p)

En la psicosis no hay una negativización del goce dado que no se produce la extracción del objeto a. Y, cuando se trata de la esquizofrenia, el desorden de lo real tampoco logra localizarse en el goce intrusivo que viene del Otro -a diferencia de la paranoia. Más allá de la serie de fenómenos interpretativos de tinte paranoide no se llega a armar una significación delirante sistematizada que funcione de barrera al goce. En cada entrevista, cualquiera puede ir a parar al lugar del Otro gozador.

El decir del esquizofrénico es fluido, constante, totalmente impredecible, no lleva a ningún lado, no tiene un sentido que encarrile lo que dice. Es como jugar a los autitos chocadores: da vueltas, choca con alguna idea, dobla de manera desmedida pero nunca se dirige hacia un lugar. Soler (2004) dice que el sujeto esquizofrénico está subsumido por el enjambre real de los significantes S1 que no representan al sujeto y, por lo tanto, lo dejan a merced de la fragmentación de identidades, esbozos delirantes, atrapado entre hechos y datos que no logran ordenarse.

En una oportunidad, participé en un taller de radio en el Centro Cultural y me tocó ayudar a una paciente con la sección de espectáculos. Ella me pide una hoja y la lapicera, yo me pongo a su lado con el celular a buscar noticias. Leíamos títulos y cuan-

do a ella le gustaba uno me pedía que se lo dicte y yo me metía para tener más información o ver si era cierto o no, acostumbrada a las falsas noticias. Noté que a ella le fastidiaba mi demora en el dictado. Me saca el celular y me dice: “a ver, dejá. Tomá, anota vos”. Empieza a dictar títulos, sólo títulos. Por ejemplo: “Elegante contó cuál fue la única vez que lloró desconsolado estando preso”, “La mujer de Daddy Yankee le hizo un pedido desesperado”, entre otros.

Más allá de lo interesante de cómo la paciente me puso en mi lugar -el de anotar lo que ella decida escribir y no a la inversa - lo que me llamaba la atención era que no estaba interesada en el sentido común que uno podría darle a esa sección. Con contar el título alcanzaba y sobraba, se trataba de mencionar comienzos, llamar la atención al otro, invitarlo a escuchar y, una vez logrado el efecto, pasaba a la siguiente noticia. Millas (2005) explica que la ironía del sujeto esquizofrénico pone sobre la mesa el estatuto de semblante que tiene todo discurso y que, por tanto, cualquier lazo social no es más que una estafa y nos enfrenta con los límites de los poderes de la palabra.

### **Táctica, estrategia y política - ¿Cómo? ¿Desde dónde? ¿Para qué?**

Limitar el goce, el goce del Otro

En primer lugar, me parecía importante aclarar que con “limitar el goce” no me refiero a posiciones que terminen enunciando imperativos prohibicionistas respecto a las situaciones que creemos que ponen en riesgo al paciente. En lugar de ello, propongo que el límite tiene que intentar instalarse sobre el Otro del goce, armar trincheras para que el sujeto respire del puro capricho que lo atormenta. Propongo, tomando los aportes de Fernandez (2005), que la orientación tiene que ir en pos de operar con el no-todo para “desestabilizar al enemigo” (Fernandez 2005, 176p).

Me parece importante diferenciar este tipo de intervenciones de las que buscan malentender el goce del Otro -tendencia natural en la que caí muchas veces- intentando habilitar versiones más soportables que permitían iluminar otras intenciones en esos personajes, al estilo “quizás x persona no quiere perjudicarte y lo que busca es otra cosa”. Nada más erróneo que dudar de la certeza psicótica, y más aún si se trata de la certeza del goce. El Otro quiere gozar del paciente, punto. Eso es indiscutible. En lugar de ello, propongo, introducir algo de la castración en estas figuras tan omnipotentes. Más allá de cuáles fueran sus intenciones, el Otro no lo puede todo. El uso del humor en este sentido me resultó muy útil. No creo que sea una táctica inadecuada para esta clínica, lo importante es hacia a dónde apunta, cuál es la función del chiste, de qué elegimos reinos.

Este tipo de intervenciones son útiles en casos de esquizofrenia paranoide -o paranoia propiamente dicha. Si no existe un Otro que atosigue al sujeto no es necesario sacárselo de encima. Para agujerear la consistencia del Otro también me parece importante agregar otro de los aportes de la autora respecto a las distinciones entre el adentro y el afuera, sentidos que permiten

organizar y distinguir el yo del mundo. Para que el sujeto pueda tener un vínculo medianamente soportable con el otro hay que apostar a la construcción de esa intimidad. Y digo apuesta porque en el sujeto esquizofrénico esos límites están difusos pero realizar un trabajo sobre ello produce efectos.

Ahora bien, ¿cómo introducir una defensa ante aquello que invade el cuerpo?, ¿de qué modo habilitar un refugio de algo que, por más ajeno que le resulte, se encuentra en lo más íntimo?

### **Cartografía**

Los recuerdos que aparecen en el relato de los pacientes, a pesar de que se presenten de manera borrosa son huellas posibles de volverse un sendero. Se va produciendo, construcción mediante, una elaboración de saber que permite ubicar las coordenadas que generan padecimiento para, poco a poco, apropiarse de aquello que vive como ajeno y extraño. Realizamos la escritura de un mapa que sirve de orientación mediante el trazado de caminos, la instalación de distancias, diferencias que impiden que el paciente lo sufra como un padecimiento continuo, ajeno e insensato que nada tiene que ver con él mismo ni con su historia. No es una carretera principal pero no da todo lo mismo. Es como jugar a la ley de otra manera, quizás más explícita, de modo que se vuelva menos ajena. En este punto, resultan útiles los aportes de Soler (2007) respecto a la orientación de goce limitativa y positiva, dado que ambas permiten localizar las escenas que ponen en riesgo al paciente -como las coordenadas del desencadenamiento - y cuáles le sirven cómo recurso haciendo uso del significante ideal como único elemento simbólico, apuntalando la posición del propio sujeto.

Pienso que se debe tener cuidado de evitar realizarlo a modo de sugerencia insistente, lo cual nos dejaría en un lugar complicado en la transferencia, con mayores posibilidades de encarnar la figura del Otro gozador. En lugar de ello, creo que realizamos un trabajo cartográfico donde leemos e interpretamos las regiones que arrasaron al sujeto con el objetivo de que se pueda apropiarse de esas marcas.

### **Más allá de la trinchera**

Se vuelve pertinente en esta clínica apuntar a la invención de un recurso que opere como un espacio más allá del goce. Es importante reconocer que, en la mayoría de los casos, se trata de una escena frágil, endeble, que rápidamente puede desvanecerse. Implica, en la mayoría de los casos, volver a empezar y apostar nuevamente a una diferencia ¿Cómo generar efectos que se sostengan en el tiempo? ¿Dónde encontrar un espacio que habilite una escena distinta?

“Hacia dónde ir? ¿Hacia dónde regresar, conducir, callar o palpar? Miro hacia todos los puntos de la claridad y de la oscuridad y no encuentro sino el propio vacío que mis manos elaboraron con cuidado fatal.” (Neruda 1974)

La participación en un Centro Cultural me permitió conocer la función de sostén que cumplen este tipo de espacios logrando prevenir la internación por largo tiempo. Considero que hay tres grandes aportes que este tipo de espacios habilitan. En principio, generaba un vínculo entre los pacientes, punto importante en la clínica de la psicosis considerando que el lazo social suele estar perturbado por el goce. La relación entre ellos se encuentra intermediada por una terceridad generando así un lazo fraternal, lo que un paciente llamó “camaradería”.

En segundo lugar, porque consiste en un espacio al que pueden entrar y salir, donde el otro de la institución está ahí para recibirlos de modo amigable sin imponer ni demandarles nada. Un espacio por fuera del goce del Otro donde las coordinadoras y los talleristas se preocupan pero no atosigan, están para ayudarlos. No son tomados como objetos del saber médico, ni de indicaciones ni explicaciones sobre su ser, de ninguna intención del Otro. El tercer punto importante a considerar tiene que ver con las actividades culturales que allí se realizan -teatro, pintura, escritura, radio, entre otros. Estas actividades brindan la posibilidad de construir un ideal identificatorio del cual sostenerse, como así también habilitan a una elaboración y tratamiento de los retornos de lo real.

Considero que tenemos que promover la participación en este tipo de espacios y, para ello, es necesario que estemos al tanto de la existencia de los mismos para poder trabajar de manera interdisciplinaria y coordinar derivaciones que no caigan en saco roto.

### **Apertura y propuesta, maniobras transferenciales.**

El lugar desde donde intervenimos es importante, considerando que el lugar del Otro del goce es una posibilidad. No es calculable ni evitable pero sí creo que existen algunos recaudos que se pueden tomar. En principio, prestando atención a la posible interpretación erotómana o agresiva y estando alerta de poder maniobrar para salir de ese lugar, en caso de ocuparlo. Apuntar en contra de la posición del Otro omnipotente que no esté atravesado por la falta, que brinde demasiados enunciados sobre el ser del paciente, ubicándose en un lugar de saber completo. Teniendo en cuenta estas salvedades, no creo que sirva de nada pensar nuestro lugar en la transferencia como un espacio pequeño en el cual la idea de realizar intervenciones tiene cierto halo de terror. Cautela hay que tener siempre, en la clínica en general. Que al trabajar con la psicosis tengamos miedo lleva a mal puerto. Por el contrario, considero que en esta clínica la abstinencia con la que tenemos que maniobrar es de otro orden, nuestra posición requiere de mayor apertura y propuesta. No dejamos de considerar el lugar transferencial y la dirección a la que apuntamos. Se requiere, de alguna manera, prestar-se más. Requiere de mayor apertura, por ejemplo, en situaciones de urgencia en las que una tiene que poner el cuerpo en mayor medida, sosteniendo e, incluso, abrazando. Con apertura me refiero a ser dócil, maleable, quizás un día una paciente necesita que nos

sentemos con ella a escuchar música. Y nada más.

Por otro lado, considero que requiere de mayor propuesta, poder escuchar eso que moviliza y enciende a los pacientes para darle lugar y cierto aliento. Más allá de que no sea un brillo agalmático, se puede escuchar un impulso que opera como motor. Suelen ser luces tenues por eso requiere de atención, pero se puede generar un movimiento si hay un analista atento que escuche y sostenga algo de ese brillo, lo reconozca y lo encause en algún camino posible.

### **Conclusión**

Sostengo que la psicosis nos enseña lo libres que podemos en la táctica, y lo libre que es necesario que seamos, en algunos casos. Tomar una posición política sobre el asunto, entender que hay que estar a la altura del sujeto psicótico para ganarse el lugar de ser el destinatario de su testimonio. Y, con cualquier paciente, hay que estar a la altura del sujeto.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Fernández, E. (2005) *Algo es posible. Clínica psicoanalítica de locuras y psicosis*, Buenos Aires: Letra Viva.
- Neruda, P. (1974) *Confieso que he vivido*. Seix Barral. Barcelona
- Lacan, J. (1972). “El atolondradicho”. En *Otros escritos*, (1ª edición castellana) Buenos Aires: Paidós, 2012. 498 p.
- Lacan, J. (1977) “Apertura de la Sección clínica”. Texto establecido por J.- A. Miller, Publicado en *Ornicar?* (versión francesa). Publicado en castellano por el CIEC. Traducción al castellano: Irene Agoff.
- Millas, D (2005) Prólogo en Zabalza, S. *La hospitalidad del síntoma*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Soler, C. (2004) “El llamado esquizofrénico” en *El inconsciente a cielo abierto de la psicosis*. Buenos Aires, JVE, 2004.
- Soler, C. (2007) “¿Qué lugar para el analista?” en *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.