

Consideraciones sobre la posición del analista en la manía y la esquizofrenia.

Werner, Violeta.

Cita:

Werner, Violeta (2024). *Consideraciones sobre la posición del analista en la manía y la esquizofrenia*. 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/000-048/476>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evo3/1UB>

CONSIDERACIONES SOBRE LA POSICIÓN DEL ANALISTA EN LA MANÍA Y LA ESQUIZOFRENIA

Werner, Violeta

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

En este trabajo intentaremos responder a la pregunta por la especificidad de la posición del analista en dos tipos clínicos de psicosis: manía y esquizofrenia. Consideramos que hay algunas fórmulas que se repiten en el campo psicoanalítico: el analista como secretario del alienado o como testigo. Si bien se trata de planteos valiosos que orientan nuestra práctica, nos interesa situar algunas diferencias entre los tipos clínicos de las psicosis. A tales fines, presentaremos dos viñetas clínicas que permitirán ensayar una articulación entre las elaboraciones teóricas y la práctica clínica. A lo largo de la exposición, nos serviremos de la teoría lacaniana de los nudos, como así también de aportes algo más contemporáneos.

Palabras clave

Posición del analista - Manía - Esquizofrenia - Nudos

ABSTRACT

CONSIDERATIONS ON THE POSITION OF THE ANALYST IN MANIA AND SCHIZOPHRENIA

In this paper we will try to answer the question related to the specificity of the analyst's position in two clinical types of psychosis: mania and schizophrenia. We consider that there are some formulas that are repeated in the psychoanalytic field: the analyst as secretary of the alienated or as witness. Although these are valuable approaches that guide our practice, we are interested in locating some differences between the clinical types of psychosis. To this end, we will present two clinical vignettes that will allow us to rehearse an articulation between theoretical elaborations and clinical practice. Throughout the exposition, we will make use of the Lacanian theory of the knots, as well as of more contemporary contributions.

Keywords

Position of the analyst - Mania - Schizophrenia - Knots

Introducción

En el marco de la atención a pacientes en un dispositivo de consultorios externos de un hospital público, constatamos que existen efectos terapéuticos en tratamientos conducidos por practicantes del psicoanálisis. No obstante, la experiencia no equivale a hacer clínica: la clínica psicoanalítica supone “un abordaje racional de la experiencia del análisis que aleja al psicoanálisis de cualquier esoterismo” (Schejtman, 2013: 13). Asimismo, es ya conocido que Lacan “no dejó de requerir al psicoanalista que dé razón de su práctica. La efectividad de su acto -el de la analista- no le era suficiente, la transmisión del psicoanálisis depende siempre, según su parecer de que el psicoanalista sea al menos dos: el del acto y aquel dedicado a teorizarlo, tanto como a sus efectos” (Ídem).

En este trabajo abordaremos -en general- la pregunta acerca de la eficacia de las intervenciones del analista en casos de psicosis. Consideramos que hay algunas fórmulas que repetimos en nuestro campo: el analista como “secretario del alienado” (Lacan, 1955-56: 295) o como “testigo” (Soler, 1992). Si bien se trata de planteos valiosos que orientan nuestra práctica, nos interesa situar algunas diferencias en la posición del analista en los tipos clínicos de las psicosis. “Esquizofrenia, parafrenia, manía-melancolía y paranoia suponen experiencias diferentes del inconsciente, que no se dejan subsumir bajo una misma rúbrica y disponen lugares diversos para el analista y chances disímiles para su acto” (Schejtman, 2021: 753). Así, no se tratará en todos los casos de apuntar a la elaboración de una metáfora delirante, ya que esto no es posible y, por otra parte, para muchos sujetos, la proliferación delirante lleva a lo peor. A pesar de ser un intento de curación, o un parche (Freud, 1923), el delirio no funciona siempre como modo de estabilización.

En este escrito, por cuestiones de extensión, hemos escogido ocuparnos solamente de abordar los casos de esquizofrenia y manía, que no se desarrollarán ampliamente, sino solo a los fines de dar cuenta de las elaboraciones teóricas expuestas. En este sentido, la última enseñanza de Lacan y su conceptualización acerca de los nudos no borromeos en las psicosis -es decir aquellos en los que hay interpenetración de los registros o la puesta en continuidad de ellos, como sucede en la paranoia- echan luz sobre esta temática (Schejtman 2013).

Viñeta 1: Cara torcida

N. concurre a la sesión temblando, visiblemente incómoda. Al preguntarle qué le sucede, afirma que tiene “la cara torcida”. La primera intervención consiste en decirle que su cara está bien, que no se ve torcida. Su respuesta es: “Lo que pasa es que me maquillé para que no se note, pero tengo la cara torcida”. Asegura que siente cómo se desplazan los huesos de su mandíbula. “Qué bien que te maquillaste, ¿cómo hiciste?”, es la segunda intervención. A partir de ahí comienza un diálogo acerca de las técnicas que utiliza para disimular el defecto y también la analista le comparte sus propios “tips” para disimular sus propias imperfecciones. El alivio al hablar sobre esto es notable. El maquillaje comienza a perfilarse a lo largo del tratamiento como un recurso de la paciente para atemperar el constante malestar que sus cenestopatías le producen.

Viñeta 2: En la cresta de la ola

F. comienza tratamiento tras una internación psiquiátrica, luego de haber sufrido una descompensación maniaca -precedida por la muerte de su padre- en la que se sentía “tan bien” que creía que su misión era “ayudar a todo el mundo”. En este contexto, llega al punto de regalar su dinero, abrir las puertas de su casa para alojar a personas sin techo y perder toda la mercadería de un emprendimiento propio. Si bien al inicio relata con total ajenezidad este episodio y asegura que sufrió robos, en el transcurso de las sesiones, va reconstruyendo lo sucedido y - tras cierto forzamiento por parte del analista- enlaza este desencadenamiento a la muerte de su padre, quien era un guía muy importante para él. A su vez, surge en las sesiones -a partir de su práctica como surfista- el “estar en la cresta de la ola” y “darlo todo” como metáforas humorísticas (ortopédicas, diremos) de lo que le sucedía. Estos sintagmas van funcionando como anclajes y frenos cuando F. atraviesa períodos en los que la megalomanía toma protagonismo. Manifiesta que cuando se siente “expansivo” recuerda que no hace falta estar “en la cresta de la ola”, sino de “encontrar el equilibrio” y en algunas ocasiones puede frenar. No obstante, es importante aclarar que no bastó por parte del analista con mencionar una sola vez estas alusiones a la detención, sino que fue cada vez, en las sesiones presenciales, que se retomaron estos puntos. Pasados varios años de tratamiento el paciente se pone en pareja y pide espaciar las sesiones, dice ya no precisar “hablar del pasado”. Agrega que cuando se da cuenta que comienza a acelerarse recuerda que no hace falta llegar a lo más alto. Queda por supuesto abierto el interrogante sobre qué le pasará en caso de separarse de esta mujer, cuya presencia lo estabiliza.

El nudo de la esquizofrenia

En esta variedad clínica es característica “la interpenetración entre simbólico y real y, eventualmente, el desprendimiento de lo imaginario” (Schejtman, 2013: 232). El antecedente a esta formulación puede situarse en la afirmación de Lacan acerca de

que para el esquizofrénico “todo lo simbólico es real” (Lacan, 1954: 377). Los fenómenos elementales testimonian acerca de la interpenetración entre simbólico y real (Schejtman, 2013). “Lo que se suelta en la esquizofrenia es el registro imaginario, es decir, el cuerpo. Algo del cuerpo se desprende” (Soria, 2008: 129). Un lugar posible para el analista en la transferencia en casos de esquizofrenia consiste en que éste pueda albergar la intrusión de lo real. Se trata de “una transferencia que, por irónica que sea, permite tantas veces alojar lo disperso de un cuerpo que tiende a despedazarse. Ello, si está dispuesto -el psicoanalista- a prestar el suyo como soporte de ese alojamiento: hospitalidad analítica. Respaldo de imagen que atempera la ausencia radical de velo...” (Schejtman, 2021: 754).

El nudo de la manía-melancolía

Tanto en la manía como en la melancolía, abordadas desde la psiquiatría clásica con el nombre de “psicosis maniaco-depresivas”, la interpenetración se da entre los registros real e imaginario, quedando suelto el registro simbólico. Los efectos desprendimiento de este registro en la manía se evidencian en la verborrea, fuga de ideas, etc. (Schejtman, 2013)

Lacan en el Seminario 10, respecto a la manía, afirma que “el sujeto no tiene el lastre de ningún a, lo cual lo libra, sin posibilidad de libertad, a la pura metonimia, infinita y lúdica, de la cadena significativa” (Lacan, 2008: 363). La no-función del objeto a es explicada por N. Soria de este modo: “en la manía el sujeto es el a, ese a que no está extraído del cuerpo, ya que lo que permite que se construya el narcisismo es justamente la extracción del objeto a del cuerpo. Mientras que la inflación imaginaria del maniaco sobrepasa los límites de la imagen narcisista, empujando hacia ese filo mortal en el que se encontrará con su ser de resto. Es ese sin límite lo que lo hace quedar tomado por la cadena significativa.” (Soria, 2008: 95)

Otro punto a considerar respecto a la manía- también presente en la melancolía- es la cuestión de la pérdida. Es la función de la castración aquella que permite tramitar en términos de falta la pérdida (Soria, 2017). El triunfo del maniaco consiste en pasar por encima del dolor del duelo y “desconocer radicalmente ese real en juego. En este sentido hay una desmentida de lo real. Por eso Lacan dice que en la manía el objeto a no está en función” (ibíd: 41).

Respecto a un posible lugar para el analista, “en la manía existe una exclusión drástica del punto de capitón en la palabra (...) La interpretación analítica, si no se desentiende de este rechazo- y mejor que no- se reduce tantas veces aquí a un mínimo “stop”, “deténgase”, construido cuidadosamente a medida para cada caso: suplencia del punto de basta que la manía elide” (Schejtman, 2021:755). No se trata entonces de una posición de testigo, ni de alentar la proliferación de la cadena significativa, sino de proveer un freno ortopédico, diremos.

Algunas posibles articulaciones

En la Viñeta 1 presentamos un breve fragmento correspondiente a un tratamiento extenso del que consideramos que se trata de un caso de esquizofrenia. Podríamos hipotetizar que la torcedura de cara de la que N. testimonia es un efecto del registro imaginario suelto. La primera intervención de la analista, en la que niega que la cara esté torcida, no funciona en el sentido de calmar a la paciente, ya que pareciera apuntar a perturbar la certeza, no dialectizable, de que su cara está torcida, diciéndole que en realidad no lo está. Sin embargo, lo que se abre a partir de esta intervención es el invento propio de N, que consiste en el maquillaje como intento de reparación. Este tema es alojado en la transferencia y en sesiones posteriores ella lo retoma, como una de las soluciones a los fenómenos corporales intrusivos de los que padece. No se trata obviamente de una estabilización lograda, pero sí de un intento de anudamiento del registro imaginario que momentáneamente tiene un efecto de alivio. A su vez, no es un dato menor que la analista ofrezca su propio cuerpo, o, mejor dicho su imagen “imperfecta” para intervenir, evitando así quedar ubicada como Otro completo que indique lo que ella debería hacer.

En la Viñeta 2, que se trata de un caso leído como una psicosis maníaca, se da cuenta de la diacronía de un tratamiento. Allí, lo que se evidencia es el lugar del analista como suplencia del punto de capitón que queda elidido en la manía. Sin embargo, el intento de detención que funciona no es cualquiera, sino uno que toma algo propio de F. en relación a su práctica como surfista. No se trata de un “no” arbitrario que correría el riesgo de quedar como pura externalidad para él.

Por otro lado, el caso de F. da cuenta de un sujeto que no hace un duelo tras la muerte de su padre, sino que “pasa por encima” este momento, se eleva mediante la manía. Una de las operaciones del tratamiento consiste en situar las coordenadas del desencadenamiento y ponerlo en relación con el lugar que su padre ocupaba para él, así como las consecuencias de su muerte. Es interesante que hacia el final de las sesiones el paciente se muestra reticente a hablar de ese momento, pero sí reconoce que “algo tuvo que ver” con su descompensación.

A modo de conclusión

En este breve recorrido hemos localizado la posible posición e intervenciones del analista en casos de esquizofrenia y manía. Si bien no se trata de generalidades que puedan aplicarse a todos los casos, sí existen puntos en común, particularidades a tener en cuenta cuando conceptualizamos la misma variedad clínica de psicosis. Considerar los modos de anudamiento brinda una herramienta que aporta especificidad a la clínica.

A su vez, quedan como interrogantes para las viñetas trabajadas de qué tipo de reparaciones se trató. En principio, diremos que las soluciones no se tratan de metáforas delirantes al modo del caso Schreber (Freud, 1911). En la viñeta 1, podríamos hipotetizar que la intervención produjo un anudamiento de lo imaginario

a los otros dos registros. En la viñeta 2, las intervenciones se orientaron a producir un punto de detención en la metonimia de la cadena significativa, a amarrar el registro simbólico suelto. Por último, es pertinente aclarar que no todos los casos de psicosis permiten localizar con claridad de qué tipo clínico se trata, incluso en ocasiones podría pensarse en la coexistencia de variedades tales como esquizofrenia y paranoia, o descomposiciones maniformes que presentan fenómenos de fragmentación corporal, etcétera. De todos modos, poder hacer una lectura de la posición del analista y sus posibilidades de intervención en la diacronía de los tratamientos resulta una tarea enriquecedora para la formación del analista.

BIBLIOGRAFÍA

- Freud, S. (1911). “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente”, en Obras Completas (Vol. XII). Buenos Aires: Amorrortu, 2007.
- Freud, S. (1923). “Neurosis y psicosis”, en Obras Completas (Vol. XIX). Buenos Aires: Amorrortu, 2006.
- Lacan, J. (1954). “Respuesta al comentario de Jean Hypolite sobre la verneinung de Freud”, en Escritos 1, Buenos Aires: Siglo XXI, 2008.
- Lacan, J. (1955-56). El seminario, Libro 3: Las psicosis. Buenos Aires: Paidós, 2008.
- Lacan, J. (1962-63). El Seminario, Libro 10: La angustia. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Schejtman, F. (2021). “Variedad clínica del inconsciente no borromeo”. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII-Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Schejtman, F. (2013). Sinthome: Ensayos de clínica psicoanalítica nodal. Buenos Aires: Grama.
- Soler, C. (1992). Estudios sobre las psicosis. Buenos Aires: Manantial.
- Soria, N. (2008). Confines de las psicosis. Buenos Aires: Del bucle.
- Soria, N. (2017). Duelo, melancolía y manía en la práctica analítica. Buenos Aires: Del bucle.