

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Padecimiento subjetivo en un caso de psicosis: un lugar para el analista.

Grela, Mariana.

Cita:

Grela, Mariana (2017). *Padecimiento subjetivo en un caso de psicosis: un lugar para el analista*. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/265>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/3Tr>

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>.

PADECIMIENTO SUBJETIVO EN UN CASO DE PSICOSIS: UN LUGAR PARA EL ANALISTA

Grela, Mariana

Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. Argentina

RESUMEN

El siguiente escrito se basa en el tratamiento de un paciente que recibo durante mi rotación de primer año de residencia en consultorios externos de salud mental del hospital Parmenio T. Piñero. Se intentará dar cuenta de los avatares de la transferencia y de las coordenadas del padecimiento subjetivo en el caso reflexionando sobre qué lugar para el analista.

Palabras clave

Transferencia, Padecimiento subjetivo, Psicoanálisis, Psicosis

ABSTRACT

SUBJECTIVE SUFFERING IN A CASE OF PSYCHOSIS: A PLACE FOR THE ANALYST

The following writing is based on the treatment of a patient I receive during my first year in residence when I was working at Parmenio T Piñero's mental health service. It will try to account for the avatars of the transference and the coordinates of the subjective suffering in the case.

Key words

Transference, Subjective suffering, Psychoanalysis, Psychosis

Introducción

Contar este caso en el marco de este congreso me resultó interesante desde el comienzo. Escribo movida por el interés de tratar de contar de manera accesible un recorte sobre lo trabajado durante el tratamiento de un paciente, sin perder de vista que cada recorte supone un autor, con sus hipótesis subyacentes. No es mi intención desplegar grandes elucubraciones teóricas, sino más bien poder pensar la clínica desde las particularidades del caso, siguiendo la pista de los interrogantes que se susciten. Pensar la lógica de este caso implicó poner a prueba preceptos teóricos, prejuicios aprendidos. Este escrito se centrará en el tratamiento de D, paciente que recibo durante mi rotación de residencia de primer año en consultorios externos de salud mental del Hospital Parmenio T Piñero. También tratará sobre mis inicios en la clínica.

Desarrollo

Si bien su Dni no concuerda con su edad, D tiene 34 años. Trabaja como taxista y convive con su mujer y sus dos hijas pequeñas. Realiza una consulta por psiquiatría en consultorios externos del hospital luego de ser despedido de su trabajo por no poder llevar a cabo sus funciones. *"Estaba todo el tiempo pensando en otra cosa, fue un tiempo de locura"* dirá más adelante. En ese momento cuenta que no podía *prestar atención* para conducir, ni recordar direccio-

nes. Según consta en su historia clínica el paciente presentaba un cuadro de desorganización, labilidad atencional, apatía, insomnio, aceleración en el pensamiento, junto con una gran dificultad para mantener una idea directriz. Se instaura un tratamiento farmacológico al cual responde con buena adherencia. Meses después los médicos advierten notables cambios, se lo ve organizado, logra retomar su trabajo y comienza a hacerse una serie de "preguntas" que hacen pensar a su equipo en una derivación a psicología.

Comienzo a atender a D en Julio de 2016. En un primer momento dirá que viene porque *"lo mandan los doctores"*, comenzando cada entrevista con un: *"no me acuerdo de nada de lo que hablamos, no se pensar"*. A veces intenta: *"pregúnteme doctora lo que quiera saber, yo ni se por qué vengo"*. Observa atentamente como si estuviese esperando una indicación o una sanción frente a su presentación. *"¿Soy un desastre no?"*. En las entrevistas de admisión cuenta que ha realizado anteriormente un tratamiento psicoterapéutico que abandonó porque *el psicólogo lo enloquecía con sus preguntas y sus silencios*. Como primera maniobra intento realizar preguntas generales, comentarios triviales que dan pie a que comencemos a hablar. Surgen así relatos que parecieran ser una suerte de confesiones sobre conductas suyas que "están mal" como consumir cocaína durante su trabajo y concurrir a prostíbulos. Mis intervenciones tienden a ubicar el "para quién", distanciándome así de ser quién reafirma esas reglas. D ubica que su mujer, su padre y los médicos le sugieren que no es bueno consumir, ni manejar el taxi de noche, y otros consejos ligados al cuidado de su salud.

Durante las entrevistas tomo notas, por momentos surge mi necesidad de registrar ciertos datos y dichos aunque también, reflexionaré luego, que también escribo para intentar en vano sustraerme de su mirada inquisitiva y de sus preguntas insistentes: *"¿Soy un loco?, ¿cómo me ves?, ¿cómo soy?, ¿Soy un villero o un tipo bien? ¿Te parece que soy puto?"*.

Posteriormente pasará a preguntarme en cada entrevista si las notas que tomo podrían ser mostradas a los médicos. Se muestra reticente e interpretativo respecto de las anotaciones ya que si la gente lo mira y habla en doble sentido, *"también se puede escribir en doble sentido"*, explica. Ubico que en algunos momentos mi posición se vuelve enigmática y es allí cuando él se vuelve más interpretativo. Intento entonces formular señalamientos más claros o preguntas más dirigidas. D dirá más adelante que no quiere que los doctores piensen que es un indecente, pero que quiere contarme cosas. A partir de este momento noto un cambio en relación a su presentación del "me mandan". Ahora es él quien solicita hablar diciendo que en este espacio "él puede ser quien es". Así surgen algunas de sus confidencias, que ya no van en la línea de buscar una sanción.

Comienza hablando sobre la relación con su mujer y con su padre. Ambos, *lo anulan, lo aplacan, no lo dejan ser quien es*. Al lado de ellos a veces se siente *un puto, un maricón, un chiquitín*, y siente que *no parece de su edad*. D cuenta que no entiende cuando su mujer habla, no logra comprender *qué quiere*. Para él llevarse bien con ella significa mantener relaciones sexuales y llevarse mal significa no tenerlas. Algo del diálogo con ella lo enloquece y lo desborda *“quiero que se calle, a veces no se si matarla o matarme”*. Una vez sucede que su mujer se enoja con él *“se hace la macha”* frente a lo cual D refiere *“tuve que pegarle para que entienda quien soy”*. En una oportunidad dirá que me quiere confesar que cree *ser adicto al sexo* ya que durante su trabajo tiene la necesidad de pasear por prostíbulos y consumir cocaína. Advierto en este punto haber comprendido demasiado rápido cómo es su trabajo como taxista, al preguntarle por su rutina laboral desplegará una suerte de ruta organizada donde de prostíbulo en prostíbulo levanta pasajeros. El taxi para él también es un lugar para descansar, *“un refugio”*. Cuenta que cuando se encuentra en su casa tiene unos *“trastornos del sueño”* haciendo referencia a la sensación de que una serpiente lo penetra. Estas alucinaciones no aparecen si duerme en el taxi. Durante el tratamiento fuimos reconstruyendo una versión sobre su historia, su sexualidad y su consumo. En este punto las notas tomaron un papel principal, D indica *“poné, escribí, sacá, agregá”* y así vez a vez vamos enlazando esos fragmentos inconexos de su vida en un relato.

Una versión posible

A los 16 años inicia el consumo de marihuana y cuenta que hasta este momento de su vida era una persona *divertida, que se la bancaba, macho*. En este contexto tiene su primera relación sexual con una *“super mujer”*, una travesti, aunque no estaba advertido de su condición. (Para él las mujeres *“son todas lo mismo, con culo y tetas”*). Durante este encuentro recuerda que ella lo miró a los ojos y le dijo: *“sos puto”*. A partir de allí se obsesiona con otra escena ocurrida años atrás donde jugando con sus amigos *“le toca el culo”* a uno de ellos. Comienza así a pensar que la gente se da cuenta que él es puto, lo miran y hablan de él. Presenta fenómenos de significación plena y autorreferenciales: la gente lo mira, en la televisión hablan de él, si sus amigos dicen *“colorado”*, él ya sabe que están haciendo referencia al encuentro con travestis. Sitúa que a partir de ese entonces *“algo cambió, tenía miedo, no me la bancaba, estaba todo el tiempo pensando, ya no supe qué decir en una conversación, qué opinar, me volví un maricón”*. En este contexto, a sus 17 años, comienza a consumir cocaína porque lo ayuda a *“divertirse, a poder hablar, pensar de manera ordenada, y mantener el ritmo y la cantidad de relaciones sexuales por noche.”* Este uso de la cocaína lo sostiene, en menor medida, hasta la actualidad. Por otra parte, fuimos reconstruyendo el momento de su descompensación previa a la llegada al hospital. D recuerda que en ese momento, a sus 32 años, se sentía *perseguido y culpable*, le retornaban de manera intrusiva y perturbadora las escenas acontecidas tanto con su amigo como con la travesti. En estos momentos su pensamiento se aceleraba y pasaba de una idea a otra. Sentía que todos *“hablaban en doble sentido menos él”*, que la gente *“sabía algo más”*. Para frenar estos pensamientos consumía cocaína, se

golpeaba la boca y los genitales o prendía fuego sus manos con un encendedor.

En los últimos meses, D ha cambiado de turno de trabajo (noche por día) y ha disminuido notablemente el consumo de cocaína refiriendo que decidió seguir algunas recomendaciones de sus médicos y de sus familiares para *“hacer las cosas bien”*. Además, se realizaron ajustes en el plan farmacológico y no presenta fenómenos psicóticos positivos. D refiere querer ser *“un tipo bien”* por lo que modifica su vestimenta y realiza grandes esfuerzos por llevar una vida más saludable. Sin embargo, se potencia una idea ya presente pero atenuada: *“la vida no tiene sentido”*. En relación a esto afirma que *no tiene sentido ir a trabajar, que nada le resulta motivador ahora que no tiene ganas ni de consumir ni de tener sexo*. Presenta por momentos clinofilia, ánimo triste y refiere que antes su vida era más interesante, ahora *“el órgano le funciona pero no siente nada”*. Me pregunta *¿me estaré volviendo puto?* Indagando más sobre esta cuestión dice que se volvió una persona *“bajoneada, más apagado, amable (no macho), con miedo.”* Continúa, *“a veces no sé ni quién soy; si soy macho, troló, villero, bueno o feo”*. Se mortifica pensando *“¿para qué vivo? ¿Cuál es mi fin? ¿Cuál es mi motor?”* Finalmente sentencia, *“hice lo que había que hacer, tener una familia, trabajar, consumir menos, rescatarse. ¿Esto es la vida?”*.

Reflexiones

Me ceñiré a precisar el lugar que cumple el tratamiento para D y las particularidades de la transferencia. Para ello, es preciso ubicar de qué padece D, cuál es la singularidad de su padecimiento.

La hipótesis que me orienta es que la pregunta *“¿Quién soy?”* subyace a todas sus formulaciones. Mi lectura apunta a que no se trataría de una pregunta con fines investigativos que podría develar una historia al modo de una novela, tampoco consistiría en averiguar quién es como si fuese un dato oculto que pudiese ser recabado con más información. Ésta es una pregunta estructural para la que se evidencia que no hay un sostén fantasmático que permita mediatizarla. Me refiero al fantasma como aquello que da el marco a nuestra realidad, como lo que ordena el ser del sujeto y encuadra lo que solemos tomar como real. ¿Cómo responde D frente a la ausencia del saber de la norma? Ubico dos vertientes posibles, dos modos de respuesta: *“ser macho”* y *“ser puto”*. Para poder ser un hombre, un macho, D tiene que poner en acto vez a vez su virilidad, desde esta lógica las relaciones sexuales compulsivas lo demuestran. Es justamente el carácter compulsivo el que echa luz sobre la endebles de su respuesta. El consumo de cocaína opera también en esta línea pues lo ayuda a conversar, a sentirse importante, saber qué decir como los demás hombres. El alivio que recupera con estas apoyaturas es efímero por lo que requiere nuevas pruebas. El acto de golpear a su mujer en el contexto de una discusión donde *“se hace la macha”* evidencia hasta qué punto tiene que llegar D para poder ubicarse él como un macho. Por otra parte, el *“ser puto”* es otra respuesta que se arma, una forma de nominar aquella posición que lo hace ser objeto del Otro: lo miran, hablan de él, lo gozan. No se trata meramente de una elección sexual, el ser puto se refiere a una posición de pasividad ante los demás, en palabras de D: *“es ser infantil, es sentirme fuera de contexto, es no hablar de*

futbol, no poder hacer un asado, es no saber contar chistes, es ser un boludito.” Desde esta perspectiva podremos entender mejor lo que sería la pérdida de sentido de la vida que refiere actualmente. Si poner en acto su ser hombre lo sostiene, al cambiar su estilo de vida y dejar estas apoyaturas queda por momentos “sin motor” siendo empujado a ocupar un lugar de objeto.

Pasemos ahora a la transferencia.

Durante las entrevistas D comienza a preguntarme a mi quién es él. En palabras de Colette Soler, “*llama al analista a suplir por medio de su decir el vacío de la forclusión y a llenar este vacío con sus imperativos.*” (Soler, 1991). Estas preguntas en un primer momento me alarman, ya que me dejan en lugar incómodo para maniobrar. Me preguntaba en ese entonces cómo responder cuando el silencio no era una opción. Es aquí donde ubico algunos prejuicios marcaron algunas formas de intervención, dejándome en un lugar de inhibición. Me refiero a mi concepción sobre la posición de testigo en la psicosis, a la hiperpreocupación por no quedar ubicada en el lugar del perseguidor o de la erotomanía. Recuerdo que en mis primeras supervisiones me encontraba muy inquieta por saber “en qué lugar estoy en la transferencia” y mis acciones suponían que uno “se puede ubicar”, una suerte de profilaxis transferencial. Como correlato en la clínica se ve que allí es cuando D se muestra más interpretativo, supone algo que se y no se lo quiero decir.

Rencuentro en este contexto el fragmento de Lacan en “*De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*” cuando habla de “*una sumisión completa, aun cuando sea enterada, a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo*” (Lacan, 1956) en relación a la posición del analista en la transferencia con el sujeto psicótico. Este fragmento opera como respuesta frente a mis inquietudes, en vez de ubicarse uno es ubicado y que más bien se trata de trabajar con lo que allí suceda en lugar de intentar prevenirlo u orientarlo.

En efecto así sucedió, comprendí que no bastaba con anotar e intervenir ampliando la información que D traía, sino que también era necesario asentar, hacer consistir algo, acompañarlo en estos puntos donde no hay un saber establecido. De esta manera, mediante un trabajo de localización y nominación, D comienza a dar su testimonio y mis intervenciones fueron en la línea de ir sancionando lo que él traía, poner en palabras, organizar, por momentos de acotar o relativizar. Así fue como construimos juntos las versiones antes mencionadas. En palabras de él: “*Acá haríamos algo así como el service de las ideas, vos sos mi asistente*”. Me toma por sorpresa cuando un día comenta: “*no te tenía confianza pero al final sos como una amiga*”. Me resulta muy interesante la manera en que lo dice: no significa en efecto serlo. Algo de lo inédito aparece, la categoría de la amistad.

Finalizando, un último comentario sobre la función de la escritura. En el recorte del caso vemos como las notas que escribimos durante la sesión son un eje central del tratamiento. Pasaron de ser un elemento de su desconfianza a ser un espacio donde algo se inscribe, en un ordenador. Es mediante la escritura que D puede nominar ciertos estados o sensaciones corporales. Se puede ubicar también como cierto ordenamiento temporal se establece, se ubican diferentes momentos como antes y después, el tratamiento mismo opera como uno de ellos. Para concluir, una cita de Laurent

(1990) “*Si el psicoanalista, en la cura, debe hacerse secretario del alienado en cuanto concierne al texto del psicótico, no es simplemente en el sentido de tomar notas, sino también en el sentido de no olvidar la función eminente del secretario que consiste en expedir las cartas*”.

Conclusión

Para concluir destaco la importancia de poder realizar una lectura crítica sobre la transferencia y las intervenciones para poder ubicar desde dónde se realizan las mismas y cómo se entran con el tratamiento. Retomo para finalizar, la pregunta que se hace D “*¿esto es la vida?*” como disparador para continuar pensando. A simple vista y en conversaciones con el equipo tratante se comenta sobre los notables cambios que D realizó durante el tratamiento. Actualmente no presenta fenómenos psicóticos positivos, puede sostener su trabajo en horarios saludables, ha reducido notablemente el consumo de cocaína, mantiene una familia. Pareciera ser que “*ésta es la vida*”. Sin embargo, es allí cuando la vida deja de tener sentido para él. Vemos cómo para D estos consejos lo sacan de un estado de desborde, pero a su vez lo privan de las apoyaturas que se pudo construir hasta este momento. Me pregunto a qué responde este ideal de salud, ¿tiene sentido desarticular aquellas apoyaturas – imaginarias pero apoyaturas al fin – en pos de beneficiar al paciente con consejos sobre modos de vida más saludables? ¿Es mejor estar “deprimido” que estar desbordado?

BIBLIOGRAFÍA

- Alomo, M. (2012). La transferencia del sujeto esquizofrénico. La elección irónica. Buenos Aires: Letra Viva.
- Allouch, J. (1989) Uds. están al corriente, hay transferencia en la psicosis. Revista litoral n°7/8 Ed. La torre abolida.
- Laurent, E. (1990) El sujeto psicótico escribe en La psicosis en el texto. Buenos Aires: Manantial
- Leibson, L. y Lutzky, J. (2013) Maldecir la Psicosis. Buenos Aires: Letra viva.
- Lacan, J. (1956). El Seminario. Libro 3: Las psicosis. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1958). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis en Escritos 2. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Soler, C. (1988). ¿Qué lugar para el analista? y El trabajo de la psicosis. En Estudios sobre las psicosis. Buenos Aires: Manantial.
- Soler, C. (2001). El inconsciente a cielo abierto de la psicosis. Buenos Aires: JVE.