

La transferencia en las psicosis ordinarias. Tres preguntas a José Manuel Álvarez

Preparación para la Conversación Clínica de Febrero de 2008: *Precariedad del vinculo social en las psicosis ordinaria*

José Manuel Álvarez

1. Desde Freud, el concepto de transferencia funciona parejo, en la estructura neurótica, al Sujeto supuesto saber. En las psicosis, sin embargo, esta pareja deja de tener para Lacan una relación de implicación porque el saber está del lado del psicótico. ¿Cuál es la modulación que se produce de este par en las psicosis ordinarias?

En efecto, el Sujeto-Supuesto-Saber es una elaboración de Lacan de la teoría freudiana de la transferencia, y como tal es su pivote central. El pesimismo freudiano entorno al tratamiento de la psicosis se fundamenta -y con razón-, en una concepción eminentemente narcisista de las mismas -normalmente refractaria a la falta en juego en la dinámica de la transferencia-. El ejemplo más claro son los abordajes generalmente imposibles en el momento del desencadenamiento: el desgarrar de la cadena significativa y el *quantum* de excitación alteran tan profundamente la relación con el Otro, que frecuentemente la intervención por medio de la palabra se muestra inútil, cuando no claramente generadora de fenómenos persecutorios, erotomaníacos..., etc. Durante un tiempo, el goce *des-encadenado* daña el conector que posibilita la transferencia analítica, (repliegue libidinal). Sin embargo, quizás sea muy apresurado deducir que dicho conector -el sujeto supuesto saber-, queda definitivamente dañado y en exclusiva "del lado del psicótico", a pesar de que nos topemos en primera instancia -y a veces no tan en primera instancia sino después de un largo diálogo con el paciente-, con una certeza conclusiva. Ahora bien, una certeza ¿es un saber?, ¿qué estatuto darle entonces a las preguntas, por cierto, muchas veces cuantiosas, que nos dirige el sujeto urgido como está en comprender, o dar sentido, al cortejo de fenómenos llamados comúnmente "xenopáticos" -a falta de una concepción topológica del espacio psíquico-, por los que se siente íntimamente concernido? Valga un ejemplo de la semana pasada: una llamada de un paciente -antes de venir por primera vez sufrió tres brotes que requirieron hospitalización de urgencia-, para preguntar: "Anoche tuve una pesadilla y quería saber si usted me puede decir qué puede significar; o si me puede recomendar algún libro donde pueda leer cómo interpretarla...". Ante una demanda así, o uno se queda pasmado y a continuación se replantea todo el diagnóstico, lo que no es en absoluto el caso, o más bien lo toma como un índice de que la función analítica está ahí bajo la modalidad de impulsar y dirigir, a partir de una certeza en juego, una elaboración de saber, -en este caso *ser un objeto de devoración*; o siguiendo la orientación señalada por Vicente

Palomera, colaborar en *extraer* los nombres de su goce *éxtimo*, nocivo e inefable. Y para eso, el sujeto sumido en la psicosis frecuentemente espera del analista que sepa como mínimo, y probablemente como máximo, acompañarlo en esa elaboración.

2. *En la Conversación de Antibes, se habló de la lalengua como aquello que motiva una nueva transferencia en las psicosis no desencadenadas. ¿Cómo podemos servirnos de esta "lalengua" a la hora de entender esta neotransferencia?*

A mi modo de ver, el diagnóstico de "psicosis ordinaria" se quiere contraponer a las producciones "sintomáticas" y a las elaboraciones extraordinarias de las psicosis desencadenadas en comparación con la aparente sencillez de las psicosis llamadas "ordinarias". Pero a la hora de la verdad, resulta que muchas veces nos encontramos con fenómenos y producciones bien extraordinarios en las así llamadas psicosis ordinarias. Démonos una vuelta por la psicopatología de la adicción -poblada de psicosis no desencadenadas-, y asistiremos asombrados a prodigios sin igual en lo que hace a las relaciones del sujeto con lo real del cuerpo, con el pasaje al acto, con formaciones inéditas de goce y un muy largo etc. de fenómenos patológicos, construcciones sutilmente delirantes junto con soluciones terapéuticas aportadas por el propio enfermo, que nada tienen que envidiar de extraordinario a los efectos del desencadenamiento y al trabajo de reconstrucción claramente delirante de las psicosis llamadas extraordinarias que, por cierto, contienen también gran cantidad de elementos insensatos, ridículos y pueriles..., es decir, bastantes ordinarios...

Además, hemos de pensar entonces qué lugar darle a las psicosis que tuvieron un franco desencadenamiento -que según esta nueva nominación fueron en su día extraordinarias-, y que tiempo después se han "estabilizado" en una configuración subjetiva que parece más inmune al desencadenamiento, pero que no evita síntomas que perturban de manera importante la vida del sujeto y por los cuales consulta para buscarles una solución... O aquellos otros que hacen de su realidad cotidiana una serie de acontecimientos tan increíbles como extraordinarios, que hasta incluso el acontecimiento más azaroso está ahí formando parte de una realidad psíquica que siendo incluso verificable por cualquier observador exterior, no es menos delirante para el sujeto de la cual forma parte y a causa de la cual también sufre...

Llegados a este punto, se podría decir que después de criticarlos con esa mordaz alegría que nos caracteriza, la IPA y el conjunto de la psiquiatría nos lleva casi 70 años de ventaja en la producción de diagnósticos que, por muy desviados que nos parezcan, tratan también de capturar y ayudarles a pensar una clínica que ya se mostraba poliédrica ¡desde los años 40 del siglo pasado!, tan poliédrica como lo es la actual... Muestra de ello es que bajo el significante "psicosis ordinaria" podemos encontrar un enorme conjunto heteróclito de toda una psicopatología que ya infectaba los libros de psiquiatría desde el siglo XVIII. Y ya puestos, ¿para cuándo otro nuevo diagnóstico que divida en dos a las neurosis en ordinarias y extraordinarias, y luego a las perversiones, etc.?...

Entiendo *lalengua*, como el núcleo donde se revela la extrema comunidad entre significante y goce. Y, desde este punto de vista, pasa con ella como con el deseo, que está articulado en la cadena significante pero no es articulable en cuanto tal, y por lo mismo siempre se pone en juego, tanto en la articulación de la palabra, de la escritura, así como del silencio, por cuanto *resuena* en nuestra "membrana" corporal. La *neolengua* en las psicosis no es sino el *marcador-lalengua* que indica el trabajo de una operación muy singular y que no es otra que la de producir -vía creacionista, o mejor sublimatoria-, un vaciado o un enmarcado del goce nocivo, invasor y no localizado.

El problema es que, bajo mi punto de vista y el de mi práctica clínica, la mayoría de las veces ese tipo de marcadores no existe en absoluto, y entonces la dirección de la cura ha de tomar otros elementos a partir de los cuales orientarse.

3. ¿Qué implicaciones crees que tiene todo ello en la clínica en lo que respecta concretamente a la posición del analista y a la dirección de la cura de un sujeto psicótico?

Antes de nada debemos asegurarnos que tenemos reservado otro sitio distinto al que se nos ofrecerá la mayoría de las veces y que no es otro que el del siempre seductor superyó; desde el cual se vocifera *benévola y democráticamente** un *saber de sentido explicativo*, una moral de *renuncia*, un *deber hacer*, etc., o un silencio sepulcral cómplice del goce oscuro. La clínica actual, quizás más que la de antaño, sigue siendo pasto de nuestro querido "saboteador interior".

Así por ejemplo, la abstención de intervenir en un caso se dedujo de la demanda, contra viento y marea, imperante y fija, de proporcionarle a la sujeto "un método" para conseguir una pareja con la cual desarrollar un amor loco, no sin antes remarcarle, a partir de sus dichos, una serie de puntos que quizás en un futuro pudiera hacerle replantearse el "método" buscado para resolver sus dificultades con el monstruo del amor.

En otro, se está ayudando al sujeto -en un doble movimiento- a, por un lado, construir una *distancia* con "el demonio" de su hija todavía más enferma que la paciente, mediante el recurso a los Servicios Sociales, la policía y en última instancia probablemente al juez; y por otro, el *apoyo* a una extraordinaria creación artística mediante la cual transforma, -aunque parcialmente- un desgarró interior que supura una angustia que cotidianamente la aplasta y la deja sin fuerzas.

En otro, la *elaboración* de los motivos y el *mantenimiento asintótico* de la resolución de su síntoma fundamental, -tener fuertes discusiones con su mujer-, lo rescata de los barrancos por los que caía borracho como una cuba.

Un poco más allá y nos vimos -cosa en principio nada recomendable clínicamente- *replanteándole* a una paciente el autodiagnóstico que ella misma se había realizado, y al cual se había identificado de tal forma que se obligaba -de manera completamente insensata- a satisfacer con una sintomatología que la arrasaba.

En este otro caso, la introducción por nuestra parte del significante "otras posibilidades" con la intención de producir una reducción de las exigencias superyóicas, ante la imposibilidad de "ser una mujer con pareja e hijos o quedarse para siempre soltera" -arruinando así un ideal familiar que tenía un reverso extremadamente oscuro-, produjo en la sujeto una suerte de "paz interior" mediante la cual mantiene a *mínimo* una angustia que, por fortuna no se cura: "Tengo 40 años, y espero que algún día me cure usted de esto, si no, cuando me jubile cortamos...", me suelta no sin humor...

En este niño de unos 7 años, -ayudado también por una serie de dispositivos escolares, extraescolares y medicación antipsicótica-, el uso del "no", la "contención" en un par de ocasiones mediante el contacto cuerpo a cuerpo, recogerlo casi amorosamente en brazos del suelo por el que siempre acababa tirado, diciéndole que ese no era su sitio; el aceptar anteriormente sus injurias e improperios al inicio de las sesiones, etc., posibilita muy poco a poco, paso a paso, una organización y una calma que va conquistando el caos "hiperactivo", en otra hora imposible de tratar familiar y escolarmente...

Por fin, en este otro, una reconstrucción elemento a elemento, escena a escena, de los motivos y las circunstancias que produjeron su baja laboral, -contemporáneo a una incontención sexual a partir de una operación de fimosis que había estado postergando toda su vida y mediante la cual se había organizado y defendido de las relaciones amorosas y sexuales con las mujeres-, lo restaura en pocos meses en su lugar de trabajo sin mayores dificultades por ahora.

Sin embargo, en aquel otro, una oposición quizás no demasiado firme por mi parte a una "solución" por medio de una operación de reducción de estómago a una obesidad aparentemente intratable por otros medios, no evitó, tal y como nos temíamos, un incremento de la "ansiedad" junto con un recrudecimiento de un más que sutil y silencioso, -muy silencioso-, cortejo de fenómenos interpretativos de perjuicio en el lugar de trabajo, que le hacen tomarse una baja en la que también incluye al tratamiento, al cual -dice- no acudirá hasta que le den el alta... (sic).

En todas y cada una de estas intervenciones hay siempre un cálculo -más o menos afortunado-, a partir del lugar del Otro del cual el sujeto -desencadenado o no-, se hecho *partenaire* y que no se obtiene sino de la historia normalmente familiar de cada uno de los sujetos con los que establecemos el diálogo analítico. Es a partir de estos elementos de estructura deducidos de una historia particular y teniendo en cuenta la posición que el propio sujeto mantiene con el goce, que el analista orienta y modula la dirección de la cura.

Hay seguramente otras alternativas, cada una de ellas singulares y particulares: es aquí donde el analista presta máxima atención, apoyando -o limitando-, las soluciones aportadas por el propio sujeto, a la par que mantiene abierto el "agujero" del saber: es decir, hacer signo de que eso que el sujeto presenta, *sólo lo sabe hacer él y nadie más que él*, y sobre todo *que nadie más lo puede hacer por él*, y que el analista está ahí para que su producción pueda ser depositada, reconocida y entendida -evocando aquí ese trabajo de traducción constante del goce que señala V. Palomera-. En este punto inédito, la supuesta especialidad, el saber previo, los protocolos, los métodos psico-científicos, etc., se pulverizan en beneficio de *las soluciones artesanales*, como tanto le gustaba decir a Lacan.

En definitiva, y en mi modesta opinión, lo vivo y eficaz de la clínica psicoanalítica es abordar cada caso mediante la pregunta "*Bugs Bunny*", -nótese las *resonancias* del significante "*bugs*"-. Pues aunque no sea necesario que el analista sea tan guapo, ni tan elegante, ni tan inteligente, ni siquiera tan delgadito, ni si me apuran, se presente con una hermosa zanahoria en la mano..., sí que me parece necesario que lo haga con la pregunta que convirtió al simpático conejito en alguien absolutamente inolvidable: "*¿Qué hay de nuevo, viejo?*"

(*) *Benévola y democráticamente*: Así es como se presentan, con cara de niño bueno y ojos sanguinolentos, las Terapias Cognitivo-Conductuales.

Precariedad del vinculo social en las psicosis ordinarias

CONVERSACIÓN CLÍNICA

Barcelona, 23 y 24 de Febrero de 2008

Para preparar la Conversación Clínica, la Comisión de Organización ha realizado tres

preguntas, cada vez distintas, sobre el tema que nos convoca a diversos docentes y colaboradores de las actividades del ICF en España.