



Facultad de Psicología

**Trabajo Integrador Final
Ensayo**

Sobre una lectura clínica de la transferencia en la psicosis en el marco de
instituciones hospitalarias públicas

**Victoria Balletero
B-5028/8**

Docente responsable: Ps. María Gabriela Gastaldi

2017

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amigos, por el apoyo, el acompañamiento y la escucha,
a la Universidad Nacional de Rosario, representada por todos aquellos docentes
que aportaron a mi formación
y uno muy especial, a mi docente responsable, por su tiempo y compromiso.

ÍNDICE

Resumen.....	p.4
Introducción.....	p.5
Ética del psicoanálisis.....	p.6
Transferencia.....	p.7
Lugar del analista.....	p.8
La institución hospitalaria en el tratamiento de la psicosis.....	p.10
Conclusiones.....	p.14
Referencias bibliográficas.....	p.15

RESUMEN

El presente escrito se propone abordar una lectura clínica de la transferencia en la psicosis en el marco de las instituciones hospitalarias públicas, desde una perspectiva psicoanalítica, a través de la modalidad ensayo.

En primer lugar, se indagan las bases éticas orientadoras de cualquier intervención clínica, las cuales se hallan en íntima relación con una noción particular de sujeto y de psicosis. Asimismo, se realiza un breve recorrido de lo que se entiende por transferencia en general (según Sigmund Freud) y, más específicamente, en la psicosis (de acuerdo con Jacques Lacan). El hecho de que se establezca o no la transferencia en la psicosis dependerá en gran medida del lugar del analista en el tratamiento, tema trabajado desde el pensamiento de Lacan y de Allouch. Para finalizar, se propone pensar el tratamiento de la psicosis en un hospital general público, concibiéndolo como una institución que posibilita que se despliegue y multiplique la transferencia hacia sus diversos actores y, a su vez, limitador del goce mortificante del que el psicótico es objeto. Se considera, además, la especificidad del trabajo clínico del analista en este tipo de instituciones que se hallan atravesadas por múltiples discursos que dicen sobre el sujeto.

Del análisis realizado se concluye que, en concordancia con lo que se propone como hipótesis de trabajo, las instituciones hospitalarias, alternativas a la clínica privada, se presentan como ámbitos privilegiados para el establecimiento de la transferencia institucional en la psicosis.

PALABRAS CLAVES

Sujeto, psicosis, transferencia, instituciones hospitalarias públicas

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se propone analizar la transferencia en la psicosis, en el contexto de las instituciones hospitalarias públicas, desde una perspectiva psicoanalítica. El interés por este tema tiene como disparador las Prácticas Profesionales Supervisadas (P.P.S.), realizadas en el marco de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, en un Hospital General de Emergencias de tercer nivel de complejidad de la misma ciudad, en 2016 y 2017, el cual cuenta principalmente con salas generales (para internaciones con distintos niveles de complejidad) y sala de guardia (para atender urgencias).

El ensayo aborda temas como: la *ética* del psicoanálisis respecto a la noción de sujeto y de psicosis, las diferentes conceptualizaciones de *transferencia* de Freud y Lacan, y el *lugar del analista* en el tratamiento de la psicosis. Todo este recorrido, sumado a pensar la relación del psicótico con su certeza delirante y su consecuente dificultad para demandar espontáneamente tratamiento, nos conduce a concebir a los hospitales generales como ámbitos alternativos a la clínica privada a la que difícilmente el sujeto acuda. Se nos suscita la pregunta acerca de si el paciente psicótico puede que encuentre facilitada la instauración de la transferencia en el marco de esta institución pública, en vez de a la persona del analista en el consultorio.

Será crucial una reflexión acerca de las bases éticas de las cuales partimos para hablar de la transferencia en la psicosis. Éstas llevan implícita una concepción de sujeto y de psicosis y establecerán una dirección en el tratamiento. En cuanto a dicha estructura, es necesario aclarar que, sin ignorar sus distintas manifestaciones clínicas, este trabajo no se centra en un tipo en particular, sino que explora el campo de la psicosis entendiendo que se pueden reconocer ciertas constantes que responden a la estructura misma.

El abordaje de la *transferencia* es esencial en tanto la clínica psicoanalítica sólo es posible en el marco de la misma, por lo cual la posibilidad de establecerla erigiría un muro entre lo que es clínica psicoanalítica y lo que no lo es. Mi recorrido por la carrera y, especialmente, por las P.P.S., me han llevado a apreciar que el lazo transferencial con la psicosis posee algunos rasgos particulares, los cuales llevan a cuestionarme acerca de un tratamiento psicoanalítico posible o imposible. Desconocer la especificidad de la estructura psicótica lleva al exabrupto de extrapolarle el dispositivo creado para las neurosis.

De la particularidad del psicótico para establecer transferencia se desprende inevitablemente la reflexión acerca del lugar ocupado por el analista en el tratamiento: aspecto crítico cuando de psicosis se habla, teniendo en cuenta su dificultad en la relación al Otro. Nos planteamos que existen lugares privilegiados en los que el analista puede, a veces, situarse para que algo de la transferencia se establezca y con el fin de no quedar homologado a la serie de perseguidores que el sujeto ha encontrado en su historia.

En lo que al contexto de tratamiento de la institución hospitalaria respecta, creemos que ésta puede ser posibilitadora de una multiplicación de la transferencia a sus diferentes actores y a la institución misma. A su vez, dicha institución se ofrece como limitadora del goce mortificante del Otro del que el psicótico es objeto. Se considera, además, la especificidad del trabajo clínico del analista en este tipo de instituciones que se hallan atravesadas por múltiples discursos que dicen sobre el sujeto. Seguramente deberá sortear obstáculos ajenos a la estricta cuestión clínica, que se desprenden de posiciones éticas diferentes a la suya, propias de otros discursos que inevitablemente lo condicionan, como el médico-psiquiátrico, el jurídico, el social y el de la práctica psicoanalítica misma.

Escribir este ensayo, atravesado por preguntas acerca del trabajo específicamente clínico en instituciones hospitalarias públicas y del lugar del analista en dicho trabajo, cuyas dificultades se ven agravadas, muchas veces, por el tratamiento de estructuras complejas, se me presenta oportuno en esta instancia bisagra de final de carrera y comienzo de la práctica profesional como psicóloga.

ÉTICA DEL PSICOANÁLISIS

Antes de profundizar en la cuestión de la transferencia en la psicosis, nos parece crucial dejar sentadas las bases éticas desde las que partimos. Con *bases éticas* nos referimos tanto a concepciones transversales al discurso psicoanalítico (de las cuales nos interesan, fundamentalmente, a los fines de este ensayo, la noción de *sujeto* y de *psicosis*), como a la personal aprehensión de dichas nociones por parte del analista, que serán el timón que direcciona el tratamiento por él promovido. La posición ética del analista no puede ser otra que la de acompañar el recorrido emprendido por el sujeto, absteniéndose de querer lo que se supone un bien para el paciente bajo una idea de bien que podría llevar a que el mismo ceda en su deseo y, a su vez, que el analista reduzca sus pretenciones.

La noción central del psicoanálisis, que se relaciona con la ética en cuestión, es la de *sujeto*, entendido como sujeto del deseo desde que Freud descubrió el inconsciente. Este sujeto del deseo es un efecto de la inmersión del hombre en el lenguaje. El sujeto está dividido: entre lo consciente y lo inconsciente, entre Yo, Ello y Superyó. Es sujeto del inconsciente, del deseo, capturado en el deseo del Otro, diría Lacan, pero del que sin embargo debe responder. Esta noción de sujeto tiene un punto de encuentro con la considerada por Vegh, que entiende al sujeto en tanto "efecto que responde al Otro" (2007: 18). Este *responder al Otro* lleva en sí una interesante ambigüedad: responde al Otro en sus mandatos, pero responde también con sus cuestionamientos, sus interrogantes y su negación (Vegh, 2007).

Suponemos, entonces, un sujeto en la psicosis. Sin suposición de sujeto no habrá posibilidad de escucha analítica, de transferencia, de constituir un espacio para la acogida del testimonio del psicótico, de un lugar para el analista; básicamente, no habrá posibilidad de clínica psicoanalítica.

Desde el momento en que hablamos de una clínica de la psicosis, nos distanciamos respecto de todo enfoque deficitario o privativo de la misma, que llevaría implícita la idea de algo que no alcanzó a constituirse como neurosis, pensando que en la psicosis no hay transferencia, no hay deseo, no hay sujeto, no hay inconsciente... El principal obstáculo para el tratamiento de pacientes psicóticos es concebir de esta manera a dicha estructura. Si aceptamos que en cualquier intervención opera siempre una concepción de la estructura, bajo el enfoque de la psicosis como déficit, lo único que quedaría por hacer como psicólogos sería enmendar ese defecto y medir la evolución del paciente de acuerdo a la remisión o no del delirio. No habría un diálogo posible ni un testimonio que acoger porque el lenguaje (deficitario también) del psicótico no tendría sentido. Ésta sería la posición del discurso psiquiátrico: en tanto es un enfermo mental, no es un sujeto de la palabra.

Otra perspectiva nos proporciona Freud al concebir que el delirio, lejos de ser un fenómeno deficitario, tiene un sentido, está ligado a la historia del sujeto (1985) y es como un parche donde originariamente hubo una desgarradura en el vínculo del Yo con el mundo exterior (1984). Es decir, es un intento de reconexión a la realidad, siendo el período mudo el de la verdadera enfermedad. En efecto, Freud (1978b) apuesta a la producción subjetiva del paciente al establecer la función del delirio en tanto restitutivo. De todas formas podemos leer, incluso al interior de la teoría psicoanalítica misma, la dificultad de hacer de ese *sujeto de la palabra* (en cuya palabra se confía como portadora de una verdad), un *sujeto tratable*. La pregunta sobre un tratamiento posible o imposible de la psicosis es obturada por Freud, al afirmar que "donde la capacidad de transferir se ha vuelto en lo esencial negativa, como es el caso de los paranoicos, cesa también la posibilidad de influir y de curar" (Freud, 1978b: 102). Su posición es clara: no habría un tratamiento posible. Haciendo una lectura ligera del uso de conceptos tan fuertes y controvertidos como el de "influir" y de otro tan sentenciador como el de "cesa la posibilidad de...", lo interesante es que ya se esboza, entre líneas, la necesidad de un tratamiento analítico diferente para la neurosis que para la psicosis.

Este interrogante sobre la posibilidad o imposibilidad del dispositivo analítico para psicóticos es retomado por Lacan (1995) al comienzo de su *Seminario 3* cuando titula su primer clase como *Introducción a la cuestión de la psicosis*: habla de *una cuestión* porque no puede darse por hecho, de entrada, que habrá *un tratamiento* posible de las psicosis.

Es importante destacar que, a diferencia de Freud, Lacan centró su experiencia clínica y sus primeros estudios en las psicosis, lo cual lo lleva a pensar en un tratamiento posible a partir del trabajo que el psicótico puede hacer con aquello que, forcluido de lo simbólico, retorna en lo real (Lacan, 2009). Lo que retorna, lo hace en forma de metáfora delirante. Lejos de pensarla como déficit, como un fenómeno elemental, al modo psiquiátrico, la concibe como la estabilización del significante y significado, como nivel alcanzado luego de una cascada de retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario debido a que el Nombre del Padre no llegó nunca al lugar del Otro (Lacan, 2009). En otras palabras, el delirio constituye una metáfora que suple la función paterna forcluida y estabiliza la realidad. En la misma línea se halla la noción de Colette Soler (1989) del delirio, como una autoelaboración en la que se manifiesta la eficacia del sujeto, como un orden del universo simbólico, curativo de los desórdenes del goce. Es por ello que no sólo no es presentado como un déficit, sino que incluso podemos pensar que la estructuración de un delirio puede ser un resultado favorable del tratamiento de un psicótico.

La particularidad de la relación del psicótico con el gran Otro se debe a un accidente en el registro de la significación primordial, a una lesión en el campo del Otro, en el que falta un significante, Nombre del Padre, que no está articulado en lo simbólico, sino que está forcluido. Este déficit en lo simbólico trae aparejado un defecto de sus efectos a nivel del goce que se muestra como ilimitado, no regulado. Siempre que sea llamado el Nombre del Padre, puede responder en el Otro un puro y simple agujero, por fracaso de la metáfora paterna de la que dicha estructura es efecto. Es decir, un-padre viene a encarnar un lugar de poder y saber que puede precipitar el desencadenamiento en la estructura psicótica y el padecimiento de un goce ilimitado y avasallador.

El sujeto es, al decir de Lacan, lo que un significante representa para otro significante (Lacan, 1999), lo cual implica que no es sustancial, no recibe atributos. El sujeto es anterior a cualquier partición de neurosis, psicosis o perversión; habrá que ver cuáles son los modos de efectuación del sujeto en la psicosis. Sería un contrasentido hablar de un *sujeto psicótico*. Pensamos, entonces, la *psicosis* como un modo singular de respuesta a una falla estructural propia de todo sujeto, existente también en la neurosis y en la perversión (cada una con sus respuestas singulares a dicha falla). Lo que se juega de distintivo en la psicosis es, como enunciamos en el párrafo anterior, la forclusión del Nombre del Padre y el fracaso de la metáfora paterna de la que dicha estructura es efecto.

La fórmula lacaniana de *no retroceder ante la psicosis* (Lacan, 1995) alude a que toda demanda de tratamiento, si la hubiere, debe ser alojada, independientemente de quien la enuncie: la cuestión estará en tener en cuenta las especificidades que se plantean en la psicosis para ajustar nuestra respuesta. Nos propusimos pensar el trabajo en una institución hospitalaria y su particularidad es que conlleva, al decir de Moscovich (1997), una fuerte determinación de un entrecruzamiento de discursos que dicen sobre el sujeto: el médico-psiquiátrico, el jurídico, el social y el de la práctica psicoanalítica. En dicho contexto, la reflexión acerca de la posición ética del analista es fundamental, en tanto establece una dirección en el tratamiento y pretende sortear obstáculos ajenos a la estricta cuestión clínica, que se desprenden de posiciones éticas diferentes a la suya.

TRANSFERENCIA

Freud (1978a) entiende la transferencia como reediciones, recreaciones de los modelos parentales sobre la persona del médico (analista, diríamos hoy); es decir, vivencias psíquicas anteriores, infantiles, son revividas como vínculo actual con el psicoanalista. En otras palabras, los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos de un modo especial dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de realidad. No es creada por la cura psicoanalítica, sino revelada y, además, utilizada terapéuticamente por ella.

Freud (1979) plantea, entre líneas, que no hay transferencia posible en la psicosis, debido a la regresión a la fase autoerótica que el psicótico presenta, quitando la libido de las cosas, de las personas, sin haberlas sustituido por otros objetos, sino retirándolas al

yo. La consecuente ausencia de libido flotante de la que el psicoanalista podría apoderarse en el tratamiento para establecer transferencia, nos hace pensar en la imposibilidad para instalarla. En pocas palabras, la paranoia no sería psicoanalíticamente tratable.

Mucho podría decirse acerca de la transferencia en la concepción freudiana... a los fines del tema que nos convoca, nos interesa resaltar que creer que la única concepción de transferencia posible es aquella en la que la conflictiva edípica se reproduce, deja por fuera la gran complejidad que presenta la psicosis. Por la particular relación del psicótico con el gran Otro (en este caso, con el analista puesto en ese lugar que revivifica la trama edípica), de establecerse transferencia, quedará el analista, inevitablemente, en posición de su Otro constituyente, aplastante, gozador. Es decir, la definición freudiana misma de la transferencia excluye el abordaje psicoanalítico de la psicosis.

La definición de Lacan de la transferencia desplaza su fundamento al *Sujeto supuesto Saber* (el analista). Es extraída del campo de la psicosis y no excluye a la misma del lazo transferencial, del análisis: todo lo contrario. La transferencia simbólica, como se la propone el neurótico, se sustenta en lo que al sujeto se le pierde como saber de su síntoma, lo cual es la condición para que otorgue al Otro el supuesto de su eficacia: lo que Lacan llama Sujeto supuesto Saber, a quien se le habla buscando la verdad. En la psicosis es irrealizable, más bien el sujeto pretenderá contarnos *su* saber. La *certeza delirante* se cristaliza de tal forma que el sujeto no *crea, sabe*. A pesar de que puede reconocer que los fenómenos experimentados no son del orden de la realidad, ésto no afecta su certeza, en tanto le conciernen íntimamente.

La interpretación no está del lado del analista como descifrador ni como Sujeto supuesto Saber, sino del lado del psicótico. El psicótico es *analista supuesto* (Lacan, 1977), sufre de exceso y no de falta. El delirio es la interpretación: es el psicótico el que interpreta y reconstruye la realidad dándole un sentido. Debemos estar atentos al hecho de que, que la palabra del psicótico no demande interpretación de parte del analista, no excluye que esté llamando a una respuesta.

Según Allouch (1989), la especificidad de la transferencia en la psicosis puede condensarse en una fórmula: "el neurótico transfiere, el psicótico plantea transferencialmente". Como la certeza del psicótico no produce interrogantes, se presenta una inversión en la dirección de la transferencia: ésta es al psicótico, en tanto es el analista el que está en posición de soportar una transferencia. El psicótico no está transfiriendo; el analista establece la transferencia a esta estructura psicótica del paciente. Este *plantear transferencialmente* equivale a un *prestarse a soportar una transferencia* por parte del psicoanalista. El psicótico presupone que la libido transferencial viene del Otro y que es él quien ocupa el lugar de objeto al que se dirige la voluntad de goce de este Otro. Quien descifra es el sujeto y el interpretado es el Otro. Cabe entonces preguntarnos, si el psicótico es el que interpreta... ¿qué lugar queda para el analista?

LUGAR DEL ANALISTA

Lacan concibe a la paranoia como la manifestación clínica patognomónica de la psicosis y nos propone una fórmula del modo de enunciación paranoica: "hablo de algo o alguien que me habló" (Lacan, 1995). Esta fórmula recoge la ternaridad de lugares propia de la psicosis, que nos posibilitará pensar uno posible para el analista. Allouch (1989) los ubica alegando que, mientras el psicótico está en lugar del *testigo*, por ser quien testimonia de algo que le ocurre, los lugares pasibles de ser ocupados por el analista son: el lugar del *Otro* (radical exterioridad lingüística que nos constituye como sujetos hablantes) y el lugar del *otro*, como semejante. El lugar del *Otro*, para el psicótico tendrá la carga de un perseguidor, hablará en las voces, desde donde se origina una asignación desubjetivante a la que el sujeto responderá con el delirio. El lugar del *otro*, en cambio, es donde se acoge el testimonio del testigo, es decir, del psicótico. Es por eso que se presenta necesario en la clínica de la psicosis que la triplicidad de lugares sea mantenida, cuando se cuenta con la fortuna de que exista de entrada, o se debe intentar instaurar

aunque resulte muy difícil de sostenerla y sin perder de vista que no depende de una mera intención del analista ni de su exclusiva maniobra.

Éste lugar de *otro* se presenta como privilegiado para ser ocupado por el analista por la particular relación del psicótico con el Otro, portador del saber gozoso y del poder que puede precipitar el desencadenamiento de la estructura psicótica y el arrasamiento subjetivo del paciente, ya que lo fuerza a apelar a una referencia (el significante Nombre-del-Padre) que no tiene a su disposición, por presentarse como un agujero en lo simbólico (Lacan, 1995)

De acuerdo con Rodríguez Ponte (1989), estos tres lugares (del testigo, del Otro y del otro) son virtuales ya que son susceptibles de ser aplastados: el aplastamiento del lugar del *Otro* y del *otro* liquidaría la posibilidad de un acceso psicoanalítico al diálogo con el psicótico y provocaría que, ante quien el testigo debiera hacer valer su testimonio, vire hacia la posición del perseguidor. El psicoanalista pasaría a ocupar un lugar en el delirio de su paciente como perseguidor.

¿Cuál Otro estamos en capacidad de ser para un sujeto que se presenta con un exceso de goce que parece poner en entredicho el poder de la palabra?. Habitar el lugar del *otro* implica, para el analista, ser *secretario del alienado* (Lacan, 1995), tomar al pie de la letra el relato, poner en suspenso, en reserva, su propio saber portador de atribuciones desubjetivantes que lo llevarían a ocupar el lugar del Otro perseguidor, para habilitar, en cambio, un lugar de confianza. Implica estar del mismo lado del muro con el psicótico mientras del otro lado está el Otro. Implica acompañar y sostener su decir resguardando el lugar del sujeto.

El analista debe compartir los ideales del psicótico, plegarse a ellos, ceder el lugar del sujeto y dejarse tomar como objeto, sostener una postura de "...sumisión completa, aún cuando sea advertida, a las posiciones propiamente subjetivas del enfermo" (Lacan, 2009: 511), para permitir que el sujeto avance hasta el encuentro del objeto de su goce, más allá del cuerpo del analista, en *el cuerpo social*. Como bien dice Vegh, "el analista, como en la amistad, puede situarse ante el discurso del paciente psicótico propiciando que más allá de su cuerpo (...) encuentre, en otro espacio, su objeto de goce." (Vegh, 2007: 19).

Este lugar reservado al analista implicaría, al decir de Allouch (1989), ser un *co-delirante potencial*. Potencial en tanto podría delirar pero no lo hace, podría interpretar pero tampoco lo hace porque sabemos que la interpretación es siempre de la castración y, como dice Vegh "interpretar la castración en la psicosis o es inoperante o desencadena el cuadro" (2007: 10). Desde el momento en que el *Otro* del psicótico no se encuentra castrado, en falta, interpretar la falta lo lanzará al vacío. Es preferible que el analista se abstenga y no interfiera en la propia significación del trabajo del delirio y, a su vez, evite la relación especular, interviniendo desde una terceridad.

Somos puestos en este lugar de *otro* y algo de una demanda se perfila cuando somos elegidos por el psicótico para confiarnos algo de su experiencia: cuando el sujeto demanda una escucha, convoca al analista como testigo. Sin embargo, esta demanda se presenta como paradójica, nos ubica en un lugar indecible: así como nos demanda sancionar la validez de su experiencia, lo hace en un sitio desde donde está excluido que podamos hacerlo. Si bien debemos abstenernos de ocupar el lugar de ese Otro gozador, omnipotente, por otro lado, muchas veces somos convocados allí, dado que precisamente el lugar del Otro es desde donde puede plantearse al sujeto la cuestión de su existencia. Entonces, el analista puede que sea llamado a suplir con sus predicaciones, sus imperativos, el vacío súbitamente percibido de la forclusión, a constituirse en competidor de las voces que hablan (Soler, 1989). Lo que implica que a veces la demanda de tratamiento adviene bajo la espera del psicótico de que el analista haga llegar a su término una significación en suspenso que, a falta de un significante privilegiado -el Nombre-del-Padre- no puede advenir. Aunque, obviamente, el analista no tiene el poder de injertarle el significante que organice el caótico mundo del psicótico, lo importante es que de la mano de esta demanda, quede hecha la abertura de un saber supuesto. Ante este lugar convocado por el psicótico, ofrecido como goce del Otro, el analista debe responder, como decíamos, con un silencio y una escucha; debe delimitar un lugar vacío, evacuado de goce. Sólo así podrá dar lugar a que, en vez de buscar la significación que le falta del lado del analista, la palabra sea utilizada por el sujeto para

construir una metáfora sustitutiva de la metáfora paterna que produzca efecto de significación: la metáfora delirante (Brocca *et al*, 1988)

Marcel Czermak (1986) ilustra esta particularidad del trabajo con pacientes psicóticos señalando que *resisten mal a la transferencia*, es decir, lejos de no establecerse, la modalidad que entablan es *masiva* y marcadamente ambivalente. Esta situación nos ubica, como decíamos, permanentemente en el riesgo de la salida persecutoria.

El analista en una institución inventa un tiempo, un espacio y una dinámica pertinentes a la situación y al momento, donde cada uno va encontrando lugar para hablar y ser escuchado. La mera presencia del psicoanalista aporta, antes de toda intervención, la dimensión del diálogo. Instaurar una *escucha analítica* ante el psicótico implicaría devolverle una dimensión de sujeto, lo cual se dificulta ante un relato que suele ser difícil de interrumpir y de relativizar porque es, más bien, un testimonio. La escucha, en silencio, se hace necesaria a sabiendas de que hablar le resulta pacificador, en tanto está intentando simbolizar lo real que se le presenta como totalizador y acuciante. Gracias a una escucha analítica, se da la palabra al sujeto y así también se estatuye su delirio dentro de un lazo social que lo alejará de su aislamiento y de su exclusión. El testimonio del psicótico es una forma de recuerdo que no cesa y que debe repetirse una y otra vez, constituyendo una forma de lazo social. Posibilita, entonces, una reinstalación del sujeto en un espacio que es condición de posibilidad de su existencia. Ésto será habilitado siempre que la escucha sea desprejuiciada y atenta. "El analista muerto, rostro cerrado y labios cocidos, nos da cuenta de un analista acartonado, distante, sólo los prejuicios e ideales propios deben quedar afuera." (Lacan, 2009: 112)

En la clínica de la psicosis nos vemos compelidos a responder ante lo desconocido, lo que no se entiende de parte de quien, sin estar por fuera del lenguaje, sí se halla en los bordes del discurso, en tanto lo que dice no remite a ninguna asociación significativa, su decir está detenido, sus palabras sólo remiten a sí mismas: el psicótico.

Mas no por tratarse de lo desconocido, se trata de lo no dicho. Y aquí es que recordamos la propuesta de Lacan de *no pretender comprender*, de no partir de pensar que hay cosas que son obvias cuando de ningún modo lo son. De no posicionarnos, en tanto analistas, como descifradores de los fenómenos elementales (1995). *No retroceder ante la psicosis*, es no retroceder ante ese real incomprensible y acuciante, es más bien contenerlo, y desde allí darle un lugar al sujeto para que pueda desarrollar todas sus inquietudes.

LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA EN EL TRATAMIENTO DE LA PSICOSIS

Si es el psicótico quien posee el saber, podríamos pensar que nunca se subsumiría a buscarlo en otro, en un Sujeto supuesto Saber; es decir, nunca buscaría espontáneamente ayuda. ¿Por qué demandaría tratamiento? En caso de que lo haga, no será por una demanda de saber acerca de su delirio o su alucinación, sino...

por una afectación que siente en lo real de su cuerpo, una angustia que no cede, o para compartir con nosotros, en la medida que su confianza lo permite, la convicción de un saber que su delirio le confirma y del cual se siente mensajero (Vegh, 2007: 45)

El hospital general público, entonces, podrá alojar esta demanda del sujeto, en un primer momento, por motivos estrictamente médicos, que nada tienen que ver con una demanda de análisis, lo cual podrá servir como vía de acceso al establecimiento de la transferencia. Todo andamiaje institucional determina un lazo social y acoge al sufriente en un lugar dentro de la comunidad. Es decir, al psicótico le ofrece un lugar ante la alteridad que tanto le cuesta sostener, con la gran ventaja de que dicha alteridad no estará encarnada en la figura del analista que fácilmente podría virar hacia la posición de perseguidor, como puede ocurrir en el tratamiento en un consultorio privado.

El dispositivo de abordaje institucional es un dispositivo de alojamiento. El campo

de trabajo con la institución se constituye en función de atender a lo común y a la vez dar lugar a lo singular. La institución propicia a los pacientes, en general, hospitalidad: un lugar para alojar el dolor y acoger al otro, donde desplegar lo dramático de la existencia, sea sosteniendo sus preguntas o posibilitando un lazo social, pero permitiéndole convivir con sus pesadillas, sus horrores, sus persecuciones y sus vacíos. A veces, no es tan importante el texto de una sesión o entrevista, sino que las mismas se produzcan, en tanto brindan la posibilidad de establecer un comienzo de lazo social.

El analista interviene allí acompañando al sujeto, cuando éste se lo permite. Acompañar implica no avanzar más allá de donde el sujeto está dispuesto. Se trata de situar las expectativas en donde cada paciente psicótico pueda responder, teniendo en cuenta que muchas veces desconfiarán del amparo que la institución les brinda por estar atravesados por una historia en donde la hospitalidad ha estado denegada o complicada desde su momento constitutivo en que no fue alojado por la demanda del Otro. ¿Cómo pretender entonces que confíe en el lazo amoroso que el analista intenta instalar? Posiblemente nos encontremos con el muro del otro. Resquebrajar ese muro sólo será posible si el analista está dispuesto a encarnar un Otro que sabe no excluir, no cancelar, no rechazar, no obturar, no sofocar, no atormentar: esta es la definición misma de *testigo*: un sujeto al que se supone no saber, no gozar y presenta un vacío en el que el sujeto podrá colocar su testimonio (Soler, 1989). Es decir, si el analista logra introducir un Otro diferente del Otro que el sujeto ha encontrado en su propia historia, si logra colocarse como un *otro Otro*.

Al decir de Lacan, el paciente "Me pide..., por el hecho de que habla: su demanda es intransitiva, no supone ningún objeto." (2009: 588), en tanto no parece esperar de su interlocutor más que su presencia y su silencio, su voz y su mirada. Su atestiguación de un testimonio inquebrantable. La pregunta sería entonces si la institución hospitalaria crea esa oferta intransitiva... y como las instituciones son, en parte, las personas que las habitamos, nos surgen preguntas acerca del lugar que como analistas ocupamos en los hospitales generales.

Colette Soler (1989) nos acerca una idea superadora en lo que al lugar del analista en el tratamiento de la psicosis respecta: con la escucha silenciosa, con ser mero secretario del alienado, con la sumisión completa al enfermo, con atestiguar su testimonio no basta para apaciguar el goce mortificante del Otro. Si bien creemos que dichas posturas adoptadas por el analista son posibilitadoras de que la transferencia se instale para así abrir un espacio analítico, en ocasiones es también necesario dar orientación al goce, haciendo de prótesis a la prohibición faltante, sin la cual, al decir de Soler, lo que hay es un horror absoluto (1989).

¿Cómo podría un analista intervenir frente a la irrupción desenfrenada del goce?. Diciendo *no*, poniendo un obstáculo cuando el sujeto parece cautivado por la tentación de dejarse estrangular, al ubicar él mismo al analista en lugar de Otro que legitime su existencia, como decíamos más arriba. De lo que se trata es de alternar las intervenciones entre ser testigos silenciosos y apuntalar el límite al goce desregulado, sirviéndose del significante ideal, "único elemento simbólico que, a falta de la ley paterna, puede constituir una barrera al goce" (Soler, 1989:11). La demanda del sujeto psicótico es siempre una demanda de Nombre del Padre, demanda de un significante del cual el sujeto no dispone para regular su goce. El riesgo del analista que busca ocupar el lugar de una prótesis simbólica es que lo haga en el lugar del padre, desencadenando así la psicosis.

La institución hospitalaria puede que evite esta homologación del lugar del analista con el de padre, produciendo estos significantes Nombre del Padre, no como desencadenantes, sino como suplentes de la inscripción ausente del Nombre del Padre, que haga las veces de red que evite el arrasamiento, la caída del sujeto del orden simbólico. El hospital, en tanto institución, está animado por un *empuje-al-orden-establecido* que es no sólo inevitable, sino también necesario para su funcionamiento (Holvoet, 1995). Podemos pensar, entonces, que gracias a este orden establecido, el hospital es un lugar privilegiado para regular el propio goce del psicótico ya que, en tanto *institución*, ofrece un Nombre del Padre *supletorio*: posee una filiación a la cultura y un sistema de valores y normas que se presentan como conjuntos culturales simbólicos e imaginarios (Fudín, 1997).

Creemos que el marco que nos brinda el hospital propicia, en los pacientes psicóticos, una *transferencia institucional*, la cual se anuda a la institución misma, estatuyéndola como lugar de referencia ante el padecimiento. Es importante aclarar que cuando nos referimos a transferencia institucional, no nos circunscribimos sólo a la referencia del sujeto con la institución: el hospital permite que el paciente abra el juego transferencial a médicos, enfermeros, psicólogo y a la institución misma; es decir, habilita a que la transferencia se multiplique y se lateralice desdoblada a los distintos actores que allí trabajan. A diferencia de lo que suele ocurrir en la clínica privada, donde la relación de uno a uno puede colocar al analista en posición de un Otro gozador, arrasador para el sujeto, las siluetas encarnadas del Otro en el contexto de la institución hospitalaria son diversas: las transferencias son laterales.

La práctica misma del psicoanálisis, la clínica de la subjetividad, en el marco de una institución hospitalaria cobra el carácter de extra-territorial y adquiere una diferencia respecto de las otras especialidades. Se inscribe como lo que a la institución le falta, por lo que torna a la institución como No Toda: "no todo-poder, no todo-saber, no todo-hacer, no toda-respuesta" (Holvoet, 1995:8). Desde el momento en que las intervenciones analíticas se fundamentan en ese no-saber, un trabajo desde la singularidad del caso por caso se vuelve posible. Es así que la disposición creativa de los recursos institucionales debe ser puesta en marcha a partir de la maniobra del analista. El trabajo con la particularísima estructura de la psicosis en esta institución requiere de parte del analista, en primer instancia, no encarnar al sujeto supuesto saber.

No podemos negar que el trabajo del analista en este marco conlleva una fuerte determinación de un entrecruzamiento de discurso que dicen sobre el sujeto. Nos interesa retomar esta idea de la mixtura discursiva en una institución cuando del tratamiento de la psicosis en instituciones hospitalarias se habla, enfocándonos en el diálogo entre el discurso del psicoanálisis y el de la psiquiatría, acerca de la cuestión del uso de *psicofármacos*. Nos corremos por el momento de la infatigable discusión con el discurso psiquiátrico, guiada por la idea de que, como argumenta Galende (2008), el psicofármaco actúa en sentido contrario al síntoma, aliviando y silenciando los afectos que acompañan al conflicto y expresan el malestar del sujeto, jugando entonces a favor del síntoma y su permanencia. En el caso de la psicosis, ésto podría pensarse en relación a la remisión total del delirio por el fármaco, perdiendo de vista su carácter de restitutivo y su función como intento de curación. El delirio como parche en la desgarradura del Yo respecto al mundo exterior pasaría a estar remplazado por un *parche medicamentoso*. Sin negar este efecto riesgoso, nos interesa, más bien, poner de relieve aquellos casos en los que el psicofármaco se vuelve necesario y posibilitador de otras intervenciones que no son meramente médicas ni psiquiátricas. Pensamos, en concordancia con Scotta, que:

Un sujeto no es efecto del fármaco, ya que entre el efecto químico y la producción discursiva hay un salto, una discontinuidad de órdenes, que no nos lleva a concluir que porque esté bajo la influencia de una droga no pueda haber producción de sujeto allí. (Scotta, 1996: 77)

Así como decíamos que la institución hospitalaria, con sus leyes y normas, actúa como reguladora del goce avasallador del sujeto desde el momento mismo en que instala un tipo de lazo social, de inserción en la sociedad, el psicofármaco funciona como límite al goce ilimitado sufrido en el cuerpo. Introduce una metáfora en lo real, devenida de la sustitución del fármaco en el lugar del cuerpo, ubicando al mismo en una dimensión de metáfora para hacer posible entonces la aparición del decir. Se presenta, entonces, en algunos casos como aquello imposible de no ser introducido a fin de dar inicio al sostén de la transferencia y a la puesta en palabras del malestar o del delirio del paciente. El analista podría recurrir a los medicamentos (ya sea que él mismo lo recete, en caso de ser psiquiatra, o que derive al paciente a un médico) si el síntoma presentado por el psicótico impidiese su abordaje a través de la palabra. En tanto el tratamiento farmacológico suele ser condición de posibilidad de un inicio de trabajo psicoanalítico con

el psicótico, valoramos el *dar el fármaco* como la antesala a *dar la palabra*.

Es importante resaltar que así como podemos pensar al uso del psicofármaco como posibilitador de que se instale la transferencia, también creemos que su suministro puede ser efectivo a condición de que algo de la transferencia, de la confianza al analista y/o al psiquiatra ya esté esbozado. Así, producirá un efecto que va más allá de lo meramente químico, una acción inespecífica que depende del paciente que lo recibe, del terapeuta que lo receta y de la relación transferencial entre ambos. En el caso de las psicosis, el riesgo de que el fármaco no sea 'dado en transferencia' es que puede que vire hacia lo que envenena.

Hasta aquí, reflexionamos acerca de las particularidades del trabajo del analista en un hospital general público, la función que el mismo cumple en tanto institución para el paciente psicótico, el lugar que el analista puede ocupar en este contexto y las múltiples determinaciones que su labor detentará en un ámbito donde tantas disciplinas conviven. Todo este recorrido nos conduce a pensar las posibles intervenciones que el analista puede promover, ya sea regidas por la función primaria asistencial y rehabilitadora del hospital o más bien guiadas, quizás, por la especificidad de su hacer, como dador de algún marco posible a ese goce del Otro que se presentifica como insoportable.

CONCLUSIONES

Acordamos con Colette Soler en que el psicótico constituye "un caso excepcional que marca una falta en el saber analítico" (Soler, 1989:52). La escritura de este ensayo en relación a la psicosis responde al lugar que su tratamiento nos habilita: una posición de no-saber que nos propusimos habitar de manera activa, reflexionando acerca de nuestras bases éticas que direccionan un posible análisis, de la transferencia que motoriza (en el mejor de los casos) el tratamiento, del lugar que como analistas podemos y debemos adoptar y de la particularidad del trabajo analítico en el marco de instituciones hospitalarias públicas. La premisa lacaniana de *no retroceder ante la psicosis*, de pensar dispositivos que habiliten su tratamiento, no debe ser aceptada sin antes poner a trabajar estas consideraciones. Arribamos a la conclusión de que las instituciones hospitalarias son ámbitos propicios para el establecimiento de la transferencia en la psicosis, puntapié inicial a todo tratamiento analítico posible. El analista que trabaja en dicha institución deberá afrontar el cuestionamiento acerca del lugar que la propia estructura del psicótico le habilita, siendo el privilegiado el lugar del *otro* atestiguador del testimonio que el sujeto viene a confiarle. Creemos que así algo de la transferencia podrá esbozarse: sólo si se previene de ocupar una posición como atribuidor desubjetivante, es decir, el lugar del *Otro* portador de un saber. Evitar la homologación de la figura del analista con la de un Otro avasallante, perseguidor, será posible por el hecho de trabajar en esta institución que, en tanto tal, facilitará el establecimiento de múltiples transferencias a sus diferentes agentes. Creemos, entonces, que el hospital puede ofrecer un lazo social que evita el arrasamiento subjetivo del sujeto de la cadena simbólica, haciendo de Otro regulador del goce mortificante del psicótico, diferente al Otro gozador que el sujeto encontró en su historia.

Dicha función de marco al goce, tan necesaria en el tratamiento de la psicosis, se nos presenta complejamente enlazada con la del establecimiento de la transferencia. Sin transferencia (ya sea al analista, ya sea a la institución), ningún tratamiento analítico podrá desplegarse y, mucho menos, ninguna metáfora supletoria del Nombre-del-Padre que limite el goce. Pero, a su vez, en casos en que el arrasamiento del sujeto del orden simbólico es tal que ningún lazo transferencial parezca posible, el acotamiento del goce en el cuerpo (por parte de los fármacos, por ejemplo) se presenta como indispensable.

Es fundamental finalizar este ensayo explicitando que la postura trasversal del mismo se inscribe en el amplio marco de una lucha ideológica inherente a la profesión como psicólogos, que data de muchos años y que merece seguir en pie: la psicosis es psicoanalíticamente tratable; es decir, no debemos transformarla en lo extranjero. Muchas veces el destino del psicótico no depende del grado de su locura ni de lo que le es imposible soportar como sujeto, sino de lo que es imposible de soportar para los otros, más específicamente, para algunos analistas que evaden el compromiso de tratar estructuras de tal complejidad. Expulsar la psicosis del territorio que creemos ocupar, conlleva dejarla exclusivamente a expensas del tratamiento y del discurso psiquiátrico. En esta misma línea de defender el campo de la psicosis como propio de nuestra disciplina se encuentra el hecho de pensar dispositivos que puedan alojarla: el hospital general público es uno de ellos, donde los analistas creemos tenemos mucho que aportar desde nuestra especificidad y nuestra extra-territorialidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allouch, Jean** (1989). "Ustedes están al corriente, hay una transferencia psicótica". *Littoral*, recuperando el 3 de octubre de 2017, en <https://unoaunoblog.wordpress.com/2015/08/28/ustedes-estan-al-corriente-hay-transferencia-psicotica-jean-allouch/>
- Brocca, R.; Clastres, F.; Gorog, F.; Gorog, J.; Laurent, Eric; Légui, F.; Miller, Jacques Alain; Rabinovich, D.; Silvestre, D.; Silvestre, M.; Soler, Colette; Susini, M; Torrisi, J.** (1988). "Transferencia e interpretación en las psicosis: una cuestión de técnica" en *Psicosis y Psicoanálisis*. Buenos Aires: Manantial.
- Czermak, Marcel.** (1986). *Estudios psicoanalíticos de las psicosis: pasiones del objeto*. Paris: Clims.
- Freud, Sigmund.** ([1905] 1978a). "Fragmento de análisis de un caso de histeria". En *Obras completas, tomo VII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, Sigmund.** ([1911-12]1978b). "Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente" y "Sobre la dinámica de la transferencia". En *Obras completas, tomo XII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, Sigmund.** ([1914]1979). "Introducción del narcisismo". En *Obras completas, tomo XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, Sigmund.** ([1923-24]1984). "Neurosis y psicosis" y "La pérdida de realidad en la neurosis y psicosis". En *Obras completas, tomo XIX*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, Sigmund.** ([1893-95] 1985). "Estudios sobre la histeria". En *Obras completas, tomo II*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fridman, Pablo.** (1993). "¿Cómo interviene el analista en la psicosis?". En *Psicoanálisis y El Hospital*, 75-77, Nº 2.
- Fudín, Mónica.** (1997). "Rehabilitar una ética. Psicosis, rehabilitación e internaciones a largo plazo". En *Psicoanálisis y El Hospital*, 115-119, Nº 12.
- Galende, Emiliano.** (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Holvoet, Dominique.** (1995). "El Psicoanálisis que falta en la institución". En *Psicoanálisis y El Hospital*, 8-13, Nº 8.
- Lacan, Jacques.** (1977). *Psicoanálisis, Radiofonía y Televisión*. Barcelona: Anagrama.
- Lacan, Jacques.** (1995). *Las Psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, Jacques.** (1999). *Las Formaciones del Inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, Jacques.** (2009). "Intervención sobre la transferencia". En *Escritos 1*. México: Siglo veintiuno editores.
- Lacan, Jacques.** (2009). "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" y "La dirección de la cura y los principios de su poder". En *Escritos 2*. México: Siglo veintiuno editores.
- Moscovich, David.** (1997). "La ética del analista en la psicosis". En *Psicoanálisis y El Hospital*, 111-114, Nº 12.
- Paola, Daniel.** (1995). "La lógica de la urgencia es la lógica del psicoanálisis". En *Psicoanálisis y El Hospital*, 16-21, Nº 6.
- Paola, Daniel.** (1996). "El uso de un psicofármaco en transferencia introduce una metáfora en lo real". En *Psicoanálisis y El Hospital*, 71-73, Nº 9.
- Rodríguez Ponte, Ricardo.** (1993). "¿QUE HACEMOS CUANDO ANALIZAMOS... LAS PSICOSIS". *Cuadernos Sigmund Freud*, 16, recuperado el 25 de septiembre de 2017, en <http://www.efba.org/efbaonline/rodriguezp-16.htm>
- Scotta, Margarita. & Sendra, Victoria.** (1996). "Dar la palabra, dar el fármaco". En *Psicoanálisis y El Hospital*, 74-78, Nº9.
- Soler, Colette.** (1989), "¿Qué lugar para el analista?", "El sujeto psicótico en el psicoanálisis" y "El trabajo de la psicosis". En *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Vegh, Isidoro.** (2007). *Una cita con la psicosis*. Rosario: Homo Sapiens.