



Praxis Freudiana

Av. Corrientes 1309 8° "24"
(C1043ABA) Capital Federal, Argentina
Tel/Fax: +54 (11) 4371-2719
e-mail: info@praxisfreudiana.com.ar
web: <http://www.praxisfreudiana.com.ar>

Psicosis y acto analítico: Señora Bv

Amelia Haydée Imbriano

Freud insistió en sus reservas con relación al análisis de psicóticos y Lacan en su prudencia: para los neuróticos hay una dirección de la cura y para los psicóticos “un tratamiento posible”.

Son varias las veces que a lo largo de la producción freudiana se contraindica el método psicoanalítico en el tratamiento de la psicosis. Pero, en la *Presentación autobiográfica* (1925) al final del capítulo V abre una esperanza: “...el estudio analítico de la psicosis parece excluido por falta de perspectivas terapéuticas...el enfermo mental le falta en general la capacidad para la transferencia positiva, lo cual vuelve inaplicable el principal recurso de la técnica analítica. Empero, se ofrecen numerosas vías de acceso. A menudo la transferencia no está ausente de manera tan completa que no se pueda avanzar cierto tramo con ella, en las depresiones psíquicas, la alteración paranoica leve, la esquizofrenia parcial, se han obtenido indudables éxitos con el análisis... Es verdad que en el presente no todo saber se transpone en poder terapéutico, pero aún la mera ganancia teórica no debe ser tenida en menos, y cabe aguardar con confianza su aplicación práctica...”

¿Cómo responder a esta esperanza freudiana?

De hecho hubo y hay analistas que toman en tratamiento a pacientes psicóticos. Sostienen el intento de una “clínica posible”.

En este capítulo, a través de una presentación clínica, intentaremos logicizar los interrogantes que se precipitan de un tratamiento en donde una paciente nos deja enseñanzas luego de diecinueve años de trabajo.

La pregunta por la posición del analista en el tratamiento de la psicosis es vigente, aún hoy, pues es casi una dimensión artesanal la que se pone en juego cada vez en esta experiencia. Lo que analista sabe es que él no habla más que al costado de lo verdadero, porque lo verdadero lo ignora: el que sabe, en análisis, es el analizante. La posibilidad del analista de ocupar conveniente en el tratamiento, ha de estar articulada necesariamente a la estructura del saber en juego, teniéndose siempre presente que la probabilidad de inscribir a un sujeto psicótico en un orden de discurso es impedida por su estructura.

Si un sujeto psicótico está fuera de discurso, ¿cómo plantear su introducción en el funcionamiento de un discurso como el analítico?. El relato clínico nos ayudará para elucidar algunas cuestiones.

Es necesario que el analista se oriente por el saber del psicótico pues es el único que “sabe” que se trata de un saber conectado al goce, que se expresa bajo la forma del horror: es un horror que se produce ante la certeza de saber que el Otro goza de él. La instalación de la función estabilizadora del delirio, no por haber mitigado este horror, conlleva una menor certeza de ese saber.

En la psicosis el inconsciente “está ahí, a cielo abierto, pero no funciona”. El psicótico tiene un saber constituido que se pondrá en trabajo, presentando la paradoja de necesitar y hasta de imponer, un testimonio de su certeza. Es una constatación clínica frecuente que el sujeto psicótico trata de crearse una nueva ley, un nuevo orden del universo, que él tendría la misión de sostener, colocándose en la posición de ser su garante, sosteniendo el Todo, ubicándose él como objeto que falta a ese Todo. En este sentido, el lazo analítico puede ser estabilizador, si el analista se ofrece como testigo, destinatario, secretario y garante del trabajo del sujeto psicótico. Resulta necesario para sostener este cometido que el analista ofrezca su presencia, lo cual no es fácil de soportar, por las posibilidades de oscilaciones transferenciales que van desde la erotomanía a la paranoización.

A través de distintos recortes clínicos contruidos a partir del tratamiento de una paciente, a la cual llamaré “Señora Bv”, intentaré abordar distintos momentos cruciales que, en este caso, lo han hecho posible. Se trata de una estabilización de una psicosis esquizofrénica que la transferencia le permite un leve giro a la paranoización. Intentaré dar cuenta de su estructura y los componentes de esa estabilización. La paciente, fallecida ya, luego de los primeros cuatro años de tratamiento alcanzó un nivel de vida, desde el punto de vista pragmático, en una relación con la realidad bastante restablecida: pudo vivir sola, dirigir sus actos, producir un destino a través de la escultura, logrando una posición subjetiva de notable elaboración. Estabilización que la acompañó hasta su muerte.

Su tratamiento se llevó a cabo en cuatro períodos escandidos por tres interrupciones.

Motivo de consulta: el pedido de una hermana

La consulta es realizada por una hermana quién solicita tratamiento pues “la oligofrenia ha llevado a lo peor a la paciente. Está todo el día en cama, alcoholizada, no come ni habla, solo se levanta para buscar dentro de la casa alguna bebida, alcohol o perfume. Se pone furiosa si tratamos de impedir estos actos o si no encuentra alcohol. Vocifera, rompe cosas, pateo paredes y puertas, por lo cual se le facilitan botellas de whisky, que es lo preferido. Eso no es vida y así se va a morir pronto. Tengo mucha tristeza”.

La consultante comenta en la primer entrevista:

- Son muchos hermanos, dieciséis en total, todos están casados, la paciente es la única soltera. Hay cuatro pares de mellizos, y en total han sido diez varones y seis mujeres. Hay cuatro hermanos varones fallecidos, “uno se suicidó, otro se electrocutó, y dos murieron en accidentes automovilísticos”. Respecto de las mujeres “las otras cinco somos normales,

pero muy nerviosas”. El hermano mayor “continúa con la óptica, los que le siguen en edad, el segundo se suicidó, y el tercero se fue al exterior y permanece apartado de la familia.

- En esta familia los hombres se dedican al campo y las mujeres a tener hijos.
- No todos los hermanos están de acuerdo con realizar otro tratamiento, pero se cuenta con el apoyo de todas las hermanas mujeres y principalmente de la hermana melliza, dueña de casa en donde vive la paciente.
- La familia está muy preocupada porque ya se realizaron dos tratamientos con internación, de cuatro años cada uno. El primero, cuando la paciente tenía 24 años, recibiendo demasiada medicación, no logrando resultados “más que tenerla dopada y dejarla tonta con los electroshocks”. Sólo sabe, por comentarios, que en aquél momento la paciente sufrió “ataques de agresión” que motivaron la internación. La clínica, situada en una pequeña ciudad en el interior de país, solicitó a la familia la externación pues ocasionaba situaciones que desbordaban la posibilidad de cuidado institucional: “si no la tenían totalmente descendida, se escapaba, ocasionaba disturbios callejeros en donde tenía que intervenir la policía para regresarla a la clínica”
- Entre los 28 y 36 años, la paciente vivió en la casa de campo de la familia, asistida por enfermeras que también atendían a su madre, que “sufría de melancolía” luego de la muerte de su esposo (padre de la paciente).
- La segunda internación se realiza luego de la muerte de la madre, estando nuevamente en una clínica durante 4 años. También esta última clínica suspende la internación y a partir de allí la paciente vive en la casa de familia de su hermana melliza, desde hace dos años. Los episodios de alcoholismo y agresión van en aumento hasta la situación por la cual se consulta.
- La paciente había sido diagnosticada como oligofrénica desde su nacimiento. (Durante las entrevistas familiares se observó el lugar de mito familiar que este diagnóstico ocupa, así como también que la hermana consultante es la menor de las mujeres y la única que tiene un matrimonio exogámico).

Acepto el pedido de consulta y acuerdo en visitar a la paciente en su domicilio.

Antecedentes

Mencionaré algunos antecedentes que permitirán orientarse respecto de la construcción del relato clínico.

El matrimonio de sus padres (primos hermanos entre sí) resulta de relaciones de conveniencia entre dos herederos de terratenientes (hermanos entre sí) decididos a aumentar sus dominios.

La madre se dedica a “tener todos los hijos que Dios manda” durante un período alternativo de dieciséis años, entre los 20 y los 36 años.

La paciente nace en el séptimo parto de la madre que resulta ser doble: nacen dos hijas mellizas –no gemelas-. La paciente ocupa el lugar de octava hija. Ya habían nacido tres varones y tres mujeres en un intervalo de ocho años y nacerán ocho hijos más en seis partos. Se produjeron nuevamente dos partos dobles.

El padre, dueño de la única óptica del pueblo, destacado por una figura de carácter severo, fue quien dijo, presenciando el nacimiento junto con “la mamama” (governanta), que “era oligofrénica pues su melliza, al nacer primero, le pateó la cabeza”. Según el armado del mito familiar esta es la causa por la cual el padre dispone que sea criada aparte: en un altillo que ocupaba el cuarto piso de la casa de campo, entre “sus criadas”, encargando del cuidado de la “niña oligofrénica” a la “mamama”. El padre y la “mamama” en un acto de complicidad, le dicen a la madre “que nació muerta”. De este modo, tanto la madre, la paciente y sus hermanos desconocen su origen y filiación por muchos años.

En el transcurso de la vida familiar campesina compuesta por padre, madre, 15 hijos, “la mamama” y “sus criadas” resulta que todos menos una mujer -la hermana consultante-, se casan entre familiares, aumentando así el dominio sobre las tierras en que viven y que llevan sus nombres.

El **primer desencadenamiento** fue a los 24 años, después de un parto de un hijo engendrado, posiblemente, por alguno de los dos hermanos mayores. El mencionado altillo era el lugar de desahogo sexual de los varones, que visitaban alternativamente a distintas “criadas”. Así, sin saberlo, toman sexualmente a su hermana, denominada por ellos “la beba traviesa”. La “mamama” oculta el embarazo, pero al producirse el parto llama a la madre y le revela el secreto. Esta decide ocultar el acontecimiento a su esposo e interviene llevándose al recién nacido, “de quien no se habla ni se sabe nada más”. Pide colaboración y complicidad al hijo mayor, quien la acompaña hasta una terminal de ómnibus de un pueblo vecino. Cuando el hijo mayor regresa a la casa, desesperado, relata el hecho a los dos hermanos que le siguen en edad. A partir de allí “el óptico” sufre de tartamudez, el segundo se suicida y el tercero, al cabo de poco tiempo, se va al exterior del país por motivos de estudio. Se guarda el pacto de silencio entre el hijo mayor y la madre. La paciente, cercenada de su hijo, queda acunando a un bebé que no estaba y ante la insistencia de la “mamama” que trataba de convencerla de la ausencia, tiene una crisis en donde intenta estrangularla, además de romper todo lo que estaba a su alcance afirmando la presencia del bebé. Según relato del hermano mayor, en entrevistas familiares, en donde por primera vez da a conocer su secreto, la madre decide internarla en una clínica psiquiátrica de un pueblo lejano “para que el padre no se asustara por la hija loca”. Luego de cuatro años, tras su externación, es incluida en la familia, nuevamente como “criada”, debiéndose encargar de “acompañar a la señora” (su madre) que luego del fallecimiento del esposo “había entrado en un cuadro de melancolía y se quería matar” (relato familiar). En los hechos, la familia había contratado enfermeras para la madre que también asistían a esta “criada”.

Durante el primer tiempo del tratamiento, lo único que dice la paciente respecto del incidente es: “el bebé se lo llevó ella, la gran mujer, porque ella es la única madre de las madres”

Un **segundo desencadenamiento** que motivó otra internación ocurre a los 36 años, luego de la muerte de la madre. Los parientes refieren que “la criada se volvió absolutamente hostil, se encerraba en el altillo y gritaba todo el día, no dormía, golpeaba a la “mamama”. Luego de cuatro años de internación en la clínica ya conocida, comienzan fugas reiteradas en las cuales la detiene la policía por ebriedad y vagabundismo. La institución decide suspender la internación.

Durante el primer tiempo del tratamiento, sobre estos episodios, la paciente refiere: “ella me dice que sigue viviendo si le doy los bebés, los hago de leche con whisky y los nombres”.

Una de las hijas de la familia –su hermana melliza-, quien se había trasladado a la ciudad, decide encargarse de “la criada enferma” como acto de caridad. En poco tiempo, la convivencia se hace imposible pues la paciente se alcoholiza demasiado. Yace en cama descuidándose totalmente. Es en este tiempo donde se decide la consulta.

Un **tercer desencadenamiento** sucede luego del segundo tiempo de análisis y motiva el inicio del tercer tiempo. El punto de desencadenamiento lo ubico en un accidente cuya resolución es un pasaje al acto en lo real, luego de ser nombrada como “madre” por la familia.

Se resignifica una serie en los desencadenamientos, teniendo como eje la aparición de la madre: 1.- como Un-Padre en lo real, junto con el cercenamiento del hijo, 2.- por ausencia (muerte), 3.- en ella, nombrada por un familiar: “sos una madre”.

El trabajo con la paciente se desarrolla durante un lapso de 19 años. En el tratamiento se pueden distinguir cuatro tiempos que muestran un proceso cuyo ordenamiento va desde la ficción del delirio, hasta la fijación de goce, y la invención de un destino.

Si el lugar del analista en el tratamiento con pacientes psicóticos ocupa la plaza de testigo, secretario, destinatario y garante en forma alternante o conjunta, indicaré en cada tiempo la función más relevante.

Primer tiempo: El analista como testigo y secretario

El efecto del tratamiento está en relación con una iniciación de la subjetivación y un principio de atemperamiento del goce. La variación de la posición subjetiva varía desde un mutismo inicial, hasta la producción de un orden delirante, para culminar creando un estilo de negociación con la voz alucinatoria.

Del mutismo al nombre: Cuando inicia el tratamiento la paciente llevaba seis meses de mutismo y yacía en cama. Sabemos que la falta de significante se traduce en un exceso de goce en lo real que puede imponerse como inercia, falta de subjetivación y mutismo. Estas son algunas de las figuras primarias del goce que la clínica psiquiátrica suele denominar como depresión psicótica. El mutismo es una figura que muestra la petrificación ante un Otro que ordena el goce.

Orienté mis maniobras en el sentido de funcionar como límite al goce del Otro, ofreciéndome como significativo a quien dirigirse, habilitando un lugar suponiendo sobre ella un sujeto parlante, aunque no hable. Primero oferté mi presencia al lado de su cama, - durante tres meses la visité en su habitación domiciliaria, todos los días-, oferta respecto de la cual no retrocedí frente a una sucesión de acciones de la paciente cuyo objetivo era hacer consistir a Otro absoluto que la rechazara, la recluyera o la manipulara. Al principio parecía no registrar mi presencia, ni mi voz, ni mis movimientos. Decidida a asistirle, comencé a prolongar mi estadía: la maniobra consistía en saludarla, decirle mi nombre y mi profesión, quedarme en silencio prolongado hasta marcharme saludándola nuevamente con un reiterado “hasta mañana”. Al cabo de diez días comencé a registrar algunos efectos: ante mi presencia se cubre totalmente la cabeza con la sábana, movimiento que luego de varios días se convierte en un estilo de fort-da: se cubre, se descubre, me espía, y se vuelve a cubrir, repitiendo la serie hasta que yo decidía irme para no infinitizar la secuencia. Al cabo de algunas semanas esta actividad se complejiza: al registrar que yo no me despedía rápidamente, sino que permanecía allí en silencio, comenzó a intercalar dos tipos de actividades: levantarse y llevarse por delante –en forma violenta- objetos que caían cerca de mí, o directamente me empujaba con su cuerpo como si me chocara o me llevara por delante, quedándose pegada en un cuerpo a cuerpo intimidante, pero no violento. Mi intervención posible fue decir “NO”, separarla de mí con tranquilidad, luego de lo cual me retiraba con el saludo acostumbrado. Las distintas alternativas de intervenciones que inventé, calculadamente o no, pusieron en evidencia un lugar para el analista frente al psicótico: su implicancia forzosa. Maniobré con una alternancia de intervenciones entre un silencio testigo y un apuntalamiento del límite, intervención que conjuga presencia, silencio, mirada y una palabra límite. Un día cambió la escena quedándose parada frente a mí con adecuada distancia, jugando a “ponerme y quitarme la mirada”. Me despedí diciéndole: “mañana la espero en mi consultorio”.

La intención de las intervenciones era negativizar el exceso de goce haciendo de prótesis a la prohibición faltante, ya sea alojando su mutismo y escandiéndolo con los saludos y el corte de la visita –sesión-, interrumpiendo una acción hostil, dando indicaciones respecto de la higiene, sacando las botellas de whisky de su habitación en un movimiento marcado de “una por una”.

La posición del analista vacilará entre el silencio de abstención cada vez que es solicitado como el Otro primordial que tiene todas las respuestas y el significativo Ideal que funcionará como elemento simbólico que, a falta de ley paterna, puede construir una barrera al goce: “se apuntala así la posición del propio sujeto que no tiene más solución que tomar él mismo a su cargo la regulación del goce” (C.Soler).

Durante tres meses más, la paciente concurría al consultorio repitiendo las escenas, principalmente dos: la de llevarme por delante y quedarse pegada cuerpo a cuerpo, y la de quedarse parada frente a mí jugando con la mirada. Persistía su mutismo. Cuando decidía el corte de sesión, no se iba; debía salir yo del consultorio y entonces me seguía hasta el hall, en donde la esperaba la hermana que solicitó su tratamiento y que se encargaba de trasladarla,

con quien solo nos saludábamos. Un día, más allá de los gentiles saludos, me encontré preguntándole: ¿su hermana es sorda?

Fue así como una intervención no calculada –en el sentido de indagar sobre una posible sordera-, trae como consecuencia la mediación de un audífono, efecto en lo real de la posición de analista: “hay alguien que quiere escuchar” que funcionó “a modo de enunciado de la regla fundamental analítica”. El correlato fue una primera articulación significativa: la paciente se presenta diciendo “soy la señora bebé”, S1 que atravesará todas las alternativas del tratamiento como enunciación inmovible, punto de detenimiento frente a la infinitización y a la dispersión de goce. A partir de este punto se organizará su mundo, funcionando como operador que permite todas las transmutaciones de posibles significaciones y como punto que efectivamente domina el goce.

Producción del orden delirante: Luego de un período en donde la única frase era “soy la señora bebé”, nombre que escribe todas las veces que puede como “Bv”, comienza un desarrollo articulando distintas significaciones: como nombre (Bv), niño (bebé), beber (bebe!), ir (ve!-voy) y ver (ve!-veo). Del decir de la paciente, pobre y delirante, con musitaciones que no se entienden, se destacan las siguientes frases repetitivas: “ ella, la voz de las madres de las madres...ella me dice sos la señora bebé y yo lo soy... la hago ser todo entera ella todo llena...me pide que la recorra y la tome, que la beba, que la coja y está viva... ella me dice bebe y más bebés... me termino la botella y nace un bebé... ella en mí sigue teniendo los bebés de Dios... ella me dice ‘ve’ y yo voy-voy, veo-veo, bebiendo-bebiendo... yo se los doy a ella, yo soy su esposa, su esposo, sus hijos todos, sus hijas todas”. Metonimia que aparentemente sin detención, está al servicio de un único objetivo o misión: darle a la voz de la madre todos los hijos según un complejo circuito en lo real cuya lógica enmarca el empuje a la mujer. Sale de recorrida por distintos pueblos con un único equipaje, un bolso que tiene inscripto a forma de logo el apellido paterno, y que contiene un “equipo de mate”. Se embriaga en bares que llevan por nombre los apellidos de hermanos políticos de la madre y de ella (o se sitúan en estaciones ferroviarias o en calles que llevan estos nombres). Restituye el Nombre-del-Padre faltante en su estructura no por casualidad en estos nombres, produciendo la articulación a la hermandad política, dando cuenta así del punto de desencadenamiento. Vemos que frente a la infinitización del goce, la paciente busca ponerle nombres, lugares, tratando de relocalizar el goce mediante los nombres de lugares. Es una topóloga sin saberlo. Este significante holofraseado, cuya escritura es “Bv”, neologizado, no será el que representa a un sujeto ante otro significante, sino que viene en el lugar del objeto teniendo su misma consistencia. Funcionará como objeto capaz de satisfacer el deseo no elidido de la madre. Por ello la profunda distorsión pulsional, porque existe un objeto que es un significante capaz de responder a la demanda materna: “bebé”, y que a su vez funciona como punto de detención de la metonimia del delirio. Es un objeto que no causa el deseo, no hay fantasma sino goce. Si es el objeto del goce del Otro, hay relación sexual como dice la paciente, o sea, ha creado la existencia de La Mujer.

Bv pone todo su cuerpo en juego para encarnar la multivocidad del significante, apasionándose para que las distintas significaciones coexistan en simultaneidad como si lograra una consistencia real. En la producción delirante hay un juego permanente en donde los significantes se igualan a los significados, los nombres propios se rebajan a comunes, los nombres de lugares se vuelven signos, y la paciente articula plenamente con consistencia real lo que dice escuchar. Las distintas significaciones permanecen irreductibles, no remiten más que a sí mismas. Bv funciona como “palabra clave”, cumpliendo con una función de especie de plomada en lo real del discurso y, todas sus entonaciones y articulaciones ocupan el lugar del “estribillo”, con su característica insistencia estereotipada.

No se produce la definición del significante, en tanto representante de un sujeto para otro significante, sino que esta articulación está obturada por el registro de lo real y por consiguiente circula en la realidad. Así, ella es la Señora Bv en tanto un bebé la hizo existir para la madre, como el Nombre-del-Padre circula como cartel pegado a un bolso, o los nombres de familia son carteles. Ha fracasado la operación -1 , y Bv nos muestra su trabajo de remiendo. “Soy la Señora Bv” funciona como metáfora delirante.

Cabe señalar que Bv también señala el lugar de goce del padre óptico, hacedor de muchos bebés, constructor de artefactos que posibilitan la visión, que la vio nacer, la nombró oligofrénica y la excluyó en forma imperativa de la familia.

Si el Nombre-del-Padre es aquello que, en tanto que saber, va a designar al sujeto donde se encuentra el lugar del goce en tanto que prohibido, en nuestra paciente no funciona. Como consecuencia, ella intenta localizar en una superficie un cierto número de puntos que operan como lugares posibles para el goce. Por el juego que el azar muestra una historia, son lugares-nombres (carteles) que aluden a los hermanos políticos: “esos que no son hombres sino nombres marcas que no marcan”, según su decir.

La teoría respecto de “hacer bebés para la madre” representa su saber (S2). Es respecto de este saber que su significante del nombre propio viene a representarse. No ha operado la prohibición fundamental, el “no con tu madre” y por consiguiente no se efectiviza la inscripción simbólica del Nombre-del-Padre. La verdad deviene en producto del “saber hacer”. Bv queda encarnando el deseo sin ley del capricho materno, faltando la instancia que normalice este deseo. El goce del Otro es posible y la paciente se encarga de hacer existir al Otro aportándole el objeto para el goce, entrega su cuerpo para hacer consistir al Otro como absoluto. Encarna el mito familiar: “las mujeres tienen los hijos de Dios”, la castración no le importa. Su metáfora delirante nos muestra que “la mujer de la cual se trata es otro nombre de Dios, la gran Eva, madre de todos los seres vivientes” (Lacan, El síntoma). Ofrece su cuerpo al mito de Eva y salta la barra entre significante y significado.

“Las pulsiones son el eco, en el cuerpo, del hecho de que hay un decir” (Lacan, El síntoma) y nuestra paciente lo muestra. Sorda total de un oído, y parcial del otro, “bebe” al compás de la voz de su madre. Hija rechazada de padre “óptico” engancha su pulsión en lo escópico del “ve-ve-vea-vea”. Da a luz un hijo incestuoso que nunca vuelve a ver pero “beb(v)iendo” logra tener “todos los hijos”. Arma un cuerpo materno que contiene todas las tierras y lo recorre de

orgasmo en orgasmo. Ella ofrece su cuerpo a la madre. La madre reintegra su producto. Y mientras tanto, camina con el nombre del padre de la mano. Vaya tour pulsional!

La ficción del delirio opera como construcción de un simbólico suplente que permitirá que el goce en exceso encuentre una significación suplente. Donde el Nombre-del-Padre está forcluido y no promueve a la significación fálica, aparece una significación de suplencia: “soy la Señora Bv”. Esta restauración le posibilita volver a deslizarse bajo el significante: “encuentro”, “tyché”, que viene a corregir la pérdida desencadenante funcionando como tentativa de curación.

Un estilo de negociación con la voz alucinatoria: La paciente decide tomar clases de moldeado en cerámica. No saldrá de recorridas, se quedará modelando muñecos al compás de la voz, hecho que acota el alcoholismo.

En este período no se referirá al decir de la voz, sino a lo que ella le dice a la voz: “así te puedo dar muchos más, los podemos tocar, no hace falta que se cojan en la leche con whisky, los hago con mis manos”. Gestión que funciona como una reparación del lapsus del nudo, cruce de lo real y lo simbólico, verdadera dimensión “artesanal”. Se trata de una construcción que conjuga un objeto en lo real dividiendo al significante del objeto. “Savoir-faire” con el objeto, pudiendo ocupar el lugar de condensador de goce, movimiento que fija la metáfora delirante, reduce los delirios y reordena lo imaginario. Operación real sobre lo real del goce no apresado en las redes del significante, creando un objeto nuevo en el que se deposita un goce que de este modo se transforma hasta volverse estético. Se trata de un “bien-inventar” que muestra que la forclusión es susceptible de ser compensada en sus efectos con formas que no se reducen exclusivamente a la elaboración delirante. En su dominio plástico la paciente se afana en liberarse de toda la inercia que le impone el goce del Otro. Intenta lograr una letra plástica que fija una parte de su goce. De este modo, de ser un psicótico mártir del inconsciente pasa a ser un psicótico trabajador.

La familia habla: Desde que la paciente comienza a hablar y a salir, la familia atraviesa un período de intensa preocupación. Me llaman diferentes miembros y me solicitan continuamente, lo cual trato de acotar señalando un horario por semana para que pudieran concurrir a mi consultorio “los que necesitan hablar”. Durante casi tres años concurren cumpliendo con la consigna: “hablar”. El tema principal es la historia familiar, tema que convocó al hermano mayor a relatar el secreto respecto de la paciente conmoviendo a todos. Ese fue un momento particular en la rearticulación de la novela familiar.

Suspensión de los medicamentos: desde el inicio del tratamiento se realizaron controles farmacológicos, logrando suspender totalmente la medicación luego de dos años.

Horarios y honorarios: la paciente concurre a la cita señalada, con una frecuencia mínima diaria. A veces ha sido citada dos o tres veces en un día. Respecto de los honorarios, se pacta con la familia un monto mensual equivalente a 8 sesiones por semana. El pago se realiza en las entrevistas familiares.

Este primer tiempo del tratamiento se suspende por pedido de la paciente luego de cuatro años de trabajo. Aludía “no tener nada más para hablar”. Acepto la propuesta y le oferto “estar ahí si en algún otro momento quiere hablar”.

Segundo tiempo: El analista como destinatario

Luego de una interrupción de seis meses, Bv decide reiniciar sus sesiones, marcando una diferencia respecto al período anterior: “vengo porque quiero hablar de algunas cosas, decirle algunas cosas que están en mi cabeza, vengo por mi cuenta, y pagaré yo las cuentas, no quiero que venga mi familia, Ud. es mi analista”. Acepto el pedido.

Sus temas giran en torno a:

Nuevas formas de “hacer bebés”: la paciente relata su trabajo en escultura con diferentes técnicas y materiales, pasando de moldear barro a esculpir piedra, de muñecos a cabezas. Se trata de nuevas formalizaciones para llevar adelante el objetivo de darle a la madre “todos los hijos de Dios”.

La voz: relata minuciosamente los cambios de entonación de la voz, “me habla tranquila”, “no grita ni me insulta”, “es suave y de tono grave”, “me acompaña siempre sin molestar”. La voz ha perdido el carácter mortificante pasando a ser una voz acompañante.

Sus derechos sucesorios: la paciente se integra en reuniones de familia en donde tratan temas respecto de inversiones del capital heredado. Entiende rápidamente que ella es la principal capitalista pues ha recibido un plus donado por su madre. Estas reuniones le resultan inquietantes, no obstante concurre sistemáticamente, aportando humor e ironía. Reclama por sus derechos respecto del rendimiento del capital personal que usa la sociedad familiar: “yo sé que me usan, pero que me lo digan, quiero saber en cuánto me usan”. Solicita a la sucesión una suma mensual. Esta gestión revela otro intento de ubicar una medida para el goce.

La decisión de vivir sola: trabaja durante muchas sesiones elaborando la decisión de comprarse una casa propia e ir a vivir sola. Sabe que es poseedora del dinero suficiente para hacerlo y pagar a una empleada doméstica. Se opone a que algún miembro de la familia se ocupe del asunto. Decide elegir ella su casa propia, recorriendo inmobiliarias y visitando distintos inmuebles. Se resuelve: “quiero una propiedad en la calle liberación”. Pragmáticamente todo se desenvuelve sin dificultad siendo capaz de asumir la responsabilidad de llevar adelante una casa.

Las empleadas: al tiempo de contratar empleadas comienzan ideas persecutorias, motivo por el cual debe renovarlas. Refiere: “son confanzudas, se aprovechan, se complotan con mi familia para envenenarme la comida”, motivo por el cual justifica sus agresiones (verbales). Me solicita que yo mantenga algunas entrevistas con una última empleada que ha contratado, “para que le diga cómo tratarla”. Acepto, ofreciendo algunas pautas por las cuales la empleada no quede enredada en una relación especular.

El juicio por insania: los familiares le comentan que debe concurrir a los tribunales para que un médico la revise y vea su estado de salud. De su relato se desprende que ha comprendido enteramente que se trata de un juicio de insania. Solicita asesoramiento a una abogada que ha conocido en el taller de escultura. Pasa el examen psiquiátrico sin problemas y la solicitud de insania queda anulada. Comenta: “creen que tengo la cabeza vacía pero yo se como hacer para que no se noten los agujeros”.

Trabajo en un hospital de niños: la paciente decide trabajar como voluntaria en un hospital de niños en una zona marginal suburbana. Se aplica en la sala de esterilizaciones. “Son pobres niños, niños pobres...me pone muy nerviosa estar con ellos, por eso pedí trabajar en el sector de esterilidad, manejo el autoclave”.

Un hombre: se trata del encuentro con un hombre, albañil que ha conocido pasando por una construcción. Ella lo llama “el peón”. Toda la relación consiste en pasar delante de él y saludarlo. El hombre le solicita un encuentro que ella acepta, pero frente a los requerimientos afectivo-sexuales ella lo aleja diciendo: “no puedo porque soy casada, soy la Señora Bv”. Advierte que la ocasión la desestabiliza: “me puse muy nerviosa, tenía ganas de salir corriendo o de golpearlo y cortarle las partes...yo no puedo con los hombres”.

Los dueños de galerías de arte: la profesora de escultura le organiza exposiciones de sus producciones en galerías de arte. Los problemas manifiestos y que le ocupan mucho tiempo de trabajo en sus sesiones son dos: no poder elegir algunas piezas, sino querer llevarlas todas y no querer venderlas (siempre discute por el precio, que siempre le parece bajo). Refiere: “yo quiero mostrar lo que hago, es para mirar, las cabezas ya tienen dueño, yo no quiero venderlas, son de ella”.

El pago de honorarios: Se pacta el pago por sesión y ella se responsabiliza de efectivizarlo. Durante un período prolongado paga la suma acordada con la unidad mínima monetaria, contando uno por uno los billetes. Este período es coincidente con los momentos en donde trabaja las temáticas relativa al “uso que hacen de ella”. Cuando logra poner medida a las sumas de dinero invertidas y a la rentabilidad mensual de las mismas, realiza el pago con billetes de mayor unidad monetaria.

Amor de transferencia: en la última sesión refiere: “quizás puede que yo la quiera un poco, llevamos nueve años juntas y Ud. sabe todo de mí”, siendo esta manifestación la primera suposición sobre el amor en dirección al analista.

En este período organiza su vida distribuyendo sus tiempos entre actividades en el taller de escultura y el trabajo en el “hospital de niños” (llamado así por ella, pues se trata de una sala pediátrica en un hospital general de una zona carenciada de provincia).

No se alcoholiza ni fuma. La oralidad en juego se traslada a un hablar en demasía, a veces. A los cuatro años de tratamiento en este segundo tiempo insiste nuevamente respecto a “no tener más nada de que hablar”. Y, nuevamente acepto su propuesta acompañada del ofrecimiento anterior: “si alguna vez quiere hablar algo, yo estaré aquí”.

Tercer tiempo: el analista como garante. Erotomanía de transferencia mediatizada.

Se inicio después de 18 meses de interrupción y luego de un accidente: es atropellada por un auto manejado por un sacerdote, -un padre-. Días antes la paciente interviene en auxilio de un sobrino llevando adelante una gestión que posibilita al joven “salvar la visión”. En agradecimiento él le dirá: “sos una madre”, frase a la cual hacen eco todos los familiares en una gran celebración, coincidente con el día anterior de su cumpleaños que nunca había festejado (“El 24 de diciembre es solo para el niño Dios”). A la mañana siguiente de la cena realizada con el motivo de festejar su “comportamiento maternal” respecto del sobrino, cruza sin mirar una avenida de tránsito rápido. Un auto conducido por un sacerdote la atropella. Situó en el accidente un equivalente a un desencadenamiento cuya resolución es un pasaje al acto en lo real.

Desde el primer momento de internación solicita mi presencia, produciendo una fórmula: “Amelia donde está soy la Señora Bv”. Cuando se recupera deja esta fórmula reiteradas veces en el contestador telefónico, mensajes que no respondo por encontrarme de viaje. Esta ausencia inesperada abre lugar a una hiancia suplida por la recurrencia al contestador, al estilo de un fort-da en lo real. Cuando se inician las sesiones aparecen en el mismo retiradas series de u llamados, todos sin mensaje menos el último, en donde enuncia la fórmula mencionada. Su referencia en las sesiones es. “la llamo muchas veces todos los días para escuchar su voz, a cualquier hora”. La voz alucinatoria ha desaparecido (uno de los temas que es de interés para ella), está la voz en el contestador. Podemos encontrar en esta operatoria una vertiente de la erotomanía de transferencia. Llamados que ni se responden ni se interpretan, no respuesta que funciona como maniobra interdictora de goce sosteniendo la dirección erotómana asintóticamente sin su consumación, evitando la posible derivación en una psicosis pasional.

El enunciado repetido puede leerse como un modo posible –en la psicosis- del significante de la transferencia que marcaría la dirección del “soy la Sra. Bv (S1) al sujeto (supuesto) saber: “Amelia donde está” como relevo del SSS.

El saber en la psicosis corresponderá a un sujeto forcluido a ese exterior que es el campo del Otro, desde el momento mismo en que se propone como objeto. Habrá un saber que es goce y hay un sujeto de ese saber. Lo que no habrá a diferencia del neurótico es el supuesto afectando al saber como al sujeto en la relación transferencial. Es en este tiempo donde la paciente realiza un armado de teoría respecto de lo que le sucede: “yo tengo un agujerito en la cabeza donde a mí se me escapan las cosas, hay cosas que no puedo entender... yo lo que tengo que aprender para que mis hermanos no me internen es a calcular cosas, entonces yo pienso y cuando pienso calculo, calculando invento algo en la cabeza... Los demás hablan de cosas que yo no puedo, cosas del dolor, del amor y del miedo... es como si no conociera algún color y tengo ese problema con la vista, capaz que reconociendo los demás que veo puedo... tengo que hacer como los que juegan al tenis sin ver la pelota, la calculan”. Sobre este texto podemos considerar:

Su perplejidad ante la cuestión del amor: cuestión enlazada en tanto cosas que no puede entender, al miedo y al dolor, tratándose de la traducción directa de la definición estructural de confrontación con la ausencia del significante, perplejidad de la cual sale con la idea del cálculo. Parafraseando a Freud: el rasgo decisivo del diagnóstico del amor en la psicosis no se inicia desde la percepción propia del sentimiento del amor sino por la percepción venida del exterior de que se es amado, o sea, “son los otros los que aman”: lo que ha sido abolido adentro retorna desde afuera.

La imputación al Otro: su expresión máxima la encontramos en el siguiente comentario respecto del accidente que ella ocasiona al cruzar por mitad de cuadra y con semáforo abierto al tránsito. “El padre me llevó por delante” (“el inconsciente está ahí, a cielo abierto, pero no funciona”).

Saber sobre su estructura: La paciente refiere “un agujerito por donde se le escapan cosas” o en donde “no se pueden enganchar cosas”. Sabe que si este agujero se le nota la internarán en un lugar de locos y también sabe que intentando una operación con las ideas puede calcular algo que haga suplencia a lo que le falta.

La transferencia: de la erotomanía a la paranoización. En este tiempo se desarrolla en forma muy productiva la transferencia. El trabajo de la erotomanía de transferencia ha sido la ocasión para la producción de una suplencia de la forclusión del Nombre-del-Padre que le permite a la paciente el acceso a una estabilización posible. Esta tentativa, no solo va a permitir que se mantenga en el orden de la letra, sino apostar hasta donde pueda en el orden del significante. Se produce un viraje desde la respuesta alucinatoria en lo real –objeto voz-, que se articula en el lugar de la pregunta imposible de formular –quién soy yo?-, a la respuesta en lo real –objeto contestador- mediando una articulación significante: “Amelia donde está?. Se trata de un ‘como sí de pregunta’, (que no altera la certeza), suplencia de demanda, de lazo social. El objeto “contestador”, objeto desgajado de la analista, ha funcionado como condensador de goce, en la misma línea que la construcción de muñecos. Ha operado una transferencia de goce, o sea, la transferencia ha “maniobrado”, y es desde este lugar como entiendo en concepto de “maniobra de transferencia”. No retroceder como en tanto que analista, me lleva a un lugar de garante de su saber sobre el goce del Otro y su posición de objeto correlativa. Transferencia de los fondos de goce que le permite mantenerse en el orden imposible del fuera-de-discurso mediante el artificio de esta suplencia del lazo social que es la transferencia, para construir así un semblante de discurso, en el lugar del supuesto que falta. Se ha producido la “maniobra de transferencia”, que en mi experiencia, es el efecto de la posición del analista que posibilita la transferencia en términos de goce, una pasaje de ser absolutamente un sujeto de goce a ser un sujeto acotado por el significante. Maniobra que produce como efecto una discreta paranoización bajo transferencia. Considero que el dispositivo analítico ha permitido, en el trabajo de esta paciente, una paranoización de la esquizofrenia, posibilitando en ella la dimensión de “destino”.

Sobre la demanda de análisis: El trabajo con esta paciente me ha llevado a compartir enteramente una propuesta de Michel Silvestre que transcribo: “La demanda de análisis de un

psicótico proviene directamente de la forclusión, el punto de partida es una significación en suspenso, que podría ser una significación que amenaza y por ello amenazante. Esa significación en suspenso es la que en el psicótico hace síntoma. Es incluso por este defecto de significación, este circuito interrumpido, como el psicótico puede quejarse de estar separado, desgajado de la palabra, al punto de sentirse amenazado de mutismo. La función de la palabra se le escapa y lo liga enteramente a un campo de lenguaje sin hitos, sin límites, donde puede perderse. Y su demanda inicial puede asumir la forma de no estar separado, desgajado de la palabra, al punto de sentirse amenazado de mutismo. La función de la palabra se le escapa y lo liga enteramente a un campo de lenguaje sin hitos, sin límites, donde puede perderse. En este sentido, el psicótico puede suponerle al analista, un saber-hacer con la palabra. Es en este momento de indecisión del sujeto cuando un analista puede ofrecer el relevo del sujeto supuesto”.

Cuarto tiempo: El testimonio del sujeto

La paciente regresa de un viaje durante seis meses por Europa, en ocasión de exponer sus esculturas en diversas galerías de arte.

En este tiempo no ha sido fácil sostener la transferencia, “el no retroceder frente a la psicosis” (Lacan) toma una dimensión difícil de soportar. Compruebo propiamente el lugar de “soporte” que la transferencia, implícita en el dispositivo analítico, posibilita.

Señalaré la lógica de este tiempo en los siguientes puntos:

La división del sujeto: Bv concurre a sesión padeciendo graves trastornos en su motricidad que le dificultan la marcha y todo tipo de movimientos voluntarios. Su relato: “anoche se me cayó el cuerpo, debe haber un cortocircuito entre la cabeza y el cuerpo, no lo puedo manejar, la mente le dice una cosa y él hace otra, ahora toda la locura está en el cuerpo”. Indico una consulta neurológica y la resonancia magnética detecta un meningioma detrás del rodete posterior del cuerpo caloso. Se resuelve una descompresión quirúrgica. Dejo interrogantes en suspenso: ¿al no haberse producido el sacrificio simbólico, sólo la vida real podría saldar la cuenta?. ¿Qué lugar ocupará en la cont-a-bilidad del goce?. ¿El mito familiar respecto del dicho paterno sobre “la patada en la cabeza” parece volver desde lo real del cuerpo?.

Una referencia : No se trataba de una fecha cualquiera. Era 24 de diciembre, aniversario de su nacimiento. Cinco años atrás fue tomada por el Otro hasta una dimensión que la lleva al pasaje al acto. En este momento, un meningioma la referencia, le hace referencia o queda como referencia en el cuerpo?.

Apelación al analista: La paciente solicita mi visita durante el período de internación prequirúrgico. De su relato recorto: “Ud. debe escucharme, Ud. tiene la obligación de escucharme, si Ud. está aquí yo puedo hablar y necesito hablar”. Solicita mi escucha para referir sus comentarios respecto a las manipulaciones del dispositivo médico que, más allá de incómodas, le resultan altamente paranoizantes y lo detecta: “Yo se que los debo dejar trabajar,

pero me enojo demasiado, me hacen lo que se les canta, se creen que soy un muñeco, un bebé mal hecho. Yo los dejo pero cuando me canso me hago la loca y los asusto, grito, tiro todo y me divierto...me ponen loca, la cabeza no funciona o funciona muy mal, el cálculo me falla, me salgo de cálculo o no entro bien en el cálculo y es en esos momentos que sin pensar rompo todo (lo que implica arrancarse del cuerpo todo tipo de artificio médico de control: sondas, electrodos, etc.). Luego, cuando puedo volver a pensar paro, me doy cuenta, un horror, una nada, un vacío. Y después, repensándolo me río mucho, no sé si me divierto, qué ironía!. Me van a agujerear la cabeza y yo los voy a dejar porque ahora lo que no pueden tocar es mi otra cabeza. Mientras ellos van a trabajar para arreglar la cabeza vieja no saben que yo ya tengo otra cabeza”.

Una mañana recibo un llamado de urgencia procedente del sanatorio en donde se encontraba internada, en donde una profesional me dice que la paciente repite sin cesar: “Amelia donde está soy la Señora Bv”. La paciente había tenido un episodio altamente agresivo atacando “con patadas” a los dos neurocirujanos tratantes, que resultan ser un hombre y una mujer. Concurro y frente a mi presencia cede la agitación psicomotriz. Dice muy alterada: “solo si Ud. está presente son cirujanos, porque en sí son unos matasanos rompecabezas, ellos están de acuerdo con mi familia en sacarme la cabeza, en dejarme sin cabeza”. Presto mi presencia significativa, sin articular palabra, la escucho, le doy lugar a “su testimonio”. A su vez, la maniobra que intento es la de sostener la operatividad necesaria de los neurocirujanos. Mi presencia la apacigua y decido abstenerme de toda respuesta o comentario a sus “aparentes” preguntas. Estas surgen del fondo mismo de la certeza. Esto permite que yo no quede entrampada en una relación dual que hubiera desencadenado aún más al sujeto de goce. A través de este episodio me convoca a la ética del acto analítico, la cual debemos entender orientándonos en su estructura. El lugar del analista, sostenido por mi presencia, ha “operado” una función de “testigo” que hace límite a la invasión masiva del goce del Otro.

Producción de un testamento: la noche anterior a la operación quirúrgica solicita mi presencia ante la cual escribe “su testamento” -firmado Bv- y me lo entrega. Le digo: “quedará en el consultorio”. También le solicita a dos enfermeras que se queden como “testigos”. Escritura sobre la disposición de sus bienes, testimonio de un sujeto en un acto simbólico que hace de barrera al goce.

Acto quirúrgico-Acto analítico: Me solicita, “esté de mi lado, conmigo, en la operación, todavía no me deje sola, solo si Ud. está presente son cirujanos porque son matasanos matadores rompecabezas”. ¿Convocará mi presencia como terceridad testigo que haga suplencia?. Dice con ironía: “Si vivo Ud. será mi testigo de nacimiento”. Acepto acompañarla hasta que la anestesia realice su efecto. ¿Qué lectura realizar respecto de la frase insistente ‘Amelia donde está soy la Señora Bv?’.

Fixión de goce: La operación ha sido efectiva, la descompresión ha sido posible. Me refiero tanto a la cirugía como a su trabajo analítico. Ya recuperada, vuelve a trabajar en su taller y mantiene sus sesiones diariamente. Le comunico que debo ausentarme para viajar a Francia. Comenta con humor: “los bebés vienen de París”. Seguidamente me muestra una nueva

producción artística realizada en los últimos días: una escultura en onix que representa cuatro cabezas humanas encastradas en forma vertical. Las tres inferiores partidas, dando lugar al engarce de la otra. La cuarta y superior, entera. ¿Será esta última la referida por ella antes de la cirugía como “yo ya tengo otra cabeza”?

Al retomar las sesiones le informo sobre la importancia de depositar el testamento en una escribanía. Su único comentario: “que el testamento camine del consultorio de Beruti (nombre de la calle en donde se encontraba el consultorio) a una escribanía que Ud. conozca, de escritorio a escritorio”. Una vez más me muestra como se sirve de los lugares de terceridad, más allá de que yo los haya ofrecido calculadamente.

El trabajo de Bv continúa cinco años, con sesiones de frecuencia irregular, lapso que yo leo como “cuatro más uno”. Su vida transcurre saludablemente, se dedica plenamente a la escultura en onix. Realiza y vende matrices de esculturas varias. Expone casi permanentemente, siempre muestra la referida escultura titulada “Analítica” sin ofrecerla a la venta. Sus relatos están referidos a su actividad artística, a la producción y venta de obras, a la no-venta de “Analítica”. Anuncia suspender sus “habladas” pues se irá de viaje y “por ahora lo hablado hablado está”. La última vez que concurre a sesión, refiere: “no tiene venta porque la pagué yo, es mi vida”.

Este cuarto tiempo es un proceso de significantización mediante el cual Bv logra elaborar y fijar una forma de goce aceptable para ella, forma que tiene que ver con legislar sobre el goce del Otro armándose un destino a través de un testamento y de una invención artística: “Analítica”.

Consideraciones finales

El trabajo de la paciente Bv me deja la posibilidad de pensar sobre una experiencia: La “maniobra de transferencia” tiene su punto pivote en “el no retroceder” respecto de la ética del psicoanálisis. Si el analista se mantiene en ella, el dispositivo posibilitará que se operen distintas funciones: testigo, secretario, destinatario, garante (y quizás otras) que permiten “maniobrar la transferencia” o sea, el trabajo de transferencia de los fondos de goce del inconsciente al significante. Y, es desde este lugar, que sostengo “una dirección de la cura posible para la psicosis”. Las sesiones con un analista posibilitan cesiones de goce. Este trabajo de la psicosis de Bv, alojado en el dispositivo analítico, me deja una enseñanza: si el analista no retrocede puede darse la ocasión que un sujeto ofrecido al goce del Otro, puro desecho que espera en silencio que alguien quiera acogerlo, literalmente abandonado por el significante, pueda inventar un modo de goce por el rodeo de la maniobra de transferencia, rodeo por el amor en su lógica misma: el cálculo, en un intento de reglar lo posible del goce. Este intento lo matematizo como: $S // a$. (Sujeto tachado barra a)