CLÍNICA EN DIAGONAL, PRÁCTICAS TRANSFERENCIALES PARTICULARES

Resumen

El presente artículo busca abrir una reflexión sobre posibles prácticas transferenciales que, desde dispositivos colectivos, pueden sostener otras posiciones para la escucha. A partir de reflexiones psicoanalíticas se plantea la posibilidad de entender y ejercer una clínica no normativa que articule algo del trauma o sufrimiento de quien escucha para salir de las lógicas manicomiales que 30 años después de la reforma psiquiátrica continúan negando la historia de los sujetos y sus sufrimientos.

Palabras clave

psicoanálisis, transferencia, práctica clínica, clínica política, reforma psiquiátrica, salud mental, sufrimiento mental.

Abstract

This article intends to open a reflection on possible transference practices that from collective devices can hold other listening positions. Based on psychoanalytic reflections raises the possibility of understanding and exercising a non-normative clinical practice that may bring together some of the trauma or suffering of those who listen in order to leave the asylum approach that 30 years after the psychiatric reform continues denying the subject history and his suffering.

Keywords

psychoanalysis, transference, clinical practice, political clinic, psychiatric reform, mental health, mental suffering.

Buenos días a todas las personas presentes, es un placer participar del segundo día de las Jornadas de Salud Mental en Nou Barris, barrio combativo y orgulloso de sus conquistas sociales. Agradezco a Anna Miñarro y a la AFEM su invitación, es una alegría compartir este espacio de reflexiones junto a Fernando Vicente y Chus Gómez.[1]

He nombrado esta exposición «Clínica en diagonal, modos transferenciales particulares» con la intención de compartir algunas reflexiones sobre las posibles prácticas clínicas centradas en el poder transformador de la palabra, en el saber y autoridad de las personas «afectadas» y en el concernimiento singular de los «profesionales.»

Hace 30 años, cuando se instauraba 'formalmente' la reforma psiquiátrica en el estado español, hacía poco que había nacido y no vivía en Catalunya todavía. Una vez acabada la carrera de psicología en Córdoba (Argentina), formé parte de la Fundación Jorge Bonino: un dispositivo clínico que se organizaba a partir de los fundamentos de la psicoterapia institucional, tal como el que Francesc Tosquelles trazó en los territorios catalán y francés. Allí comencé el acompañamiento a personas con sufrimiento mental que me llevó a aprender, con tropiezos, que la práctica clínica es un hacer político, biográfico, situado en entornos culturales, en relación a un cuerpo sexuado particular, a una clase social, en donde las personas involucradas se arriesgan a una transformación subjetiva.

El psicoanalista Jacques Lacan retoma una anécdota del Talmud en su seminario «La Angustia» que nos permite pensar en las prácticas transferenciales de una manera particular: si dos personas bajan juntas por una chimenea, ¿podría alguna de ellas no ensuciarse con el tizne?[2] A partir de esta imagen la psicoanalista mexicana Gloria Leff (2007) nos recuerda que estar juntos en la chimenea, cerca del mismo fuego de las relaciones transferenciales hace imposible no quedar con la piel tocada por las cenizas, el tizne, las brasas que «marcan» a los dos sujetos implicados en la experiencia de la relación: al profesional y al paciente, al analista y al analizante, al loco y —digamos— al no-loco.

Recuperar la idea de que la relación transferencial nos produce marcas, implica asumir una metodología, un marco teórico y una ética que defiende que el punto de partida de cualquier práctica clínica es la afirmación de que existe un sujeto que desea por encima y más allá del diagnóstico psiquiátrico, por fuera de las categorías psicopatológicas utilizadas para definir los sufrimientos mentales.

Para encontrarnos con el sujeto, su deseo, su palabra y su subjetividad, los gestos mínimos resultan indispensables.

Como señala el psiquiatra Manuel Desviat (2010), todavía hoy, 30 años después de la reforma psiquiátrica, nos encontramos tratando de recuperar al sujeto que fue desalojado de su propio sufrimiento, y siendo testigos de la manera en que los logros de la reforma han sido reapropiados y desactivados por la sociedad de los mercados.[3]

Pero recuperar al sujeto detrás del diagnóstico de salud mental es todavía posible desde espacios y territorios que inviten al encuentro, que busquen escuchar los sentidos en los síntomas y las historias en los sufrimientos.

Para encontrarnos con el sujeto, su deseo, su palabra y su subjetividad, los gestos mínimos resultan indispensables. Necesitamos estructuras institucionales y sostenibles, pero también pequeños gestos, movimientos sutiles de una micropolítica que nos acerquen desde la mirada y las palabras que reconocen al otro y le proponen un lugar posible, que puede

1. Este escrito fue redactado como ponencia para la mesa redonda del segundo día de las XVI Jornadas de Salud Mental de Nou Barris que tuvieron lugar los días 11 y 12 de noviembre de 2016 organizadas por AFEM (Asociación de Familias por la salud mental de Nou Barris). Las jornadas llevaban por título «1986-2016. Treinta años de la reforma psiquiátrica, ¿dónde estamos?»

2. Leff, G. (2007). *Juntos en la chimenea: la contratransferencia, las «mujeres analistas» y Lacan* (1ª ed.). Buenos Aires: Epeele, pp. 17- 20.

3. Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 23, p. 260.

comenzar a inscribirse en un saludo con dos besos, un mensaje en un momento difícil, en un café compartido, un mechero, un abrazo.

El colectivo Radio Nikosia, del que formo parte hace siete años, sostiene un dispositivo comunitario que produce una posible *otra clínica*, abierta, tejida en diagonal, desplegada en los territorios de una comunidad electiva que insiste en producir otros discursos, otras verdades.

Nikosia buscar ser un espacio flexible, que aloje y promueva la espontaneidad, posibilitando encuentros desde la elasticidad de las pautas, en el marco de un «caos ordenado» —como decía el compañero Juan Lorenzo—, que no nos uniformiza sino que busca potenciar el *entre-varios* y la singularidad de cada sujeto.

En esta zona de frontera apropiada, «donde la normalidad vuelve a ser relativa»[4], nos encontramos con la necesidad de resocializar la locura, de que vuelva a salir a la calle y la haga suya.

Nikosia no es un espacio terapéutico, pero resulta un lugar de producción de posibles efectos clínicos, terapéuticos muchas veces, pero que no son concebidos de antemano como parte de un hacer clínico. Si a partir de la demanda del propio colectivo se organiza un taller de artes, se construye un espacio de creación artística que es coordinado por una profesional de ese campo, donde cada participante —tenga o no tenga sufrimiento mental— desarrolla un proceso de pintura y dibujo como en cualquier atelier de artes. No se plantea como un taller de arteterapia, ni de yogaterapia ni de flamencoterapia, sino que se abre la posibilidad de que cada participante despliegue sus intereses y deseos sin necesidad de que su hacer sea terapéutico.

Las relaciones en estos espacios no se establecen desde la jerarquía que caracteriza a los vínculos en las instituciones de salud mental. Son relaciones diferenciadas según la singularidad y la demanda de cada persona, se trate de estudiantes universitarios o de formación profesional que hacen prácticas, familiares que buscan consejo, personas afectadas o profesionales que se acercan a conocer la radio.

Nikosia no es un espacio terapéutico, pero resulta un lugar de producción de posibles efectos clínicos, terapéuticos muchas veces, pero que no son concebidos de antemano como parte de un hacer clínico.

Podemos decir que en Nikosia ocurren múltiples y simultáneas desobediencias: hacia las categorías diagnósticas que convierten a las personas en «enfermos totales» —como dice el compañero Xavi— y también hacia la fría distancia instrumental que se enseña y promueve en las formaciones profesionales. Se construye, en cambio, una circulación horizontal del poder y de la palabra, en un dispositivo que sostiene el poderío[5], la responsabilidad y la posibilidad de movimientos subjetivos para las personas afectadas, para los profesionales y para la sociedad en su conjunto como ámbito para la vida.

En dispositivos comunitarios donde los saberes, el poder y la palabra pueden circular de manera horizontal, se hace posible sostener *otras prácticas transferenciales*, desde espacios de relación que pueden configurar para las personas otros modos de subjetivación, en la tensión entre lo singular, lo colectivo y lo social, entre el saber y el no saber, entre la pregunta y las posibles verdades.

4. Cada programa de radio en directo comienza con un texto de redactado colectivamente que anuncia: «Ahora es cuando empieza a transmitir Radio Nikosia, durante las dos próximas horas estaremos en el aire. Ahora es cuando existe la posibilidad de que digas lo indecible y estés contento con ello, de que sumes nuevas perspectivas a tu manera de estar de cara a los días, ahora es cuando la locura es un lugar normal y la normalidad vuelve a ser relativa, ahora es cuando entras en el universo Nikosia.»

5. Prefiero la palabra «poderío» a la de «empoderamiento» porque esta última implica actualmente un cierto disciplinamiento hacia el tipo de recuperación y ejercicio del 'poder' que puede esperarse en cada persona afectada.

Sin desconocer las complejidades del devenir de la transferencia, en Nikosia —como ocurre también en otros dispositivos— los escenarios y las relaciones hacen estallar la clásica idea de práctica clínica. Cuando hay un llamado a un estar particular en el lugar y en la función de quien escucha, resulta necesario construir otros escenarios posibles para el despliegue transferencial.

Además de la asamblea semanal adonde concurren más de 30 personas, o el programa de radio de los miércoles en la tarde, hay otros espacios en donde acontece este despliegue transferencial de una clínica en diagonal.

El Grupo de mujeres y la Comisión de cuidados comunes, formados a partir de la demanda de algunos compañeros y compañeras, son espacios grupales formados por personas diagnosticadas y no diagnosticadas que se reúnen cada 15 días: el grupo de mujeres en un bar de la calle Ferrán y el grupo de cuidados en la sede de la radio en Contrabanda. El funcionamiento es distendido pero intenso, mientras se plantean y desenredan los temas propuestos en cada reunión. Desde los cambios y la pesadez que la medicación psiquiátrica produce en el cuerpo, las presiones sociales que sienten las mujeres para ser delgadas, jóvenes y comprensivas, la sobreprotección de muchos familiares, los dilemas ante la maternidad cuando se toma medicación, la carga vital de tener que demostrar diariamente que, aunque se tenga un diagnóstico, es posible hacer cosas con sentido.

Al escuchar y acompañar el pensamiento y la elaboración de las personas en estos grupos, y tantas otras veces fuera de ellos, se produce una re-construcción del discurso que puede ser también llevado al espacio público enunciando las propias historias, resultando así posible compartir y poner en común la angustia que surge de la misma existencia, de la libertad y sus contradicciones, de las opresiones del sistema de salud y del tipo de relaciones que promueve. Estar en el día a día, acoger la palabra aunque sea a la intemperie, acompañar y escuchar las historias de sufrimiento pensando con el otro, forma parte de una clínica inquieta, mestiza y en diagonal.

Entendiendo que el encuadre clínico es en gran medida un estado mental, una constante en las coordenadas de tiempo, espacio y relación que permite el despliegue de una función, resulta posible pensar en una clínica que posibilita otros lugares, tanto para el sujeto que sufre, su palabra, su poder y sus posibles, como para el profesional que puede escuchar e intervenir desde una cercanía con el otro en la que la función de *Sujeto Supuesto Saber* no corra el riesgo de resecarse.

Estar en el día a día, acoger la palabra aunque sea a la intemperie, acompañar y escuchar las historias de sufrimiento pensando con el otro, forma parte de una clínica inquieta, mestiza y en diagonal.

Estar en la misma chimenea nos deja manchadas la cara y las manos, pero es a partir de los trazos de ese encuentro en nuestra piel que resulta posible atravesar y acompañar transformaciones subjetivas. Algo del propio sufrimiento y de las propias marcas necesita estar en circulación en el lazo transferencial. Los analistas Françoise Davoine y Jean Max Gaudillière (2007) nos lo recuerdan en su trabajo sobre el trauma de guerra:

> Cuando el trauma viene a golpear la puerta del analista, llega con la proposición del discurso analítico al analista, no es el analista el que propone el discurso analítico a su futuro paciente. El trauma —y digo bien, el trauma, y no el traumatizado— llega con la proposición del discurso analítico al analista. Y algunas veces el analista puede convertirse en el otro de ese lazo social, y a veces no puede. Y si él no puede, el trauma se va, huye, va a buscar a otro para proponerle el discurso analítico […] Pero, el analista no puede hacer

> la trenza con su buena voluntad, o con su dominio, sólo la puede hacer con su propio trauma.[6]

Una posición transferencial de implicación advertida, que pone en circulación algo del propio trauma, implica una gran atención y predisposición hacia el sufrimiento del otro, nos pelea con lo que no entendemos, con lo que puede demorar demasiado y también con lo que nos interpela subjetivamente, (y físicamente, ya que después de dos horas de asamblea multitudinaria es imposible seguir pensando), nos encuentra con la necesidad de poner límites a ciertas demandas en tanto sujetos, colectivo y asociación. Nos lleva a pensarnos como personas diversas que forman parte de un colectivo, como equipo, como compañeros de un hacer político.

Una posición de lucha desde una clínica-política se vuelve necesaria, porque todavía buscamos recuperar al sujeto tras la enfermedad mental, rescatando la palabra del loco y nuestra propia palabra. Todavía se hace necesario desatarnos y desmedicalizarnos, encontrar la potencia subversiva en cada sujeto, y también nuestra propia potencia. Y no podemos hacerlo solos.

El capitalismo actual nos arroja a relaciones cada vez más frágiles, solitarias y hostiles; la totalidad de nuestra vida se convierte en un producto y nuestro nombre en una marca que administrar y alimentar de *likes*. Nos encontramos incesantemente movilizados y permanentemente fatigados.

Ante esta fría emergencia necesitamos construir y sostener espacios para prestar atención a la vida psíquica, dentro y fuera de las instituciones. No se trata de la atención reducida a lo bio-psico-social, ni del psicologismo emocional, ni de la suma de consejos para encontrar la felicidad. Sino de lugares reales para elaborar lo que nos ocurre, fantasear con otras realidades posibles, disfrutar, atender al devenir de los procesos psíquicos particulares y colectivos como pliegues y reflejos de la vida social. No podemos hacer esta tarea en soledad sino junto a otros que nos acompañen, cuestionen y refuercen nuestras capacidades de resistencia y transformación.

Resistencia subjetiva que se hace necesaria frente a la imperante medicalización y patologización de los malestares comunes de la existencia. La psiquiatra Laura Martín (2014), desde una visión crítica sobre las formaciones profesionales señala que «los manuales diagnósticos están creando generaciones de profesionales de la salud mental que no quieren «perder el tiempo» hablando con los locos, se apresuran a dar con un diagnóstico y a empezar cuanto antes la prescripción».[7]

Sobre el rol de algunos profesionales, un compañero de Radio Nikosia se cuestionaba en el Grupo de cuidados: «Mis padres me incapacitaron, en la residencia donde vivo me castigan si llego tarde, pero la trabajadora social me dice que tengo que hacer un plan para desarrollar mi autonomía. ¿Cómo voy a ser autónomo si tengo que pedir permiso para salir de mi casa?»

En el mismo Grupo de Cuidados es común el malestar vivido por la falta de intimidad que algunas personas viven en sus casas, por el trato recibido por parte de los profesionales cuando les controlan la cantidad de libros y de ropa que tienen en los armarios,

6. Gaudillière, J. M. y Davoine, F. (1994). Seminario Locura y Lazo Social. *…? Blog sobre Psicoterapia Institucional Royal caute*, recuperado noviembre de 2016, en http://royalcaute.blogspot.com.es/2008/10/seminario-locura-y-lazo-social-jm.html
(1998). Seminario El discurso analítico del Trauma. *…? Blog sobre Psicoterapia Institucional Royal caute*, recuperado noviembre de 2016, en http://royalcaute.blogspot.com.es/2008/10/seminario-el-discurso-analtico-del.html

7. Martín López-Andrade, L. (2014). Subjetivismo crítico: una respuesta a los manuales diagnósticos. *Boletín Asociación Madrileña de Salud Mental*, núm. 37, recuperado noviembre de 2016 en http://aen.es/wp-content/uploads/2014/12/boletin_amsm_diciembre_2014.pdf

o cuando abren los cajones de la mesilla de noche sin pedir permiso. Esos mismos profesionales expresan sentir que no hacen bien su trabajo si pasan mucho tiempo hablando con los *usuarios* con los que trabajan. Se siguen reproduciendo dinámicas manicomiales en las relaciones con las personas diagnosticadas aún fuera de las instituciones psiquiátricas.

Entonces se hace necesario conocer los efectos concretos y subjetivos de lo que todavía no ha cambiado demasiado: ¿Cuántos profesionales que desarrollan prácticas clínicas en España están formados para trabajar en paradigmas colectivos, horizontales y comunitarios? ¿Cuántas horas de atención clínica y de trabajo en profundidad se ofrecen desde los centros de salud mental? A Cuántos profesionales pueden incidir en las estructuras y en las políticas de las instituciones donde trabajan? ¿Las personas diagnosticadas pueden tomar decisiones sobre sus procesos terapéuticos? ¿Por qué los hombres, las mujeres, los jóvenes y los niños y niñas en Catalunya consumen tantos psicofármacos? ¿Qué hacemos con las instituciones que anulan activamente la posibilidad de la escucha y del trabajo con la palabra de la persona que sufre?

No se trata de crear nuevos servicios en la red de salud mental, sino de que los que ya existen incorporen, sostengan y defiendan otros modos transferenciales y de relación con las personas que sufren: prácticas políticas y clínicas que escuchen y que incluyan el saber de los sujetos en sus propios recorridos de recuperación de la salud.

Para acabar, quiero mencionar algunas experiencias que están creando y defendiendo prácticas que pueden pensarse como otras formas de intervención, como clínicas en diagonal: la red de grupos de apoyo mutuo Xarxa Gam, el colectivo de feminismo y salud mental Bucles, el Grup de Pensadors promovido por la Fundació Congrès Catalá de Salut Mental, la Revolución Delirante en Valladolid, los espacios de Escuchadores de Voces, las personas afectadas, profesionales y afines que organizaron el congreso Entrevoces en Madrid, las radios locas de Portugal, Italia, Francia, Argentina, Brasil, España, la Red Icaria, la plataforma virtual Primera Vocal, algunos dispositivos de acompañamiento terapéutico en salud mental, espacios de teatro y performance como la Compañía Brots o el grupo Vulnus, el Foro de Vida Independiente que acaba de cumplir 10 años, y muchas otras experiencias donde se rescata activamente la potencia particular de cada sujeto. ■

Bibliografia

Gaudillière, J. M. y Davoine, F. (1994). Seminario Locura y Lazo Social. *…? Blog sobre Psicoterapia Institucional Royal caute*, recuperado noviembre de 2016, en http://royalcaute.blogspot.com.es/2008/10/seminario-locura-y-lazo-social-jm.html

(1998). Seminario El discurso analítico del Trauma. *…? Blog sobre Psicoterapia Institucional Royal caute*, recuperado noviembre de 2016, en http://royalcaute.blogspot.com.es/2008/10/seminario-el-discurso-analtico-del.html

Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión: la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, vol. 23, p. 260.

Leff, G. (2007). *Juntos en la chimenea: la contratransferencia, las «mujeres analistas» y Lacan* (1ª ed.). Buenos Aires: Epeele, pp. 17-20.

Martín López-Andrade, L. (2014). Subjetivismo crítico: una respuesta a los manuales diagnósticos. *Boletín Asociación Madrileña de Salud Mental*, núm. 37, recuperado noviembre de 2016 en http://aen.es/wp-content/uploads/2014/12/boletin_amsm_diciembre_2014.pdf

Lucia Estrella Serra
luciaestrellaserra@gmail.com