

## **Maestría en Problemas y Patologías del Desvalimiento.**

### **18 Jornada y Taller El Desvalimiento en la Clínica**

### **13 Jornada y Taller Psicoanálisis de Pareja y Familia**

**Fecha: 13 de Abril 2019. UCES**

**Autor: Julieta Portaluri**

#### **Título: ¿Qué lazo en la psicosis?**

Tomaré como análisis tres períodos del tratamiento del paciente para dar cuenta de la lógica del caso y más específicamente de los movimientos transcurridos al interior del mismo.

Si bien es conocida la importancia del diagnóstico en psicoanálisis es con los casos de psicosis, al menos, donde dicha importancia queda revelada no tanto por los aciertos sino, y sobre todo por los “desvíos” en la dirección de la cura. Lo antes dicho se observa claro por los efectos.

Desde el comienzo del tratamiento la pregunta con M era del orden de **qué posición tomar**, desde donde intervenir. ¿Es preciso callar y no intervenir demasiado? Cierta temor acumulado desde el prejuicio, erróneamente construido sobre la psicosis, hacían pensar en guardar sumo cuidado con aquello a decir, a preguntar o a proponer en el “espacio” (tal como M lo define). Dicho exceso de prudencia no hizo más que... tener sus **efectos**.

Es en este punto donde frente al extravío o desorientación de la analista, es el paciente quien se encarga de emitir cierta señal de alerta. Poco a poco fue la posición de cierta ignorancia sobre el padecer de M, así como la de ser un poco amiga - par “interesada,” lo que fue haciendo de brújula para un tratamiento posible y por sobre todo sostenible en el tiempo.

Una pregunta posible en el recorrido del caso, por supuesto a responder con el decurso del trabajo analítico, es con qué cuenta este paciente, *qué recursos* tiene en el presente luego de todo lo vivido, de tanto “pasado” aún presente y más aún tras mucho déficit.

## PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

M, de 51 años de edad, fue tomado en tratamiento en el año **2016** por derivación de su psicóloga de ese momento. En la actualidad el paciente asiste a tratamiento de tipo psiquiátrico además de tener acompañamientos terapéuticos semanales. Se trata de un paciente estable al día de la fecha, comprometido y predispuesto con la totalidad de sus espacios terapéuticos.

M no cuenta prácticamente con el apoyo diario de ninguno de sus familiares, encontrándose solo para poder realizar las tareas básicas del hogar, así como lo que respecta a su alimentación, higiene y aseo personal. Es en estos puntos donde el paciente muestra ciertas dificultades en el sentido de emprender dichas tareas y sobre todo al momento de sostenerlas en el tiempo. Tales dificultades son manifestadas y aceptadas por el mismo, como cuestiones que lo desbordan. El mantenimiento de ciertas rutinas, en relación mayormente a la toma de la medicación resultan ser de suma importancia, lo cual no se logra satisfactoriamente cuando el paciente se encuentra en soledad. La dificultad a la hora de la realización de trámites varios así como el contacto con el mundo exterior, y sobre todo las relaciones interpersonales, es alta. En dicho paciente se encuentra seriamente afectada el tipo y calidad de **lazo social** como característica propia de su patología (Esquizofrenia).

El área laboral de M, es un área a trabajarse continuamente. En este caso se trata del trabajo en la vía pública, en el rubro de compra y venta de flores. Es en este punto donde reiteradas veces se ha necesitado y se necesita de la presencia de acompañantes externos.

### ***Antecedentes***

M ingresa al hospital psiquiátrico por guardia, en el año 2003, bajo orden judicial con el diagnóstico de “**descompensación psicótica tipo paranoide**”. En ese momento ambos padres vivían con él: padre de 79 años con síndrome depresivo y su madre con diagnóstico de mal de Alzheimer. Asimismo el paciente tiene dos hermanas más chicas quienes conviven con sus respectivas parejas e hijos.

Se saben por una de sus hermanas, algunos datos de la historia personal: M completó los **estudios primarios** con dificultades de conducta. Durante la **escuela secundaria** repitió varias veces hasta que abandona la misma en tercer año luego de causar un incendio en su escuela. Relata consumo y abuso de sustancias varias durante el período comprendido entre los 15 y los 25 años (marihuana, ácidos, cocaína) manteniendo al día de la fecha sólo el consumo de alcohol y marihuana. Su hermana Claudia relata aspectos que denotan ideación paranoide desde **su juventud** así como varios hechos de denuncias y acusaciones

derivados de intensas ideas y sentimientos de persecución (policial, por parte de amigas de su hermana y con su hermana misma inclusive). Según la observación de sus parientes, M muestra un fuerte aislamiento, falta de amistades, desinterés por el mundo externo así como variadas amenazas e intentos de suicidio. La madre del paciente nunca reconoció el estado de su hijo. Relata asimismo como M siempre tuvo un carácter difícil, agresivo, intolerante y querellante así como problemas de conducta. Refiere dicha familiar las “ideas raras” de su hermano: *él estaría enamorado de una mujer que su hermana conocía y frente a lo cual exigía que la misma lo contactara con dicha mujer*. Frente a la respuesta de su hermana donde le explicaba no conocer a tal persona, M reaccionaba con un fuerte enojo y agresividad.

El paciente continúa desde su ingreso en 2003 hasta el año 2011 inclusive con sucesivas internaciones por descompensación. Desde la última externación y hasta la fecha no volvió a requerir de la internación psiquiátrica continuando con los tratamientos psicológico y psiquiátrico de tipo ambulatorio. Aquí surge la pregunta por una estabilización posible.

#### **PRIMER MOMENTO: “Espacio. Una nueva etapa”**

La **muerte del padre** de M inaugura una nueva etapa en su vida. Comienza a vivir sólo con todo lo que esto implica: tareas de limpieza, cocina, mantenimiento del hogar, entre otras rutinas diarias. Sin embargo la tarea más difícil se vuelve *la soledad y el trabajo del duelo*.

Sobre su padre recuerda haber sido muy apegado al mismo por lo que su muerte le resultó muy fuerte y, localizando lo reciente del fallecimiento, prefiere ir despacio. El duelo por tal pérdida se sucede sesión tras sesión: llora y relata cómo su padre era una gran compañía, dormía, cocinaba, todo junto a él. Los recuerdos afloran, y se aflige por pensar que sus padres no van a enterarse de cómo lo están ayudando (por sus ingresos económicos actuales), porque “no lo ven”. En un espacio de teatro donde concurre, representó una escena donde pide la llave para abrir la puerta donde su padre se encuentra. Reconoce estar llevando una lucha de 50 años contra 6 meses, donde se resalta el **quiebre** que representó para él la muerte de su padre. Respecto a su madre cuando murió, M pensaba que se la habían escondido y que no le dejaban verla. Al preguntarle por su padre y lo que siente, refiere que para él el mismo está lavando los platos en la cocina. M deja entonces desde su muerte la luz del baño encendida durante todo el día y la noche: “es como si estuviera él” agrega. “¿Sí? Intervengo, lo que trae una ocurrencia interesante: él pensaba que su padre iba a estar siempre, y la vida le demostró


que no era así, éste le dio el mensaje de que buscara con quien vivir, que encontrara una mujer para la vida.

Nombra a la manera de una “queja” o lo que podría pensarse como **motivo de consulta** (luego se destaca como no siendo tal y como lo conocemos en la neurosis) que *le cuesta arrancar*. Manifiesta tener ideas, iniciativa pero se queda mucho en casa. Junto a mucha dificultad para levantarse a la mañana. Las tareas del hogar las realiza con mucho esfuerzo, dejándolas para lo último.

Sobre lo que se denomina “consciencia de enfermedad”, fue una construcción paulatina en sus años de tratamiento lo cual se escucha en lo siguiente: “tendré que aprender, es lo que todos hacen. A mí me tocó de otra manera. Estoy haciendo de grande lo que tendría que haber hecho hace un tiempo ya, pero bueno...”

Desde el comienzo de la terapia M destaca **dos grandes etapas en su vida**: por un lado el manicomio, momento donde le pregunto qué es para él: “ahí entras cuando se pierde la cordura”. Por otro lado, sitúa su presente donde destaca que él ya sabe cómo manejarse, que ha aprendido a avisar y hablar cuando se siente mal (dar un mensaje de alerta). Ahora lleva una vida bastante tranquila donde lo que “desea” es trabajo y una buena compañía. En la misma línea de lo expuesto, M se prepara para retomar su oficio: el puesto de flores. Piensa en pedir dinero prestado a su hermana y resalta la importancia, que como analista refuerzo, de “ir despacio”. Esto es tomar cierta precaución frente al estrés, forma en la que localiza el antecedente a cierta descompensación (peleas frecuentes, inconvenientes en la calle con los otros, etc.) junto al no sentirse forzado o presionado.

De esta primera etapa de tratamiento se destaca como lo que M expresa como su deseo es: lo que él quiere hacer es algo que lo motive, ya que nada prácticamente lo motiva. Su más franca declaración: **“yo intenté suicidarme con un tren, por una mujer. A veces no lo entiendo, a veces lo puedo contar mejor, otras no”**... Cree que es parte del pasado y que ya está, no quiere volver a eso. Respecto de su enfermedad declara: **“es algo con lo que se puede vivir, se puede llevar tranquilamente. Yo estoy afuera, me despegué de la rutina, el trabajo, los horarios. De eso me despegué”**. Resulta interesante remarcar la visión anti-segregativa que Lacan ofrece. La psicosis no se trataría de ningún fracaso de lo humano sino de un destino diferente del ser hablante, un camino diverso. De este modo el lenguaje alcanza al ser pero no basta para darle un lugar en el discurso como ordenador de los lazos sociales.

 **SEGUNDO MOMENTO: “¿Cómo te explico la locura?”**

Este segundo momento del tratamiento se caracteriza por la iniciativa de M en la dirección del tratamiento: “ahora en julio cumplimos un año de tratamiento, se pasa rápido”. Algunas sesiones más adelante trae consigo un papel el cual está dirigido a mí, su analista. Dicho mensaje es leído por M en voz alta **“Algo constructivo: que tome más las riendas del espacio, que tengas más iniciativa en lo que conversamos, hay cosas del pasado que me gustaría trabajar para no repetir en el presente”**. Tras esta declaración progresivamente se abre un nuevo campo transferencial.

Admite querer como algo prioritario y muy anhelado en su vida a **una mujer**. Esto hace que profese: “el amor quedó en el pasado” debido a una chica de la cual él se enamora y ella no le corresponde. Relata diversos aspectos de su historia nunca antes expresados, tales como que él tuvo estos problemas más serios de grande, a los 38 años, y que no encontraba sentido a su vida. Ahora en su amor e ilusión se encuentra una vecina, Claudia, por la cual hizo y hará algunos intentos de acercamiento (no logrados). Pasa la mayor parte del tiempo de las sesiones hablando sobre ella. Algo que sucedió con ella le hizo recordar el pasado, todo lo cual lo conduce a relatar cómo siente la locura: **“es algo que comienza en el cuerpo**, en la panza, no se puede controlar y se va armando una pelota entre la cabeza y el cuerpo”. Dicha descripción de la locura recuerda a la definición, traída por **Élida Fernández**, propia de la antigüedad griega donde se declara que la locura es una enfermedad del cuerpo que se manifiesta en al alma. (Fernandez, 2017, p.37). Le pregunto si quiere expresar un poco más acerca de esta sensación. Describe cierto estado como de mucha ansiedad, “paranoico”, relata cómo se va poniendo “muy arriba” y se hace la cabeza, cierto estado de nerviosismo. Cree que se obsesiona con algo. Califica a la locura como una “montaña rusa: o estas muy arriba o muy abajo”. Aquí podemos pensar cómo el humor, en sus oscilaciones, es siempre indicativo (yendo de la exaltación que lo descompensa a la más persistente y terrible abulia).

En una conversación telefónica con Claudia piensa que los teléfonos están pinchados, y que están escuchando temas privados. Desde la posición de la analista se trata que el paciente relativice esta idea, y que de margen para otras opciones posibles. En este punto podría localizarse cierto corrimiento de la función, quizás motivado por la angustia, quizás desde el prejuicio (entre otras opciones posibles). Por qué, cabe la pregunta, no pensar que de lo que se trata es de un modo del paciente de hacer lazo, con su delirio, y así evitar cierto aplastamiento del Otro. ¿Es una orientación posible indagar sobre y con el “texto” propio del delirio? O ¿Qué dice un delirio, qué transmite? En este punto me pregunto por la función del testimonio así como por la imposibilidad de poder compartir o experimentar lo que este paciente relata (punto de real de la transmisión) desde el lugar de analista.

Más adelante M comienza a hablar de la importancia del otro en su vida: “la presencia del otro es importante porque no me siento solo, **es alguien con quien hablar**”.

Aquí resulta oportuno pensar el deseo, y por qué no la **función del analista** en la producción de un espacio otro, diverso, como lugar de la terceridad y separación del Otro. Traigo en este punto el concepto de *disponibilidad* de **François Jullien**, al cual define como un valor. Porque la disponibilidad, como una disposición interior, se abre a la diversidad acompañada de la oportunidad: está disponible aquel que sabe “vivir en buen momento”. El Sabio está en condiciones de acoger la menor diferencia en su oportunidad, sin reducirla ni dejarla pasar. El “yo”, que deja de ser un obstáculo (lo que significa “perder su yo”, wang wo), puede escuchar entonces todas las músicas del mundo, diversas como son, en su espontáneo ser “así”, acompañando su despliegue singular (Jullien, 2013).

### **TERCER MOMENTO: “El pasado pesa: yo me miento”**

M menciona su rutina, el no hacer prácticamente nada, mirar tv todo el día y dormir mucho. Cree que debería hacer más cosas pero que a su vez **no le falta nada**. Ante la *intervención* de que quizás se trata de cierta comodidad, malestar mediante responde: “¡Yo no tengo malestar, no me incomoda!”. “Fuera de los AT soy una larva”; “sé que estuve mucho tiempo perturbado con una enfermedad, que es crónica, pero ahora estoy bien”.

Sobre la experiencia del encierro y la locura hoy M lo resume en una frase “si me muero, ¿Alguien se entera? Le preocupa que nadie sepa de su muerte. Mi problema no es iniciar las cosas sino sostenerlas...

Tras el relato de M donde cuenta haber ido al cementerio a visitar a sus padres refiere: “me quebré”. Al pedirle que explique lo sucedido un poco más afirma cómo se le removieron cosas viejas, el pensamiento. Lo angustia la culpa de haber pensado algo específico: que su padre muera para poder cobrar un dinero. Esta declaración lo hace romper en llanto y decir que cargará con esa culpa toda la vida. Al proponer “alternativas” a la manera de otras opciones *como intervención*, se enfurece, y gritando y llorando dice: “¡Yo lo veo así!” Me gustaría aquí situar la **angustia** en la psicosis, tema que C. Soler desarrolla. Menciona a la misma como un afecto de lo real de tipo “trans-estructural”. (179). Se la encuentra en la intersección de las diferentes estructuras. Ahora me pregunto resignificando el movimiento descripto: ¿Angustia del analista?

En un momento posterior, durante la misma sesión, declara que hay mentiras que él lleva al espacio. Siente miedo de contar la verdad, con lo cual le pregunto: ¿Cuáles son esas

mentiras? “No tuve nunca relaciones sexuales con Claudia, no tuve coraje” responde. Refiere que su única experiencia sexual fue hace muchísimos años atrás: “la mentira es buena mientras dura. Mi vida fue una mentira”, ¿Por qué? (agrego) “Por mis problemas de salud mental”, refiere. Al preguntarle por esta afirmación despliega un poco más sobre dicha mentira y adhiere que lo sostuvo por necesidad, para tener *una realidad alternativa*, ser parecido a los demás”. Si bien el paciente habla de sus anhelos y expectativas sexuales de manera frecuente, nos dice **Élida Fernández**:

"...es equívoco en relación a con una elección de objeto: indica su pulsión, el empuje de la pulsión que no puede enlazar un objeto sustitutivo porque para ello debería operar una pérdida de objeto que nunca tuvo lugar. La pulsión empuja, pero sin la castración como operación básica que le permita acceder a un objeto, tal que renunciando a la madre primordial y a gozar de ella, conserve un rasgo"(Fernández, 2013, p. 178).

Hoy me pregunto: ¿Dónde está el sentido, la verdad de M? Allí donde está el sujeto. En **su modo de decir** aquello que puede pensarse como delirante en algún momento (sin estar sistematizado). Es interesante relatar un sueño que el paciente trae a sesión. El mismo dice: “una casa grande con muchas habitaciones, un aire caliente envolvía toda la casa. Veo un fantasma, una mujer con pelo largo de espaldas, era muy real. Me dio miedo, creo que era Claudia. Salgo corriendo, tras cerrar las puertas me meto en la cama con mi padre”.

En relación a su visión de los últimos días y respecto a la terapia, afirma estar logrando algunos objetivos y que no está en el mismo lugar que antes. Sabe que su terapia es a largo plazo: *“tengo ganas, solo que me pincho un poco. Estoy inyectándole actividad a mi vida en este espacio”*. **Colette Soler** explica en sus lecciones de las psicosis como lo que para Freud sucede en dicha estructura respecto de la retracción libidinal, con el consecuente desinterés respecto de los objetos del mundo exterior (crepúsculo del mundo), en Lacan se trata de un desorden. Este desorden es sobre el sentimiento de la vida, y no falta en ningún caso de psicosis (Soler, 2016).

### **¿Qué camino tomar como psicoanalistas con y frente a la psicosis?**

Al menos no retroceder nos dice Lacan. El decir del paciente junto al deseo del analista permite crear y sostener un espacio diferente, habilitar un “lugar de diferencia” todo lo cual produce efectos por sí solo. Se me ocurre que de lo que se trata además, es de aprender a **ser pacientes** con el delirio y abrirnos a su escucha (analista “ubicado” como objeto).

Cada paciente y su tratamiento son el resultado de un entramado único, diría “artesanal”, que no prescinde del uso del humor. El caso de M, hace que en la actualidad su abordaje pueda ser estructurado en base a coordenadas tale como: tratamiento psiquiátrico - psicológico, acompañamientos terapéuticos frecuentes, talleres en el hospital Borda, todo lo cual como red de dispositivos, funciona a la manera de un “regulador” (organizan y generan hábitos).

Podría resumir lo antes expuesto con la frase: “los dispositivos como inyección de legalidad” y como forma de contrarrestar la inercia de cada día. El caso expuesto, es un claro aporte a la evidencia de que la desmanicomialización es posible. Aquí una frase del libro **“Manifiesto Basura: estallidos de un discurso desmanicomializador”**, libro que M regala a su analista. Dice así: “desmanicomializar es componer con los fragmentos del manicomio otro orden de relación” (Manifiesto Basura. Frente de Artistas del Borda. Espacio de Pensamiento, 2016, p.22). De esto se trata el porvenir en la psicosis.

Asimismo es preciso mencionar aquí la necesaria **“confianza”** que como analistas sostenemos en los casos como estos. Se trata de la creencia y la apuesta, cada vez, a la emergencia de un sujeto.

## **Bibliografía**

- Fernández, Élide E., “Algo es posible”. Clínica Psicoanalítica de locuras y psicosis”. 3° edición. El Megáfono, Buenos Aires, 2017.
- Frente de artistas del Borda. Espacio de Pensamiento, “Manifiesto Basura. Estallidos de un discurso desmanicomializador”. Hekht libros. Colección Ranactiva, Buenos Aires, 2016.
- Jullien, F., “Cinco conceptos propuestos al psicoanálisis”. Cuenco del Plata, Buenos Aires, 2013.
- Soler, C., “Las lecciones de las Psicosis”. Letra Viva, Buenos Aires, 2016.
- Soler, C., “¿Qué se espera del psicoanalista y del psicoanálisis? Conferencias y seminarios en Argentina”. Letra Viva, Buenos Aires, 2009.



