

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

## Hacia un tratamiento posible de la psicosis.

Luzar, Noelia.

Cita:

Luzar, Noelia (2011). *Hacia un tratamiento posible de la psicosis. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/805>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/exN>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# HACIA UN TRATAMIENTO POSIBLE DE LA PSICOSIS

Luzar, Noelia  
Universidad de Buenos Aires

## RESUMEN

El presente trabajo se propone presentar distintos interrogantes que fueron surgiendo a partir de una presentación de enfermos, realizada en el Servicio de Terapia a corto plazo del Hospital de Salud Mental "José T. Borda". Intentaremos delimitar los problemas clínicos, formular ciertos interrogantes e hipótesis y reflexionar sobre las vías de solución de los problemas planteados, a partir de la observación clínica de un paciente de estructura psicótica internado en el Servicio. Los interrogantes que surgieron apuntan a pensar en qué tratamiento posible puede ofrecer la clínica psicoanalítica a la Psicosis en la actualidad. ¿Cómo intervenir en la Psicosis? ¿Cuál sería una dirección de la cura posible en sujetos psicóticos? ¿Qué lugar para el analista en la Psicosis? Lejos de buscar una técnica universal para el tratamiento de la psicosis, se intentará reflexionar sobre cómo se construyó este caso y cuáles fueron los recursos que este sujeto pudo elaborar, desde su singularidad, para contrarrestar la insoportable irrupción de lo real.

### Palabras clave

Psicosis Tratamiento Psicoanálisis Singularidad

## ABSTRACT

TOWARDS A POSSIBLE TREATMENT OF PSYCHOSIS  
This paper aims to present various questions that arose from a presentation of patients, conducted at the Department of short-term therapy of Mental Health Hospital "José T Borda". We will try to define the clinical problems, formulate some questions and assumptions and reflect on ways of solving the stated problems, from the clinical observation of a hospitalized patient with a psychotic structure in the Service. The questions that came up aim to think about a possible treatment that a psychoanalytic clinic may offer to Psychosis today. How can we intervene in psychosis? What would be a possible direction of the treatment in psychotic individuals? What is the place of the analyst in Psychosis? Far from seeking a universal technique for the treatment of psychosis, we will try to think about how this case was built and what were the resources that this subject was able to elaborate from its singularity, in order to counteract the overwhelming emergence of the real.

### Key words

Psychosis Treatment Psychoanalysis Uniqueness

Este trabajo propone una reflexión sobre las posibilidades de intervención en la psicosis desde el Psicoanálisis, a partir de un caso de una presentación de enfermos, realizada en el Servicio de Terapia a corto plazo del Hospital de Salud Mental "José T. Borda" durante el año 2010.

Como primer punto, intentaremos ubicar cuál es el lugar del analista y del Psicoanálisis en el contexto de un Hospital Público. Tomando la intervención de J. Lacan de 1966 en la Salpêtrière, podemos afirmar que el lugar del Psicoanálisis en la medicina es marginal y extra-territorial, la medicina admite al Psicoanálisis como "una suerte de ayuda externa" (Lacan, 1966, p.86). Sin embargo, 40 años después en la Argentina vemos que, al menos en este servicio del hospital, la jefa responsable del Servicio es psicoanalista y el Psicoanálisis tiene un lugar reconocido en la Institución. Sin olvidar, por otro lado, que no en todos los hospitales municipales el Psicoanálisis tiene un lugar tan relevante, ya sea por la cantidad de psicoanalistas respecto a los psiquiatras, como a los puestos jerárquicos que pocas veces ocupan los psicoanalistas o a la voz que un psicoanalista puede tener en un hospital (sobre todo si el servicio es dirigido por un médico...).

Ahora bien, siguiendo la pregunta formulada por Colette Soler (1991) ¿Qué lugar para el analista? y más específicamente, ¿qué lugar tiene el analista en la Psicosis?: ¿qué efectos puede tener una intervención analítica en la estructura psicótica? y además, ¿Qué puede hacer el analista con un psicótico?; intentaremos abordar estos interrogantes y ubicar ciertos puntos teóricos a la luz de un caso clínico trabajado en una presentación de enfermos con un paciente internado en el Servicio de Terapia a corto plazo.

### **Viñeta clínica**

El paciente, que llamaremos J., de 42 años de edad, manifiesta una descomposición corporal "*no me siento bien físicamente*", siente golpeteos en el pecho, algo en su corazón, malestar que se acentuó dos días después de su operación para sacarse un tatuaje del brazo, en aquel momento le comentaron que tenía una fibrilación cardíaca, pero él sospecha que tiene algo más grave y que no se lo dijeron. Ya a los 18 años, consultó a un cardiólogo por malestares en el pecho (sentía puntadas y ahogos). Ese médico le dijo que podía ser un prolapso, pero después se desestimó este diagnóstico a través de una ecografía tridimensional. Sin embargo, J. sigue estimando a ese médico aún en la actualidad: cuenta que en aquel momento este médico lo revisó, lo tuvo dos horas en la

consulta y le hizo estudios, dándole este posible diagnóstico de prolapso. Agrega además que los otros médicos que consultó posteriormente lo atienden rápido, en sólo diez minutos, por eso él cree que no le encuentran lo que tiene. En este punto, vemos como durante la entrevista, la analista responsable de la presentación le aconseja que es importante que intente ver nuevamente a este médico, que cuando esté más estabilizado, vaya a ese hospital para buscar a este cardiólogo.

A partir de esta viñeta, podemos recortar varias cuestiones. Por un lado, podemos identificar lo que Lacan revela en "Psicoanálisis y Medicina" que el enfermo no siempre espera del médico la curación, a veces viene a demandar "que lo autentiquemos como enfermo; en muchos casos viene de la manera más manifiesta, para demandarles (a los médicos) que lo preserven en su enfermedad, que lo traten del modo que le conviene a él, el que le permitirá seguir siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad" (Lacan, 1966, p.91). En efecto, vemos como J. necesita que se lo autentifique como enfermo cardíaco, que le encuentren una patología en el corazón. Según él, no existen todavía los aparatos técnicos que permitan mostrar lo que él tiene la certeza de tener. Su punto de certeza está ahí, J. afirma "Yo siento esto", más allá de lo que los resultados de los estudios muestran y de la opinión de la mayoría de los médicos. El único médico que él recuerda todavía (lo consultó a los 18 años) fue el que le dijo que probablemente tenía algo, fue el único que le "creyó", por eso le dedicó dos horas a su consulta, dándole un lugar, alojándolo. Por otro lado, podemos ubicar también cierto desorden respecto a lo corporal: J. tiene la certeza de que tiene algo en su cuerpo, más precisamente en su corazón. Además, cuenta que se operó dos veces la nariz (la primera vez por una cuestión estética y la segunda para corregir cierta mala praxis de la primera), y también se hizo un tatuaje en el brazo y luego, se operó para sacárselo (operación que precede el desencadenamiento psicótico coincidiendo con el nacimiento de su segundo hijo). Estas marcas corporales van señalando un intento de tramitar un goce excesivo que viene de lo real, irrupción de un goce insoportable.

Tal como dijo Lacan (1966, p.386) "lo que está forcluido de lo simbólico retorna en lo real"[i]. Lo que impone distinguir, siguiendo a C.Soler (2004, p.110), que "existir en lo simbólico y existir en lo real son dos cosas bien diferentes. Existir en lo simbólico, por medio de la operación del significante supone la producción de un vacío". En el sujeto psicótico, hay una falla, una falta, pero no la de la castración: lo que falta es el significante del nombre del Padre y "esta falla significativa se traduce en un exceso de goce en lo Real, o sea lo contrario de una falta" (Soler 1991, p.8).

Soler explica que el esquizofrénico enfrenta sus órganos sin la ayuda de un discurso establecido. Y agrega que el discurso establecido sirve justamente para instaurar límites, barreras *standards* al goce, a este goce excesivo que irrumpe. Por eso, "todo discurso es solida-

rio a la castración, que es lo que falta en este caso" (2004, p.115). El sujeto debe paliar la deficiencia del efecto de discurso: esto explica ciertas automutilaciones (como las operaciones de nariz, el tatuaje y la voluntad posterior de sacárselo), que son "delirios o prácticas de negativización (...) para crear un vacío". La falta de este vacío se traduce en estos pasajes al acto realizados por el paciente.

Ahora bien, ¿a qué lugar es llamado el analista? El analista muchas veces es llamado al lugar de oráculo (tal como fue Flechsig para Schreber): "es llamado a suplir con sus predicaciones el vacío súbitamente percibido de la forclusión" (Soler, 1991, p.9). Sin embargo, el analista no debe ubicarse ahí, ya que esto podría tener efectos nocivos (como, por ejemplo, ocasionar una erotomanía mortífera). Soler propone como primer modo de intervención un silencio de abstención, y esto cada vez que sea solicitado como el Otro primordial del oráculo.

Se tratará entonces de otro Otro. En lugar de rectificación subjetiva, lo que tenemos en un caso de psicosis, gracias a la intervención de un analista, es la rectificación del Otro (Soler, 1991).

Como la falla significativa se traduce en un exceso de goce en lo Real, exceso que se impone, irrumpe; "el análisis debe apuntar a negativizar el exceso de goce en la psicosis" (Soler, 1991, p.10), es decir, a acotar el goce insoportable que retorna en lo real.

Entonces, ¿sobre qué intervenir? ¿Cuál es el lugar del analista en la psicosis? En primer lugar, dado el desorden y la desorganización con la que llegan en general estos pacientes al servicio (después de haber pasado por la guardia), se trata básicamente de alojarlos, de acompañarlos para lograr ubicar y armar algo sobre qué les pasa, poder ayudarlos a historizar y, en el mejor de los casos, a ir despejando cuál fue la coyuntura que los llevó a ese desencadenamiento. Se tratará entonces de funcionar como testigo, secretario del alienado, que lejos está de una posición pasiva: se trata de alojar este discurso presentando "un vacío en el que el sujeto podrá colocar su testimonio" (Soler, 1991, p.10). Es la oferta de una presencia atenta y silenciosa (Soler, 1991, p.22).

Como segundo tipo de intervención en la psicosis, Soler propone orientar el goce: el analista interviene entonces marcando una función de límite al goce del Otro: convirtiéndose así en el guardián de los límites del goce, sin los cuales, lo que hay es el horror absoluto (Soler, 1991). Se trata de poner un freno al goce desenfrenado.

Durante la entrevista, pudimos observar distintos tipos de intervenciones de parte de la analista que se dirigían en esta dirección. Por ejemplo, pudimos observar cómo repreguntaba todo el tiempo, lejos de comprender, lo que hacía era relanzar el discurso. Esto permite dialectizar, relanzar el  $S_1$  para ver si puede hacer cadena con un  $S_2$ . Este paciente no llega a tener una metáfora delirante: no hay nada sistematizado, ni siquiera una hipótesis que permita algún tipo de anudamiento.

Menciona ciertos mensajes autoreferenciales, por e-

jemplo que la policía se había infiltrado entre sus compañeros de trabajo para vigilarlo, que el médico que lo operó la segunda vez le puso mucha anestesia y que lo quiso matar. Denuncia también cierta hostilidad de su mujer: cuenta que ella le ponía pastillas en el jugo que él tomaba pero que ella no lo quería tomar: él lo interpretó como que buscaba hacerle algún mal y aduce que a partir de este hecho empezó a tener problemas en su trabajo. En ese momento, la analista le pregunta ¿Por qué su mujer querría hacer eso? Y el paciente responde que no sabe: vemos que no hay una hipótesis, no puede dialectizar al respecto.

Lo mismo sucede al mencionar la “fibrosis”, se le pregunta qué es y responde que no sabe: es un significante que no remite a ninguna significación. En este caso, sostener el lugar del analista implica “poner el cuerpo”: una presencia muda (preguntándole pero desde un lugar de no saber). Lejos de interpretar, de lo que se trata es de ofrecerle un vacío de significación, para que él lo llene con su propio discurso.

Por otro lado, C. Soler (1991) propone un tercer lugar para el analista frente a la psicosis: se tratará entonces de pesquisar algún significante que funcione como ideal para el sujeto en cuestión y de ayudarlo a sostenerlo, además de alojar su demanda y de orientar su goce desenfrenado. En efecto, la intervención de la analista en el momento en que le contaba sus problemas de corazón, fue lejos de contradecirlo, o de barrer con su idea delirante, se trató más bien de alojarlo, de darle un lugar a ese punto de ser que él tiene en su síntoma e incluso se le sugirió que busque a ese médico del hospital en quien él tanto creía.

Podemos interpretar que este médico funciona para este paciente como significante ideal: un significante simbólico que le da sentido a todo lo que le acontece. En el caso de nuestro paciente, éste se posiciona bajo la protección de este significante: único capaz de reordenarle su mundo. Es una solución ciertamente precaria pero que le permite sostenerse a partir de la idea de que este médico podría encontrar la patología que tiene en su corazón. Lejos de contradecirlo, de lo que se trata es de sostener esta idea y de lograr cierta “infinitud” en tanto efecto asintótico: se posterga al infinito, permitiendo que el paciente siga estabilizado, con la ilusión de encontrar a este médico y así poder tener algún diagnóstico, que lo autentifique como enfermo. Ahí, está su ser de sujeto: él siente que es eso, un enfermo del corazón. De esta forma, puede ubicar algo de su goce, inasimilable para él. Es una forma, *su* forma singular, de acotar este exceso de goce, que deviene ahora un goce consentido, más localizado y que marcha a la infinitud. También al reconfirmarle su idea de que todavía no existen aparatos ni estudios para medir su problema cardíaco: es otra forma de respuesta al infinito.

Soler (1991, p.17) explica que esta solución funciona en muchos casos: se trata de “tapar la cosa mediante una ficción colgada de un significante ideal” que no requiere de la inventiva delirante del sujeto. Esta significación

ideal vuelve a darle al sujeto la posibilidad de deslizarse bajo el significante que daba sostén a su mundo. El encuentro contingente con este médico, efecto de una *tyché*, viene a suplir, a corregir el de la pérdida desencadenante. De hecho, cuando se le permite y se le propone que vaya a ver a este médico, el paciente se alivia.

Pudimos observar también ciertas soluciones que este paciente había encontrado antes de su internación frente a esta irrupción de goce. Se trata de un tratamiento de lo real por lo real: se manifiesta con actos auto y hetero mutiladores. Cuando el sujeto “realiza en acto, a título de suplencia, el efecto capital de lo simbólico, esto es, su efecto de negativización del ser viviente” (Soler, 1991, p.18). Entonces, la mutilación real emerge proporcionalmente a la falta de eficacia de la castración: se trata de una castración en lo real como intento de acotar el goce que lo excede. En el caso de este paciente, todas las operaciones que se hizo: dos de nariz, la del tatuaje y la del intento de sacarse el mismo (que fue muy dolorosa y le dejó una marca en su brazo) podrían interpretarse como actos auto-mutiladores que se orientan hacia esta negativización real de un goce demasiado real.

Por otro lado, una de sus operaciones (aquella que necesitó para sacarse el tatuaje del brazo) coincidió con el nacimiento de su segundo hijo. Quizás, fue una coyuntura en la que sintió la falta del significante del nombre del padre, allí donde es convocado un padre en lo real.

Ahora bien, el trabajo de la psicosis presenta distintos tipos de soluciones: por ejemplo, las tentativas que se sirven del acto, como las mutilaciones del cuerpo, que casi siempre se orientan a una negativización real del goce demasiado real (como es el caso de J. antes de su internación). Estas soluciones dejan poco lugar para el analista: no hay palabra posible. Respecto a esta vía de solución real, B. Benítez (2004) afirma que “es el momento en que un analista debe posicionarse desde su destitución dejando operar instrumentos que se legitiman desde otra estructura discursiva”. Casi no hay analista: se trata más bien de una eyección del Otro (Benítez, 2004).

Es el tratamiento por lo simbólico y la elaboración simbólica, como el alojamiento, la orientación del goce, la búsqueda de un significante ideal, las soluciones que justifican la presencia de un analista y las que favorecen y posibilitan un tratamiento posible de las psicosis.

Con respecto al lugar del analista frente a la psicosis, B. Benítez (2004) entiende el mero hecho de la internación ya como intervención analítica: propone en tal sentido “no retroceder frente a la internación”, ya que ciertos dispositivos de internación intentan “gestionar algo de este goce demasiado suelto, no regulado por la ley fálica”.

En la mayoría de los casos, la internación institucional funciona como marco, como contención: los pacientes se sienten alojados en el Otro institucional. Se pasa gradualmente de una eyección del Otro a un alojamiento en

el Otro. Este alojamiento va acompañándose de cierta auto-elaboración de goce en relación a su cuerpo y con la ayuda de cierta incidencia del analista, el sujeto puede empezar a regular este goce a la deriva. Paralelamente, se va fundando un lazo social: se va produciendo un pasaje del Otro que lo ataca y del cual huye a un Otro pacificante, encarnado, por ejemplo, por el analista.

Para concluir, nos parece pertinente retomar las preguntas que formula Gabriel Lombardi (1993, p.59), en *Clinica de la psicosis*: “¿Podemos hablar de deseo en la psicosis?, ¿O debemos limitarnos a la pobreza conceptual y la comodidad ética con que se repite, como objetivo del tratamiento de la psicosis: ‘hay que acotar el goce’?, ¿Son el alivio, y tal vez el decoro, las únicas metas que podemos concebir para el tratamiento de la psicosis?, ¿O una clínica mejor definida permitiría una apertura diferente del analista a la cura propia de la psicosis?”.

Respecto al acotamiento de goce, B. Benítez (2004) afirma que “más que de acotar el goce se trata de soltar y para elaborar es necesario soltar”. Y agrega: “En el encuentro con un sujeto psicótico el analista hace más que acotar ya que ofrece las condiciones para que el goce devenga suelto para poder ser elaborado.(...) la apuesta del analista en la psicosis excede el acotamiento en sentido estricto. El analista crea el campo en esas fijas y consecuentes sesiones donde el sujeto pueda dejar libre cierto goce que podrá devenir elaborado” (Benítez, 2004).

Entonces, podemos afirmar que el lugar del analista en la psicosis va más allá de la orientación y del mero acotamiento del goce. Si el analista acoge la singularidad del sujeto psicótico (como la de cualquier otro sujeto) es porque está preparado para escuchar y soportar a aquel que no es esclavo de la ley fálica. Tendrá entonces que medir los riesgos que asume en cada caso (Soler, 1991, p.20), prestando su significante, su nombre de analista y también su presencia (Soler, 1991, p.51).

## NOTA

[i] “*Ce qui n'est pas venu au jour du symbolique, apparaît dans le réel*” Lacan (1966, p.386). La traducción es nuestra.

## BIBLIOGRAFÍA

Benítez, B. (2004). La internación como intervención. En Hojas Clínicas 5, publicación de la cátedra Clínica de Adultos, Cátedra I, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires: Editorial JVE.

Lacan, J. (1953-4). El seminario, libro 3: Las psicosis. Buenos Aires: Paidós.

Lacan, J. (1966). Psicoanálisis y Medicina. En Intervenciones y Textos 1. Buenos Aires: Manantial.

Lacan, J. (1966). Réponse au commentaire de Jean Hyppolite. En *Écrits I Texte intégral*. Nouvelle édition 1999. Paris: Édition du Seuil. Collection Points.

Lacan, J. (1966). La direction de la cure et les principes de son pouvoir. En *Écrits II. Texte intégral*. Nouvelle édition 1999. Paris: Éditions du Seuil. Collection Points.

Lombardi, G. (1993). La clínica del psicoanálisis 3: las psicosis. Buenos Aires: Editorial Atuel.

Soler, C. (2004). El inconsciente a cielo abierto de la Psicosis. Buenos Aires: JVE Ediciones.

Soler, C. (2008). Estudios sobre las psicosis. Buenos Aires: Manantial.