

**La clínica de la psicosis: un estudio de caso****A clínica da psicose: um estudo de caso****The clinic of psychosis: a case study****Recibido: 10/07/2020****Aprobado: 21/01/2021****Publicado: 18/04/2021****Silvia Herszkowicz<sup>1</sup>****Araceli Albino<sup>2</sup>**

Este es un estudio de caso realizado en 2018, con el objetivo de describir la propuesta de atención a una paciente con estructura psíquica psicótica. El caso proviene de la propuesta de atención psicoanalítica en una clínica social, en la modalidad individual y grupal, por un período de más de ocho años. Las reuniones de grupo y las sesiones individuales se celebraron semanalmente. En la modalidad de grupo, con la participación de cuatro analistas, había además una tríada social: pacientes, mamá y papá. En la modalidad individual, la relación era la de analista-analizado. Desde un inicio con poca participación en las sesiones grupales e individuales, la paciente (Rebeca - nombre ficticio), evolucionó mejorando su socialización, su relación familiar e incluso cuestiones profesionales. La clínica de psicosis es una tarea ardua, pero Rebeca logró posicionarse y desprenderse de la familia. Actualmente, está trabajando, ha mantenido un buen contacto social con los demás miembros del grupo terapéutico (*Grupo Vida*) y con sus compañeros de trabajo. Esta clínica es cautivadora porque, de alguna manera, el vínculo con los pacientes permanece; es un análisis interminable, que requiere valor y determinación por parte del analista. Se señala la importancia de la viabilidad de la clínica de la psicosis, en la propuesta psicoanalítica, vía transferencia activa.

**Descriptor:** Psicoanálisis; Trastornos psicóticos; Terapéutica.

Este é um estudo de caso realizado em 2018, com o objetivo de descrever a proposta de atendimento de uma paciente com estrutura psíquica psicótica. O caso é oriundo da proposta de atenção psicanalítica em uma clínica social, no modo individual e grupal, por um período superior a oito anos. Os encontros grupais e as sessões individuais ocorriam semanalmente. No modo grupal, com a participação de quatro analistas, havia além uma tríade social: pacientes, mãe e pai. No modo individual, a relação se dava analista-analisando. De um começo pouco participativo no grupo e nas sessões individuais, a paciente (Rebeca - nome fictício), evoluiu melhorando sua sociabilização, sua relação familiar, e até mesmo as questões profissionais. A clínica da psicose é uma árdua tarefa, mas Rebeca conseguiu se posicionar e se descolar da família. Atualmente, está trabalhando, tem mantido um bom contato social com os demais membros do grupo terapêutico (*Grupo Vida*) e com seus colegas de trabalho. Essa clínica é cativante porque, de alguma forma, o vínculo com os pacientes permanece; é uma análise interminável, que exige coragem e determinação do analista. Aponta-se a importância da viabilidade da clínica da psicose, na proposta psicanalítica, via transferência ativa.

**Descritores:** Psicanálise; Transtornos psicóticos; Terapêutica.

This is a case study carried out in 2018. It aims to describe the proposal for the care of a patient with a psychotic psychic structure. The case comes from the proposal of psychoanalytic care in a social clinic, in the individual and group mode, for a period of more than eight years. Group meetings and individual sessions took place weekly. In group mode, with the participation of four analysts, there was also a social triad: patients, mom and dad. In the individual mode, the relationship took place as an analyst-analyzed. From a little participatory beginning in the group and in the individual sessions, the patient (Rebeca - fictitious name), evolved improving her socialization, her family relationship, and even her professional issues. The psychosis clinic is an arduous task, but Rebeca managed to position herself and detach herself from the family. Currently, she is working, has maintained good social contact with the other members of the therapeutic group (*Grupo Vida*) and with her co-workers. This clinic is captivating because, in some way, the bond with patients remains; it is an endless analysis, which requires courage and determination from the analyst. The importance of the viability of the psychosis clinic is pointed out, in the psychoanalytic proposal, via active transference.

**Descriptors:** Psychoanalysis; Psychotic disorders; Therapeutics.

1. Administradora de Empresas. Psicoanalista. Especialista en Psicoanálisis. ORCID: 0000-0002-9705-7075E-mail: psicanalista.silvia@gmail.com

2. Psicóloga. Psicoanalista. Doctora en Psicología. Coordinadora Técnica y Profesora del Núcleo Brasileiro de Pesquisas Psicanalíticas, São Paulo, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-1391-8553 E-mail: araceli.albino@uol.com.br

## INTRODUCCIÓN

**E**l psicoanálisis está en contra de la generalización de la causa y el efecto. En la psicosis, el sujeto realiza una ruptura con la realidad psíquica, *“un agujero, un defecto, un punto de ruptura con la estructura del mundo exterior, que es llenado por la pieza aportada por la fantasía psicótica”*<sup>1</sup>.

En la perspectiva freudiana, el trabajo con la clínica de las psicosis era inicialmente contraindicado, a la vez que se abre esta posibilidad, con la advertencia de que es necesario pensar en modificaciones en el método psicoanalítico, para que este tratamiento sea posible: *“Las psicosis (...) son inadecuadas para el psicoanálisis, al menos como se ha practicado hasta ahora”*<sup>2</sup>.

La dificultad encontrada no estaba exactamente del lado del psicótico sino del lado del analista en la transferencia. Señalando que el aforismo del delirio es el intento de cura o solución en la psicosis, es decir, hay un movimiento del psicótico hacia la estabilización. Sin embargo, la especificidad de la transferencia en estas *“neurosis narcisistas”* haría inviable su tratamiento analítico<sup>3</sup>.

En la psicosis, no hay simbolización, el sujeto experimenta la cosa. El psicótico interpreta literalmente lo que piensa, el pensamiento se vive *ipsis litteris*, no hay representación. Vive lo que es. Las palabras son reales. *“El delirio tiene una función de reconstrucción, lo que tomamos como enfermedad es en realidad un intento de cura”*<sup>3</sup>.

El mecanismo específico de la psicosis sería el rechazo (*Verwerfung*). Y lo que caracteriza la diferencia entre la neurosis y la psicosis es que en la primera hay un conflicto entre el Yo y el Ello, mientras que en la segunda las dificultades están en la relación entre el yo y el mundo externo<sup>4-6</sup>. Tanto en la neurosis como en la psicosis hay una pérdida en la relación que el sujeto establece entre el yo y la realidad<sup>6</sup>. Este alejamiento de la realidad se caracteriza:

*En la neurosis, el yo, a través de la represión, suprime la pulsión originada del eso. A diferencia del neurótico, que sólo restringe una parte de la realidad, en la psicosis hay un rechazo radical de la realidad que caracteriza su estructuración patológica. Debido a la huida del yo en la relación con el mundo exterior, se produce el predominio de eso o, lo que es lo mismo, del inconsciente, en sus manifestaciones*<sup>4</sup>.

La libido tiene dos destinos, una parte permanece en el yo y la otra se invierte en objetos externos (cuidadora), sin embargo, en la psicosis, se retiene sólo en el yo. No hay inversión en objeto externo, por lo que el establecimiento de la transferencia en la psicosis es de otro orden, requiriendo otra gestión<sup>6</sup>.

No se trata de rechazar la transferencia en la psicosis, pero ésta es diferente de la neurosis de transferencia. La propuesta freudiana no avanza mucho en este tema, pero se trae en la mirada lacaniana, que señala que lo que se establece entre el analista y el paciente psicótico, es que el analista siempre permanecerá en la posición especular imaginaria. El psicótico superpone sujeto y objeto, y habla como sujeto humano desde su posición de objeto<sup>7</sup>.

Según Lacan<sup>1</sup>, *“las psicosis son, si se quiere -no hay ninguna razón para permitirse el lujo de rechazar el empleo de este término-, lo que corresponde a lo que siempre se ha llamado, y lo que legítimamente sigue llamándose, las locuras”*.

La psicosis en la dirección lacaniana es una estructura diferente de la neurosis. Existe en la psicosis un mecanismo de defensa llamado forclusión. La palabra forclusión procede del ámbito jurídico y significa la privación de una facultad o de un derecho que, por no haberse ejecutado en su momento, han quedado obsoletos<sup>7</sup>. Sin embargo, antes de ser restringidas al uso jurídico, estas expresiones en francés significaban *“exclure, priver, expulsar, impedir, desterrar, omitir, cortar”* e incluso *“encerrar fuera, cerrar fuera, echar fuera, rechazar”*. Forcluido es lo que ha salido de la escena, lo que no está simbolizado, lo que no tiene sentido<sup>7</sup>.

Pero tanto la orientación freudiana como la lacaniana animan al analista a escuchar lo que los pacientes psicóticos tienen que decir sobre sí mismos y su enfermedad. Esta escucha

del discurso psicótico propone fluir una posibilidad de tratamiento, o más bien, una clínica de la psicosis. El sujeto de la psicosis, incluso con su discurso a veces inconexo, trae consigo un universo, con contenidos que también merecen ser escuchados.

El concepto de transferencia es fundamental para el psicoanálisis, sobre todo en un trabajo que pretende investigar aspectos del tratamiento de la psicosis y, como en toda práctica analítica, el trabajo sucede desde el sujeto.

La libido tiene dos destinos: una parte permanece en el yo y la otra se invierte en objetos externos (cuidadora)<sup>8</sup>. El psicótico se dirige al analista como alguien que está en el lugar del que escucha. No importa lo que hable, pero sabe que hay alguien que le escucha. A partir de esta escucha, el analista da un *sentido no lógico* a lo que se dice, pero sí un *sentido de importancia* de lo dicho por el paciente. En la neurosis, el paciente pone al analista en el lugar del sujeto que se supone que sabe y en la psicosis, el paciente le dice al analista lo que sabe de sí mismo.

En la psicosis, el analista es testigo de la posición que ocupa su paciente psicótico en el mundo. El analista del psicótico no puede extrapolar su condición sólo como quien escucha, no prescribe conductas, sino que señala caminos. Quien dirige el tratamiento es el psicótico, pues él mismo sigue interpretando sus síntomas como procedentes de sus delirios. Y el analista escucha, posibilidad de que el psicótico tenga un lugar.

La transferencia es un intercambio, el paciente se da a sí mismo y el analista le devuelve. Se trata de un acontecimiento de amor, en el sentido lacaniano: *"Amar es dar lo que no se tiene a alguien que no lo quiere"*<sup>9</sup>. La transferencia sólo es posible cuando el analista respeta la singularidad de cada paciente. Es el deseo del analista el que le permitirá respetar esta singularidad. Si no hay interpretación en esta clínica, hay el deseo del analista.

En la clínica de la psicosis, el analista trabaja mucho más con la producción de delirios que provienen del inconsciente que está abierto. El delirio es un intento de restablecimiento, un proceso de reconstrucción<sup>10</sup>.

*"El psicoanalista no debe retroceder ante la psicosis"*, no se presenta como el sentido heroico de sostener esta carga, sino con la intención de producir, por un lado, un conocimiento que ayude a resolver los problemas que la psicosis impone al psicoanálisis y, por otro lado, disminuir los obstáculos que presenta a través de la transferencia<sup>11</sup>.

Los arrebatos, los delirios y las alucinaciones son defensas para hacer frente a la invasión del gran otro. El analista ofrece un espacio de escucha para estos delirios y alucinaciones, interpretando literalmente lo que el paciente cuenta.

La primera actitud del analista es buscar comprender la estructura clínica del paciente, esto le permitirá no sólo pensar las coordenadas del tratamiento, sino también observar qué lugar ocupa en esta relación<sup>12</sup>.

Obviamente, el analista no se limitará a las descripciones nosográficas, porque esto no dice nada sobre el sujeto en cuestión, pero tener un diagnóstico estructural puede ayudar a la comprensión del sujeto, a partir de la escucha de sus singularidades.

El analista debe ocupar la posición de *"secretario del alienado"*, permitiendo la creación de un vínculo, para que de éste surja la posibilidad de trabajar con el sujeto<sup>13</sup>.

Desde el inicio de la creación del psicoanálisis como campo de conocimiento, aunque de forma incipiente, la transferencia aparece como el plano decisivo en el que transcurren los caminos de un análisis, es decir, lo que se conoce del análisis es su principio y su fin. El centro del camino está impregnado de transferencia.

El campo transferencial puede entenderse como un plan de intercambio afectivo a través de un encuentro lúdico, que favorece la producción de significados para las experiencias de cada uno de los compañeros del análisis<sup>14</sup>.

En la relación analítica y la posibilidad de grupo, la transferencia activa en la clínica de las psicosis, el "norte" es la calidad del encuentro afectivo entre analistas y analizadas. En la actividad grupal, los analistas son catalizadores de afectos, mientras uno ocupa el lugar de la

figura paterna, otro ocupa el lugar de la figura materna, oscilando entre estos dos lugares los afectos circulan<sup>11</sup>.

Los analistas deben ofrecer al paciente la posibilidad de vivir, experimentar la vida, la relación que se establece entre paciente y analista es que el analista no se limita a hablar del paciente, sino que escucha y habla con el paciente<sup>15</sup>.

El analista promueve un pacto a través de las palabras, un pacto que simboliza sus ausencias, presencias y los límites de sus acciones y comportamientos. De esta manera el analista atrae hacia sí las partes fragmentadas del inconsciente psicótico, bordeando estas partes de afecto amoroso y de significación. Esta fuerza atrae gradualmente a su alrededor otros objetos, dándoles otros significados soportables<sup>11</sup>:

*La transferencia activa es una voz que se incluye a sí misma, que habla, hace un hueco, deja una marca y tiene un nombre (psicoanalista, psiquiatra, medicina, grupo, familia, sí, no y otros) que el paciente convoca. Es una convocatoria amorosa. Es la relación que se establece entre el analista y el paciente de estructura psicótica bajo la égida del deseo puro la que reconduce los fragmentos libidinales del psicótico. Abre el camino a la interpretación activa, que es directa e incuestionable, ofrece amor e impone límites. La acción interpretativa ayuda al psicótico a comprender su universo imaginario y a diferenciarlo del mundo real, permitiéndole permanecer la mayor parte del tiempo en la realidad, lejos de los delirios y las alucinaciones<sup>11</sup>.*

Se argumenta aquí que la clínica de la psicosis a través del psicoanálisis es posible y que la transferencia se produce de forma diferente a la de las neurosis. Así, este artículo pretende describir la propuesta de atención a una paciente con estructura psíquica psicótica.

## MÉTODO

El presente trabajo se realizó en una clínica social de un centro de investigación de psicoanálisis en 2018. La persona descrita en este estudio de caso fue seleccionada por las características de su caso clínico.

Las sesiones individuales eran semanales (durante más de ocho años), y ella también participaba en un análisis de grupo en la propia clínica. Algunos datos biográficos que podrían permitir el reconocimiento de su identidad real se han omitido y/o alterado en este informe para preservar su anonimato.

En las citas directas de las transcripciones de los diálogos en las sesiones de terapia, el nombre real fue sustituido por un nombre ficticio, en este caso Rebeca. La fuente de información clínicamente relevante fue el diario de sesiones, en el que se transcribieron los encuentros terapéuticos.

Para este estudio se utilizó la metodología del estudio de casos, que implica una participación efectiva del analista, principalmente como sujeto de investigación.

## RESULTADOS

Rebeca tiene 44 años, es soltera y pertenece a una familia de seis hermanos. El padre es de origen árabe, por lo tanto, de una cultura severa, con reglas morales muy estrictas; la madre es húngara y, (según Rebeca), fue prisionera de un campo de concentración cuando tenía 14 años y tiene trastornos psiquiátricos desde que Rebeca tenía 3 años. A partir de esa fecha, fue internada con un diagnóstico de esquizofrenia en una institución en las afueras de São Paulo. Poco después, el padre se casó con la secretaria, con la que tuvo una hija, y esta segunda esposa, también presenta graves trastornos psiquiátricos.

Rebeca fue remitida por una participante del Grupo Vida, en 2011. En las reuniones, siempre estaba muy asustada, introspectiva, con los ojos muy abiertos, y casi no hablaba. Su desesperación interior era tan intensa que se desbordaba. Intentaba asegurarse de que el entorno fuera seguro. Cualquier movimiento era seguido por su mirada asustada. Permaneció

callada varias reuniones, no participaba, no hablaba, ni cuando se le pedía que respondiera a las preguntas. También hubo un abandono total desde el punto de vista de la higiene personal y de los mínimos cuidados de sí misma.

Cuando empezó a asistir al *Grupo Vida*, utilizaba mucha medicación, estaba acompañada por un psiquiatra desde hacía unos veinte años y utilizaba *Carbolitium* y antidepresivos de última generación. Sin embargo, su discurso era inconexo y muy confuso; en algunas sesiones, sólo construía frases inconexas. Tenía mucho sueño, olía mal, temblaba y tenía mucha hambre.

A menudo no se cuidaba el cuerpo, presentando conductas repetitivas de frotarse una mano en la otra y luego tocarse articulaciones como las rodillas, los tobillos y los codos. Hasta que un día acudió a mí para que la viera individualmente, porque otra paciente del grupo había informado de una sensible mejoría con las sesiones individuales. Acepté verla. Al principio fue muy difícil para ambas. Tenía miedo de confiar en mí, y yo, por mi parte, nunca había asistido a un caso de psicosis de forma individual.

En las reuniones del *Grupo Vida* ella trataba de ocultar que tenía problemas, no quería que nadie supiera de sus dificultades, aunque estaban presentes, inscritas en su cuerpo: manos temblorosas, discurso incoherente, irritabilidad constante, alto nivel de agresividad. También había un sentimiento de persecución -que siempre relataba en las sesiones individuales- hacia una de las terapeutas del grupo.

Con el transcurso del tratamiento individual, Rebeca consiguió establecer una conexión entre el sentimiento persecutorio en relación con la terapeuta y la figura de su madre, en términos de austeridad y distancia. En las sesiones, afirmaba: *la terapeuta está tan alejada de mí como mi madre. Es cercana y, al mismo tiempo, distante.*

En el primer año de tratamiento individual, contaba su historia totalmente estratificada. Era difícil entender y separar lo que pertenecía a su infancia de lo que era actual. A veces, cuando se refería a un novio, había una mezcla entre realidad y fantasía.

En el segundo año de atención individual, se mostró más confiada y tranquila, mostrando constancia en la terapia de grupo, utilizando los medicamentos y asistiendo a la atención individual. Concomitantemente a la atención individual, seguía asistiendo al grupo. En la terapia de grupo, empezó a comprender que podía reflejarse en el grupo; observaba a los demás pacientes, veía quién había mejorado y quién no estaba bien y comunicaba estas observaciones durante las citas individuales.

Aunque todos eran referentes del espejo, siempre hablaba muy mal de todos los participantes; siempre había algo que señalar, pero con una mirada crítica y severa. Este segundo año fue de progreso. Siempre que se le preguntaba, era capaz de hablar de sus experiencias con mayor transparencia al grupo. En las sesiones individuales, expresaba su rabia contra toda la familia, que no la aceptaba como un ser humano libre y con voluntad propia, y siguió sintiéndose perseguida por el terapeuta que coordinaba el grupo.

En las sesiones individuales, se presentaba mucho más agresiva. La analista se situaba como depositaria de esta rabia y a menudo se levantaba amenazando con agredirla físicamente. Al interrogarla, el analista le dijo que podía hacer cualquier cosa en el *setting* excepto tocarme, pues de lo contrario ya no la atendería.

En el análisis individual, Rebeca comenzó a unir piezas de su vida en bloques de temas relacionados y su discurso era más coherente. La analista entraba en sus delirios. Cuando se calmó, era posible hablar de ello, intentando llegar a un posible entendimiento.

Durante el proceso de análisis individual y la participación en el grupo, la paciente se fortaleció, buscó desarrollar otras actividades sociales, asistió a cursos de preparación de oposiciones, cursos de belleza y masaje y fue aprendiendo a enfrentarse a su familia, lo que para ella, era una batalla a ganar, ya que, cada día, la estructura familiar ponía a prueba su cordura mental.

Aunque tiene siete hermanos, un padre, una madrastra y sobrinos, Rebeca siente que no encuentra apoyo en ningún familiar. El *Grupo Vida* ocupa el lugar de esta familia y el análisis individual contribuyó a que se apropiara de este espacio.

Los participantes del grupo reconocen su mejora, sus esfuerzos y sus conquistas. Parece que poco a poco la paciente va renunciando a la lucha por una familia ideal, soportando esta especie de vacío, que dio paso al deseo de familiarizarse en el grupo. A través del fantasma, fue persiguiendo nuevos retos, elegidos por ella misma, como querer construir una familia en el grupo, que se sustenta en el paradigma de la familia (padre, madre y hermanos), en la que los afectos circulan libremente.

En los dos últimos años, el trabajo en las sesiones individuales ha consistido en construir opciones en las que pueda estar interesada y ser útil, ya que es su deseo tener un trabajo y ser productiva. Tiene dos títulos universitarios y su mayor aspiración es trabajar en el campo de la educación. En la actualidad, es consciente de lo que puede y no puede hacer y trata de lidiar con sus limitaciones, sin los delirios de ser una gran profesora. Durante todo este tiempo, intentó varias relaciones afectivas, pero sin éxito. Sueña con casarse y tener la oportunidad de vivir lejos de su familia, a la que considera la gran responsable de su enfermedad.

Con la dirección del tratamiento basada en la transferencia activa, tanto en el grupo como en la sesión individual, lo que se ha buscado es desmontar las fantasías imposibles que tiene, entrando y saliendo de su delirio cuando es necesario, buscando sentidos que le permitan diferenciar los delirios y las alucinaciones de la realidad que la rodea.

Se entiende que estos delirios y alucinaciones son, quizás, el grito de auxilio de Rebeca, que intenta encontrar soluciones para enfrentarse a la vida, al mundo y a las personas. En lugar de someterse al capricho de la mirada del *Otro*, exigente y perversa, la paciente minimiza el goce, e intenta reestructurar su relación con los demás. Percibe que aceptar sus límites y vivir con las pérdidas necesarias es el camino para afrontar sus deseos de forma responsable.

Por lo tanto, el otro deja de ser tan persecutorio y se convierte en compañero, pero en otra dimensión, que viene demostrando en el análisis y en su relación de afinidad con los participantes del grupo. Lo que se intenta, con esta interminable y masiva transferencia, es darle un apoyo y una cierta seguridad, para que pueda insertarse socialmente en el mundo.

En el análisis, se atreve a cooperar para poder percibir el entorno y sus posibilidades. El analista, cuando apoya y desea continuar en esta relación transferencial en la clínica de la psicosis, debe estar consciente de que existe un vínculo muy fuerte, constante y masivo, una alta exigencia, mucho más intensa que la de un paciente neurótico.

Es posible observar su mejor reinserción social, participando más activamente en el grupo, e incluso solicitando más consultas individuales, siempre en busca de alternativas que la hagan más feliz.

En una de las últimas sesiones, Rebeca llega con cara de preocupación y se ve que quiere decir algo. Comienza diciendo que su misión es salvar al diablo de la muerte, porque está maldito por Dios, y ella sería la única persona que podría ayudarlo. Refuerza esta idea diciendo: *Si el diablo me matara, tendría la vida eterna, eso es lo que piensa. Me mata y le quita la única esperanza de vida que tiene. Incluso porque me mata y luego muere para siempre, porque lo que haces a otro vuelve a ti, y quien vive soy yo. Dios me dio la misión de matar al diablo.*

Cuando termina la narración, le pregunto: ¿Desde cuándo tienes estos pensamientos? Ella responde:

*Me enfermé porque no pude cumplir esta misión, que Dios me preparó en un sueño, me temo. Eso es lo que más me molesta, más que todo.*

En un intento de comprender su delirio, le pregunto: Rebeca, ¿realmente crees que Dios te daría una misión tan complicada? ¿Qué le hace pensar que sería elegida para llevar a cabo una tarea tan difícil? Ella dijo:

*Pero no creo eso, viene a mí en un sueño, me temo.*

Intenté un acercamiento: *Propongo que hagamos un pacto con Dios, para que te libere de esta misión.* Teniendo en cuenta que ella siempre informa que hace cosas buenas, y que lo que se hace bien o mal vuelve, entonces ¿quién sabe si Dios podría liberarla de esta difícil misión?

Para la elaboración de un proyecto de un libro sobre la trayectoria del *Grupo Vida*, se pidió a los participantes que contaran su historia de vida desde su propio punto de vista. A Rebeca le gustó la idea. Se tomaron las precauciones necesarias, como la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado. Durante cuatro sesiones, contó su historia. Fue un ejercicio difícil, revivía su historia con cada palabra, iba y venía por caminos tortuosos y agotadores, era como si estuviera armando una colcha de retazos. No había un número predeterminado de sesiones.

Se le pidió que hablara de sí misma. Ella misma podía elegir la forma de elaborar su informe. Los discursos de Rebeca en las sesiones tenían un contenido muy perverso, haciendo evidente que la paciente es y fue víctima diaria de maltrato psicológico por parte de su familia enferma. Se transcribieron los discursos y, tras su lectura, se le pidió que dijera cómo percibía su propia historia. Al escuchar su historia, comenzó comentando que:

*Al ir al infierno se sufre mucho.*

Por primera vez, haz un discurso que incluya al otro y sus problemas:

*Si te centras en el otro, entonces te anulas a ti mismo, anulas tu problema, no te quedas centrado en ti mismo, te quedas centrado en el otro. Oh, estoy enferma, oh, no tengo novio. Hablando así, estás haciendo un agujero en el suelo y hundiéndote en él. Ahora bien, cuando te centras en algo externo que no es tuyo, pones el foco en otro lugar y no en tus problemas, tu vida mejora. Porque los demás también tienen problemas.*

Después de casi ocho años de tratamiento, el discurso de Rebeca parece mostrar que puede ver que el analista la ve con posibilidades de interactuar en la sociedad, que al verse a sí misma, puede percibir al otro. Otro hecho que corrobora este pensamiento es su actividad profesional. Ella cuenta felizmente que ha sido la mejor vendedora del mes y que, por ello, ha ganado prestigio y rosas rojas. Dice que el equipo es muy bueno, aunque mucha gente habla mal, pero ella ya no asume esas agresiones y se ha vuelto muy divertida.

## DISCUSIÓN

La práctica clínica psicoanalítica enseña que los fenómenos psíquicos son comunes, y las variaciones se producen cuantitativamente. Entre los humanos, no hay diferencias sustanciales, cualitativamente los humanos son similares.

Teniendo en cuenta que en Rebeca se utilizaron actividades grupales, el grupo en cuestión tiene la permanencia de los analistas durante un largo período, lo que generó estabilidad.

También se observó que la presencia de dos analistas más junto a la coordinadora del grupo llevó a la constitución de vínculos duraderos y seguros entre pacientes y analistas. Con el paso del tiempo, el grupo adquirió los contornos de una “familia” y la coordinadora adoptó el papel de la figura paterna, que intercede cuando es necesario. La otra analista colaboradora ocupó una posición más receptiva y afectiva, la figura materna, y los demás psicoanalistas se integraban en el grupo como hermanos.

Actualmente, perciben y comentan las presencias y ausencias de los compañeros, se comunican fuera del grupo, intercambiando mensajes vía *WhatsApp*, movilizándose, de esta manera, para ayudarse mutuamente en diferentes momentos.

En el tercer año de atención a Rebeca, la transferencia activa ya estaba establecida. Este término aporta la idea de que la presencia del analista puede garantizar al psicótico su lugar como sujeto<sup>11</sup>.

En la transferencia activa, el analista se erige en puente, en el sentido de que aporta al psicótico el vínculo entre lo real y lo imaginario. ¿Y cómo se hace esto? A través del afecto. *El analista provoca la transferencia activa presentando un objeto de afecto positivo para que el sujeto psicótico introyecte el objeto bueno*<sup>11</sup>.

Esta transferencia se produce a través del lenguaje, el analista monta un mosaico junto con el paciente psicótico, las fallas y fisuras no se tapan pero, en cierto modo, es posible que el paciente psicótico vuelva a montar su historia. La transferencia activa es una voz que se incluye a sí misma, que habla, hace un hueco, deja una marca y tiene un nombre (psicoanalista, psiquiatra, medicina, grupo, familia, sí, no y otros) y el paciente la convoca cuando surge. Es una convocatoria que se produce, no por casualidad, sino por algo que se puede llamar amor<sup>11</sup>.

Había una referencia de Rebeca a su familia, originada por sus experiencias en el *Grupo Vida*. Este grupo es un intento de escapar de las formas tradicionales que se ofrecen al paciente psicótico, porque ofrece la posibilidad de que este paciente tenga un lugar en el mundo.

Por un lado, se busca la estabilización del paciente; por otro, la ampliación de la posibilidad de crear vínculos sociales, vía transferencia activa. La palabra activa del analista permite al paciente psicótico tener una verdad para sostener su existencia, *elacting* del amor que le permite creer en una verdad: que el analista es capaz de ayudarlo a vivir. Este imaginario se convierte en un polo de atracción y organización de las pulsiones fragmentadas del psicótico. La imagen del analista será introyectada como la única figura capaz de hacerle vivir<sup>11</sup>.

El curso de un análisis puede definirse como el espacio y el tiempo de la gestión de la transferencia; es decir, el proceso psicoanalítico está estrechamente relacionado con la variabilidad de la afectividad que circula entre analista y analizado<sup>16</sup>. Si el analista está dispuesto a ser utilizado como un *"tentetieso"*, y se ofrece como apoyo a las manifestaciones afectivas más intensas previstas por la transferencia, será recompensado con la superación de muchas de las *"resistencias objetivas"*, impuestas por el tratamiento estándar. Así, la *"innovación"* consiste en rescatar de la regla fundamental la dimensión de la libertad, en gran medida perdida a lo largo del proceso de institucionalización del psicoanálisis<sup>16</sup>.

No se trata de innovar la clínica, ya que Lacan, como muchos otros psicoanalistas, ya había inventado, desde hace muchos años, el manejo con el paciente religioso<sup>16</sup>. Como ejemplo, es interesante mencionar el notable encuentro de Lacan con Marie de La Trinité, en el que la paciente, una monja católica, buscó ayuda para tratarse tras un período de intenso sufrimiento.

Sin tener en cuenta los detalles del caso, Marie de La Trinité, en el período en que busca tratamiento, pasa por la competencia de varios médicos, entre los cuales Lacan se destaca, según ella, por una capacidad diferenciada de comprender las cosas espirituales. Sobre su experiencia con Lacan, afirma:

*No hay mucho que decir sobre el tratamiento en sí; salvo que, en lugar de limitarme a Freud como los médicos anteriores, recorre continuamente todas las escalas de la naturaleza humana a lo largo de las sesiones [...]. Me siento muy segura con él, porque entiende las cosas espirituales, no las elimina como los médicos anteriores, al contrario<sup>16</sup>.*

Este enfoque permite decir que "las cosas espirituales" que abordó Rebeca, si son bien escuchadas por el analista, pueden convertirse en una forma de rectificar la narrativa del sueño que ella trae al analista. En lugar de *matar al diablo*, la paciente acepta celebrar un nuevo pacto con el Dios que puede ser exigente, pero también puede negociar, colaborar, aceptar nuevas propuestas y posibilidades. El analista asume la gestión del delirio, posicionándose como el otro que escucha, y no como el otro que exige.

Escuchando, aunque no respondiendo ni aconsejando a Rebeca, el analista piensa en voz alta, y es notado por ella como el otro de la relación, que le ofrece apoyo, algo diferente de lo que vivió en el pasado, delirante, en la relación con la familia, con los médicos, con el *Grupo Vida*.

Por lo tanto, la realización del pacto con Dios se convirtió en una nueva experiencia, originando un nuevo acercamiento a los desafíos que Rebeca tuvo y tendrá que enfrentar por el resto de su vida, con el otro de la realidad, con los diversos interlocutores en el trabajo, en su vida amorosa, en la religión y otros. Tiene que acabar con el mal, pero al exterminarlo, se convierte en el mal y sólo podrá curarse si hace otro pacto. La aceptación de este pacto la tranquiliza.

En ese momento, se nota que su semblante se aligera, parece aliviada, sobre todo cuando se dice que el delirio es una forma que encuentra para escapar de su propia historia y, al mismo tiempo, para vivirla.

Es contra este dolor que lucha Rebeca. Dice que se siente aliviada por haberlo contado y que lo que dijo el analista le quitó un gran peso, considerando que ya no sería necesario hacerlo. Las manifestaciones psicóticas, como el delirio o la alucinación, no son efectos inmediatos de una causa determinada, sino consecuencias derivadas de la lucha del *Yo* para defenderse del dolor insoportable<sup>18</sup>.

En otra sesión, Rebeca delira diciendo que es un ángel y que puede proteger a Axl (vocalista de la banda Guns N' Roses) incluso a distancia, comparándose con él. La posibilidad de ayudar a Axl, en cierto modo, también la ayuda a ella. No se interviene, porque su delirio es el movimiento de la vida. El analista sigue escuchando el delirio y, de esta manera, el delirio mantiene a Rebeca en movimiento. Si trata de apoyar la demanda que me llega.

Se considera que el concepto de psicosis ordinaria parece encajar bien con el caso de Rebeca, considerando que engloba los casos de psicosis compensadas, no desencadenadas, mediadas, en terapia, en análisis<sup>18</sup>. Este concepto proviene de los últimos estudios lacanianos, que destacan que las clasificaciones nosográficas ocultan lo que es singular en cada caso. El diagnóstico en psicoanálisis es sólo una orientación para la gestión clínica, porque no se puede perder de vista la singularidad del sujeto.

El semblante es el discurso de lo que no es, porque, en verdad, su función es encubrir lo real, hablar de lo que parece ser, pero no es. Es en lo real donde el psicótico construye su discurso.

En primer lugar, se puede decir que la psicosis es una estructura. Pero, ¿qué se quiere afirmar al poner esta definición? De forma muy simplificada, se puede afirmar que la psicosis se puede diagnosticar desde la transferencia, es decir, no es la presencia de síntomas lo que nos hace calificar a tal o cual sujeto como psicótico.

Es probable que se tenga un paciente asintomático, desde el punto de vista de la psiquiatría clásica y, sin embargo, en el trabajo con el analista, su estructura se hace evidente. Puede decirse que lo que le caracteriza como psicótico es su *modus operandi* en el mundo y en su entorno.

El Grupo Vida se sustenta en una tríada social: pacientes, mamá y papá y, llevando este enfoque a la asistencia individual, se forma una díada: analista y analizado<sup>19</sup>. La atención individual no es suficiente, el grupo proporciona el soporte y la condición de espejo que les reconforta. Una buena clínica de psicosis se sustenta en la articulación entre la atención grupal y la individual, pero cuando se opta por la atención individual, el analista tiene que estar consciente de que puede ser solicitado en cualquier momento, y evaluar si puede soportar esa transferencia masiva e intensa<sup>19</sup>.

## CONCLUSIÓN

La clínica de psicosis es un trabajo duro, pero Rebeca consiguió posicionarse y desvincularse de la familia. Actualmente está trabajando y ha mantenido un buen contacto social con los demás miembros del *Grupo Vida* y con sus compañeros de trabajo. Esta clínica es cautivadora porque, de alguna manera, el vínculo con los pacientes permanece; es un análisis interminable, que exige valor y determinación por parte del analista.

Al atender a Rebeca, el analista se enfrentó a sus delirios, pero no los temió; se enfrentó a ellos y ella se encontró apoyada y consiguió dar sentido al vacío. El gran mérito de Rebeca fue su persistencia en continuar en el proceso analítico, luchando incesantemente contra los fantasmas que la acosaban.

En el *Grupo Vida* se observa su mejoría, la paciente es capaz de situarse, hablar de sus dificultades y escuchar las de los demás. El grupo ocupa el lugar de la familia; sin embargo, es

en el análisis individual donde encuentra el apoyo para seguir adelante. La conjunción del par “*análisis individual y trabajo en grupo*” constituye un espacio muy productivo y saludable.

Este estudio tiene la limitación de abordar un solo caso, pero al mismo tiempo aporta la posibilidad de comprender que la intervención analítica en la psicosis es posible, aunque sea compleja y requiera de otros instrumentos, diferentes a los de la clínica de la neurosis.

## REFERENCIAS

1. Lacan J. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose. In: Escritos. Rio de Janeiro: Zahar; 1998. p.12-9.
2. Freud S. Sobre a psicoterapia (1904). In: Um caso de histeria, Três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos (1901-1905). Rio de Janeiro: Imago; 1996a. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; 7). p. 159-68.
3. Freud S. Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), artigos sobre técnica e outros textos (1911-1913). São Paulo: Companhia das Letras; 2010.
4. Santos TC, Oliveira FLG. Teoria e clínica psicanalítica da psicose em Freud e Lacan. *PsicolEstud.*[Internet]. 2012 [citado en 09 mar 2021]; 17(1):73-82. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v17n1/v17n1a08.pdf>
5. Freud S. Neurose e psicose. In: O ego e o id e outros trabalhos (1923-1925). Rio de Janeiro: Imago; 1996e. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; 19). p. 88-91.
6. Freud S. A perda da realidade na neurose e na psicose. In: O ego e o id e outros trabalhos (1923-1925). Rio de Janeiro: Imago; 1996f. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; 19). p. 107-10.
7. Fonseca SO, Rabinovitch S. A forclusão. *Presos do lado de fora.Psychê* 2006 [citado en 09 mar 2021]; 10(17):185-6. Disponible en:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v10n17/v10n17a12.pdf>
8. Fulgencio L. A teoria da libido em Freud como uma hipótese especulativa. *Ágora* [Internet]. 2002 [citado en 09 mar 2021];5(1):101-11.Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/agora/v5n1/v5n1a08.pdf>
9. Lacan J. O seminário, livro 8: a transferência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1992.p. 224
10. Freud S. Notas psicanalíticas sobre um relato autobiográfico de um caso de paranoia (dementia paranoides) (1911). In: O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913). Rio de Janeiro: Imago; 1996d. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud; 12). p. ??-??
11. Albino A. Encontros e desencontros na clínica da psicose: uma reflexão psicanalítica. São Paulo: Instituto Langage; 2015. 127p.
12. Miller JA. Introducción al método psicoanalítico. Buenos Aires: Paidós; 2006.
13. Lacan J. O seminário, livro 3: as psicoses (1955-1956). Rio de Janeiro: Zahar; 1985. 369p.
14. Kuperman D. Presença sensível: a experiência da transferência em Freud, Ferenczi e Winnicott. *J Psicanál.*[Internet]. 2008 [citado en 09 mar 2021]; 41(75):75-96.Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/jp/v41n75/v41n75a06.pdf>
15. Sobrinho JGS. A perspectiva do cuidado na psicanálise do século XXI. *LeitFlutuante* [Internet].2015 [citado en 09 mar 2021]; 7(2):51-61.Disponible en: <https://revistas.pucsp.br/index.php/leituraflutuante/article/view/25901/18575>
16. Loureiro LF. A relação com Deus e o sinthoma: a clínica psicanalítica face ao religioso. *RevaSEPHallus* [Internet]. 2013 [citado en 12 feb 2019]; 8(15):59-68.Disponible en:[http://www.isepol.com/asephallus/numero\\_15/artigo\\_03.html](http://www.isepol.com/asephallus/numero_15/artigo_03.html)
17. Nasio JD. Os grandes casos de psicose. Rio de Janeiro: Zahar; 2001. 113p.

18. Tironi AC. A psicose ordinária e os inclassificáveis das categorias lacanianas. Opção Lacan. [Internet]. 2010 [citado en 11 ene 2019]; 1(1):1-11. Disponible en: [http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero\\_1/Psicose\\_ordinaria.pdf](http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/Psicose_ordinaria.pdf)
19. Albino A, Barros MTM, Herszkowicz S, Abete M. Análise em grupo com pacientes psicóticos: a experiência do “grupo vida”. REFACS [Internet]. 2020 [citado en 09 mar 2021];8(1):137-46. Disponible en: <http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4484>. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i1.4484>

**Editora Asociada:** Divanice Contim

#### CONTRIBUCIONES

**Silvia Herszkowicz** contribuyó a la concepción, el análisis y la redacción. **Araceli Albino** colaboró en la redacción y revisión.

#### Como citar este artículo (Vancouver)

Herszkowicz S, Albino A. La clínica de la psicosis: un estudio de caso. REFACS [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(2):503-13. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

#### Como citar este artículo (ABNT)

HERSZKOWICZ, S.; ALBINO, A. La clínica de la psicosis: un estudio de caso. REFACS, Uberaba, MG, v. 9, n. 2, p. 503-13, 2021. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

#### Como citar este artículo (APA)

Herszkowicz S., & Albino, A. (2021). La clínica de la psicosis: un estudio de caso. REFACS, 9(2), 503-13. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

