

# LOS CASOS “A” Y “L” LA POSICIÓN DEL ANALISTA ENTRE EL DELIRIO Y LA ALUCINACIÓN

SEBASTIÁN ÁVILA SÁNCHEZ\*

## Resumen

El presente artículo hace parte del trabajo monográfico final de la asignatura de Tratamiento de las Psicosis y las Locuras de la carrera de Especialización en Psicología Clínica de Orientación Psicoanalítica de la UBA. Se pretende dilucidar el análisis de dos casos de psicosis teniendo como eje principal la posición del analista desde el rol del secretario del alienado. En el caso A, se presentan algunos tropiezos por parte del analista, que en palabras de Freud podría decirse que hacen parte del período de prueba, en el que se instalaron varias maniobras que permitieron dar lugar al diagnóstico diferencial y el hilo conductor de la intervención con el paciente y su familia.

En el caso L por su parte, se evidencia un alojo de la palabra sin la premura de un diagnóstico y un tiempo de comprender. Se precisan preguntas para próximos trabajos de investigación clínica: qué hacer para introducir el discurso de los tiempos lógicos en la salud pública que precisa decir que aboga por el bienestar de todos.

## Palabras Claves

psicosis - transferencia - vínculo social - posición del analista - secretario del alienado

## Abstract

This article is part of the final monographic workshop of the subject of Treatment of Psychoses and Madness of

---

\*Pontificia Universidad Javeriana | avilsebpsi@ gmail.com

the Specialization in Clinical Psychology of Psychoanalytic Orientation at the UBA. The objective is elucidate the analysis of two cases of psychosis having as main axis the position of the analyst from the role of the secretary of the alienated. In case A, there are some setbacks on the part of the analyst, which in Freud's words could be said to be part of the trial period, in which several maneuvers were installed that allowed for the differential diagnosis and the common thread of the intervention with the patient and his family. In case L, on the other hand, a lodging of the word is evidenced without the urgency of a diagnosis and a time to understand. Questions are needed for future clinical research work: what to do to introduce the discourse of logical times in public health that needs to say that it advocates the well-being of all.

**Keywords**

psychosis - transference - social bond - position of the analyst - secretary of alienated

**Introducción**

Hablar de psicosis implica preguntarse sobre el vínculo social, dado que pareciera estar desecho. Lo que el psicoanálisis pone en juego, con respecto a la psicosis es que existen diversas posiciones subjetivas del ser que están entrelazadas con unas estructuras del lenguaje específico (Naveau, 2009). En ese sentido, es importante destacar que, para llegar a esta premisa, el psicoanálisis ha hecho todo un recorrido, en el que ha venido elaborando una posible forma de alojar las psicosis.

Desde lo que plantea Freud (1914) el sujeto psicótico se sitúa en una posición distinta al neurótico en relación con los objetos. Esta posición se caracteriza por una retracción de la libido sobre el yo, es decir, la libido ha sido retirada de los objetos sin ser sustituida en el plano de la fantasía, como un acto de curación. La imposibilidad de que el sujeto psicótico pueda investir a otros con su libido es lo que Freud (1924) marca como la causa principal para que no pueda ser tratado desde un dispositivo analítico, entendiendo que en el dispositivo analítico debe estar instalada la capacidad del sujeto para investir

libidinalmente al psicoanalista, y que desde ahí aparezca la transferencia como método para encauzar la cura del sufrimiento.

La transferencia, es entonces una forma de vínculo social con el otro, y por tanto al parecer para Freud en palabras de Naveau (2009) el sujeto en psicosis está por fuera de todo vínculo social, por tanto no hay transferencia. Esta conclusión a la que llega Freud (1911), la había venido elaborando en el análisis del caso Schreber, al pensar que este sujeto no tenía las condiciones para ser sometido a intervenciones transferenciales que estuvieran mediadas por los ejes que en su momento caracterizaban al espacio analítico, como la asociación libre y la interpretación.

En este orden de ideas, aparecen las siguientes preguntas: ¿es el psicótico un sujeto que no se vincula en tanto no hay transferencia? O ¿el sujeto psicótico se vincula distinto al neurótico, en tanto, sí hay transferencia? Lacan (1955-56) hace revés a la conclusión de Freud, al manifestar que todo este argumento está construido en el análisis de la transferencia, y que este sugiere algunas premisas de lo que no debería situarse en transferencia con un sujeto

en psicosis. Por lo que, atañe a la solicitud de que el analista ante un caso de psicosis se sujetará a la idea de ser el secretario del alienado. Es decir, poder tomar la palabra del sujeto como un testimonio, precisar la escucha como la vía por la cual se realizan este tipo de tratamientos, y que los significantes a utilizar deben ser probados con cautela teniendo en cuenta que quien tiene el saber en este caso es el sujeto en análisis.

Por tanto, sí hay transferencia en la psicosis y tiene como característica una carencia en el plano simbólico, que instala todo el fenómeno de lazo transferencial en el orden de lo imaginario y real. Así como también, una posición invertida del saber. Si bien en la transferencia neurótica el saber es situado en el Otro, el analista; en la psicosis el saber está en el sujeto, y el analista será el encargado de tomar este y darle un sentido que permita la estabilización del mismo (Lacan, 1955-56; Lacan, 1957-58).

Ser el secretario del alienado implica no solo tomar la literalidad de lo que manifiesta el sujeto en consulta, sino también una forma específica de recibirlo, de alojarlo en el espacio analítico. Ante esta concepción de la

---

posición del analista con relación al tratamiento posible de la psicosis, se abre paso al análisis de dos casos, “A, entre recuerdos y tropiezos”, caso que tuvo origen de atención en la institucionalidad, específicamente en un servicio de hospitalización psiquiátrica y después de unos años llegó a la consulta particular desde las recomendaciones del equipo de salud mental de esta misma institución donde laboró el psicólogo con orientación psicoanalítica, y “L, algunas certezas de la experiencia” quien fue derivada desde Medicina General al área de Psicología en una Institución Prestadora de Salud (IPS) de primer nivel. En estos dos casos, se observó una instalación de transferencia positiva, que ha sido producto de una vacilación entre algunos aciertos en el “como si” del secretario del alienado y unos tropezones discursivos del psicólogo a cargo del tratamiento y cura de los sujetos ya presentados.

### **Caso A: entre recuerdos y tropiezos**

A es un hombre de 55 años que llega a consulta particular de psicología traído por un familiar, quien manifiesta que A tiene depresión. Larga data en

tratamiento psiquiátrico, actualmente con controles de psiquiatría cada tres meses en una institución de salud mental por consulta externa. Esquema farmacológico con Quetiapina, Levomepromazina y Sertralina. Última hospitalización hace más o menos 4 meses, en la cual tuvo como motivo de ingreso y de internación ideas de muerte con plan suicida estructurado. En la primera consulta, A manifiesta al ver al psicólogo: “cuando lo vi cojear y escuché su voz me vinieron bonitos recuerdos a la cabeza, usted me atendió cuando estaba hospitalizado”. El psicólogo contestó: “¿sí?, a ver lo veo sin tapabocas, pasemos lo escucho y vemos qué tanto me tiene por contar desde la última vez que lo atendí”. Esta afirmación fue la que dio posibilidad a iniciar un tratamiento, pues se había instalado una transferencia positiva desde hace un tiempo y quedado latente en el recuerdo del paciente a través de palabras que incluso expresó: “usted fue el que me dijo esa vez que fui con mi hermana, que no podía andar solo, esa sesión, que cómo es que se llama... Bueno esa, y desde ahí usted me cayó muy bien, me ayudó mucho, y vea ahora nos vemos otra vez, qué bueno eso”. Lo anterior, da cuenta de cómo la

transferencia es en esencia el acto de la palabra, en este caso, la palabra volcada a un recuerdo que ha quedado como algo que sostuvo y tranquilizó (Lacan, 1960). Hasta este momento, no era clara la estructura psíquica del paciente, desde la percepción del familiar había un imaginario sobre una depresión, por tanto una posición subjetiva desde la neurosis, no obstante; el esquema farmacológico con el que venía el paciente sugería algo más, en efecto, esto no tendría por qué ser un criterio para hacer un diagnóstico diferencial desde el psicoanálisis, sin embargo; el esquema de altos miligramos de Quetiapina generó la necesidad de hacer escucha a lo que decía A para poder esclarecer cómo estaba situado a nivel psíquico.

Se le indagó a A sobre su llegada al espacio de psicología: “Después de tanto tiempo, qué te trae por aquí A” y expresa: “mi familia es la que dice que estoy mal de mi sistema mental, desde que a mí el sistema orinario se me dañó todo me ha salido mal, a mí me duele mucho, y eso afecta mi sistema mental, o eso es como mi familia dice, porque ellos son los que dicen que yo estoy mal de mi sistema mental”. Estas palabras, fueron un juego de negaciones y

afirmaciones que permitieron poner más atención a lo que se dice en sesión. Lo que dijo A, sonó a un saber y una certeza sobre su cuerpo y su situación actual, más no un pedido de saber, en tanto, fue traído por otro que dice contrario a su saber, típica característica de un sujeto psicótico (Lacan, 1964). Ante la urgencia angustiosa de hacer un diagnóstico diferencial, se dio vía a un primer tropiezo en la transferencia que consistió en invitar a su familiar como instrumento para esclarecer la escena de lo que narraba A, y poder saber si esto tenía un correlato orgánico o hacía parte de un delirio volcado en el cuerpo: “¿a usted le parecería bien si llamamos a su familiar, para que converse aquí con nosotros, y nos ayude a que usted esté mejor?” A lo que A inmediatamente contestó de manera hostil: “yo vengo enfermo desde hace mucho rato, a mí me llevan al urólogo y él dice que todo está bien, a mí nadie me cree, prefiero que no entre, él y mi hija, son los que dicen que yo tengo mi sistema mental mal, pero lo mío es de mi sistema orinario, no puedo orinar, no me puedo sentar bien mire”.

Esta hostilidad en su discurso fue modulada al validar su posición extraña en el sofá, y conceder a su afirmación.

La maniobra de pedir a otro que viniera a darle sentido a lo dicho por A, también ubicó que A percibía en su familia una idea persecutoria, una referencia que invalidaba su sentir. De igual forma, en su discurso hay dos neologismos que permiten economizar la forma en que se expresa: *sistema mental y sistema orinario*. En ese sentido, impresionaba que eran estos dos conceptos traídos por él, una certeza, algo que no era dialectizable ni por su familia y mucho menos por el psicólogo al ver su reacción emocional y que rompía la cadena de significaciones de su situación actual (Lacan, 1955-56).

Un segundo momento de este primer encuentro, se alojó al final de la sesión donde A preguntó: “¿acaso usted no me cree?, por qué llamar a otros, yo sé que es lo tengo, es lo orinario lo que me tiene mal, no lo mental”. Ante esto que manifiesta el paciente se le expresó: “Si usted lo siente así, así debe de ser. Hay que ver cómo hacer para que el dolor que usted cuenta sea menor” Con esta sola frase, se le concedió una vez más su saber y replicó: “A vio, usted sí me cree, es que yo estoy bien, yo todo lo podría sino fuera por esto que tengo en el sistema orinario, ni el urólogo me cree, dice que estoy bien, pero no”. Esto fue

una señal de que lo positivo de la transferencia situada en un recuerdo, permanecía, y que era necesario sostenerla para indagar más y precisar de qué forma aliviar su malestar y hacer suplencia de esto que invadía su cuerpo. En otras palabras, estos tropiezos también pueden ser llamados como el periodo de prueba, en el que Freud (1914) en su momento daba lugar a una exhaustiva investigación para poder localizar si esto que se traía a sesión era analizable o no. En el presente caso, se podría inferir que fueron estos tropiezos, una forma de poder hacerle lugar al fenómeno psicótico de A, un fenómeno delirante que oscila entre la certeza del cuerpo y lo persecutorio de lo que dice el otro, y así mismo instalar una maniobra que permitiera sostener la consulta y el proceso (Lacan, 1955-56).

En las siguientes sesiones, la economía discursiva de A se mantiene. En efecto, los tropiezos ante la urgencia propia del psicólogo de verificar el saber disminuyeron y se situaron en poder tomar la literalidad de la palabra de A, y poder ir encausando formas posibles de estabilizar el delirio. Entre las formas de estabilización del delirio, se puede ubicar como en sesiones posteriores, A manifiesta que ha estado mucho mejor

con relación a su “sistema orinario”, y ante esta mejoría se orienta sobre espacios que puedan darle cauce de alivio a esto que empuja constantemente en su cuerpo, por ejemplo ir a su local de ropa en el que se siente bien y productivo, esto ha permitido que el delirio pase de ser algo protagónico en su situación psicosocial, a que aún cuando permanezca por cómo lo dice: “el sistema orinario sigue ahí, me duele, pero poquito”, pueda establecer vínculos con espacios que validen y sitúen su forma particular de vivir el cuerpo.

Por lo que, fue necesario en su momento, traer a sus familiares al consultorio y precisar algunas estrategias que en sesión habían servido y que podrían funcionar en el ámbito familiar y comunitario. Se estableció como criterio de manejo, el imperativo de poder validar lo dicho por A, y tomar su literalidad como vía en la que su delirio sea un saber que ya está, y que debe ser situado en un sentido que apacigüe su dolor, y en ese sentido, poder hacer lo posible por vincularse a él de una manera particular.

Si bien el caso anterior, estuvo mediado por la inexperiencia en casos de psicosis, el que se analizará brevemente a

continuación, tiene rezagos del aprendizaje de lo vivido en A, y lo elaborado en la clase de Tratamiento de las Psicosis y las Locuras.

### **Caso L: algunas certezas de la experiencia**

Se trata de una mujer de 20 años quien ingresa al servicio de consulta externa de una Institución Prestadora de Salud de nivel primario por primera vez. Ya fue remitida a psiquiatría por presentar aparentemente síntomas positivos del espectro de la psicosis desde medicina general. Vive con madre, padre y hermana de 15 años. Como motivo de consulta en psicología expresa: “Yo tengo tres voces, una voz siempre me dice que todo lo mío es show, y la otra me dice que no sienta nada, y la tercera voz soy yo, pero estoy en piloto automático”.

A diferencia de las estrategias utilizadas en un principio con A, esta vez hubo más seguridad a la hora de alojar lo que traía L a consulta desde una posición alucinatoria. En vez de dudar del saber de L, se le invitó a desplegar ese mismo sobre lo que aconteció con ella:

“cuéntame un poco más de esas voces, qué te dicen, cuándo aparecen”. L

manifiesta: “ellas siempre están, son tres, pero a veces son muchas, yo me siento mal porque mi mamá mantiene molesta conmigo, y mi papá no me cree, dicen que yo soy la culpable de que mi hermana de 13 años tenga como comportamientos parecidos a los míos, las voces siempre están, me están diciendo que lo que siento es show, yo me voy como que me siento ida, en piloto automático para que no me molesten pero siguen ahí”. En el discurso de L, es evidente cómo el otro a través de murmullos irrumpe la relación que ella tiene con su cuerpo y con los demás, así como también, con la cadena de significantes sobre lo qué es su cuerpo y lo que podría o no percibir su familia sobre lo que dice (Lacan, 1955-56; Lacan, 1964 ).

Otras intervenciones del psicólogo también estuvieron encaminadas a validar las voces como algo singular de L, y en ese sentido, poder ir buscando formas de suplir y de sostener la angustia con la que venía L a consulta: “te sientes muy angustiada porque no alcanzas a entender lo que te está pasando, creo que tienes mucho por decir, pero aquí vamos a poder ir poco a poco descubriendo lo que estás sintiendo, llora, es momento de hacerlo

para que puedas estar mejor”. Esta intervención en particular, estuvo ligada a poder sostener la angustia ligada a la perplejidad de la enunciación de sus voces, en las que no hay una cadena de significante, por ejemplo cuando dice: “me toca creerle a la voz que me dice que todo esto es un invento, y yo me quedo en automático, yo solo hago lo que las voces me dicen, todo esto es una mentira” (Naveau, 2009).

En las dos siguientes sesiones, L ha estado más tranquila, habla de sus voces como algo que le pertenecen, la perplejidad ante estas ha venido estabilizándose. Empieza a aparecer en su discurso formas y espacios en donde la voz no hace un eco que perturbe su día a día, como por ejemplo cuando manifiesta: “las voces siempre están ahí, esas dos no me dejan de decir que todo lo mío es show hasta que hago postres, me encanta hacer postres, pero solo los hago para estar bien, porque si los hago para vender la voz que me dice que todo es show aparece para decirme que me quedan horribles, y me pongo muy mal, todo me sale mal”. Ante esto se le dice a la paciente: “En esos momentos cuando estás haciendo postres, tu desactivas el automático, tienes el control L, hay que hacer más postres entonces, haciendo



postres tienes el control, estás más tranquila”. L sonríe, y dice: “Sí”. Este es un caso que aún está en curso de tratamiento. En entrevistas preliminares se ha venido esclareciendo formas posibles de suplencia que han permitido a L vincularse de manera particular con su cotidianidad, y en efecto, ir sobrellevando una vida funcional.

### **Conclusiones**

Teniendo en cuenta los casos A y L, la psicosis es una posición subjetiva del ser en la que opera una forma particular de restablecer el vínculo, esto en transferencia, se percibe desde una posición en la que se valida la forma en la que se ha deshecho el lazo social, y desde esta validación hacer lo posible por encontrar arreglos que permitan estabilizar al paciente y encauzar aquello traumático. Como Naveau (2009) afirma, atenerse a la letra declarada por el sujeto psicótico abre un camino de sorpresas y descubrimientos en los que implica reconocer que cada uno de estos sujetos, como A y L, desde la precariedad y la fragilidad inventa una solución propia, una invención que nace de aquellos pedazos que han quedado y que en efecto han sido

capturados y guardados por quien escucha y valida su decir.

El trabajo de acompañar a A y L a encontrar formas posibles de restablecer el vínculo social, abre puertas a preguntas sobre qué hacer por fuera del consultorio, qué hacer con la familia que perciben estas posiciones singulares del ser como una locura que debe ser erradicada y puesta en un lugar de no repetición. Pensar cómo introducir este discurso de tiempos lógicos en la salud pública que opera en su decir para el bienestar de todos.

**Referencias bibliográficas**

- Freud, S. [1911](2012). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente ("Caso Schreber")*. Obras Completas, Vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. [1914](2012). *Introducción del narcisismo*. Obras Completas, Vol. XIV. (pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. [1924](2012). *Neurosis y psicosis*. Obras Completas, Vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Lacan, J. [1955-1956] (1995). *El seminario. Libro 3: Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. [1957-1958] (2008). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Escritos 2 (pp. 509-557). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. [1964] (1984). *Seminario II. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J.[1960-1961] (2013). *Seminario 8. La transferencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Naveau, P. (2009). *Las psicosis y el vínculo social. El nudo deshecho*. Madrid: Editorial Gredos, S.A.
-