

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

## Caso K: hacia un intento de ilación.

Fiorentino, Carolina.

Cita:

Fiorentino, Carolina (2021). *Caso K: hacia un intento de ilación. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/655>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/spT>

*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>.*

# CASO K: HACIA UN INTENTO DE ILACIÓN

Fiorentino, Carolina  
Hospital Parmenio Piñero. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El siguiente escrito se desprende de una primera aproximación a la práctica clínica, fruto de mi rotación por Consultorios Externos de este hospital. El mismo, tratará respecto de las variaciones en el humor y de las particularidades de la relación al Otro como salidas posibles de la melancolía, a propósito de un caso de psicosis. El sujeto a quien atendemos nos convoca, desde su padecimiento, a realizar alguna lectura y a poner en práctica algunas herramientas teóricas en pos de aproximarnos a dicho padecimiento. Este trabajo, no es sin ajustarse a la estructura de la paciente. En “La dirección de la cura y los principios de su poder” Lacan (1966, p. 563) sostiene que “el analista es menos libre en su estrategia que en su táctica”, es decir, que contamos con mayor libertad en los modos de intervenir en el dispositivo analítico, que en el manejo de la transferencia, la estrategia del psicoanálisis. Este es el caso de K, quien con su padecimiento y sus singulares respuestas frente a esto, ha motorizado algunas reflexiones en torno a la posición posible de un analista en el trabajo con la psicosis.

## Palabras clave

Transferencia - Melancolía - Padecimiento - Psicosis

## ABSTRACT

### TOWARDS AN ATTEMPT OF CONNECTION

The following article comes from a first approach to clinical practice during my rotation in the External Offices of this hospital. This will be about humor variations and a particular type of relationship as possible ways out of melancholy, related to a case of psychosis. In order to approach the patient suffering, it requires to put into practice some theoretical tools. It is necessary to adjust this according to the patient structure. In “The direction of the cure and the principles of its power” Lacan (1966, p. 563) argues that “The analyst is less free in his strategy than in his tactics”. We have more freedom to intervene in the analytical device, than in the management of the transference, the strategy of psychoanalysis. This is the case of K, who with his suffering and his unique responses to this, has motivated some reflections about the analyst position in treatment with psychosis.

## Keywords

Transference - Melancholy - Suffering - Psychosis

## Acerca de K

K es una paciente de 47 años que inicia tratamiento psicoterapéutico en el hospital por recomendación de su psiquiatra. El mismo sugiere esta derivación por notar en K cierta necesidad de hablar sobre lo que le sucede.

En el proceso de admisión, K comienza a relatar las dificultades que se le presentan en relación a los vínculos con los otros de su vida. Por otro lado, la paciente refiere padecer de variaciones en su estado de ánimo, en tanto le generan malestar y vergüenza, a la vez que contribuyen a la dificultad que representa el contacto con los otros para ella. Estas dos cuestiones son recortadas como motivo de consulta a trabajar durante el tratamiento.

En relación a sus antecedentes, K menciona haber realizado tratamiento psicológico a los 19 años, motivado por un intento de suicidio por parte de su madre; y psiquiátrico a partir de los 23 años, momento en el cual transcurría el puerperio de su primera hija. Durante este último periodo, la paciente sufre una descompensación psicótica caracterizada por la presencia de alucinaciones auditivas complejas de carácter injurioso y de mandato, que le ordenaban que mate a la niña. Comenta haber tenido ideación de muerte durante este episodio, debido a que las voces no cesaban. Frente a esto, menciona que intentaba no estar a solas con su hija, ya que en ese momento las mismas recrudescían. Solía dejarla con su marido o inclusive llevarla a su lugar de trabajo para que esté en contacto con otra gente. Refiere haber vivido dicho embarazo con mucha angustia y no haber podido “conectar” nunca con su hija. Dicho episodio generó ideas de culpa en relación a su maternidad, las cuales persisten hasta la actualidad. Frente a este tormento, la religión y la iglesia parecerían haber sido un recurso fundamental para la paciente en aquel entonces, ya que las mismas le oficiaban de cierto orden en su vida, sancionando aquello que se debe o no hacer y aquello que resulta un *pecado mortal*.

## Variaciones en el estado de ánimo: De la risa al llanto.

La paciente comenta que hace muchos años oscila entre épocas de “sentirse muy bien, estar con energía y emprender proyectos” y épocas de sentirse “sin ganas de hacer nada”, no pudiendo llevar a cabo los proyectos que planifica previamente. A su vez, manifiesta tener variaciones del ánimo en un mismo momento, pasando así, de la risa al llanto en cuestión de segundos. Refiere que esto suele ocurrir de manera disruptiva, en presencia de su familia y en contextos inusuales como en misa o en la calle, sin poder atribuir una causa que motive estos cambios. Refiere: “No se porque me pasa esto, solo sé que es

raro y es desmedido". Manifiesta sentir vergüenza al respecto, mencionando que dichas oscilaciones atentan contra la imagen que ella, con mucho esfuerzo, construye para el afuera. Siente temor de que los demás puedan darse cuenta y así notar que "hay algo raro con ella".

En los primeros meses del tratamiento, la presentación del cuadro da cuenta de un estado melancólico, en el que su ánimo es lábil pero con predominio de la esfera displacentera. Asimismo, la paciente aqueja un malestar general tanto físico como psíquico, desinterés por las tareas habituales, descuido por el aseo personal, ideas de culpa y una repulsión a cualquier alimento por temor a que *le caiga mal*. También refiere dormir la mayor parte del día: "No tengo ganas de nada, bajo la persiana y duermo". Las entrevistas transcurren bajo un relato colmado de sentimientos de culpa en relación a la maternidad, pesimismo e incluso ideas de muerte como una posible salida para aliviarse de tanto sufrimiento.

Desde el discurso psicoanalítico, Nieves Soria toma el texto freudiano de "Duelo y Melancolía" para definir al duelo como "una reacción frente a la pérdida" en donde el sujeto siempre sabe qué es lo que está duelando. En cambio, en la melancolía resulta difícil situar cuál es la pérdida que provocó el desencadenamiento. Freud la teoriza como "Una pérdida de objeto sustraída de la conciencia, a diferencia del duelo, en el cual no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida". (Soria, N. 2017. p.15). Dicha pérdida no conocida por el sujeto conlleva un trabajo interior que provocará la inhibición característica del cuadro. Este trabajo es similar al del duelo, pero, a diferencia del mismo, no tiene fin. Para explicarlo, la autora se vale del modelo del dolor físico, en el que toda la energía del sujeto está recogida en el lugar del dolor, no quedando disponible para ninguna otra investidura y es por esto que se torna un trabajo imposible de terminar. Otra diferencia fundamental entre el duelo y la melancolía es que, para el primero, el mundo se vuelve "pobre y vacío", mientras que en la melancolía, dicho empobrecimiento le ocurre al yo. De allí los síntomas que podemos situar en K: Insomnio, repulsión del alimento y "un desfallecimiento en extremo asombroso psicológicamente, de la pulsión que compele a todos los seres vivos a aferrarse a la vida". (Soria, N. 2017. p.28).

Es la función falica la que posibilita al sujeto aferrarse y dar sentido a su vida. En la melancolía, esta función se encuentra ausente. La mencionada autora propone la siguiente distinción: en el duelo hay una pérdida, que se transforma en una falta que se articula con el deseo. En la melancolía, esto no sucede. Al desconocer lo que perdió, el melancólico no puede tratar la pérdida por la vía de la falta, por lo que en ese lugar se hace presente un agujero. Al respecto dice: "Tiendo a ubicar la melancolía, en un sentido amplio, del lado de la psicosis, simplemente por el hecho de que no es una neurosis, pero considero necesario formalizar con más claridad el estatuto de la melancolía, ya que no tiene nada que ver con las psicosis de la gama esquizofrenia-paranoia, en particular por la ausencia de fenómenos de retorno del significante del Nombre del Padre en lo real, tales como las

*perturbaciones del lenguaje, la significación enigmática, etc."* (Soria, N. 2017, P.23). Sin embargo, autores como Julieta De Battista (2015) consideran que es posible articular un deseo en la psicosis a partir de ubicar una falta en el Otro, en transferencia, que les concierna. Esto parece instaurar una regulación diferente a la de la referencia metafórica al padre, que habilita una manera posible de pensar los cambios de posición de los psicóticos en un tratamiento analítico.

Al cabo de unos meses, K llega al consultorio con otra presentación. Viste otra ropa, muy distinta a la ropa deportiva con la cual solía concurrir a las entrevistas, su rostro está maquillado y su ánimo expansivo. Refiere haber estado durmiendo poco, haciendo mucha gimnasia, limpiando su casa en profundidad y haciendo compras. Manifiesta que el pensamiento le va rápido y que está pensando en hacer varias cosas a la vez. Sobre el final de la sesión, relata que hace diez días ha discontinuado la medicación y que se siente mucho mejor. Dice: "No me cuestiono porque estoy bien, Dios me puso a prueba y superé el mal trago. Ya estaba a punto de rendirme". Mi intervención consiste, en una primera instancia, en conjunto con su médico tratante, en apuntalarla en la adherencia a lo farmacológico. En un segundo momento, me planteo cómo realizar un abordaje diferenciado desde el psicoanálisis. ¿De qué modo intervenir para que mi respuesta no se le vuelva una sanción de un Otro completo que todo lo sabe, pero a su vez poder ubicar las coordenadas que precipitaron en el episodio melancólico transcurrido?

Collete Soler señala: "La dificultad que se le plantea al análisis con el sujeto melancólico no se debe a los medicamentos, sino al rechazo del inconsciente. El psicoanálisis procede por elaboración y subjetivación. El rechazo del inconsciente se opone a esto, en la melancolía más radicalmente que en la paranoia (...)" (Soler, C. 1991.p.43). Concretamente, con el término "rechazo del inconsciente" intenta referirse a que una vez transcurrido el episodio melancólico, el paciente no quiere pensar en él y menos aún hablar de él.

Luego de aceptar restituir su tratamiento psicofarmacológico, K se estabiliza, aunque no sin la presente predominancia de la esfera hipomaniaca en su estado de ánimo.

Supervisión mediante, se inaugura una línea de trabajo posible. Esta consiste en adoptar un semblante amigable, en el cual ella reconoce cierto lugar, a partir de una posición de apertura "solidaria de la posición de ignorancia" (Belucci, G. 2014. p. 161). Sostenida en la transferencia, se habilita la construcción del registro de estas variaciones anímicas, apuntando a cierta subjetivación de las mismas. Es decir, que mediante la lectura de sus distintos estados de ánimo, ubicando qué es lo que la hace reír y que lo que la hace llorar; y a través de la comparación entre estos y otros episodios similares de su vida, se apunta a trazar una marca que redunde en un saldo de saber para ella. Un efecto posible, que a la vez da cuenta del alcance insuficiente de la palabra para la paciente, se puede observar cuando ésta decide diseñar un tatuaje que englobe sus estados de ánimo. Se tatúa

la palabra “Faith”, donde la *i* tiene forma de punto y coma. Sobre esto la paciente refiere “*Hay un después que tiene que ver con un antes, hay algo conectado y a la vez dividido*” “*Como en mi vida, tengo partes para contar y otras partes quisiera hacer una ilación pero no encuentro un hilo*”. Menciona que, al mirarlo, “recuerda y se amiga” con lo que le sucede. Este tatuaje posibilitaría *velar ese cuerpo muerto y habitarlo de manera animada*. (De Battista, J. 2015. p.147 ).

### **Cuanto menos, mejor: el vínculo con los otros.**

K comienza a desplegar la dificultad que respecta al vínculo con el otro. Si bien estas ideas ya figuraban en su relato, comienzan a aparecer con mayor intensidad una vez transcurrido el episodio melancólico. De este modo, la posición de desecho, con el predominio de ideas de autorreproche y culpa vira hacia el enojo e irritabilidad “*desmedidos*” que le generan el vincularse con los otros, situando allí una vertiente más paranoide. Dice: “*Ni me conocen, para qué quieren saber cómo estoy*” “*No quiero armar una conversación ni que nadie sepa de mí*” “*Es una falsedad que veo en todo el mundo, menos en los curas de la iglesia*” haciendo referencia a que estos últimos *tienen un interés genuino por ayudar*, a diferencia de la intención maliciosa que le supone al resto. A partir del trabajo de historización, se observa como se repite el mismo patrón en las distintas relaciones que la paciente mantuvo. “*Siempre me voy de los lugares a las puteadas, siempre termino peleada*”. Como motivo principal de sus enojos, K. recorta el hecho de verse involucrada en situaciones en las cuales tiene que “*dar explicaciones*” a los demás de sus acciones, relacionando dichas cuestiones a la dificultad que le generan sus cambios en el estado de ánimo. Dice: “*No puedo planificar nada porque no sé cómo me voy a sentir en ese momento*” “*No quiero que me vean mal porque me van a preguntar que me pasa*”. El enojo aparece así como respuesta a la cercanía e interés del Otro en ella, que es leída como una demanda a la cual no puede hacerle frente por cuestiones de estructura. Frente a esto, la solución que ha podido construir es retirarse de la escena. En esta línea, la orientación del tratamiento ha sido tomar estos recursos propios de la paciente para acompañarla en una lectura más mediatizada de la demanda del Otro. De este modo, ensayamos posibilidades de respuesta frente a lo que ella supone que le demanda el Otro con un simple “*¿Cómo estás?*”. Una de ellas es contestar a modo “*adolescente*”, es decir, dar una respuesta breve para salir del paso. Mediante este tipo de respuestas se intenta dar signos puntuales de que no necesariamente es interpelada por una demanda a la cual está obligada a responder. También se le señala lo complejo que debe ser para ella sostener esta imagen para los otros, alojando las dificultades que la paciente presenta a la hora de vincularse.

Al respecto, Soler expresa: “*El analista no es otra cosa que un testigo. Esto es poco y es mucho, porque un testigo es un sujeto al que se supone no saber, no gozar y presenta por lo tanto un vacío en el que el sujeto podrá colocar su testimonio*”. (Soler, C.

2014. p.10) La autora sostiene que en el trabajo con la psicosis, el analista debe abstenerse de responder al llamado de llenar para el sujeto, mediante dichos e imperativos, el vacío de la forclusión. Esto es condición para evitar que la transferencia pueda tomar un tinte persecutorio o erotómano.

Estas intervenciones a modo de semblante “amistoso”, de no entendimiento sobre los alcances de las figuras persecutorias y de ignorancia sobre su ser, posibilitaron cierto alivio y establecieron algún corte con aquellas relaciones que se le vuelven dificultosas.

A partir de la intensificación de la faceta paranoide en K, comienzan a realizar una lectura posible del caso, ubicando dicha vertiente como una de las salidas posibles del estado melancólico. Al respecto, Julieta De Battista (2015), en su estudio acerca de las modificaciones en la posición subjetiva que pueden producirse, en ciertas condiciones y para la estructura psicótica, hace referencia a una oscilación entre momentos de mortificación y otros de salida de ese estado a través de una “pseudo-manía” o vía la persecución. Es posible observar en K ambos recursos como salida a la mortificación melancólica. Bajo un estado de ánimo expansivo y por la vía de la persecución, la paciente ubica el goce en el lugar del Otro, inaugurando una salida posible del lugar de desecho. Sobre esto, De Battista enuncia: “*Si la paranoia implica la identificación del goce en el lugar del Otro, la reversión melancólica en persecución conlleva cierta “mejoría” con respecto a la mortificación, en la medida en que el Otro se reconstituye como apoyo, y se vuelve entonces una manera de hacerlo existir*”. (De Battista, J. 2015.p.156).

### **Reflexiones finales**

Para concluir, podemos observar como el tratamiento con K viene a formalizar el trabajo de dos salidas posibles a la posición de objeto caído que implicaba su mortificación melancólica. Estas son la pseudo-manía y la vertiente paranoide, las cuales, a mi entender constituyen dos caras de una misma moneda.

Ahora bien, momentos más tarde en el tratamiento, K manifiesta la necesidad imperiosa de tatuarse distintas cosas que tengan que ver con sus variaciones del ánimo, realizándose así, tres tatuajes más. Esta solución que comenzó siendo operativa en su función de límite, como marca real en su cuerpo que intentaba introducir algún registro, terminó por infinitizarse en una suerte de metonimia sin corte. Me interrogo de qué manera es posible trabajar con K, las limitaciones que implica esta nueva respuesta con la cual intenta sostenerse.

Dichos interrogantes me convocan a continuar trabajando y repensando las temáticas mencionadas y el abordaje de las mismas desde una posición analítica. Se intenta dar cuenta del trabajo realizado desde una orientación posible, frente a la lectura de un caso singular, no sin mantener en tensión dicha posición a lo largo del tratamiento. Lo elaborado hasta aquí, refleja la necesidad de abordar las psicosis en su singularidad, dando lugar a la respuesta de cada sujeto frente al encuentro con lo real.

**BIBLIOGRAFÍA**

Belucci, G. (2014) *La transferencia en las psicosis*. Revista El Sigma. Recuperado de: <http://www.elsigma.com/hospitales/la-transferencia-en-las-psicosis/12733>.

De Battista, J. (2015) *El deseo en la psicosis*. Buenos Aires: Letra Viva.

Fernández, E. (2019) *Diagnosticar la psicosis*. Buenos Aires: El megáfono.

Freud, S. (1917) *Duelo y Melancolía*. Obras Completas, tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu.

Lacan, J. (1958) *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. En Escritos 2. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Lacan, J. (1962). *Seminario X: La angustia*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Polak, C. (2015) *Clínica De La Melancolía y La Manía*. Recuperado de: [http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline\\_2121.pdf](http://www.efbaires.com.ar/files/texts/TextoOnline_2121.pdf)

Soler, C. (2014) *Estudios sobre las psicosis*. Buenos Aires: Manantial.

Soria, N. (2017) *Duelo, Melancolía y manía en la practica analítica*. Buenos Aires: Del bucle.