

CONVERSACIONES SISO I

La curación de la psicosis





Conversaciones Siso I. «La curación de la psicosis»
Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM), 2004

Congrega, S.L.
C/ Rosalía de Castro, 13. 1º izda.
15004 A Coruña
congrega@congrega.es
[http:// www.agsm.es](http://www.agsm.es)

Coordinadores de la «Colección Psiquiatría y Psicoanálisis»
José R. Eiras
Chús Gómez

Imagen de portada
Mercedes Lence

Diseño y maquetación
MyM

Imprime
Feito, S.L.
Severino Cobas, 67. 36214 Vigo
986 274 594 / 5
feito@feitonet.com

ISBN
84-931678-9-4

Depósito legal

«La Curación de la psicosis»

Las **Conversaciones Siso I** fueron organizadas por la Comisión de Docencia de la AGSM en colaboración con la sede de Vigo de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis (ELP).

Han colaborado también los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales:

Hospital Juan Canalejo de A Coruña
Complejo Hospitalario Universitario Xeral - Cies. Vigo
Hospital Xeral - Calde. Lugo
Complejo Hospitalario de Ourense

Monasterio de San Clodio - Leiro - Ourense
26 de junio de 2004

INDICE

PRIMERA PARTE DE LA CONVERSACIÓN

A MODO DE COMENTARIO O PRÓLOGO. UN ENCUENTRO POSIBLE	9
Chús Gómez	

I - LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE

¿LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE SON CAUSA O CONSECUENCIA DE LA PSICOSIS?	17
José María Álvarez	

EL ESPÍRITU DE LAS VOCES	45
Fernando Colina	

EL DICHO ESQUIZOFRÉNICO: UNA IRONÍA	55
José Rodríguez Eiras	

SEGUNDA PARTE DE LA CONVERSACIÓN

II- LOS CASOS CLÍNICOS

EL CASO L	65
Xandre García Caballero	

**CONVERSACIÓN DESDE EL
CASO CLÍNICO**

RELATOR: Xandre García Caballero

DISCUTIDOR: Guy Briole

69

CONFERENCIA DE CLAUSURA

**EL LUGAR DE LA PALABRA EN LA
CURACIÓN DE LA PSICOSIS**

Guy Briole

95

PRESENTACIÓN DEL LIBRO

**FUNDAMENTOS DE PSICOPATOLOGÍA
PSICOANALÍTICA**

Chús Gómez

111

A MODO DE COMENTARIO O PRÓLOGO. UN ENCUENTRO POSIBLE

Chus Gómez

Psiquiatra. Psicoanalista

«Toda sombra es la huella de un relámpago apagado»

Hugo Mújica

El 26 de junio tuvieron lugar las primeras conversaciones Siso en el Monasterio de San Clodio en Ourense. El encuentro fue organizado entre la sede de la ELP de Vigo, la comisión de docencia de la Asociación Galega de Saúde Mental (AGSM) y los compañeros del Hospital Dr. Villacián de Valladolid. Allí nos reunimos unas cincuenta personas entre psiquiatras, psicólogos, psicoanalistas, residentes e interesados en el psicoanálisis. Este precioso monasterio de San Clodio que elegimos para inaugurar las primeras conversaciones Siso inaugura el deseo de continuidad, el inicio de una serie, en donde la psiquiatría y el psicoanálisis puedan decirse cosas y escucharse. En donde el amor al saber y la clínica de cada uno nos sirva de orientación para nuestra práctica. Un lugar en donde la palabra y el diálogo de dos saberes distintos permita un enriquecimiento mutuo.

La filosofía que subyace al encuentro tiene que ver con que el modo de estar sintomático en el mundo, como malestar en la cultura, presenta múltiples facetas y compete a muchas disciplinas. El arte, la filosofía, las ciencias jurídicas, la sociología, antropología e incluso el discurso económico, aportan sus lecturas a las cuales no podemos estar ajenos. La participación activa en este foro es fundamental. Los diferentes paradigmas teóricos que conforman lo «psi» y «la salud mental», como nuevo significante que borra o diluye

dicho malestar en la cultura, precisa reinventar en cada época el trato con el sujeto contemporáneo; con los decires y dichos de su malestar en la civilización y con la cota de sufrimiento que hemos de pagar por ser seres hablantes.

En este sentido, las conversaciones pretenden acercar el psicoanálisis a la salud mental, sabiendo que el psicoanálisis es un discurso que en este momento, dentro de la formación de los profesionales, está en «des-crédito», hoy que todo se contabiliza en esos términos.

Época en la que la escucha particular, la del uno por uno, no parece muy viable en un tiempo de globalización, en el que la homogeneización y el protocolo se infiltran en la clínica actual relativista, en la que «todo vale si resuelve» usando como criterio válido el del pragmatismo a ultranza, despojando a la clínica de una «creencia» necesaria que la sostenga. Relativismo clínico de lo políticamente correcto, esto es de lo aséptico y objetivo.

Sobre el tema que titulaba las conversaciones «La curación de la psicosis» se organizaron dos mesas, una teórica dedicada a «Los trastornos del lenguaje» y otra dedicada a «Casos clínicos». La provocación del título no era sin intención y su efecto de interrogación quedará patente a lo largo de toda la jornada en las diferentes alusiones a las que dio lugar entre los participantes, resaltándose de ese modo lo que se pretendía: favorecer el coloquio y la discusión, hecho que en parte podréis constatar en los diferentes comentarios a lo largo de la conversación que se recogen en este libro. Incitar... armar bulla para hablar de eso se trataba... la psicosis, las psicosis, remisión, curación, estabilización... fueron parte de los significantes que afloraron desencadenados por lo polémico y provocador del título que en este caso vino a pedir de boca...

La conversación se inició con la pregunta de José María Álvarez sobre los trastornos del lenguaje causa o consecuencia de la psicosis, para lo cual el autor se desplazó por toda la psicopatología clásica de un modo brillante, ameno y riguroso, para llegar finalmente a la importancia que el psicoanálisis le otorga al lenguaje en la construcción de la locura. A continuación, el relato más intimista de Colina sobre las voces y los decires de las mismas por parte de los pacientes hacía honor a su título.

Él hablaba del espíritu de las voces... de lo sin cuerpo, de lo descarnado ya de la materia, insuflado de otra vida. Parece que Colina en esto del espíritu, pese a su aparente escepticismo, se maneja bien.

Tres viñetas clínicas a cargo de Pepe Eiras daban cuenta del peso del significante en las psicosis y también de la transferencia con el sujeto psicótico algo que el discurso de la psiquiatría desconoce, alienándolo al mero papel de sujeto «paciente» y determinado por el peso de una psicosis «escrita» desde lo genético. Eiras da cuenta de que el psicótico enseña a quien se deja enseñar por él, y que dirigiendo la cura este sujeto puede, por medio de la palabra, zurzir un remiendo que le permita sostenerse de nuevo en el mundo.

Fue desde el lugar de la genética desde el que Santiago Lamas dejó entrever, a pesar de todos los trabajos existentes sobre el tema, y que él revisó concienzudamente, que algo hay que se le sigue escapando en la escucha y que no puede ser atrapado desde la ciencia, pese a intentar atraparlo en las redes unas veces de lo cognitivo, otras desde lo neurobiológico más estricto... parece que sin éxito finalmente. Quizás eso que se nos escapa sea la genética y eso es otro cantar...

Titulado «La escucha perpleja de un psiquiatra» Lamas, dice más allá de lo que dice, que es un mérito dejarse sorprender en la clínica todavía después de tantos años... importante lección a aprender para los que nos iniciamos en estas lides...

Informar que su trabajo no está en el libro que tenéis en las manos no por un error, sino por su expreso deseo...

En la segunda parte del encuentro, Guy Briole abrió la exposición de casos. Si en un principio iban a ser dos los expuestos, finalmente fue solamente uno el relatado, porque el tiempo apremiaba. Ahí fue Xandre Caballero, psiquiatra del servicio de Ourense, el que articuló este tiempo de la clínica. Honesta exposición en la que el clínico da cuenta de la insuficiencia de lo biológico para el seguimiento de los pacientes. El efecto de sorpresa surgió cuando invitado a relatar, se encontró deslizándose del caso psiquiátrico al uso, al encuentro con la particularidad de una paciente psicótica, en la que se hizo patente su particularidad cuando la mirada y la escucha de Caballero y su subjetividad se pusieron en juego, revelándose en ese momento, como pleno de sentido lo que antes no eran más que meros fenómenos de la psicopatología. Habíamos pasado de un caso clínico al caso construido ya.

La atenta escucha de Guy Briole y su delicada interpelación sobre lo relatado, tuvieron el efecto de evidenciar lo que hasta ese momento estaba presente, pero velado por el saber psiquiátrico para Caballero: que el psiquiatra está implicado en la escucha que realiza y que eso tiene sus efectos en la clínica y sobre él mismo. Estamos nuevamente en el asombro, siempre tan deseable y que orienta a que algo se ha tocado...

Finalmente Guy Briole cerró la jornada con la conferencia de clausura, con un tema que en principio se podía presentar

árido para los no psicoanalistas: la psicosis en la teoría lacaniana. Guy hizo del tema una didáctica, amena y brillante exposición. Dio cuenta del recorrido de la elaboración de Lacan sobre la psicosis, permitiendo el establecimiento de un diálogo posible entre la psiquiatría y el psicoanálisis que se pretende fluido y enriquecedor para ambas partes.

El encuentro finalizó con la presentación del libro *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica* a cargo de dos de sus autores: José María y Ramón Esteban con comentarios de Pepe Eiras y Chús Gómez, centrados sobre todo en el carácter didáctico del mismo, así como en elogiar un trabajo que empapado del saber psicopatológico desde los clásicos hasta la época actual, inscribe el saber desarrollado por el psicoanálisis y sobre todo por Lacan en la construcción del sujeto, su encuentro con el sufrimiento psíquico y el modo de hacer con éste, dándole un papel destacado a la responsabilidad del sujeto siempre en juego.

Señalar la importancia de un encuentro de estas características, siempre difícil de articular, y el compromiso allí alcanzado, de que este espacio pase a tener un carácter anual entre las sedes de la ELP de Vigo, la de Castilla-León y la AGSM de modo alternativo geográficamente pero con continuidad en la palabra. Queda por inventar un nombre que enlace estos dos territorios... y el espíritu que la anima y ya se sabe de la importancia del nombre...

A veces algún encuentro todavía es posible... pese a lo poco favorable de la época para los mismos; lo cerramos con un buen yantar en el claustro del Monasterio en donde prosiguió la conversación. El año próximo en las tierras de Valladolid otro encuentro nos espera. Estáis todos invitados.

Chús Gómez

PRIMERA PARTE DE LA CONVERSACIÓN

I - LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE

¿LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE SON CAUSA O CONSECUENCIA DE LA PSICOSIS?

José María Álvarez

Psicoanalista miembro de la A.M.P. Doctor en Psicología y Especialista en Psicología Clínica. Hospital Psiquiátrico Dr. Villacián de Valladolid.

El título que he elegido para esta conferencia no está exento de provocación. Surge de los comentarios de Philippe Chaslin sobre las locuras discordantes desarrollados en su obra de 1912, *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, donde este autor, impresionado por la vinculación del lenguaje y la locura tras examinar detenidamente las locuras discordantes verbales, se pregunta si los trastornos del lenguaje obedecen al desajuste que aquélla introduce o bien si ellos mismos intervienen en la edificación de la locura.

Seguramente todos estaremos de acuerdo en considerar que los trastornos del lenguaje son la consecuencia directa, a menudo la más evidente, de ese nuevo orden de la experiencia y de esa trama relacional centrípeta que introduce la psicosis. Pese a que esta respuesta nos contente a la mayoría, no está de más desgranar algunas reflexiones relativas a las relaciones entre el lenguaje y la psicosis, trabazón ésta que en el terreno de la psicopatología inspiró los brillantes estudios de Snell y Tanzi sobre el neologismo en la paranoia y se concretó, a principios del pasado siglo y después de comenzar a circular la doctrina freudiana, en la descripción del grupo de las esquizofrenias, las locuras discordantes, el Automatismo Mental y las psicosis alucinatorias crónicas.

La literatura sobre estas cuestiones es abundantísima en el ámbito de la psicopatología psiquiátrica, bien sea la que investiga los trastornos del lenguaje hablado o la que examina los textos escritos por los alienados; la obra de Jules Séglas constituye en este punto una referencia esencial, sin olvidar las enormes contribuciones semiológicas de Adolf Kuzmaul y de Enrico Morcelli. Ubérrima es también la producción surgida en el seno de la orientación lacaniana desde los años cincuenta, una vez que Lacan situó la psicosis en el centro de la investigación clínica y terapéutica del psicoanálisis. Contemplados con la perspectiva que nos brinda la historia, sucede con los trastornos del lenguaje investigados desde esta perspectiva psicoanalítica otro tanto a lo que ha venido ocurriendo con las estructuras clínicas: si en el período de mayor esplendor de lo Simbólico toda la psicopatología psicoanalítica se orquestó, de manera absolutamente taxativa, en la oposición sistemática de las tres estructuras clínicas (neurosis, psicosis, perversión), la última parte de la obra de Lacan enfatiza la singularidad de las modalidades de gozar, de manera que se nos ha hecho necesario articular aquella concepción estructural y universalista con esta otra más particular, surgiendo así un interés creciente por los casos raros, los inclasificables, la psicosis ordinaria, etcétera; en concordancia con este movimiento doctrinal, ciertos trastornos del lenguaje fueron hace cinco décadas elevados por Lacan a un rango que me atrevería a calificar de patognomónico de psicosis, mientras que actualmente se discuten aquellas indicaciones y se insiste, no sin razón, en la vertiente de singularidad que entrañan los trastornos del lenguaje del psicótico.

En paralelo a estos movimientos doctrinales, la noción etiológica de forclusión del Nombre de Padre –ese mecanismo defensivo genérico al que recurren algunos

sujetos, el cual conformará definitivamente su estructura psicótica— ha alcanzado igualmente notables desarrollos: desde sus primeras concreciones vinculadas con la función paterna, pasando por la pluralización del Nombre del Padre, hasta la forclusión generalizada y la restringida¹.

Cualquier estudio que se precie sobre la patología del lenguaje en la psicosis requiere precisar qué se entiende por lenguaje y dónde se establece la demarcación entre lo normal y lo patológico. Pues quienes conciben el lenguaje como una facultad destinada a la comunicación y sostienen que la persona dispone a voluntad de ese instrumento para entender y ser entendido situarán los trastornos del lenguaje en disfunciones cognitivas o comunicativas, mientras que para los que el lenguaje es un medio que nos precede, nos habita y determina, esos trastornos indicarán las fallas más cruciales en la constitución misma de la subjetividad.

Desde una perspectiva historiográfica y clínica, tales son los presupuestos que se enmarcan las siguientes reflexiones, en las cuales los trastornos del lenguaje psicótico serán analizados desde tres perspectivas, finalmente articuladas en los comentarios sobre el neologismo: en primer lugar, la atención siempre necesaria a la textura de los fenómenos², razón por la cual siguen vigentes las descripciones de los clásicos de la psicopatología; en segundo lugar, el impacto que esos fenómenos producen en el sujeto, punto de

¹ Sobre este particular, véase especialmente el ensayo del Prof. Jean-Claude Maleval, *La forclusión del Nombre del Padre. El concepto y su clínica*, Buenos Aires, Paidós, 2002.

² El uso del término 'fenómeno', tan abundante en este texto, debe entenderse en el sentido tradicional que se le ha conferido en ambientes médicos, como lo emplea, por ejemplo, Axenfeld: «síntomas, es decir, fenómenos que traducen la existencia de la enfermedad una vez constituida» (AXENFELD, A.: *Traité des névroses*, París, Librairie Germer Baillière, 1883, p. 3).

encuentro entre las descripciones clásicas y la nueva vía abierta por el psicoanálisis; finalmente, la función que desempeñan los trastornos del lenguaje en la experiencia psicótica, tal como mostró paradigmáticamente Freud en su análisis del Dr. Paul Schreber. Por tratarse de una materia tan amplia, se renuncia aquí a una explicación sistemática de los posibles trastornos del lenguaje, espigando de entre ellos únicamente los que sirvan a los propósitos de esta exposición³.

I. Texturas

Múltiples son los puntos de intersección entre el alienismo y la literatura, hecho que se pone de relieve en el proceder de aquellos pioneros a la hora de transcribir directamente los interrogatorios con los locos. Mas estas transcripciones literales de las palabras de los alienados tendieron paulatinamente a desaparecer a medida que se tornó hegemónica la ideología de las enfermedades mentales. Con ella, la palabra *ad pedem litterae* –en buena medida también su valor particular– terminaría diluida en las ilustraciones clínicas, en las cuales el discurso de los enfermos y sobre todo sus escritos y obras artísticas se transformaron en datos semiológicos a partir de los cuales se deducía la existencia de las enfermedades⁴. Esta devaluación del

³ Una visión sistemática de los trastornos del lenguaje, del pensamiento y de la percepción puede leerse en J. M^º. ÁLVAREZ, R. ÉSTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Síntesis, 2004, pp. 377-456.

⁴ Durante la segunda mitad del XIX se publicaron numerosos textos –incluso antologías– de locos o supuestos locos, fruto del creciente interés de la medicina mental por la expresión de la locura. En su mayoría, esos estudios se ocupaban de las producciones escritas de los enfermos desde una perspectiva retórica, destacaban las figuras empleadas (aliteración, elipsis, inversiones, etc.) y trataban de acomodar los estilos literarios empleados en función de las distintas enfermedades.

lenguaje, ahora convertido en mero instrumento al servicio del diagnóstico, resulta evidente en la afirmación de Marcé: «*El valor de los escritos adquiere un valor semiológico de primer orden toda vez que el interrogatorio de sujetos no aclara las dudas sobre su estado mental*»⁵.

En paralelo a esta transformación de la función de la palabra en un signo más al servicio de la semiología clínica, también se oscureció la vertiente terapéutica a ella atribuida desde la Antigüedad. Ciertamente, para los primeros alienistas la palabra era sobre todo concebida como un potente instrumento al servicio del tratamiento moral, cuidando éstos con especial esmero de respetar la singularidad de cada enfermo⁶. Por el contrario, franqueada la segunda mitad del siglo XIX, los psiquiatras orillaron esa dimensión terapéutica en favor de sistematizaciones semiológicas, entre las que los trastornos del lenguaje hablado, escrito y alucinado ocupaban un lugar de privilegio, como se aprecia en los estudios de Séglas o Clérambault. Juan Rigoli, en su reciente y magnífico ensayo sobre el delirio, aprecia acertadamente esta inflexión cuando afirma: «*Y este cambio de valor en la apreciación del ‘desbordamiento’ de los*

⁵ MARCÉ, L.-V.: «De la valeur des écrits des aliénés au point de vue de la séméiologie et de la médecine légale», *Congrès médico-chirurgicale de France*, Paris, 1863, t. I, pp. 189-209 (p. 383).

⁶ Este respeto por la singularidad ponía a prueba el talento del clínico especialmente en el hecho de saber cómo hablar con cada alienado, tal como recomienda Philippe Pinel en su *Traité médico-philosophique sur la aliénation, ou la manie* cuando insiste en dirigirse a lo particular de «cada alienado», a su «carácter particular»: «Por el contrario, los alienados traídos al asilo [Bicêtre], calificados a su llegada como furiosos y muy temibles, porque se les había exasperado en otra parte a base de golpes y maltratos, pero al poco tiempo de estar en el asilo parecían mostrar otro semblante, ya fuese porque se les hablaba con dulzura, ya porque uno mostraba interés por sus males, o ya porque se les consolaba con la esperanza de que mejoraría su suerte» (PINEL, PH.: *Traité médico-philosophique sur la aliénation, ou la manie*, Paris, Richard, Caille et Ravier, 1801, p. 64-65).

maníacos [...] da cuenta de hecho de la profunda mutación teórica de la medicina mental; al deslizamiento progresivo de una fenomenología de la palabra alienada hacia una sintomatología de la expresión patológica corresponde una sustitución gradual de paradigmas; del tratamiento como última justificación del alienismo (Pinel, Esquirol), se pasará a la identificación de la locura como responsabilidad primera (Leuret, Falret, Brierre de Boismont, Morel, Trélat)»⁷.

Sin embargo, pese a las grandes precisiones alcanzadas en el terreno de la semiología clínica, desde la perspectiva de la psicopatología psiquiátrica, la discriminación de la locura a partir de los trastornos del lenguaje jamás alcanzó sus propósitos de una forma definitiva. Tal es el parecer de R. Menahem, sintetizado en las palabras que siguen: «*La posición psiquiátrica es, pues, la siguiente: existe un lenguaje normal; clínicamente, existen trastornos del lenguaje; experimentalmente, nunca se ha podido demostrar en qué difiere el lenguaje de los enfermos del lenguaje normal*»⁸. Y no le falta razón a este autor y a todos los que como él piensan, pues al estudiar únicamente un fenómeno del lenguaje supuestamente morboso, incluso siendo muy minuciosa su descripción y hallando allí detalles muy sutiles que lo opongán a otras manifestaciones parecidas, a la postre resultará imposible colegir si dicho fenómeno caerá dentro del cesto de la patología, de la normalidad o de la creatividad.

⁷ RIGOLI, J.: *Lire le délire. Aliénisme, rhétorique et littérature en France au XIXe siècle*, Fayard, 2001, p. 108.

⁸ MENAHEM, R.: *Langage et folie*, París, Les Belles Lettres, 1986, p. 123.

Una muestra de esta forma de proceder, cuyos resultados fueron menos concluyentes de lo esperado, la hallamos en la descripción minuciosa de los trastornos asociativos llevada a cabo por Eugen Bleuler para fundamentar su noción de esquizofrenia. Pilar de su concepción psicopatológica, a propósito de los trastornos de las asociaciones Bleuler observó que los esquizofrénicos operan con ideas y conceptos de forma deshilachada y sin relación estable; siguiendo en esto a Freud, apreció que esas asociaciones ilógicas están articuladas mediante condensaciones y desplazamientos, a resultas de lo cual se produce un efecto de incoherencia formal del contenido, puesto que el curso del pensamiento de estos enfermos está dominado por «obstrucciones» y «privaciones del pensamiento». A modo de síntesis de los trastornos de las asociaciones, concluye el autor: *«En esta enfermedad, las asociaciones pierden su continuidad [...]. Además, las asociaciones tienden a efectuarse siguiendo nuevas líneas, de las cuales conocemos hasta ahora éstas: dos ideas se encuentran casualmente, se combinan en un pensamiento, cuya forma lógica es determinada por circunstancias incidentales [...]. Dos o más ideas son condensadas en una sola. La tendencia al estereotipo produce la inclinación a aferrarse a una idea a la que el paciente retorna una y otra vez. Generalmente hay una marcada escasez de ideas, hasta llegar al monoideísmo. Con frecuencia, alguna idea domina la cadena de los pensamientos bajo la forma de obstrucción, «poniendo nombres» (naming) o ecopraxia [...]. Un alto grado de trastornos asociativos tiene por resultado, generalmente, estados de confusión»*⁹.

⁹ BLEULER, E.: *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*, Buenos Aires, Paidós, 1961, p. 21.

Con el tiempo, este tipo de trastorno las asociaciones termina por cuajar una forma de pensamiento confuso, fragmentario, extravagante e incorrecto, produciéndose en ocasiones una «obstrucción» o una aparición súbita de pensamientos (*Gedankendrängen*) que no guarda con los precedentes una relación reconocible¹⁰.

Ciertamente, cualquier clínico que trate con esquizofrénicos encontrará reflejos de estas descripciones en unos cuantos de sus pacientes. Sin embargo, parecería osado establecer a partir de ellas una regla definitiva y capaz de diferenciar estos fenómenos de otros presentes en el pensamiento de sujetos no esquizofrénicos. Tal es mi parecer, y en eso coincido excepcionalmente con los trabajos recientes de Nancy Andreasen, quien sostiene que los trastornos del lenguaje –especialmente los señalamientos sobre la pérdida de capacidad asociativa– descritos por Bleuler no deben ser considerados específicos de la esquizofrenia. Tampoco las

¹⁰ En su célebre conferencia de 1926, Bleuler resaltó, por encima de cualquier otro trastorno, el papel desempeñado por el «relajamiento» (*Lokerung*) asociativo. A título ilustrativo de este trastorno, cita este autor el siguiente fragmento clínico: «A la pregunta: «¿Dónde está Egipto?», a ninguna persona normal se le pasa por la cabeza contestar: «Entre Asiria y el estado del Congo». Ya el hecho de asociar en el pensamiento uno de los más antiguos Estados del mundo con uno de los más modernos no es posible más que cuando la noción del tiempo, que en el hombre normal nunca deja de desempeñar su papel en el inconsciente, ha sido omitida por el enfermo. Pero juntarlo con la noción de Egipto es aún más raro desde el punto de vista geográfico. Una idea menos complicada, como «Noreste de África» o cualquier otra parecida, no surge en el enfermo, sino por el contrario la de un país que pertenece a otro continente y cuya frontera ni siquiera roza a Egipto, y seguida de la de otro país que sólo indirectamente se relaciona con Egipto a través de Sudán. Y no obstante, la respuesta del enfermo demostraba que conocía bien la situación geográfica de Egipto» (BLEULER, E.: «La schizophrénie», *Rapport de psychiatrie au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, XXX session, 2-7 agosto, Paris, Masson, 1926*, pp. 2-23; el texto citado corresponde a la traducción española: «La esquizofrenia» [1926], *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1996, vol. XVI, nº 60, p. 665).

investigaciones de esta autora nos sacan del atolladero, pues al examinar una lista de esas alteraciones (laconismo, pobreza del contenido de la palabra, difluencia, desvaríos, incoherencias, silogismos, asonancias, neologismos, aproximaciones verbales, digresiones, ausencia de finalidad, perseveración, bloqueo, ampulosidad, parafasia fonética o semántica), nos quedamos con la miel en los labios al conocer sus conclusiones: según Andreasen resulta imposible saber, al analizar estadísticamente esos trastornos por separado, en qué ocasiones son propiamente psicóticos, dado que en su consideración se trata de fenómenos continuos que se pierden gradualmente desde la psicosis a la normalidad¹¹.

Este problema tan simple y cotidiano pone de manifiesto ejemplarmente los límites de cualquier metodología que se limite exclusivamente a los fenómenos y margine al sujeto que los produce y, al mismo tiempo, soporta. Cuando Clérambault, seguramente el más penetrante de los microfenomenólogos, se preguntó respecto a la diferencia que separa los fenómenos intrusivos y parásitos del Pequeño Automatismo Mental o Síndrome de Pasividad de aquellos otros procesos propios del pensamiento normal –como es el caso del mentismo y de la cogitación de un sujeto solitario y cansado, por ejemplo–, no halló, a pesar de la potencia de la lente con la que los examinó, diferencias significativas: «[...] *hay varios que figuran, al menos en forma reducida y excepcionalmente, en el juego del pensamiento*

¹¹ ANDREASEN, N. C.: «Thought, language and communication disorders. (I) Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability», *Arch. Gener. Psychiat.*, 1979, nº 36, pp. 1315-1321; «Thought, language and communication disorders. (II) Diagnostic significance», *Arch. Gener. Psychiat.*, 1979, nº 36, pp. 1322-1330.

normal y subnormal. Son, por una parte, el devanado mudo de los recuerdos, las semejanzas, falsos reconocimientos y extrañezas, las sustituciones de pensamiento e ideorreas, por otra parte, las desapariciones de pensamientos, olvidos, interrupciones y vacíos del pensamiento, las esperas, dudas, perplejidades, aprosexias. Es preciso añadir los juegos parcelares. Todos esos fenómenos son frecuentes en estados de fatiga legítima, de insomnio y de neurastenia, muy frecuentes (salvo, naturalmente, la aprosexia y la duda) en los estados hipnagógicos y en las intoxicaciones. [...] En el Automatismo Mental, el conjunto de esos fenómenos se convierte en norma: son erigidos en sistema»¹². Pues bien, más allá de que tales fenómenos se conviertan finalmente en «sistema», cosa que no siempre sucede, la conclusión del Maestro de la Enfermería Especial resulta un tanto decepcionante al aminorar las diferencias fenomenológicas entre el pensamiento normal y el propio del Automatismo Mental en su fase inicial, fase por lo demás que en algunos trastornados permanece de por vida.

Clérambault, movido por una inusual pasión por los detalles y las texturas, no se conformó con tan vaga aproximación preliminar. En efecto, al perseverar en la búsqueda de matices que le permitieran una cabal separación entre los fenómenos comunes y los xenopáticos, nuestro autor siguió unas pesquisas que le condujeron inevitablemente más allá de fenomenología, adentrándose así de lleno en la morada de la subjetividad. Tal proceder resulta ejemplar en los comentarios sobre una de sus pacientes, al hilo de los

¹² CLÉRAMBULT, G. G. DE: «Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse. Pathogénie» [1924], *Œuvre Psychiatrique*, vol. II, París, Presses Universitaires de France, 1942, pp. 509-510.

cuales propuso: «*Los pensamientos adventicios de la enferma probablemente no sean distintos a aquellos que, en el sujeto normal, serían reprimidos [refoulées]; llaman la atención porque se imponen*»¹³.

Precisamente a partir de esta experiencia xenopática narrada por la enferma, es decir, de esta vivencia que la desgarró y la convirtió en ignorante emisora de palabras que no reconoce como propias sino impuestas, podemos colegir que el carácter psicótico por excelencia de este tipo de trastornos del lenguaje no se halla tanto en la textura del fenómeno sino en el hecho de cómo es experimentado por el sujeto. Y precisamente lo que esa alucinada nos transmite es que ella, convertida en una fuente parásita, recibe sus propias palabras como si le fueran ajenas, pero en su perplejidad tiene la rotunda convicción de que esas palabras le conciernen en lo más íntimo de su ser. Estos hechos captados por muchos psicopatólogos alcanzaron con Freud una explicación que sigue pareciendo indiscutible, pues ningún modelo nosológico ha logrado como el suyo articular el mecanismo genérico (*Verdrängung, Verwerfung*) que conforma la estructura con su fracaso y correspondiente retorno en el sujeto (endofasia, xenopatía).

Si la fenomenología del lenguaje hablado por los locos muestra grandes dificultades diagnósticas cuando se escamotea al sujeto allí implicado, los estudios sobre los escritos de los alienados ponen de relieve ciertas particularidades, hecho éste ya destacado por Guislain al referirse a las «cartas escritas por los alienados», que según

¹³ CLÉRAMBAULT, G. G. DE: «Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse. Pathogénie» [1924], *op. cit.*, pp. 508.

él constituyen la prueba menos engañosa a la hora de establecer un diagnóstico: «*Mientras que todos sus actos y su palabra no predicen un estado mórbido, la palabra escrita descubre frecuentemente este estado*»¹⁴.

Menos entusiasta que el psiquiatra belga, el escritor Raymond Queneau, en su ensayo *En los confines de las tinieblas. Los locos literarios*, da prueba de su buen tino al advertirnos de cuán inadecuado resulta emitir un dictamen de alienación cuando únicamente se juzga la forma y el contenido de los escritos. Ahora bien, Queneau admite la posibilidad de establecer ese tipo de dictámenes «*con cierta verosimilitud cuando el contenido concierne a la persona del mismo autor*»¹⁵, máxime si se trata de un relato autobiográfico, pero en ningún caso cuando el escrito en cuestión trata de materias científicas.

El autor se hace así eco de una corriente de pensamiento psicopatológico más bien marginal, aunque muy apegada al trato con la locura, según la cual los delirios no se definen por la rareza de las ideas, tal como había sostenido antaño François Leuret de manera harto lapidaria: «*En una primera aproximación, nada parecía más fácil, al escribir este libro que redactar un capítulo sobre la falsedad de las ideas [delirantes]: su carácter, evidentemente absurdo, debía en mi opinión ser considerado como uno de los elementos del delirio. Pero a medida que progresaba se me presentaban múltiples dificultades; con trabajo conseguía solventarlas, y he trabajado, pero lejos de avanzar me he confundido cada vez más. No me ha sido posible, pese a mis intentos,*

¹⁴ GUISLAIN, J.: *Leçons orales sur les phrénopathies*, vol. I, París, 1852, p. 51.

¹⁵ QUENEAU, R.: *En los confines de las tinieblas. Los locos literarios*, Madrid, A.E.N., 2004, p. 31.

distinguir por su sola naturaleza una idea loca de una idea razonable. He buscado, tanto en Charenton, como en Bicêtre, o en la Salpêtrière, la idea que podría parecerme más loca; después, cuando la comparaba con bastantes de las que circulan por el mundo, me quedaba sorprendido, casi avergonzado, por no encontrar ninguna diferencia. ¿Ocurriría lo mismo con las ideas de los sabios? [...]; permítaseme decirlo, pues es cierto: [los sabios] tienen algunas veces ideas locas, tan locas como las de los alienados»¹⁶.

II. Impactos

De haber atinado con buenos argumentos –los trastornos asociativos descritos por Bleuler, las pesquisas seguidas por Clérambault en pos de los fenómenos elementales del Automatismo Mental y la sorpresa de Leuret respecto a las ideas delirantes–, de los párrafos anteriores pueden colegirse cuando menos dos consideraciones. En primer lugar, que los análisis de los fenómenos de lenguaje, a pesar de las extraordinarias dotes de los observadores, arrojan un saldo ciertamente equívoco respecto a la discriminación diagnóstica, precisamente por fijarse sólo en la textura, los relieves, el contenido, la calidad o la cantidad de los fenómenos; no obstante, de tal aguda mirada y talento descriptivo extraeremos dos principios resueltamente válidos para nuestra clínica cotidiana: por una parte, el impacto, la

¹⁶ LEURET, F.: *Fragments psychologiques sur la folie*, París, Crochard, 1834, pp. 41-42. Continuando esta argumentación, Jacques Lacan llegó incluso a plantear no ya la rareza, sino la acomodación de las ideas delirantes al discurso de la ciencia: «Creer que la ciencia es verdadera bajo el pretexto de que es transmisible (matemáticamente) es una idea propiamente delirante [...]» (LACAN, J.: «Nota italiana» [1974], *Uno por uno*, 1991, n.º 17, p. 13). Un examen crítico de los criterios tradicionales en los que se ha basado la noción 'delirio' puede leerse en el ensayo *La invención de las enfermedades mentales*, Madrid, Dor, 1999, pp. 407-453.

afectación y la conmoción experimentada por el sujeto, de pronto sumido en una perplejidad oceánica, cuando inicialmente es pasto de fenómenos elementales de tipo xenopático, tal como expusimos a propósito de los comentarios de Clérambault sobre una de sus enfermas alucinadas; por otra parte, la sutil apreciación de Séglas según la cual la fuente de las alucinaciones no se hallaba en el exterior, sino que implicaba al sujeto alucinado y al lenguaje, hecho éste que le dio pie para describir las «alucinaciones psicomotrices verbales», culminando sus investigaciones con una defensa entusiasta de la vinculación entre el lenguaje y la alucinación («patología del lenguaje interior»)¹⁷.

En segundo lugar, por más que el análisis fenomenológico advirtiera a los psicopatólogos de esta implicación del sujeto en los trastornos y de la dimensión esencial que en ellos desempeñaba el lenguaje, sus observaciones se dieron de bruces con el muro que suponía su concepción del lenguaje, la cual no iba más allá de considerarlo una facultad a disposición de la persona, cuyos desajustes les permitían orientarse relativamente sobre el diagnóstico. En esta coyuntura hizo su entrada en la escena de la clínica mental Freud, heredero de la gran clínica psiquiátrica decimonónica, quien, merced a su genio, estaba llamado a provocar en ella

¹⁷ De las contribuciones de Jules Séglas al problema de las alucinaciones, véanse: *Des troubles du langage chez les aliénés*, Paris, Rueff, 1892; *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, Asselin et Houzeau, 1895, pp. 1-29, 321-349 y 563-655; «Séméiologie des affections mentales», en G. BALLEET (Dir.), *Traité de pathologie mentale*, Paris, G. Dion, 1903, pp. 130-270; «Las alucinaciones y el lenguaje», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998 [1934], vol. XVIII, nº 68, pp. 673-677. Pueden igualmente consultarse nuestros estudios críticos: J. M^a. ÁLVAREZ y F. ESTÉVEZ, «Las alucinaciones: historia y clínica», *Frenia*, 2001, vol. I, fasc. I, pp. 65-96; J. M^a. ÁLVAREZ, «Sobre las relaciones entre las alucinaciones y el lenguaje en la obra de Séglas», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998 [1934], vol. XVIII, nº 68, p. 667-671.

una auténtica revolución¹⁸. Desde sus primeros trabajos de psicología patológica, fruto de la paulatina investigación del punto de encuentro del ser y el lenguaje, esto es, el inconsciente, al tiempo que recuperó esa tradición clásica en la cual la palabra constituía el medio más adecuado para la terapéutica psíquica, abrió una dimensión absolutamente nueva en la que el lenguaje estaba implicado en la patogenia de los síntomas particulares.

Ciertamente, como haciéndose eco de la gran tradición platónica, aristotélica y la desarrollada por las grandes escuelas de la filosofía práctica helenística –especialmente las corrientes estoica, epicúrea y escéptica–, actualizó la vinculación consustancial entre el *pathos* y el *éthos*, también presente en la forma en que los primeros alienistas concibieron el «tratamiento moral»¹⁹.

Sin embargo, su gran originalidad radicó en el hecho de formular una teoría según la cual los síntomas psíquicos se conformaban de acuerdo con las leyes del lenguaje. Se percató de ello desde sus primeros trabajos, cuando

¹⁸ Que el psicoanálisis surgió en el marco de la clínica psiquiátrica es algo que todavía algunos discuten, dando con ello pruebas de indudable desorientación. A este respecto, en 1973 Lacan escribió: «Pues la cuestión comienza a partir de que hay tipos de síntomas, que hay una clínica. Sólo que ella es anterior al discurso analítico, [...]» (LACAN, J.: «Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des *Écrits*», en *Autres écrits*, París, Seuil, 2001, p. 556).

¹⁹ Pese a que estos aspectos no han sido suficientemente investigados por los historiadores del psicoanálisis y la psicopatología, resulta evidente el tronco común en el que se insertan esas tradiciones de la filosofía antigua greco-romana, el alienismo y el psicoanálisis, tal como he argumentado en otras ocasiones. Pues la terapéutica psíquica mediante el buen uso de la palabra y la relación transferencial entre maestro y alumno (clínico y paciente), no son asuntos nuevos en nuestra cultura. Una pequeña guía para esclarecer estos desarrollos puede partir de Platón, en especial de su *Cármides* y las muchas referencias en sus obras al *lógos calós*; continuar con Aristóteles y su noción de *catarsis* –fue Jacob Bernays, filólogo judío y tío paterno de Marta, la mujer de Freud, quien con mayor ahínco profundizó en estos aspectos–; culminar con las

investigaba la diferente naturaleza de la parálisis histéricas y las orgánicas, avanzando sus primeras teorías a propósito de sus pacientes histéricas: tradujo los dolores en las piernas de Isabel de R. como la «expresión somática» de que las «cosas no marchan», y concretamente la astasia-abasia como «no lograr avanzar un paso en sus propósitos» y «carecer de todo apoyo»; igualmente advirtió esa implicación en la neuralgia facial que presentaba la señora Cecilia M., cuyo inicio se había producido inmediatamente después de que su marido le proferiera palabras ofensivas: «Luego, de repente se llevó la mano a la mejilla, gritando de dolor, y exclamó: «Fue como si me hubiera dado una bofetada». Con esto terminaron el dolor y el ataque»²⁰.

Resulta evidente que Freud interpreta el síntoma como si se tratara de un nudo de palabras, atribuyendo un papel

grandes escuelas del período helenístico (Epicuro dejó dicho: «Vana es la palabra del filósofo que no remedia ningún sufrimiento del hombre. Porque así como no es útil la medicina si no suprime las enfermedades del cuerpo, así tampoco la filosofía si no suprime las enfermedades del alma»); y verificar hasta qué punto esta amplia tradición fue recuperada por Pinel, fundador de la psiquiatría moderna, quien dedicó a las *Disputaciones tusculanas* de Cicerón —el más destacado compilador del saber antiguo— las siguientes palabras en el *Traité médico-philosophique sur la aliénation mentale, ou la manie* (París, Brosson, 1809, 2ª ed., p. 12): «Apenas se podría hablar de las pasiones como enfermedades del alma, sin tener presentes las *Tusculanas* de Cicerón y las otras obras que este hombre genial ha dedicado a la moral en su madurez». Véanse, amén de las obras de los mencionados autores, los siguientes estudios críticos: P. LAÍN ENTRALGO, «La racionalización del ensalmo y la invención de la psicoterapia verbal», *Frenia*, 2001, vol. 1, fasc. 2, pp. 107-129; J. M^a. ÁLVAREZ, R. ESTEBAN y F. SAUVAGNAT, *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, op. cit., pp. 277-308; M. C. NUSSBAUM, *La terapia del deseo. Teoría y práctica en la ética helenista*, Barcelona, Paidós, 2003; P. HADOT, *Qué es filosofía antigua*, México DF, Fondo de Cultura Económica, 1998; M. FOUCAULT, *Discurso y verdad en la antigua Grecia*, Barcelona, Paidós, 2004; A. CHAIGNET, *Histoire de la psychologie des grecs*, t. I, II, III, IV y V, París, Hachette, 1887-1893.

²⁰ Cf. S. FREUD, *Estudios sobre la histeria* [1895], en *Sigmund Freud. Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu, 1976, vol. II.

esencial a la forma misma de la palabra, a la envoltura formal del síntoma, única vía capaz de desvelar el deseo inconsciente. A través de sus investigaciones sobre las formaciones del inconsciente, y en particular sobre las fallas, los imprevistos, las sorpresas y equivocaciones, Freud se percató de que ese sujeto que habla, antes que dueño de su discurso es más bien su efecto. En esta concepción, el lenguaje es presentado como la dimensión simbólica que nos constituye en tanto que sujetos y nos determina; asimismo, el síntoma y el resto de las formaciones del inconsciente comparten una estructura común conformada por las leyes y recursos retóricos del lenguaje. En este sentido, Lacan señaló en los años cincuenta, evocando los descubrimientos de Freud, que el psicoanálisis podría definirse como la ciencia del sujeto habitado por el lenguaje: *«En la perspectiva freudiana, el hombre es el sujeto capturado y torturado por el lenguaje»*²¹.

En el marco de esta nueva concepción del lenguaje y a resultas de escudriñar el síntoma por todos sus contornos —el sentido, los mecanismos patogénicos, la satisfacción allí en juego, y la función—, Freud percibió algo nunca antes atisbado en el terreno de la psicosis y los trastornos del lenguaje, esto es, que los delirios y los escritos de los delirantes constituían por sí mismos un trabajo autocurativo y que más que las alteraciones formales importaba la función del delirio, siempre destinada a restablecer el equilibrio dentro del marasmo subjetivo que acarrea la entrada en la psicosis: *«Y el paranoico lo reconstruye (el mundo), claro que más espléndidamente, pero al menos de tal suerte que pueda volver a vivir dentro de él. Lo edifica de*

²¹ LACAN, J.: *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis, 1955-1956*, Barcelona, Paidós, 1981, p. 350.

nuevo mediante el trabajo de su delirio. Lo que nosotros consideramos la producción patológica, la formación delirante, es, en realidad, el intento de restablecimiento, la reconstrucción»²².

Desarrollada con extrema coherencia a partir del análisis de *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, libro por excelencia de la experiencia psicótica debido al Magistrado Dr. Paul Schreber²³, esta tesis subversiva nos advierte de una dimensión inexcusable en cualquier estudio de los trastornos del lenguaje en la psicosis, la cual destaca la relación consustancial del sujeto trastornado con los fenómenos que produce, en ningún caso caprichosos, azarosos o casuales. De esta manera, me parece que en el análisis de Freud confluyen los tres criterios arriba anunciados respecto a las investigaciones sobre los trastornos del lenguaje: en primer lugar, la textura y los relieves del fenómeno que nos orienta provisionalmente sobre su ubicación nosográfica; en segundo lugar, la afectación o el impacto experimentado por el sujeto; en tercer lugar, la función que esos fenómenos o trastornos del lenguaje tienen en la economía y dinámica de la psicosis, es decir, en el trabajo reconstructivo que el sujeto realiza.

Aunque Freud investigó sobre todo la dimensión paranoica de la psicosis, especialmente las formaciones delirantes, también dedicó algunos breves comentarios al polo más esquizofrénico en su artículo «Lo inconsciente» (1915), en

²² FREUD, S.: *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente* [1911], en *Sigmund Freud. Obras Completas*, Vol. XII, *op. cit.*, p. 65.

²³ Puede consultarse la reciente traducción española de las *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken*, ahora publicadas con un título más acorde al original alemán: D. P. SCHREBER, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, Madrid, A.E.N., 2003.

especial los relativos al *Organsprache* («lenguaje de órgano») y al «dicho esquizofrénico» (*schizophrene Rede*). Parece del todo pertinente afirmar que en su análisis se hallan presentes esos tres discernimientos que desde el inicio consideré complementarios y necesarios: por una parte, Freud diferencia el lenguaje esquizofrénico de la conversión histérica teniendo en consideración la textura de los fenómenos; por otra, pone de manifiesto hasta qué punto el sujeto es impactado por la brusca aparición de las palabras, aquí directamente realizadas en movimientos y automatismo corporales; finalmente, la función creativa o trabajo subjetivo con respecto a esos fenómenos es desarrollada por la enferma, Emma, hasta conformar un delirio de influencias no persecutorio.

De esta manera, a diferencia de otro tipo de análisis –como el clásico de Eugen Bleuler o los más recientes de Nancy Andreasen–, Freud nos procuró dos indicaciones sobre los trastornos del lenguaje en la esquizofrenia cuyo valor sigue resultando irrenunciable: en primer lugar, que el esquizofrénico trata las palabras como si fueran cosas, esto es, que en él las palabras se hacen carne; en segundo lugar, la permanente referencia al órgano, en el «caso Emma» el ojo (*Auge*).

III. Función

Resulta evidente que el polo más esquizofrénico de la psicosis se describió a partir de las investigaciones sobre los trastornos del lenguaje y de los efectos de atomización y disgregación que éstos causaban en el sujeto, manifestaciones que afectaban tanto a la vertiente propiamente significativa –lenguaje que habla a través del sujeto, xenopatía o Síndrome de Pasividad clérambaultiano– como a la de la significación –relajamiento (*Lokerung*) asociativo, según Bleuler–.

Frente a esta atomización de la identidad o polo esquizofrénico, en el búnker de la personalidad, es decir, la paranoia, desde mediados del siglo XIX las investigaciones sobre el neologismo han concitado la atención de los psicopatólogos, aportándonos sobre el particular memorables estudios; algunos de ellos serán aquí evocados con el fin de precisar su concepto y mostrar la dimensión creativa o función reparadora que los trastornos del lenguaje prestan a la dinámica de la psicosis.

Fue seguramente el artículo de L. Snell –director del asilo de Eichberg– dedicado a las alteraciones de la forma de hablar y la formación de nuevas palabras en los delirios alucinatorios (*Wahnsinn*), el primero que examinó los neologismos de una manera sistemática²⁴. Estudiando un buen número de pacientes delirantes, Snell advirtió que algunos creaban nuevos símbolos y palabras para expresar nuevos sentimientos e ideas, llegando a veces a la invención de una lengua; señaló también que, en ocasiones, las palabras empleadas eran de nuevo cuño y que otras eran usadas con un sentido totalmente distinto al de las personas sanas, de manera que el neologismo en psicopatología nombra tanto las palabras de nueva creación como aquellas otras a las que el sujeto confiere una significación inédita. Tampoco pasó desapercibido a Snell que en algunos casos las palabras inventadas surgían directamente de alucinaciones, cuyo impacto provocaba en los enfermos una gran inquietud, hasta que tiempo después lograban salir de ella proponiendo interpretaciones ante esa significación enigmática.

²⁴ SNELL, L.: «Über die veränderke Sprechweiss und die Bildung neuerwerke und ausdrücke in Wahnsinn», *Allgem., Zeitsch. für Psychiatrie*, 1852, IX, 11. Véanse los comentarios que dedica a este estudio A. KUSSMAUL, *Les troubles de la parole*, París, Baillière, 1884, pp. 271-287.

A partir de estas apreciaciones, tres décadas después, E. Tanzi les atribuyó un valor fundamental en los delirios crónicos, escribiendo al respecto frases muy hermosas: «*[el neologismo] es como el centinela perdido de un delirio que se esconde y huye*»; «*es la flor y nata de la ideación delirante, la meta más constante del pensamiento, el objetivo característico de la preocupación del loco*»²⁵. Según Tanzi, los neologismos bastan por sí mismos para establecer un diagnóstico diferencial acertado, siempre y cuando se sepa distinguirlos de las palabras inventadas por las personas normales; a este respecto nos dejó algunas indicaciones de un valor incuestionable: «*Por el contrario, el paranoico no inventa generalmente más que una sola palabra, y esa palabra se convierte en el símbolo patente de la anomalía paranoica pues encierra la síntesis del sistema delirante. Es lógico atribuir a cosas nuevas, que parecen nuevas, nuevos nombres. El neologismo del paranoico no es otra cosa que la expresión de esta necesidad. Es por ello que no existen prácticamente paranoicos que, sintiéndose diferentes al resto, no experimenten la necesidad de resaltar esta diferencia forjando su neologismo, palabra solemne, inolvidable, original como el delirio al que pertenece*»²⁶.

Al corriente de los estudios anteriores, Séglas propuso distinguir unos neologismos pasivos («resultado de procesos automáticos») y otros activos («creados voluntariamente»), equívoca diferenciación según la cual los primeros se deberían a una simple asociación por asonancia o representación y no tendrían a veces sentido para el propio

²⁵ TANZI, E.: «I neologismi degli alienati in rapporto con delirio cronico», *Rev. Sper. Freniatr.*, 1889, t. XV, fasc. IV, p. 15 y ss, y 1890, p. 16 y ss.

²⁶ Cf. E. TANZI, *Trattato delle malattie mentali*, Milán, 1904.

loco, mientras que los «activos» surgen de un acto de voluntad del sujeto («son creados con intención») y les dota de un significado particular. En este segundo caso, puede tratarse de voces completamente nuevas, o bien de palabras ya existentes a las que el trastornado confiere un sentido distinto al habitual: *«carentes de sentido para todos menos él, adquieren una significación especial cuando se les encuentra su clave»*²⁷.

Coincidiendo con Ségla y Lefèvre al respecto de esta distinción, Enrico Morselli, el gran semiólogo italiano, investigó de forma muy original la alteración del sentido que introducen los neologismos, proponiendo la siguiente explicación, según se trate de vocablos o de frases: *«Si se trata de vocablos, el neologista se apoya unas veces en su relación de semejanza (metáfora); otras veces traslada un significado a otro afín u opuesto, del abstracto al concreto, de la causa al efecto, del instrumento a la acción, de la acción al agente, y viceversa (metonimia); en otras ocasiones invierte la comprensión mayor o menor, es decir, expresa la parte por el todo, la especie por el género, el singular por el plural o viceversa (sinécdoque); a veces, también, emplea el nombre común como propio, o el propio como común (antonomasia); en ocasiones, adoptará preferentemente la palabra equívoca (homonimia, sinonimia, consonancia fonética); cambia, a veces, la métrica de las palabras (diéresis, elisiones, acentuación de una sílaba, rima). Cuando se trata de frases, el hecho de crear neologismos consiste en abusar de la transferencia de términos, de la ironía, de hipérboles y sobre todo de perífrasis (es típico de la paranoia la circunlocución reticente del discurso), en suprimir parte de la proposición (asíndeton,*

²⁷ SÉGLAS, J.: *Des troubles du langage chez les aliénés*, op. cit., p. 51.

elipsis), en el añadido (pleonasma), en remachar la misma idea (repetición), en atribuir sinonimia a palabras diversas (antífrasis), en dialogizar, en imprecisar y deprecar incesantemente, etcétera»²⁸.

Si desde un punto de vista descriptivo las apreciaciones que se acaban de citar mantienen todo su valor, la distinción entre neologismos activos (siempre presentes, contienen la quintaesencia última del delirio, y en ocasiones constituyen su punto de partida) y pasivos (palabras efímeras y erráticas ajenas al delirio) resulta problemática siempre y cuando se entienda que los segundos suceden al margen del sujeto, como si provinieran de no se sabe qué automatismo en el que el trastornado no participa o, según nuevas versiones, de una «sopa» boba que se cocina a espaldas de quien habrá de tragársela.

Como anillo al dedo vienen en este punto los comentarios de Jacques Lacan en el *Seminario* sobre las psicosis, momento de mayor esplendor de sus desarrollos sobre lo Simbólico, magníficamente ejemplificados con las referencias al Automatismo Mental de su maestro en Psiquiatría²⁹. A lo largo de todo ese *Seminario* alentó Lacan a su audiencia a

²⁸ MORSELLI, E.: *Manuale di semeiotica delle malattie mentale*, Milán, Francesco Vallardi, 1896, vol. II, pp. 466-467.

²⁹ Parece indudable la enseñanza que el Automatismo Mental ha prestado al desarrollo de la doctrina lacaniana, no sólo en el periodo intermedio de su elaboración. Siempre presente en su reflexión, la hallamos al final de enseñanza en los comentarios que dedicó en *Le sinthome* (1976) a un paciente al que había entrevistado días antes en una de las presentaciones de enfermos: «¿Cómo es posible que todos nosotros no sintamos que las palabras de las que dependemos nos son de alguna manera impuestas? Ahí es precisamente donde lo que se suele llamar un enfermo va, a veces, más lejos que el llamado normal. La cuestión es por qué un hombre llamado normal no se da cuenta de que la palabra es un parásito, una imposición, que la palabra es la forma de cáncer de la que el ser humano está afligido».

fin de que «provisionalmente adopten esta convención, la de que para que estemos en la psicosis tiene que haber trastornos del lenguaje», llegando incluso a afirmar: «Rehusé dar el diagnóstico de psicosis por una razón decisiva: no había ninguno de los trastornos que son nuestro objeto de estudio este año, que son trastornos del orden del lenguaje. Antes de hacer el diagnóstico de psicosis, debemos exigir la presencia de esos trastornos»³⁰.

Esta afirmación, rotunda, animó a investigar los trastornos del lenguaje y los fenómenos elementales, aunque inicialmente contribuyera a crear una cierta confusión, pues la presencia de trastornos del lenguaje no siempre resulta evidente en algunas formas de psicosis, cuyo diagnóstico clínico y estructural, por lo demás, no ofrece demasiadas dificultades siempre que se apoye en otros criterios.

A pesar de lo dicho y también pese a que el ejemplo allí elegido (*galopinar*)³¹ no fue, quizás, el más adecuado, Lacan desarrolló un análisis del neologismo y de su función que sigue siendo paradigmático: por una parte, indicó que en el neologismo podremos aprehender un índice de la forclusión del Nombre del Padre –causa definitiva del «desencadenamiento del significante»–, contribuyendo así al diagnóstico de estructura; por otra, enfatizó su función reparadora, esto es, esa modalidad de trabajo autocurativo que asume el delirante para reequilibrar el desequilibrio que

³⁰ LACAN, J.: *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis, 1955-1956*, op. cit., p.133.

³¹ A propósito de «galopinar», véanse los comentarios de J.-A- MILLER *et al.* (*La psicosis ordinaria*, Buenos Aires, Paidós, 2004, p. 212) y los de J.-C. MALEVAL (*La forclusión del Nombre del Padre*, op. cit., p. 165).

supone el nacimiento a la psicosis, esfuerzo éste destinado a sostenerse en la red de los significantes y mantenerse en la facultad del lenguaje.

En su análisis de los neologismos, Lacan destaca el carácter no dialectizable y la autosuficiencia que muestran frente al resto de palabras. Asimismo, dicho examen presta atención a las dos dimensiones posibles que ellos pueden adquirir, la que afecta a la vertiente propiamente significativa —a menudo, la creación de un término nuevo— y la que se manifiesta en trastornos muy evidentes de la significación: *«Con relación al significante, en su carácter material, el delirio se distingue precisamente por esa forma especial de discordancia con el lenguaje común que se llama neologismo. Respecto de la significación, se distingue justamente —hecho que sólo puede surgir si parten de la idea de que la significación remite siempre a otra significación— porque la significación de esas palabras no se agota en la remisión a una significación»*³².

A tenor de lo anterior, en el terreno de la significación los neologismos muestran una propiedad inusual, ya que ellos remiten a la significación en cuanto tal: *«Es una significación que fundamentalmente no remite más que a sí misma, que parece irreductible. El enfermo mismo subraya que la palabra en sí misma pesa. Antes que poder ser reducida a otra significación, significa en sí misma algo inefable, es una significación que remite ante todo a la significación en cuanto tal»*³³.

³² LACAN, J.: *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis, 1955-1956*, op. cit., p. 52.

³³ LACAN, J.: *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis, 1955-1956*, op. cit., p. 52.

Terciando implícitamente sobre la distinción tradicional entre neologismos activos y pasivos, Lacan se vale de las *Denkwürdigkeiten* de Schreber para mostrar dos fenómenos extremos donde se dibuja el neologismo: la intuición delirante y la fórmula repetitiva. Se trata en el primer caso de un fenómeno «pleno», «que tiene para el sujeto un carácter inundante, que lo colma», mientras que en el segundo advierte que la significación ya no remite a nada, pues es una fórmula que se repite de una forma estereotipada, adquiriendo el carácter del estribillo. *«Ambas formas –continúa Lacan–, la más plena y la más vacía, detienen la significación, son una especie de plomada en la red del discurso del sujeto. Característica estructural que, en el abordaje del delirio, permite reconocer la rúbrica del delirio».*

Captar la «rúbrica del delirio», aprehender «la flor y nata de la ideación delirante» –en palabras de Tanzi–, constituían una sempiterna preocupación de Lacan sobre la cual ya había escrito en 1946 palabras muy hermosas y de una profundidad clínica fuera de toda duda: *«Emprendamos este camino para estudiar las significaciones de la locura, como nos invitan a hacerlo los modos originales que muestra el lenguaje, esas alusiones verbales, esas relaciones cabalísticas, esos juegos de homonimia, esos retruécanos, que han cautivado el examen de un Guiraud, y diré ese acento de singularidad cuya resonancia necesitamos oír en una palabra para detectar el delirio, esa transfiguración del término en la intención inefable, esa fijación de la idea en el semantema (que aquí precisamente tiende a degradarse en signo), esos híbridos del vocabulario, ese cáncer verbal del neologismo, ese naufragio de la sintaxis, esta duplicidad de la enunciación, pero también esta coherencia que equivale a una lógica, esta característica que, desde la unidad de un estilo hasta las estereotipias, marca cada forma de delirio, todo aquello mediante lo que el alienado se comunica con*

*nosotros bien sea a través de la palabra o de la pluma»³⁴. Como puede apreciarse en el texto de Lacan –que por sí mismo podría constituir un programa completo de investigación–, la detección de los trastornos del lenguaje en la psicosis exige prestar atención tanto a los que afectan al significante como a la significación, ya que «*existen trastornos donde no se alcanza la forma significante sino la significación: la palabra es normal, la frase es normal, y sin embargo hay detrás de la palabra o de la frase una ‘intención inefable’*»³⁵.*

Espero, para concluir, haber contribuido a precisar algunas nociones relativas a los trastornos del lenguaje en la psicosis y logrado también transmitir ciertas indicaciones necesarias para afianzar una cabal clínica diferencial. Me he tomado para ello la licencia de proponer tres términos muy descriptivos (texturas, impactos y función), los cuales, si no me equivoco, podrían extenderse a otros muchos análisis psicopatológicos. Afortunadamente, los analistas contamos además con ese mirador excepcional que es la clínica bajo transferencia, ámbito privilegiado para aprehender lo más íntimo y singular de quien nos habla.

José María Álvarez

³⁴ LACAN, J.: «Propos sur la causalité psychique», *Écrits I*, París, Seuil, 1970, pp. 166-167. La alusión a Paul Guiraud se refiere a su artículo «Les formes verbales de l'interprétation délirante» (1921).

³⁵ MILLER, J.-A.: *La psicosis ordinaria*, op. cit., pp. 216-217.

EL ESPÍRITU DE LAS VOCES

Fernando Colina

Psiquiatra. Director Hospital Psiquiátrico Doctor Villacián. Valladolid.

Es fácil convenir que las voces son uno de los síntomas específicos de la psicosis. De él quiero tratar. Por dos motivos. Uno, para subrayar sus condiciones espirituales, el otro, para comentar un tipo de presentación que parece contravenir la concepción delirante con que las interpretamos. Estos casos, por lo tanto, parecen desmentir en cierto grado la teoría hermenéutica que hermana la alucinación y el delirio.

Voy a hablar del espíritu de las voces, de su vertiente espiritual. Voy a hacerlo, entonces, sobre las psicosis de la palabra o del lenguaje –las esquizofrénicas y paranoicas– no de las psicosis del deseo –las melancólicas–. En ambas, por supuesto, se derrumba el universo deseante del sujeto, pero en las primeras los síntomas optan por elementos racionales, mientras que las segundas no salen del escenario del deseo, dando pruebas de su atrofia, inhibición y agostamiento. Hablaré, por último, de las alucinaciones verdaderas, las del lenguaje, puesto que las voces, las llamadas por los clásicos alucinaciones psíquicas o pseudo-alucinaciones –frente a las psico-sensoriales, las genuinas para la psiquiatría clásica– son en rigor las auténticas alucinaciones. Pues las alucinaciones no son sensoriales, sino más bien vocales, aunque las adaptemos en cierto grado a los sentidos.

Nos ponemos en línea, a tenor de lo dicho, con quienes consideran que las alucinaciones no son un trastorno de la

percepción. Partimos para ello de un principio hermenéutico: las cosas las vemos porque las contamos, no las contamos porque las vemos. Sin lenguaje no se ve. La palabra es la condición de la percepción y, por consiguiente, la alucinación siempre es delirante, y lo es, antes que por cualquier otro motivo, porque resulta de una disfunción del lenguaje.

Encarnación del espíritu

El espíritu se encarna en voces. Todo cuanto acontece en la psicosis es carne o palabra. El espíritu es una voz, una palabra. Pero es un espíritu carnal. *«En el principio existía el Verbo. Y el Verbo se hizo carne»* –San Juan–. El Espíritu nos *Visita* y se encarna. Las voces también nos visitan. Así se muestran en nuestra religión y así se muestran igualmente en nuestra cultura clásica. A este respecto, hay que recordar lo que Plutarco –*Moralía* VIII, 240– cuenta de Sócrates y su *demón* –genio–: *«En muchas ocasiones califica [Sócrates] de impostores a quienes decían haberse comunicado mediante visiones con algún ser divino, mientras que atendía y se informaba con interés de quienes afirmaban haber oído una voz»*.

Los espíritus hablan. Todas las voces de los psicóticos son voces espirituales. Son soplos, soplos que insuflan conocimiento. El soplo es siempre un soplo engendrador. Recordemos el soplo del Espíritu Santo, aquel que concibió por obra y gracia de él mismo.

Las voces, desde este punto de vista, son fenómenos creadores, enraizadas en esa condición inventiva que es consustancial a la psicosis. Y son también, por la misma causa, fenómenos divinos en su mayor parte. Se muestran como revelaciones, como descubrimientos reveladores. En el fondo, las voces psicóticas son mensajes del cielo. De

hecho, siempre encontramos algo metafísico y trascendente en las psicosis. Schreber localizaba muy bien la aparición de los fenómenos trascendentales en su enfermedad, y separaba en relación a ellos un antes y un después.

Voces de amor y de odio

Todas las voces del esquizofrénico son filtros amorosos. Son voces de amor, de un amor incomprendido y enigmático la mayor parte de las veces, que se vuelve también incomprensible para nosotros. Las voces del psicótico proceden del desengaño amoroso. La voz pretende dar sentido al otro cuando el amor ha fracasado pero, en cuanto se le concede, en vez de surgir la compañía, que se ha ausentado, se inicia la experiencia de la intencionalidad, del perjuicio y el odio. La intención morbosa aparece porque la pretensión de amar del psicótico no cuenta con la mensajería del deseo para tramitarle, que ha desaparecido de su horizonte funcional. Como hombre excluido de la esfera deseante, el psicótico, cuando ama, quiere incorporar la totalidad de un solo golpe y no a pequeños bocados como el deseo y la salud imponen. Las voces, en el fondo, son flechazos y declaraciones de un amor pasional que no conoce de trámites, plazos ni intermediarios.

Al fracasar el deseo, que es el encargado de adherir las palabras a las cosas, la realidad avanza amenazadora hacia el psicótico. Las representaciones, si aceptamos el discurso de la fenomenología, que las consideraba en todos los casos como intencionales, siempre avanzaban unidas al deseo que las deposita y fija sobre las cosas. Cuando el deseo se pierde, la dirección se invierte y la realidad se muestra invasora y se revuelve amenazante hacia uno, cargada de intenciones y referencias. Pero el deseo también une los significantes entre sí para dar lugar a la palabra y el

lenguaje, y si ese engrudo falla, las palabras estallan y surge el automatismo mental, que es el escenario inicial de las voces antes de que consoliden poco a poco su sentido delirante.

Como vemos, el deseo es la matriz de la salud. Si falla, además del automatismo y la omnipotencia, sucede que el otro no comparece y es sustituido por la intención y la soledad. Ni siquiera el otro de la erotomanía ama al psicótico, pues más que amarle le persigue con su pasión. No restituye el amor, sino la persecución a través de la idea de amor.

Quizá por esta razón la voz alucinatoria reclama siempre al otro. Le llama. Sustituye a la culpa inherente al deseo, que es nuestro altavoz para citar a alguien y, a la vez, la herramienta de reparación y restitución que nos invita a vivir en sociedad.

Es cierto que, en general, no se sabe lo que dicen las voces, pues son inefables. Son «*un puro absurdo*» acompañado de «*injurias*», dice Schreber. Sin embargo, sabemos lo que significan. Todas significan *ven*. Digan lo que digan, el psicótico las devuelve como un *ven*. Llaman al otro para hacer compañía al psicótico. Raptan al prójimo, con su canto, en un rapto de amor vocal y especulativo.

También podemos decir que como voces de amor son voces privadas, y por ello son referenciales, dirigidas a uno mismo. Se entiende así que la pregunta exploratoria sobre si los demás también oyen las voces que el psicótico dice oír, sea una pregunta gratuita y esté fuera de lugar.

Pero ese *ven* también es la llamada amorosa dirigida a los síntomas para que vuelvan. Un reclamo siniestro, el gusto

con que el psicótico añora los síntomas y les conmina a volver. El regodeo con que el psicótico demuestra la tentación siempre presente de encariñarse con las voces. La repetición, si se prefiere, que atrae y empuja al psicótico a retomar los síntomas de un modo fatal.

El lenguaje mudo de la voz

Las voces, además de inefables, son mudas. No es de extrañar que todos experimentemos unas voces calladas que no acertamos a oír. En épocas precedentes todos decían oír, sin ser psicóticos, voces de ángeles o demonios que guardaban gran similitud con las voces de la conciencia. Ahora, la modernidad no oye nada de eso, o no nos lo deja oír. Los locos, por el contrario, son los que sonorizan esas voces silentes, o los que simplemente oyen el silencio. Del pensamiento que no dice nada hablaba Schreber, por poner un ejemplo ilustre sobre este acontecimiento. «*No oigo hablar, siento hablar*», precisa un conocido paciente de Séglas. De voces mudas o voces inaudibles hablan otros psicóticos menos conocidos.

En referencia a la definición tradicional de alucinación, podemos decir para la ocasión que en las alucinaciones no se trata simplemente de una percepción sin objeto, pues los alucinados no oyen cosas inexistentes, sino que más bien oyen aquello que para nosotros ha enmudecido. Escuchan lo que nosotros no podemos oír. Escuchan a testigos desaparecidos para nosotros. Esto constituye la fuerza y verdad de su testimonio, aunque para formularle necesiten reclamar de la locura. Pues del lenguaje es imposible salir si no es bajo la condición de delirar. Más allá del lenguaje está el silencio sepulcral que sólo oye el psicótico.

En realidad, nosotros prolongamos un diálogo que ya había empezado antes de que habláramos pero que hemos dejado de oír. De aquel contenido sólo nos queda el lenguaje, ese color ambiental que lo impregna todo, si aceptamos entender el lenguaje no como un instrumento sino como un medio en el que se está, como algo que nos habla antes de hablarlo nosotros mismos. El psicótico, al contrario, en cuanto deja de entretenerse con el deseo y se desprende de la palabra natural, vuelve a oír lo que para nosotros ya permanecía silencioso por mor del lenguaje que habitamos. Por ello a menudo oye unas voces que sólo hablan entre sí, de lo suyo. Hablan de sucesos inefables que no llegan al psicótico, quien a lo sumo sabe que hablan pero no lo que dicen. Otras veces parece más bien que no vienen de ninguna parte sino que nacen de uno mismo. «*En realidad hablas contigo mismo, esas son las voces que oyes*», dice el célebre matemático Forbes Nash para referirse a esta circunstancia.

El invento de las voces

Las voces tratan de recuperar el lenguaje, de reinventarle, de imponerse al silencio y la pérdida, de superar el duelo psicótico de la palabra.

En condiciones normales, el lenguaje es siempre el lenguaje de otro. La lengua ya estaba. Y está ahí callada hasta que alguien o nosotros mismos la aprendemos y hablamos. Al psicótico, a diferencia de los demás, no le habla el otro del amor o la amistad, sino el otro de la lengua misma, que es lo único que queda cuando el deseo es vencido y se impone la máxima soledad. En este caso se pone a hablar sola y el psicótico tiene que buscar desesperadamente a quien atribuírsela. En eso consiste el automatismo y la elaboración secundaria del mismo. Así nace la Lengua Fundamental del psicótico, como una lengua propia pero impuesta por ese

otro inexistente, ausente de modo radical. Esa es la gran razón del psicótico. Su verdad más firme. La misma que nos permite decir que no tiene un delirio sino que habla delirio. Presencia de un código nuevo que viene a suplir el convencional. Un código que inicialmente no conoce las significaciones y tiene que elaborar o que contentarse con significantes, pues en las psicosis hay un momento inicial de significar y otro posterior de saber. El primero es la voz del automatismo, el segundo el de la palabra del delirio. Inicialmente, las voces no son palabras sino sus rudimentos significantes, ya sean ruidos o sus equivalentes. Luego viene el delirio en sentido estricto, el gozo de hablar algo nuevo, propio y distinto. Este contento consigo misma que posee la lengua delirante nos ayuda a entender que todo delirio sea verdadero, en la medida en que las voces lo son siempre. Porque una palabra sin objeto siempre es verdadera. No precisa adecuación. Es plena. Es lo que es, pura coincidencia consigo misma. Es cosa y palabra a la vez.

Al psicótico, al fin y al cabo, le gusta inventar. Inventa palabras e inventa una lengua. El invento es una inspiración del espíritu que puede acompañarse de voces. Es una idea que quiere pasar al acto y materializarse. Pierre Rivière inventa un instrumento para matar pájaros, otro para batir manteca, un carro que anda solo. Todos los psicóticos quieren inventar la vida. Todos quieren inventar el lenguaje y después hacerse con una existencia. Las voces les revelan una nueva lengua, de la que necesita empezar por conocer las letras. Las voces, en este caso, son la lengua muda que empieza a recobrar el habla, son un alfabeto naciente. A un psicótico que conozco, las voces le dicen «vacío», como si le recordaran la tarea de crear. A Schreber le decían algo parecido, le obligaban por supuesto –*scilicet*, escribe Schreber– a pensar. Las voces son el comienzo del racionalismo mórbido.

Voces impuestas

Esas voces que surgen de lo mudo no se pueden dejar de oír mientras no se reconstruya el lenguaje. No solo hay intención tras ellas sino imposición. El lenguaje para el psicótico es un remolino que no cesa de presentarse. Son la palabra incesante que no cesa de aparecer, como de lo Real dice Lacan lo que no cesa de retirarse. Lo que no cesa de no estar, esa es la orden de retirada que brota de la presencia constante. El equilibrio neurótico entre lo que huye y lo que vuelve se ha roto. No se trata de que unas cosas vienen y otras se van, en conformidad con las leyes del tiempo, sino que la presencia es huida misma. Las voces son voces simultáneas de saludo y de despedida. Ese es su doble sentido, su máxima anfibología.

En resumidas cuentas, la palabra delirante siempre nos concierne; de ahí su referencia y su tendencia al insulto y a la imposición. Y siempre se retira; de ahí su soledad y su indiferencia, aunque también a veces su intención es benefactora y se convierte en una oferta de liberación y libertad. Séglas señalaba que el contenido más frecuente de las alucinaciones verbales eran palabras malévolas, pero que también se producían palabras de aliento en muchas ocasiones.

Voces criticadas

Ahora bien, en algunos casos las voces parecen acompañarse de tanta crítica respecto a su existencia patológica, que más que alucinaciones delirantes dijérase alucinosis. No por la nitidez de su componente sensorial, que permanece confuso, sino por la conciencia de anormalidad y de falta de delirio acompañante, pues aquí las voces constituyen el único síntoma productivo. Son

fenómenos llamativamente pasivos, desprovistos de trabajo subjetivo, que parecen provenir directamente de la pulsión, sin construir nada y sin dar muestras de complacencia ni tampoco de una definida amenaza.

Este suceso, de aceptarse la fenomenología que propongo, pondría en jaque la idea de que todas las alucinaciones son delirantes. Pues son voces que los psicóticos no dudan en reconocer como patológicas, como «inverosímiles» o producto de su «imaginación». Son voces, en los casos a los que me refiero, que no se organizan en delirio, o que apenas logran hacerlo. Al carecer casi de significado, al detenerse en el automatismo sin construir ideas delirantes, no consiguen embragarse ni en la referencia ni en la omnipotencia, y les cuesta elaborarse como defensa tras el trabajo delirante del psicótico.

Sin embargo, buscando la omnipotencia que las sostenga y las provea de identidad delirante podemos pensar que todo lo que carece de sentido satisface, como lo hace lo que va más allá del sentido, si aceptamos el ejemplo del chiste. Por aquí asoma un rudimento de omnipotencia prendida en el sinsentido de estas voces criticadas. Como se invoca también la grandeza desde el carácter de excepcionalidad de las voces que se oyen, dado que la extrañeza en estos casos posee un regusto de omnipotencia que acompaña sutilmente a la conciencia de anormalidad. En esta distinción descansa un fino matiz, porque el psicótico voceado, esto es, sometido a alucinaciones verbales, aunque sólo cuente con ellas como único síntoma productivo, y lo haga bajo una crítica desconcertante, fría y racional, que elude los misterios de lo enigmático, se siente un punto excepcional comparado con el resto de los mortales que sólo oyen lo que se dice.

EL DICHO ESQUIZOFRÉNICO: UNA IRONÍA

José Rodríguez Eiras

Psicoanalista. Psiquiatra del Complejo Hospitalario Xeral-Cies. Vigo

Voy a hablar de los trastornos del lenguaje a partir de la práctica psicoanalítica y a defender una tesis: mi tesis es, pues, que en la psicosis, y más concretamente en la esquizofrenia, existe el inconsciente, inconsciente a cielo abierto, y que tomado en el discurso analítico puede permitir al sujeto psicótico descifrar su propio inconsciente, su propio enigma.

Trastornos del lenguaje

Me vais a permitir algunas puntuaciones sobre el vocabulario, aclarar algunos términos que, siguiendo a Lacan, permiten otra lectura de los trastornos del lenguaje.

En psiquiatría se habla de escisión, repudio, desdoblamiento, xenopatía, disociación o discordancia como conceptos operativos con los que se trató de nombrar de una manera general la ruptura de la unidad interior, el desacompañamiento y fragmentación de los procesos psíquicos o esa invasión xenopática que fulmina el almacén de la identidad; todas estas expresiones se apoyan, en gran medida, en los análisis de los trastornos del lenguaje¹.

¹ ÁLVAREZ, J. M.; ESTEBAN, R.; SAUVAGNAT, F.: *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, Madrid, Editorial Síntesis, 2004.

La traducción que hace Lacan de estos fenómenos psíquicos a partir de los trastornos del lenguaje es incluirlos bajo el término de fuera-del-discurso.

En este sentido, un trastorno del lenguaje sería los dichos de un sujeto fuera-del-discurso; término de Lacan para hablar del sujeto desenganchado de todas las ilusiones del lenguaje normalizado. Esto es el dicho psicótico en tanto que lengua privada, o para decirlo en términos de la psiquiatría clásica –en términos de Guiraud–: *«hay siempre una significación personal»* que, paradójicamente, cuanto más personal se vuelve más enigmática resulta: es el idiolecto delirante.

Lacan habla de fuera-del-discurso de la psicosis, que implica, en primer lugar, separar lenguaje y discurso. Un lenguaje no es necesariamente lo que se habla, un lenguaje es un conjunto de léxico y gramática, pero es algo muerto, mientras que el discurso comporta la forma en que cada uno está comprometido en lo que dice.

En otras palabras, Lacan habla del concepto de *lalengua*, al que Miller se refiere de este modo: *«fenómeno lingüístico en el nivel en donde nadie comprende a nadie, nadie le da a una palabra el mismo sentido que otro, cada uno tiene su propia lengua en la medida que la investidura libidinal de la lengua es propia de cada uno. Al mismo tiempo, hay una objetividad del significante, encontramos el significante en el mundo, está en el lenguaje, está en la gramática, en el diccionario, en las normas; nos entendemos, mal, pero nos entendemos. No es en absoluto incompatible. A partir del lenguaje cada uno hace su lalengua. El psicótico nos habla en su lalengua. Puede decirse que la relación normal con la lengua es más la del sujeto psicótico que la del neurótico en donde el lenguaje está todo el tiempo infectado de mensajes*

de código, de código de mensaje, de informaciones sobre el uso de la lengua, que hace imposible alcanzar el nivel de separación simple del tipo ¿cuál es el sentido de esta palabra?»²

En segundo lugar, está la idea de Lacan de que el dicho se pueda separar, aislar del decir: «*un dicho es lo que se escapa al decir*». Y retoma las categorías lingüísticas de enunciación y enunciado sustituyéndolas por otra pareja de términos: el decir y el dicho, señalando que entre el decir y el dicho existe una relación de causalidad. Es la operación que Freud hizo con los dichos neuróticos, inferir de los dichos del neurótico y deducir la estructura: el decir, el discurso analítico, la lógica de esta experiencia; cómo se encadenan los dichos y cómo operan. Entre el decir y el dicho hay una relación lógica: lo imposible de decir. Porque los dichos evitan siempre, porque los dichos vuelven siempre al mismo lugar, es decir, un real, lo imposible de soportar.

En tercer lugar, habla del dicho esquizofrénico como un dicho irónico, es decir, que la ironía está incluida de forma inconsciente en el dicho esquizofrénico. Si tomamos prestada la definición de ironía de Bryce Echenique: «*la ironía es un dicho que convierte en ambiguo todo lo que toca y produce el extraño placer de albergar la certeza de que no hay certeza. La ironía es aquello que permite desmontar las ficciones del espíritu para dejar ver su mecanismo*».

La ironía esquizofrénica es, en este sentido, un mecanismo de defensa; un modo de decir que el sentido común no existe, que toda palabra es mentirosa; es un dicho desligado de todo lazo social que denuncia que el orden simbólico es

² MILLER, Jacques-Alain et al. *La psicosis ordinaria*, Buenos Aires, Paidós, 2004.

una estafa. El dicho esquizofrénico sería así el paradigma de la locura, porque esta satisfacción, este extraño placer, goce en términos lacanianos, es inconsciente en el esquizofrénico y por ello autodestructivo.

En cuarto lugar, Lacan precisa que para el esquizofrénico todo lo simbólico es real, lo que en términos freudianos sería que la palabra es igual a la cosa: «*Llamo así esquizofrénico al sujeto que no evitaría lo real. Esto es, el ser hablante, a quien lo simbólico no le sirve para evitar lo real...*»³. En ese sentido es el inconsciente a cielo abierto; es lo que la psiquiatría clásica llamaba, como recordábamos más arriba, escisión, repudio, desdoblamiento, xenopatía, disociación, discordancia.

Tres dichos irónicos

Voy a tomar tres casos de sujetos esquizofrénicos, tres dichos esquizofrénicos, y tratar de mostrar cómo se transforman a partir de ser incluidos en el discurso analítico, a partir de la transformación que sufren al *incluir* al analista en el discurso psicótico. Tres dichos esquizofrénicos, tres dichos irónicos que han desencadenado una transferencia: «Soy una lesbiana a la que le gustan los hombres». «Soy el hazmerreír de la aldea global». «Yo siempre hablo en performativo»

1. «Soy una lesbiana a la que le gustan los hombres»

En el primer caso son las palabras dirigidas al analista por un hombre de veinticinco años que ha tenido su primer y único brote psicótico a los dieciocho, y en el que desarrolló

³ MILLER, Jacques-Alain. *Ironía.. Uno por Uno*. Nº 34.

un delirio de filiación. Se queja al analista, que desde que tuvo el brote su imagen corporal le resulta muy difícil de manejar y, sobre todo, delante de las mujeres, y le impide ligar. Esta dificultad es una preocupación mayor de su vida y el tema de conversación con su padre, a modo de reproche. Es entonces cuando dice: «Bueno, es que soy una lesbiana a la que le gustan los hombres», lo que provoca la risa del analizante y del analista. Es a partir de este dicho que ya no necesita volver a reprochar a su padre sus dificultades con las mujeres, supone un cambio de *look* visible en las siguientes sesiones y también un cambio de relación con su madre, que expresa, también de forma irónica: «He dicho a mi madre que deje de tratarme como a un bonsai». Sorprendentemente la relación con las mujeres ha cambiado a partir de este momento: ahora ya liga.

2. «Soy el hazmerreír de la aldea global»

Se produce en un diálogo de locos entre el analista y el analizante:

- Oigo voces en la tele, en la radio. Me insultan, me llaman puto maricón. Todo el mundo sabe que soy un payaso. Como en la tele hablaban de mí, le escupía a la pantalla.
- ¿Y a la radio no le escupió?
- No, a la radio no, porque es más difícil de limpiar. Era un partido de Brasil, en el Maracaná, y decían *ese loco de Vigo*.
- No creo que a los brasileños, cuando van al Maracaná les preocupen los locos de Vigo.
- Bueno, pero es que *yo soy el hazmerreír de la aldea global*.

Dicho que es celebrado con una gran carcajada y que, al salir de la sesión, comunicó inmediatamente a su familia y

amigos, pero que a partir de entonces sirvió para que sus frecuentes pasos al acto, cuando alucinatoriamente se sentía insultado, disminuyesen y, sobre todo, que la certeza de su postulado delirante «tengo un cuerpo afeminado y todo el mundo me desprecia» comenzó a ser cuestionada.

3. «Yo siempre hablo en performativo»

En el tercer caso se trata de un esquizofrénico que en su sexto brote psicótico desencadenó un delirio mesiánico: «Cuando iba a meter la llave en la cerradura de mi apartamento, la llave se convirtió en Yahvé y entonces tuve la certeza de que Dios me había escuchado». El símbolo alcanza lo real.

Después del tratamiento psiquiátrico ha dejado de delirar, pero aparece la trama: «Ya no deliro, pero me siento una mierda en el centro del mundo. Todo el mundo me mira. No tengo defensas, estoy expuesto a todos los estímulos. Busco a alguien que me diga dónde está la norma... Soy una pura negatividad, un hombre sin atributos, la pura negatividad de un enfermo mental. Soy un hombre gabardina, siento mi piel como si fuera una gabardina. Ya no deliro, pero siento que todo se refiere a mí».

Estas palabras ponen de manifiesto la paradoja que señalaba Freud al decir que el delirio es terapéutico; que el delirio es una defensa. El delirio como el trabajo que hace el psicótico para ordenar y encontrar sentido a este real que, en este caso, es expresado tan precisamente en el lenguaje común: «Soy una mierda en el centro del mundo», que lo expulsa fuera de todo vínculo social.

Dos años más tarde, cuando a pesar de sus ideas de referencia y de su angustia ha logrado volver a su puesto de trabajo, se queja de sus dificultades, del gran esfuerzo que resulta trabajar cuando piensa que todo lo que se habla se refiere a él. Y añade, a modo de explicación: «Además, yo siempre hablo en performativo».

El analista en este momento pregunta:

- ¿Qué quiere decir «performativo»?
- Es como cuando habla el rey, cuando dice «queda inaugurado» y queda inaugurado. Cuando decir y hacer es lo mismo.

Para sorpresa del analista, en la sesión siguiente señala:

«Lo que usted me dijo el otro día me permitió dejar de ser paranoide: ya no me siento aludido». A partir de este momento empezó a traer al analista sus escritos, lo que señala la puesta en marcha de la transferencia. En el primer escrito indica con precisión este momento: «Ya no siento la tentación de delirar, y decidí escribir, encontrar un interlocutor a quien poder confiar aquellos pensamientos, aquellas pesadillas que me atormentaron y me atormentan tantas veces». Escritos que durante diez años sirvieron como *un hacer* en el que apoyó su pensamiento y que al tiempo que describía sus estados mentales enseñaba al analista lo que quiere decir «hablar siempre en performativo». Sin duda, no se puede decir mejor el concepto de Lacan de que todo lo simbólico es real. Podemos concluir, a partir de estos ejemplos:

1. Estos dichos psicóticos, estas interpretaciones delirantes, como los dichos poéticos, no se confrontan a la realidad, no se confrontan a la vida cotidiana, no responden al registro de

lo útil, pero tienen la oscura autoridad del dicho oracular, de los que no se puede decir si es verdad o mentira. Son un artificio que no es del orden de lo verificable, son un acto de creación, es decir, que deben ser tomados en su literalidad.

2. Son dichos que, como en el chiste, como en la ironía, aportan una satisfacción, y en donde la presencia del analista es esencial porque decide con su risa si el chiste cumplió su misión si hace lazo social. Habría que añadir que es el deseo del analista el motor de este nuevo lazo social.

3. Un dicho esquizofrénico puede ser captado en un discurso, es decir, hacer lazo social si el analista es dócil a los dichos psicóticos; esto es, si puede aprender a aprender, *dejarse enseñar*. Este lazo social es especial y lo llamamos «transferencia». Si se produce entre un psicótico y un analista, es la matriz para encontrar la lógica de las palabras enigmáticas, invasoras o impuestas, de lo que normalmente llamamos trastorno del lenguaje, que al ordenarse en un discurso tiene una eficacia terapéutica inmediata: hace perder al delirio su veneno.

4. El dicho esquizofrénico tomado en el discurso analítico puede transformarse en el significante de la transferencia.

SEGUNDA PARTE DE LA CONVERSACIÓN

II - LOS CASOS CLÍNICOS

CASO L.

Xandre García Caballero

Psiquiatra. Complejo Hospitalario Ourense.

L. 40 años, soltera, es la cuarta de 8 hermanos, vive con sus padres, natural de Ourense.

Escolarizada con normalidad aunque con rendimiento bajo, siempre más dotada para las actividades artísticas, de hecho realiza estudios al acabar el colegio de diseño gráfico (FP) aunque no llegó a trabajar nunca en ello.

A los 15 años sufre un TCE tras atropello (la familia lo describe como que se «fracturó el cráneo»), es entonces cuando hace debut psiquiátrico siendo diagnosticada de trastorno orgánico de la personalidad y de trastorno delirante orgánico. Presenta en esa época cuadro autoreferencial y persecutorio mal estructurado con evolución progresiva hacia el deterioro y la conducta desorganizada.

La situación según refiere el padre se estanca durante años. No tenemos datos de seguimiento psiquiátrico en la asistencia pública hasta 1998, en que L. es diagnosticada de esquizofrenia desorganizada. No hacía ningún tipo de actividad en casa, no había llegado a trabajar nunca, no tenía novios ni amigos, el discurso era ininteligible pues hacía musitaciones inaudibles, era necesario asearla y cambiarle la ropa, lo que hacía su madre metiéndose con ella en la bañera para lavarla. En la consulta la actitud era de desatención, aunque ocasionalmente respondía a las cuestiones que se le formulaban con pararespuestas (no hay ejemplos recogidos).

Con diferentes medicaciones el cuadro permanece sin cambios, es derivada a Hospital de día, dispositivo en el que permanece poco tiempo pues según el psicólogo su estado

en aquel momento no permitía la estancia ya que su conducta era desorganizada y molestaba a los otros pacientes.

Finalmente comienza a no dormir de noche (se despierta a las dos o tres de la mañana y se pone a caminar por la casa o se escapa a la calle y pasa la noche deambulando). No es capaz de dar explicaciones sobre esas conductas, si se confronta no responde y hace nulo contacto visual, dirigiendo la vista al vacío.

Además de estas escapadas, *abre continuamente los grifos de agua y toca los botones de timbres, máquinas tragaperras en los bares, o de los pisos en los ascensores.* Resultando para sus padres muy difícil el control de su conducta, es derivada para ingreso primero en unidad de agudos (dx: psicosis residual) y posteriormente a Toén.

En el ingreso se objetiva: indiferencia afectiva, afecto aplanado, no contacto ocular, pararespuesta, abandono del aseo y autocuidado. Conducta y discurso desorganizado que imposibilita cualquier exploración. Se aumenta medicación previa (quetiapina) y se vuelve más delirante, aunque se pueden recoger algunas respuestas: «Tengo unos santiaguños que son mis niños». (¿?) Contestación referida a: «¿Qué tal pasó la noche?».

Respecto a su ingreso en Agudos refiere que le «hacían la trepanación todas las noches igual que ahora, esta noche me atacaron y me hicieron una trepanación», o bien que una paciente le tenía manía y le había comido unos bombones. A pesar de ello la desorganización conductual especialmente nocturna aumenta siendo incluso necesaria en varias ocasiones la contención física durante la noche.

En agosto se inicia cambio de tratamiento neuroléptico de quetiapina (max 800) a amisulpiride, unos días después la paciente está mas coherente y organizada, reconoce los

síntomas previos diciendo «*cuando ingresé no me entraba nada*», siendo posible su paso a una unidad abierta (rehabilitación). Se inicia plan de rehabilitación en septiembre, la situación se valora como: nula conciencia de enfermedad, deterioro en habilidades de la vida diaria, pérdida importante de habilidades sociales por lo que se diseña plan centrado en autocuidado, autoestima y habilidades sociales.

Un mes después la psicóloga valora a la paciente como muy motivada y participativa en grupos, mejora completa en autocuidado. Se realizan varios permisos en domicilio que los padres valoran muy positivamente. Por primera vez en años, L. pone ella sola la mesa (correctamente y sin que se le haya pedido) y va a la compra con su madre.

Desde noviembre de 2002 sigue consultas conmigo. La paciente ha realizado numerosos cursos, primero de manualidades en la universidad popular o de pintura y luego ciclos formativos en el INEM. El discurso es coherente, no hay clínica positiva alguna y si bien al principio del seguimiento Lourdes seguía teniendo una mirada algo perdida, a día de hoy, es completamente reactiva. Muchas veces en la consulta le he preguntado por esos años de su vida (más de diez), y no sabe o no quiere responderme. Dice: No lo sé, fue como un sueño. Preguntada por los grifos y por los botones rojos, dice: No sé, sé que tenía que hacerlo pero no sabía por qué... No relaciona el cuadro con suceso alguno, aparte de la «fractura de cráneo» y la mejoría le parece debida al cambio de medicación: «Es que los psiquiatras siempre insistían en las mismas medicinas y a mí la que me funciona es ésta...» (la actual).

Durante estos años de seguimiento, L. ha ganado independencia y de hecho en las últimas consultas estaba pendiente de que la llamasen de diferentes trabajos, ella misma arregla sus papeles en el INEM y ha acudido a numerosas entrevistas de trabajo con buen resultado.

A veces en consulta y si se la fuerza mucho, L. mira al infinito y como en un soliloquio dice que sí que está bien, pero que a veces no le encuentra sentido a la vida...

CONVERSACIÓN DESDE EL CASO CLINICO

RELATOR: Xandre García Caballero

DISCUTIDOR: Guy Briole

GUY BRIOLE: Quiero decir algo. Me ha interesado el debate de esta mañana, pero me parece que la única cosa que no hemos dicho y que es importante señalar es que lo que tenemos en común es el paciente. Y cualquiera de nosotros, con su particular manera de abordar al paciente, trabaja en el sentido de curar al paciente; sea del lado del psiquiatra o del psicoanalista. Cada uno con su manera de hacer.

Ahora vamos a trabajar dos casos clínicos, que es lo que tenemos en común. Será a partir de aquí donde trataremos, no tanto de oponer la teoría del uno a la del otro en el sentido de *no entiendo lo que dice el uno, no entiendo lo que dice el otro*, sino que se trata más bien de ver cómo podemos poner todo eso en común alrededor del paciente. Eso es lo que me parece importante.

Yo también soy jefe de un servicio de psiquiatría y cada día tengo pacientes agudos, crónicos graves, como cada uno aquí y estamos confrontados cada día a la cuestión de la psicosis. También los pacientes en el servicio reciben medicaciones, también a veces cerramos la puerta y también siempre tratamos de entrar, de estar en relación, de aplicar lo que nos enseña el psicoanálisis en relación con los pacientes. Esto es lo que me sugiere a mí ahora a partir de lo que he entendido y escuchado esta mañana.

Pero hay una cosa que me parece importante aclarar. Los lacanianos tenemos algunos términos que no todos entienden; soy profesor de psiquiatría y en psiquiatría

también ocurre. Hay términos que no todos entienden y debemos siempre aclararlos. Por ejemplo, el término forclusión del Nombre del Padre. No hay que buscar ni donde está el padre ni a ningún señor, lógicamente. Tanto Lacan como Freud cuando construyen su teoría lo dicen bien claro, que eso es una construcción, no es la realidad. Es el modo de explicar, de hacerse comprender por los otros para entender lo que le pasa a un paciente. No es la realidad de una construcción y el Nombre del Padre no tiene nada que ver ni con el padre real, imaginario, simbólico...

El Nombre del Padre es lo que Lacan dice de un significante particular. Es decir, de lo que es necesario en el código del lenguaje, para que el simbólico pueda existir. Es decir, no se puede buscar la forclusión porque no se encontrará jamás. Lo que se puede encontrar son los efectos mismos derivados de esta forclusión, esto es, del hecho que falta un significante que hace que este sujeto no tenga relación con el simbólico igual a la de los otros. Pero bueno, no nos vamos a pelear por eso. No vamos a buscar la forclusión intentando verla aquí o allí porque no se va a encontrar. Eso es un error, es una mala interpretación de Lacan. Lacan no dice eso en ningún lugar. Dice que es un significante particular que da la llave de la inclusión simbólica. Es lo que hace que cuando nosotros hablamos de cualquier cosa, no sólo de esto, es decir, de fútbol, de política, de trabajo, de la vida, podamos tener un lenguaje compartido, es decir, podemos dar un sentido a lo que decimos en nuestros intercambios.

Eso es el simbólico. Esa era una precisión que quería hacer. Añado otra también, porque me interesó mucho lo que se decía por la mañana de Mallarmé, de Claudel y otros autores. Nosotros aprendemos mucho de los autores, pero lo que decía Lacan era que nosotros no debemos de

interpretarlos. Nuestra relación con la obra no es una relación con el autor, sino una relación con lo que podemos aprender nosotros de la obra misma y eso nos acerca de alguna manera a nuestra posición en relación con el sujeto psicótico. Esto es lo que trataré de desarrollar, que no es tanto el sujeto psicótico mismo el que nos interesa, sino su producción. Esa es nuestra manera de abordar al sujeto psicótico. Bueno, ahora podemos empezar con la clínica.

XANDRE GARCÍA CABALLERO: Como introducción también tenía algo que decir sobre lo que se ha hablado esta mañana. Por lo menos unos comentarios, porque esta mañana se hablaba de conferenciantes diesel y de conferenciantes turbo, son ritmos distintos y creo que ese ritmo distinto que tienen los psicoanalistas es isotópico con respecto a lo que pasa en las consultas. Yo sólo trabajo en la asistencia pública y creo que hay consultas diesel y consultas turbo. Mi consulta es muy turbo. Me he dado cuenta, al escribir este caso, que tenía más o menos una idea de a quién quería contar, pero no sabía exactamente quién era esa persona. Sabía cosas sobre su caso, sobre su psicopatología, pero no sabía muy bien quién era ella. Los analistas, en ese sentido, hacen películas y los psiquiatras a día de hoy estamos haciendo fotografías *polaroid*.

Antes de empezar, un pequeño matiz. Cuando hablamos de las psicosis se puso como ejemplo esta mañana el caso Schreber.

Se hablaba del delirio como esfuerzo de autocuración; en el sentido jasperiano, el concepto de «desarrollo» habla del delirio como acto de habla vacío en el sentido de Berrios; el delirio esquizofrénico, el delirio procesual. Me parece que desde el psicoanálisis, y digo me parece porque no lo sé, el concepto de psicosis se acerca más al concepto de psicosis

única, en el que la esquizofrenia y también la paranoia o los delirios sistemáticos se engloban y otro tipo de cuadros que los psiquiatras no consideramos esquizofrénicos, desde luego yo, de lo que voy a hablar hoy, sí es una esquizofrenia.

Cuando me encargaron este trabajo no me di cuenta, pues el tema fue cambiando, de dónde me metía. En principio íbamos a hablar de neurosis y mi trabajo sería presentar un cuadro neurótico manejado psiquiátricamente. Me parecía interesante pues tengo algunos casos rebeldes y esa discusión podía ayudarme a orientarlos. Más tarde se pensó que era mejor un cuadro psicótico, a lo que no tuve objeciones, aunque finalmente el título fue «La curación de las psicosis».

Miller, en su *Recorrido de Lacan*, señala: «Todo el mundo sabe que hay que estar de acuerdo para poder realizar una controversia, y esto es lo que hace que los diálogos sean tan difíciles. Hay que estar de acuerdo en unos puntos fundamentales para poder escucharse».

¿Cuáles son esos puntos en común? Para empezar no entiendo el título de esta reunión. Si yo tuviera que decir eso mismo diría: «La remisión en la esquizofrenia».

Contextualizando, Bleuler señala: «Es imposible describir todas las variaciones que puede tomar el curso de la esquizofrenia. Nuestros libros de texto no se ocupan de las más frecuentes, sino sólo de aquellas más sencillas de describir [...] en cada caso individual la enfermedad puede adoptar un curso cuantitativa y temporalmente irregular. En cualquier momento es posible un avance constante, una detención, una recrudescencia o una remisión». Y en nota al pie añade: «Hay muchas descripciones de casos de 'curso

inusual', pero ninguno de los que yo he visto revelan para el psiquiatra con experiencia nada que no haya visto con anterioridad. El autor de estos casos inusuales, suele haber construido una imagen de lo que desea considerar el 'curso habitual', un constructo que raramente hace justicia a la realidad. Lo inusual reside sólo en el hecho de que el autor ha reparado en un caso que se desvía particularmente de su propio esquema».

Explicitando el contexto pragmático, hablaré de un caso de remisión para mí inusual en una esquizofrenia. El cuadro cumple criterios bleulerianos (síntomas fundamentales y accesorios) y DSM IV.

En este momento sigue en remisión, aunque oye voces eventualmente, aunque no les hace caso. Dice: «Ahora soy consciente». En cuanto a los síntomas nucleares sigue presentando cierto aplanamiento afectivo. Hace vida relativamente normal e independiente.

Mi paciente se llama L. tiene 40 años, soltera, es la cuarta de 8 hermanos, vive con sus padres, natural y residente en este momento en Ourense.

Escolarizada con normalidad aunque con bajo rendimiento, siempre estuvo más dotada para las actividades artísticas, y realiza estudios al acabar el colegio de diseño gráfico en la escuela de la Diputación, aunque no llega a trabajar nunca en nada relacionado con ello.

A los 15 años sufre un TCE tras un atropello. La familia lo describe como: «fracturó el cráneo». Es entonces cuando hace debut psiquiátrico siendo diagnosticada de trastorno orgánico de la personalidad y de trastorno delirante orgánico. Presenta en esa época un cuadro autoreferencial y

persecutorio mal estructurado, pero del periodo en el que fue seguida no queda registro de lo que ella decía. La evolución progresa hacia el deterioro y la conducta desorganizada. Esta semana ha sido preguntada, porque aproveché para reparar, digámoslo así, las dudas que tenía respecto a su historia. L. hoy en día no lo recuerda así, y refiere que aunque pasó una temporada en la que «no tenía ganas de hacer nada», después se recuperó y de hecho volvió a la escuela y estuvo cinco años aprendiendo diseño.

Según refiere su padre, la situación se estancó durante años, aunque L. no estaba bien, no volvió a ser la misma. No tenemos datos de seguimiento psiquiátrico en la asistencia pública hasta 1998 (tiene 34 años), en que L. es diagnosticada de esquizofrenia desorganizada. En ese momento llevaba al menos cinco años de evolución franca, aunque había empeorado antes de las primeras consultas: no hacía ningún tipo de actividad en casa, no salía y no había llegado a trabajar nunca, no tenía novios ni amigos; el discurso era ininteligible pues hacía musitaciones inaudibles, era necesario asearla y cambiarle la ropa, lo que hacía su madre metiéndose con ella en la bañera para lavarla. En la consulta la actitud era de desatención, aunque ocasionalmente respondía a las cuestiones que se le formulaban con pararespuestas (no hay ejemplos recogidos).

Con diferentes medicaciones el cuadro permanece sin cambios es derivada a Hospital de día, dispositivo en el que permanece poco tiempo pues, según el psicólogo, su estado en aquel momento no permitía la estancia, ya que su conducta era desorganizada y molestaba a los otros pacientes.

Finalmente comienza a no dormir de noche (se despierta a las dos o tres de la mañana y se pone a caminar por la casa

o se escapa a la calle y pasa la noche deambulando). No es capaz de dar explicaciones sobre esas conductas; si se confronta no responde y hace nulo contacto visual, dirigiendo la vista al vacío.

Además de estas escapadas, *abre continuamente los grifos de agua y toca los botones de timbres, de máquinas tragaperras en los bares, o de los pisos en los ascensores.*

Resultando para sus padres muy difícil el control de su conducta, es derivada para ingreso primero en la unidad de agudos con diagnóstico de psicosis residual y posteriormente a Toén.

En el ingreso se objetiva: indiferencia afectiva, afecto aplanado, no contacto ocular, pararespuestas, abandono del aseo y autocuidado, conducta y discurso desorganizado que imposibilita cualquier exploración. Se aumenta medicación previa (quetiapina) y se vuelve más delirante todavía, aunque se pueden recoger algunas respuestas: «Tengo unos santiaguínos que son mis niños». Contestación a «¿Qué tal pasó la noche?». Con respecto a su ingreso en agudos refiere que le «hacían la trepanación todas las noches igual que ahora, esta noche me atacaron y me hicieron una trepanación», o que una paciente le tenía manía y le había comido unos bombones.

A pesar de ello la desorganización conductual especialmente nocturna aumenta, siendo incluso necesaria en varias ocasiones la contención física durante la noche. A finales de agosto se inicia cambio de tratamiento neuroléptico de quetiapina a amisulpiride. Unos días más tarde la paciente está más coherente y organizada, reconoce los síntomas previos diciendo: «*Cuando ingresé no me entraba nada*», siendo posible su paso a una unidad abierta (rehabilitación).

Se inicia plan de rehabilitación. Al ingreso, la psicóloga valora la situación como: nula conciencia de enfermedad, deterioro en habilidades de la vida diaria, pérdida importante de habilidades sociales, se diseña plan centrado en autocuidado, autoestima y habilidades sociales. Un mes después la psicóloga valora a la paciente como muy motivada y participativa en grupos, mejora completa en autocuidado. Se realizan varios permisos en domicilio que los padres valoran muy positivamente. Por primera vez en años, L. pone sola la mesa (correctamente y sin que se le haya pedido) y va a la compra con su madre.

Desde noviembre de 2002 sigue consultas conmigo. La paciente ha realizado numerosos cursos primero de manualidades en la Universidad popular o de pintura y luego ciclos formativos en el INEM. El discurso es coherente, niega clínica positiva, aunque como veremos después en la última consulta, sí la ha reconocido, si bien al principio del seguimiento L. seguía teniendo una mirada algo perdida, a día de hoy, es completamente reactiva. Muchas veces en la consulta le he preguntado por esos 10 años de su vida más o menos, y no sabe, o no quiere responderme. Voy a pasarme a la última consulta que he tenido con ella y en la que, después de haber escrito este texto que acabo de leer, como me surgían muchas preguntas, volví a interrogarla, preparé la entrevista y la he transcrito literalmente en sus respuestas. Creo que es muy interesante.

En lo que se refiere a la familia, L. siempre se ha llevado bien con sus hermanos y hermanas menores; con los mayores la situación es más distante. Dice: «Nunca he tenido confianza con ellos, siempre han actuado mandando; si tengo que contarle algo se lo cuento a mi hermana pequeña (la que le sigue)».

Con respecto a los padres, describe a su madre como una mujer con mucho mérito porque tuvo que ponerse a trabajar desde pequeña, aunque ella nunca tuvo confianza suficiente como para comentar nada de lo que le pasaba: «La quiero mucho, es una mujer muy recta, con mucho mérito de trabajar tan pronto y sacar tantos hijos adelante».

Sobre su padre dice: «Es muy bueno, tiene genio pero no tiene maldad y hace lo que sea por cualquiera; tiene muchos amigos; le gusta mucho la gente».

Sobre las causas de su enfermedad o si coincidieron con algún suceso, L. dice no relacionar el debut con nada. Nos dice sobre el comienzo de su enfermedad: «Empecé a oír voces... eran como secretos que me contaban sobre la gente... Yo al principio no quería creer aquello, pero ocurría hasta en la tele; se metían conmigo... Eran cosas que no tenían sentido... Era como si se me hubiesen roto todos mis valores, oía cosas que no se pueden repetir... Yo pensaba, por ejemplo, que mis amigas hacían cosas malas y al poco se oían voces en la plaza de Viana, y oía cómo las ejecutaban, como si fuese en la Edad Media, como si hiciesen brujería... Veía a la gente como si fuesen muñecos de la Edad Media; mis anillos, por ejemplo, me parecían como del siglo XVII, incluso, por ejemplo, cuando estaba en el Hospital de Día oía al psicólogo hablar, pero yo no le oía a él, oía a las voces que me insultaban, que me gritaban...».

– ¿Y eso de las brujas?, le pregunto.

– «Eso de las brujas empezó cuando una amiga (bueno en realidad después supe que no lo era) me llevó a una. Las brujas lo que hacen es lavarle el cerebro a la gente... Y yo me lo creí todo. Me dijeron que podía leerse el pensamiento de la gente y a mí me parecía que yo podía saber lo que los otros pensaban. Me hizo mucho daño. Era terrible, eran

todos juegos mentales. Decían: 'Tiene la mente en blanco', y yo no podía parar de pensar. Por ejemplo, me hablaban los relojes, me decían cosas todos, cualquier reloj. La cabeza no me paraba».

– Y los grifos, ¿por qué los abrías? Es la primera vez que concreta el motivo: «Al abrir los grifos... el agua se llevaba las voces».

– ¿Dejabas de oirlas?

– «Sí, se marchaban».

- En cuanto a los timbres y los botones, ¿por qué los tocabas?

– «Llamaba a las casas para pedir ayuda, tocaba los timbres para que alguien me ayudase».

– En un ingreso dijiste: «Tengo unos santiaguíños que son mis niños». ¿Recuerdas qué quería decir esto?

– «Sí, en aquella época se me hinchaba mucho la barriga, sería por la medicación o algo... el caso es que pensaba que estaba embarazada. 'Santiaguíño' era el nombre que le había puesto».

– ¿Y cómo te podías haber quedado embarazada?

– «Como me quitaban sangre (para los análisis) pensé que por ahí, podían haberlos metido».

– También dijiste que te habían hecho la trepanación.

– «Sí, vi por la noche cómo entraban las enfermeras y preparaban el instrumental. Estaba convencida de que me lo habían hecho... de que lo hacían cada vez que entraban de noche. Me parecían unas falangistas como de la sección femenina, les tenía mucho miedo...».

Finalmente en esta consulta le pregunté por sus relaciones de amistad ahora.

– «No tengo amigas, aquí todo el mundo sabe cómo estuve... loca... las amigas que tenía, las saludo y eso... pero noto que nadie quiere... Durante la semana estoy en casa con mis padres, los fines de semana, vienen los hermanos y lo pasamos bien».

En cuanto a pareja o novios ella dice:

– «Nunca me ha interesado mucho, pero ahora nadie se acerca. La gente sabe cómo estuve... Es normal, además yo nunca le di mucha importancia al amor».

GUY BRIOLE: Comentamos el primer caso y después el segundo.

Lo que me parece a mí aquí ejemplar es que cuando usted toma un poco de tiempo y pregunta a la paciente, ella está totalmente dispuesta a explicar todo lo que le pasa. Claramente agradezco a usted haber modificado el caso, porque aquí verdaderamente toma vida la paciente. Con el caso que me habían enviado tenía preguntas, pero las preguntas tienen la respuesta en lo que puede decir la paciente. Verdaderamente me parece fundamental esta última entrevista que usted ha tenido con esa paciente. Y a usted, ¿no le da ganas de hablar más? ¿de dedicarse de alguna otra manera a la relación con ella? Porque me parece fundamental para ella lo que ha pasado aquí... Lourdes es su nombre habitual o...

XANDRE GARCÍA CABALLERO: Sí... Lourdes es su nombre real.

GUY BRIOLE: El nombre Lourdes..., los milagros que pasan en Lourdes. Aquí no hay ningún milagro realmente; hay algo que se puede decir, que ella también puede comunicar. En

este sentido este trabajo me parece ejemplar en esta última entrevista. Tenemos también otras cosas que comentar, pero quería empezar con esto. Damos un poco la palabra a la sala, si la gente quiere comentar algo sobre el caso...

JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ: Sí. Quiero decir algo. Hay un momento en que describes que ella dice que le hacen múltiples perrerías en el cuerpo, ¿no? Le trepanan el cráneo, después cambia y se produce una mejoría. Aparte de cambiarle el neuroléptico, ¿qué pasa ahí para que se produzca ese efecto?

XANDRE GARCÍA CABALLERO: Bueno, vamos a ver. Si elegí precisamente este caso, que Guy Briole tiene toda la razón, lo elegí *a priori* sabiendo que era un caso que a mí me parecía de una evolución sorprendente en el sentido que era una paciente que había vivido una vida muy empobrecida y muy desorganizada durante diez años, y que de pronto se había curado. En este punto, yo le planteaba a Chús Gómez cuando hablábamos del tema curación. ¿Se cura el paciente? ¿Es lo mismo remisión? ¿Es el paciente el que resolvió el problema? ¿Se cura él mismo? ¿Qué efecto tuvieron aquí los fármacos? ¿Qué efecto tuvo la intervención psiquiátrica? De hecho, mi intervención psiquiátrica para con todos estos síntomas ha sido muy posterior. Mi intervención en todo caso, es la de ser testigo, pero no he intervenido en este proceso de curación.

Mi participación ha sido como espectador. ¿Qué ocurrió en el hospital? No lo sé. En esta última entrevista ella tampoco fue capaz de darme alguna razón por la que se produjo el cambio de hospital. Ella lo único que cuestiona es el cambio de medicación. En un momento dado ella dice: «Los psiquiatras se empeñaban en darme la misma medicación (no dice tratamiento), y a partir del momento que probaron

con otra me curé». Esa es la explicación que ella misma se da.

Qué ocurrió, no lo sé...

GUY BRIOLE: A mi hay otra cosa que me parece también muy importante. Es que hay un momento en el cual usted comenta que la paciente dice: «Mi historia no es como la ha contado mi familia o mi padre. Y ella cuenta a su manera su historia. Su propia historia. Y usted escucha esto, y usted no le lleva la contraria. Bueno, tiene en cuenta su propia palabra y eso me parece muy importante en el cambio clínico. A veces son cosas o pequeñas cosas, a veces, no sabemos por qué se ha curado un paciente, y en esos casos no hay que buscar porqué. A veces hay que contentarse con lo que ha pasado. En este punto, en este caso me parece fundamental el momento en el cual ella dice: «La historia que los otros cuentan en mi lugar no es, ahora voy a decir lo que pienso yo». No es la cuestión de a quién le corresponde la realidad. Aquí la realidad no es la cuestión, sino que ella quiere decir algo y tiene alguien, una persona para escucharla, esto me parece el punto importante. Otro punto también interesante es en el delirio mismo, en las alucinaciones, porque eso no está separado del paciente y de su historia. De alguna manera lo que encontramos es una relación con el trauma. Con su relación con el trauma para ella. Incluso los temas. No importa si ella ha recibido o no una trepanación. Eso no importa, sino que aquí ella hace una relación con eso y aunque nosotros digamos que es un trastorno de la conducta o lo que sea, para ella no es así.

Lo importante es que tiene un sentido para ella. Nosotros no le podemos dar sentido, sino escuchar el sentido que ella de alguna manera da a eso. Por ejemplo, lo que puede parecer totalmente loco (tocar los botones, los timbres) que sea o no de locos, ¡qué más da! Para ella tenía un sentido: pedir ayuda...

UXÍO CASTRO: Está de la cuestión de la mirada. La mirada vacía. Después hablas de la mirada, que ha cambiado en ella, y en realidad, lo que ha cambiado es tu mirada respecto a ella, que amas el saber que ella produce. Y eso es la transferencia en la psicosis, amar el saber que produce el psicótico, es la forma transferencial y a partir de ahí empieza a hablar... ¿No?

XANDRE GARCÍA CABALLERO: No puedo saber si esa es la causa o es el efecto. Es dos años después de que ella está de alta que empieza a hablar. Es posible que sea porque yo le he dado más sitio en la consulta, más tiempo. Mi actitud a lo mejor ha sido distinta. A mí el caso me interesaba ya desde hace tiempo y las preguntas habían sido formuladas en reiteradas ocasiones, de hecho, en el texto que tiene Guy le había preguntado en la consulta estas mismas cosas y, sin embargo, no me las había respondido. Es posible que el propio trabajo de atenderla en consulta, con mucha anterioridad, durante mucho tiempo, haya creado esa transferencia, ese vínculo y haya permitido en este momento de alguna manera sentarme con cierta tranquilidad. Romper a lo mejor de alguna manera esa barrera de la relación medico-paciente, hacerla de otra manera como dice Uxío. Y que ella ahora por fin cuente estas cosas... No lo sé.

La actitud de ella durante los ingresos... la había visto justo al salir del ingreso, su actitud era muy autística, en el sentido bleureliano; estaba muy desconectada del medio; ella lo expresa muy bien: «Decían que tenía la cabeza vacía y en realidad yo no podía parar de pensar. Me hablaba todo, todo. Los relojes, el agua que corre, todo significaba cosas...».

JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ: Quería comentar un par de cosas respecto al cambio que se produce y también hacer una pregunta. Desde luego, hay cosas que mejor no interpretar,

pero sí conviene que el clínico se formule algunas hipótesis en virtud de los datos que se obtienen. Según tu relato, se produce un cambio de residencia, aunque no sabemos de qué se aleja o a qué se acerca. Cuando escuchaba este pasaje de tu relato evocaba el traslado de Paul Schreber desde la Clínica Universitaria de Leipzig, dirigida por el Prof. Flechsig, hacia el manicomio estatal de Sonnenstein. A este respecto Schreber dejó constancia por escrito de que acogió ese traslado con gran alivio, pues para entonces Flechsig se había convertido en su perseguidor y, por tanto, su salida de Leipzig suponía un salutífero alejamiento. Además, se produce también otro cambio, cuya importancia desconozco y por eso la menciono: se le cambia la medicación, deja el Seroquel y comienza a tomar Solian. Mi comentario no va dirigido a valorar los efectos puramente farmacológicos, sino significantes. Sucede en muchos sujetos que el poder de los medicamentos tiene más que ver con el nombre que con la sustancia química, siempre que ellos, naturalmente, conozcan esos nombres. Por último, no me quedó claro si cuando ella no duerme por las noches, duerme en cambio de día...

XANDRE GARCÍA CABALLERO: No, no. Ella empieza a presentar insomnio... duerme muy pocas horas. Duerme de 8 a 3 ó de 9 a 3, de la noche y es cuando se levanta. De hecho es uno de los motivos del ingreso. Se levanta y empieza a salir a la calle a llamar a los timbres, y como los padres no lo pueden manejar, provoca el ingreso. Ella es la que demanda ayuda.

JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ: Quizás el insomnio está relacionado con que el hecho de que el Otro desaparece completamente. Y en la calle hay timbres para llamar al Otro. Esta es la cuestión. Me llama la atención que ella hace referencia a la Edad Media y al siglo XVII. Una persona un tanto inculta. No sé si es una cosa local de cierto saber

popular o que tiene para ella una cierta significación personal.

XANDRE GARCÍA CABALLERO: No sé... no tengo ni idea. De todos modos yo también lo tengo señalado, y de hecho lo tengo con «sic» al lado. Pero no puedo responder porque no lo sé, no le pregunté, no tengo ninguna explicación para saber por qué...

OTRO PARTICIPANTE: Te quería preguntar por el trabajo de la psicóloga, porque parece que lo estamos infravalorando, ¿no? La psicóloga la ve en un principio como muy apática, muy desorganizada, muy abandonada hasta en el punto de vista del aseo y en el segundo informe ha cambiado totalmente...

XANDRE GARCÍA CABALLERO: No, vamos a ver, hay dos psicólogos...

OTRO PARTICIPANTE: ...¡Ah! Vale. Entonces me he liado yo.

XANDRE GARCÍA CABALLERO: Hay un primer trabajo con ella en hospital de día que no se puede llevar a cabo porque está muy desorganizada, después hay un trabajo de rehabilitación que no querría que se hubiera malentendido porque el trabajo de rehabilitación fue un trabajo muy intenso.

OTRO PARTICIPANTE: Por eso, por eso...

XANDRE GARCÍA CABALLERO: ... Es decir, la primera valoración que se hace es una valoración de evaluación de la rehabilitación. Se ven de alguna manera sobre todo el tipo de carencias o de déficits que tiene y se plantea qué hacer

con esos déficits, cómo rehabilitarlos a medio plazo. Para sorpresa de la psicóloga después de una valoración inicial muy muy negativa un mes después, la siguiente evaluación es valorada muy positivamente por la misma psicóloga.

OTRO PARTICIPANTE: Pues a eso voy. Ahí ocurrió algo muy importante.

XANDRE GARCÍA CABALLERO: Efectivamente, sí.

OTRO PARTICIPANTE: Ella tenía un caos... tocaba timbres y alguien la ayudó ahí...Y alguien le ayudó a poner orden en su caos. Fue una cosa muy especial. Porque vamos, yo no sé si el cambio de fármaco es por esa época...

XANDRE GARCÍA CABALLERO: No estaba. Vamos a ver, justo el cambio de fármaco antecede a esa época, porque justo esta paciente que antes está tan desorganizada, es posible pasarla a la unidad de rehabilitación por la mejoría que permite el fármaco.

OTRO PARTICIPANTE: O sea, que es por la mejoría del fármaco y por el trabajo de rehabilitación que la mejoría es inédita; sorprende por lo acusada. Como que se le está ayudando realmente en muy poco tiempo a organizar su vida...

PEPE EIRAS: Sólo un comentario. Me parece que es muy interesante tal y como relataste el caso. La paciente viene como una autista bleureliana, y tú inmediatamente la escuchas como una autista bleureliana, y dice: «Yo tengo muchas cosas en la cabeza». Me parece que es el usar una terminología u otra. Me parece que calificarla de autista bleureliana te impide oír nada. Eso después tú lo dejaste aparte e intentaste escuchar lo que ella decía. Creo que es

muy importante esta diferencia, de cómo eso cambia la relación. No importa si era autista bleureliana o no lo era, es decir, si tiene «forma o no de», sino que te interesaste por ella e intentaste hacerle caso a lo que ella decía. Eso te permitió otra relación.

XANDRE GARCÍA CABALLERO: Sí... claro, pero es probable que ocurra... en muchos autistas bleurelianos...

PEPE EIRAS: No... pero no es muy probable que ocurra con los pacientes ésto, ¿no?

GUY BRIOLE: Podemos avanzar un poco... Marta tiene otra pregunta...

MARTA SERRA: A mí se me ocurre que... bueno entiendo bien esto que dices de que no pasaba nada ... y que de repente eso cambia. A veces me parece que sufrimos de la época en la que vivimos en el sentido de la producción inmediata, de la urgencia, y en la psicosis se necesita de la confianza del que escucha de que ese sujeto tiene algo que decir. Resumiendo: una entrevista, otra entrevista... a veces en algún momento la clave es esa... contar con una confianza. En ese momento ese sujeto va a poder producir, porque bien es verdad que a veces aparecen los trastornos de conducta inexplicables en las que el sujeto no va a poder decir nada. Alguien tiene que poner la confianza: el psiquiatra, el psicoanalista... el que sea. Alguien tiene que confiar que eso para ese sujeto tiene una significación... y creo que en este caso, de alguna manera, fue también lo que funcionó.

XANDRE GARCÍA CABALLERO: Una reflexión última. Pensando en estas jornadas y pensando sobre mi propia práctica clínica, lo de las *polaroid* y lo del ritmo diesel, lo creo...lo digo con toda la intención. Creo que es así porque,

además de mi propensión ideológica a interesarme por otras cosas, hoy por hoy, mi práctica clínica con todos los recelos y con toda la autocrítica, es una práctica biologicista-comercial. En ese sentido se diferencia poco de la que pueden hacer compañeros que digamos ideológicamente pueden estar muy alejados de la mía, y ¿qué es lo que ahí hay? Lo que ahí hay es una limitación de tiempo, hay una presión por parte del sistema para que yo produzca, es decir, que L. está haciendo una vida normal independientemente de que yo la escuche o no la escuche, venga aquí a contar esto o no. La cuestión es: esa normalidad, lo que ella misma sabe con respecto a sus síntomas, ¿cuánto la mejora?, ¿cómo se mide? Eso hay que medirlo y hoy por hoy eso no se hace. No hay ningún artículo en el *American Journal* que diga que esa escucha mejora más que otras cosas.

Hablando con mi compañero Ramón Area me decía: de todos los pacientes que yo veo en la planta de Lugo, los pacientes que vienen mejor remitidos, estamos hablando de pacientes psicóticos, son los de los psicoanalistas o de los que tienen práctica psicoanalítica. Independientemente de que ni él ni yo compartamos los presupuestos de los que parten y muchas veces, ni siquiera, las técnicas. Sin embargo sí que reconocemos que esa escucha, o que esa actitud ante el paciente, a nosotros como psiquiatras nos beneficia. Son pacientes más organizados, pacientes que cuentan mejor sus cosas, que responden mejor a cualquier tipo de intervención de cualquier otro orden.

GUY BRIOLE: Bueno, vamos ya a pasar al caso clínico siguiente pero antes me parece que tenemos una enseñanza de este caso. Usted había empezado diciendo que nosotros teníamos un concepto único de la psicosis, pero del lado de la Psiquiatría también. Sobre la *bouffée* delirante, estado psicótico inaugural agudo, los clásicos nos

decían: algunos van a evolucionar cerrando lo que se ha abierto aquí, otros van a organizar el delirio evolucionando más hacia la paranoia, otros se desorganizarán y se irán más del lado de la esquizofrenia. Nos recomendaban no hacer el diagnóstico más que de una manera mas tardía. También podían evolucionar con trastornos del humor. De alguna manera debemos seguir esas concepciones clásicas, porque es lo que encontramos en nuestra práctica de psiquiatras en los servicios de psiquiatría ahora mismo. En la teoría freudiana y lacaniana hay también un concepto único de la psicosis y a partir de ese concepto único, hay formas clínicas. Hay pacientes que se organizan de una manera, otros que se organizan de otra manera. En ese sentido todos los pacientes psicóticos serían idénticos y a la vez cada uno singular. Con su singularidad y el hecho de ponerse como interlocutor como usted lo ha hecho con uno rescata de esa paciente su singularidad no es como todas las otras. Se ve que podemos estar todos de acuerdo en la psicopatología: indiferencia afectiva, afecto aplanado, no contacto ocular, pararespuestas, etc. Podemos todos compartir eso para hacer el diagnóstico, pero mas allá, en la página siguiente, en el caso aparecen «los santiaguinos». Eso es una invención de ella. Le pertenece a ella sola y no se puede poner en el DSM IV o en cualquier otro manual de clasificación clínica. Eso me parece una enseñanza muy importante para nosotros.

La otra cuestión es que usted contestaba el título de las jornadas: «curación no, mejor remisión» ¿verdad? Nosotros deberíamos discutir más ese concepto y explicarlo porque incluso para el psicoanalista no hay curación en el sentido de curar una depresión, o un síntoma como en el neurótico. Hay algunas maneras de estabilización. Término mejor que curación, en el sentido de que algo se acabaría ahí. Pero en ese sentido podemos también discutir lo que nosotros

entendemos por curación. Después hablaré de un caso y de otras situaciones que se podían considerar como curación, pero ahora vamos a dar la palabra a Tiburcio Angosto.

TIBURCIO ANGOSTO: Bueno estamos pensando que como el debate está animado y vamos con mucho retraso, mejor dejar el caso mío para el año que viene y continuar. Llevo treinta años tratándolo, puede estar treinta y uno esperando y así el año que viene tendré más información. Así quedaría tu conferencia y el debate.

GUY BRIOLE: Pero podías hacer algún comentario en relación a vuestro trabajo, comentar las reflexiones que se te ocurren con el debate, con el caso.

TIBURCIO ANGOSTO: Bueno, gracias. Yo tenía también una introducción. Una parte ya me la ha machacado Alexandre. Una de las reflexiones que yo hago a propósito de este paciente que llevo tratando desde hace treinta años y que teóricamente se ha curado. Es respecto a cuatro términos entre los que no existe, ni entre los psiquiatras ni entre los psicoanalistas, unanimidad. Y son los términos: remisión, recuperación, estabilización y curación. Los usamos demasiado alegremente y muchos están contaminados, sobre todo el de curación. De ahí que yo tampoco esté de acuerdo con el título de las jornadas. Curación viene de la medicina clásica. Se producen las heridas, cicatrizan y cuando desaparece la herida decimos que ha curado. No deberíamos usar esos términos. Tenemos otros, pero insisto, tampoco estamos muy de acuerdo en qué es una remisión y qué es una recuperación.

Hace unos años, nos enviaron desde Inglaterra, creo, unos cuestionarios a muchos psiquiatras. Se trataba de decir qué consideraba yo remisión y recuperación. Fue imposible. Se

hubo de llegar a una especie de consenso del tipo de: «el sesenta y tanto por cien de los psiquiatras... considera que...bla, bla, bla», porque no había forma de ponernos de acuerdo en relación a estos conceptos que considero claves dentro de las psicosis.

Otro aspecto más en relación a lo que hemos hablado antes. Creo que deberíamos de llegar a algún tipo de acuerdo cuando hablamos sobre tres aspectos claves en psicopatología definidos ya por Jaspers, y vigentes porque los confundimos. Me refiero a la confusión de términos cuando hablamos de lenguaje. Otras veces nos referimos a ideas, palabras, pero realmente creo que una idea o una palabra no estructura una psicosis. Lo que yo creo es que, en todo caso, sería el razonamiento y sobre todo el juicio que viene detrás de esa frase, de esa palabra, lo que puede estructurarla. Otras veces oímos también decir demasiado alegremente que el paciente ha dicho tal cosa y esto es un neologismo, por tanto es un psicótico. Este estilo de razonamientos nos perjudican a todos, psiquiatras y psicoanalistas. Se me ha ocurrido esto con la frase que decía Pepe en relación a su paciente: «soy el hazmerreír de la aldea global». Yo tengo un paciente que dice una frase parecida y no iba mucho más allá de una *boutade*. El decía: *yo estoy sometido a la aldea global...* o algo así... Era un paciente que tenía una cierta adicción a Internet y estaba teniendo una serie de problemas con otras personas del otro lado del Atlántico. Tenía este modo de decirlo, algo así como estoy atrapado en la aldea global, más o menos. Yo creo que deberíamos de retomar estos términos de la psicopatología clásica. La diferencia entre idea, juicio y razonamiento nos puede dar la clave para saber si estamos ante una psicosis como estructura, o bien ante un episodio psicótico agudo, un episodio psicótico exógeno por drogas o por otras causas, por ejemplo.

GUY BRIOLE: Le agradezco estas observaciones. Yo también las había pensado. La primera en relación a la cuestión del neologismo. No todas las invenciones de palabra son neologismos, tanto en el sentido lingüístico como en el sentido que nosotros damos en la teoría lacaniana al neologismo. Verdaderamente en la teoría el neologismo es la invención de una nueva palabra bajo forclusión. Para que funcione como neologismo ha de funcionar como respuesta para el sujeto. Le confiere un nombre al sujeto. Todas las invenciones de palabras no son neologismos, por tanto. Otras veces son usos de palabras habituales, compulsiones. No son neologismos. Un neologismo es el surgimiento en la lengua de una palabra nueva, pero para que sea considerado así incluso en lingüística debe de tener un sentido común para todos y después se convierten en palabras corrientes para todos.

En relación al neologismo para el sujeto psicótico lo que ocurre es que a él le sirve como respuesta. Le sirve como nombre. Muchas creaciones se hacen de esa manera. Veremos con el caso clínico de ahora, el modo de hacerse un nombre en la vida. La otra cuestión que yo también quería señalar es: ¿qué es el discurso? y ¿qué es la palabra? Cuando nosotros decimos «fuera de discurso», no decimos: «fuera de la palabra». Compartimos alguna cosa del discurso y de la palabra con el sujeto psicótico. Si le indicamos la silla él se sienta, no se sienta fuera de la silla, comparte el mismo sentido de algunas palabras con nosotros. Otra cosa es usar los trastornos del lenguaje como elementos diagnósticos en la psicosis. Hemos de considerarlos con mucha atención y precisión porque hacen trampa muchas veces. Estas eran las dos cosas que quería comentar.

CONFERENCIA DE CLAUSURA

EL LUGAR DE LA PALABRA EN LA CURACIÓN DE LA PSICOSIS

Guy Briole

Psiquiatra. Psicoanalista. AME de la Escuela de la Causa Freudiana de París. Profesor de Psiquiatría de Val de Grâce.

Las prácticas institucionales se modifican bajo la presión combinada de los poderes públicos y de una psiquiatría que se piensa moderna por su referencia incondicional a la medicina científica.

La resistencia al psicoanálisis aumenta al mismo tiempo que se ve puesta en causa la singularidad del paciente debido a una clínica de la observación y de la objetivación que define grupos de enfermos a los que se aplican protocolos estadísticamente validados. En esta práctica del psiquiatra moderno se exige al enfermo que sea adecuado al proyecto de cuidados y «obediente» con las exigencias científicas. Debe también, ese enfermo, aceptar hacer crítica del delirio si quiere salir del hospital. En estas circunstancias subrayaba Lacan: *«el psiquiatra no divaga menos que el loco mismo»*.¹

El sujeto, incluso también el sujeto psicótico, se resiste a dejarse reducir, sea cual sea el entorno político, social o médico, a las categorías clasificatorias en las que se le quiere colocar. Y cada vez más frecuentemente el sujeto psicótico se dirige al psicoanalista. Veremos las modalidades de esta relación entre el psicoanalista y el psicótico.

¹ LACAN J., «Acerca de la causalidad psíquica». *Escritos 1*, México, Siglo XXI, 1971, p. 167.

Podemos preguntarnos: ¿Hasta qué punto el tratamiento con la palabra es pertinente con el paciente psicótico?

Es una pregunta que merece ser planteada. A veces, la dificultad es saber cómo hacer emerger una palabra, cómo establecer un lazo de palabra. A menudo, el sujeto psicótico no espera que se le dé la palabra. Puede suceder incluso que le venga impuesta. En el mejor de los casos la toma para hacer escuchar su certeza: «soy el elegido de Dios», «se me vigila», «voy a ser castigado para salvar al mundo», etc.

A veces también se calla, ya sea que se separa del Otro en un repliegue autístico, ya sea que se avenga a ser dócil a la demanda que percibe de los otros: ¡Que se calle! Si el sujeto psicótico está en el psiquiátrico es porque su discurso, que no pasa por el Otro simbólico, no hace lazo social. En las instituciones, se habla de él, se le habla con enunciados que mezclan el discurso médico con el discurso social.

Lo habitual es que la palabra del sujeto psicótico emerja y la institución la retome, la modifique hasta que sea conforme al discurso común. Entonces la institución puede llegar a separarse de él, a dejarle salir. En el hospital también actualmente el paciente psicótico continúa siendo un ser hablado; alguien de quien se habla. Es poco escuchado e incluso cuando se le escucha, queda por saber cómo se hace.

La escucha de su palabra implica matizar las posiciones que se tomarán según los pacientes y según los momentos que atraviesan. Por ejemplo, está excluido, desde nuestro punto de vista, oponer nuestra realidad perceptible a la del paciente, como lo está también interpretar su delirio. Por tanto, no toda palabra debe ser tomada como tal. Es importante también ponerle límite, contenerla, orientarla en

un sentido que lleve al sujeto a explicarse sobre lo que dice. Lo que siempre debe privilegiarse es la palabra que permite que se pueda establecer un lazo a partir de un mínimo compartido sobre la experiencia. Este mínimo es que podemos entendernos sobre un sentido común atribuido a las palabras. Es a partir de este vínculo que puede reordenarse de otra manera la palabra delirante, la cual a veces no hace lazo más que bajo la modalidad de la persecución.

El psicótico y el psicoanalista

Cuando un sujeto psicótico, como cualquier otro, se decide a hablar, algo cambia para él. No es indiferente que la orientación del que le escucha sea la del psicoanalista. Toda la enseñanza de Lacan sobre la psicosis nos indica que ésta no debe ser considerada bajo el ángulo del déficit. Debe de ser comprendida –para ese sujeto que en el delirio no reconoce su propia producción como siendo la suya– como una solución imposible a la falla abierta en él.

En este sentido, la psicosis no es respuesta a un déficit neurobiológico, sino al defecto fundamental de la estructura. Lacan, separando al psicótico de lo orgánico, hace de él un sujeto responsable. A la perplejidad del desencadenamiento que revela el agujero en la estructura, responde la alucinación.

Es una de las definiciones de la psicosis: una respuesta que surge antes incluso de que la pregunta sea formulada. Eso se le impone al paciente. Tiene una respuesta: «eres la virgen», «eres un espía», etc. Pero el paciente, él mismo, no sabe a qué pregunta se vincula esta respuesta. Entonces, su mundo puede desorganizarse hacia el caos autístico. El paciente puede también ponerse a interpretar todo lo que le rodea y llega a eso que Freud llamaba «una

neoreconstrucción delirante del mundo». Eso le permite, a veces, vivir en ese mundo modificado. Nosotros llamamos a esta suplencia al vacío estructural la *metáfora delirante*.

A veces los pacientes psicóticos encuentran otro modo de estabilización de su psicosis, otro tipo de suplencia. Por ejemplo, Schreber y Joyce encontraron una solución. Eran ellos quienes interpretaban. Schreber hacía pareja con el Otro divino, Joyce con otro, lector de sus obras.

Ninguno de los dos puede hacer pareja con el psicoanalista. Para ellos el psicoanalista no puede nada, como no puede nada con el esquizofrénico separado de los otros *a fortiori*, para el autista replegado en su mundo cerrado.

Entonces, ¿para qué psicótico el analista puede hacer algo? Al menos para aquel en el que el fracaso de la suplencia no permite una estabilización y que encuentra en otro que le escucha un lugar donde situar su testimonio.

Sin embargo, eso no siempre es suficiente. Por ejemplo, eso no es suficiente cuando el sujeto, confrontado a otras coyunturas de desencadenamiento, presenta un momento fecundo durante el cual el descalabro imaginario impone un tiempo institucional que permita una limitación a la invasión de goce a la que el sujeto está confrontado.

Veamos esto con un caso clínico al que he dado como título: «La arquitectura de una suplencia».

Camille es una joven estudiante de arquitectura brillante, hospitalizada a demanda de su familia en un servicio cerrado de psiquiatría. Hacía casi dos años que había iniciado un tratamiento analítico conmigo. Sus padres en desacuerdo con ese modo de tratamiento, ya me habían dicho su opinión

sobre su hija: «una loca que debe ser internada». Camille me llama desde el hospital para quejarse de ser «un genio desconocido internado en psiquiatría por decisión familiar». No retomaré aquí las coordenadas del desencadenamiento del estado psicótico inaugural de esta joven de 22 años; más bien quiero desarrollar las particularidades de la suplencia que ella pudo por un tiempo realizar.

Fue poco tiempo después del primer desencadenamiento cuando nació en Camille el proyecto de «su obra» «Paisajes escritos», título que dio a su proyecto de fin de carrera en el que ella suscribió: «Son ciudades y el sonido de las ciudades son palabras».

Su estado se modificó rápidamente, el delirio desapareció, se consagró exclusivamente a la escritura. Ocupaba la mayor parte de sus sesiones en relatar el avance de su trabajo.

Dice: «La escritura es una arquitectura y es necesario que encuentre una escritura que funcionaría como una arquitectura capaz de englobar el espacio, el tiempo, los sonidos y la poesía».

Trata de crear, mediante la escritura y la arquitectura, un equivalente de lo simbólico que le falta. Para ello, se emplea en crear un alfabeto, en crear un significante faltante, en encontrar una escritura que tendería a negar la arbitrariedad de la lengua.

Piensa que ese proyecto podría ordenarlo todo: «las ilusiones ópticas, la superposición de las lenguas, la pluralidad de los sentidos...»; piensa que ese proyecto la sobrepasa. Sin embargo, mantiene la idea de su realización y continúa trabajando. Dedicó un año a elaborarlo y

redactarlo. Lo que debe subrayarse es que las articulaciones de su trabajo retoman con mucha precisión las coordenadas significativas del desencadenamiento.

Camille piensa haber llegado a su «construcción», pero no ha querido jamás escribir su apellido en su obra. Tiene la idea de que se presta a equívoco por el significante «flor» que contiene, se harían bromas sobre su apellido. Ahora ya no puede aceptar eso. Por tanto ha dejado un blanco allí donde sabe que ese apellido surgirá de la obra misma: crear para hacerse un nombre.

La fragilidad de esta suplencia se veía agravada por una vivencia persecutoria en el momento de sostener su trabajo frente al tribunal. Un momento particular en el que ella está, de nuevo, sometida a la mirada intrusa de los otros.

La imposibilidad de sostener la mirada del otro la lleva a la catástrofe frente al tribunal. Pese a que su trabajo fue rechazado, atrae la atención de uno de los miembros del jurado. El proyecto debe ser realizado bajo la forma de una exposición de seis meses en París bajo la égida y bajo el nombre «de un arquitecto de renombre», dice ella.

¡Hete aquí! Ella sabe: es el nombre el que debe venir al lugar del blanco de la firma. La cuestión ya no es hacerse un nombre sino velarse tras el nombre del otro, tras alguien de *renombre*.

Relaciona lo que está atravesando con la vida de Camille Claudel, algunas de cuyas obras fueron firmadas por Rodin. Ahora dice que ella es Camille y es sobre eso que se sostiene. El lazo transferencial se sostuvo y la hospitalización de Camille transcurrió bien y pudo salir rápidamente de ese episodio agudo. El vínculo transferencial

que permite tomar en cuenta la palabra del psicótico hace que la actitud del paciente respecto al servicio, al psiquiatra, al tratamiento psicotrópico cambie. Particularmente el paciente puede pasar de una posición pasiva a una implicación activa en el tratamiento. Esta participación del enfermo no es la adherencia deseada del psiquiatra sino que el sujeto psicótico se hace responsable de sus actos y de sus enunciados. En esta vía ética –la de su responsabilidad– el sujeto psicótico puede orientarse y es cada vez más a menudo, en relación con esta cuestión, que se dirigen al psicoanalista. Lacan daba una indicación precisa a los psicoanalistas: no retroceder ante la psicosis.

Ya he tratado en otras conferencias (Valladolid, Bilbao) los aspectos de «la práctica entre varios» en el hospital, así como de la importancia de los medicamentos en el tratamiento de los pacientes psicóticos. Hoy he elegido centrarme en algunos aspectos particulares de la transferencia con el sujeto psicótico y preguntarme con ustedes ¿qué relación de palabra podemos tener con este paciente?

Empecemos con un corto extracto de una entrevista con un paciente psicótico:

– «No tengo nada que decir. No quiero hablar de mí».

– *Yo quisiera hablar con usted.*

– (Silencio largo). Bien, pues hábleme.

– Le hablé. No de él, tampoco de mí. Le hablé un poco en los márgenes. Entonces él también se puso a hablar.

En un artículo «À bâtons rompus», he subrayado la manera en que Lacan, en ruptura radical con la «objetivación de los síntomas», se centraba en la palabra misma de su paciente

Aimée. Esa palabra –la del paciente psicótico– debe encontrar un destinatario, un lugar al que dirigirse. Lacan fue para Aimée ese lugar. Optó, nos dice, por entrevistas à bâtons rompus.² Lacan se dio cuenta que eso facilitaba el discurso espontáneo y evitaba que la entrevista acabase en impasse. Hablar a batons rompus es hablar de manera particular, pasando de un tema a otro, volviendo al primero, etc. Es también tener conversaciones en las que, a menudo, el sentido escapa, si bien algo las guía. Vemos ahí un interés por las entrevistas con el paciente psicótico.

Hablar a à bâtons rompus no significa que el intercambio no sea guiado, que no tenga objetivo, que no tenga una dirección. No es en absoluto decir cualquier cosa al hilo de la fantasía de cada uno, y que se cambie de tema no significa que se trate de saltar de un tema a otro sin relación entre ellos.

Hablar a à bâtons rompus es, con el sujeto psicótico, una manera de pasar y pasar de nuevo por las cadenas significantes de manera que, por los anudamientos que puedan producirse, se haga lazo social y lazo transferencial.

Sin embargo, no es suficiente hablar, hacer hablar –como en la catarsis– para que ese efecto de transferencia se produzca. Aunque parezca que esta cuestión es cosa fácil, en realidad es muy complicada. La aparente simplicidad se envía a lo que hay de más central en la práctica.

Hablar à bâtons rompus es sostener una palabra articulada con perspicacia en una conversación en la que es el analista

² Lacan J., *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, París, Seuil, 1975, p. 213.

quien asegura la dirección. Hablar à bâtons rompus con el sujeto psicótico es lo contrario de introducirlo en la vía de la asociación libre. El sujeto psicótico no se sitúa en el trabajo de analizante como lo haría el neurótico. Allí donde el analista, en una posición clásica debería soportar estar en el lugar de sujeto supuesto saber, con el psicótico debe enfrentarse en la transferencia *a alguien que sabe*. *Sabe un saber particular, el de su certeza*.

Dicho de otra manera, aquello de lo que quiere testimoniar el psicótico es del orden de una afirmación, que no deja lugar alguno a la duda, ni a la dialectización, al menos en el primer tiempo. El psicoanalista no puede ser sino *testigo del testimonio* de aquello de lo que el psicótico se sienta víctima en contra de lo que nada puede.

El analista tampoco puede nada y en último término, el psicótico no le pide que haga algo. Es más –si se le escucha bien–, eso le pondría más bien en guardia: que el psicoanalista no se mezcle. Éste, por tanto, no tiene más alternativa que *tomar a la letra* lo que le dice el analizante psicótico. Tomar a la letra el saber que el psicótico sabe del Otro que le hace saber a veces bajo el modo alucinatorio. El psicótico quiere hacer saber al analista que él soporta la pérdida de su libertad. *Es en esto que el psicótico puede estar en una relación transferencial: espera algo del analista*.

El sujeto neurótico espera también algo del analista: espera un saber sobre él, sobre su inconsciente. Coloca al analista en posición de sujeto supuesto saber. Para Lacan, la transferencia del neurótico es el amor que éste dirige al saber supuesto del analista. No es el amor hacía la persona del analista.

Con el sujeto psicótico, la transferencia es de otra naturaleza. Está condicionada por la dimensión erotomaníaca que tiene su origen en el postulado fundamental del sujeto paranoico: no es él quien ama sino el otro. Por otra parte, hemos insistido en la posición del psicótico respecto del saber: una certeza de saber.

Ahora tenemos las dos fórmulas de la transferencia:

- Con el sujeto neurótico es: amor que se dirige al saber.
- Con el sujeto psicótico: es una certeza de saber que se dirige al sujeto supuesto interesarse.

Entonces se comprende que si la presencia del analista es la de un testigo, eso no le obliga de ninguna manera a situarse como alguien que tendría este saber supuesto. Por el contrario, es en el vacío de saber que el psicótico puede colocar su testimonio.

¿De qué quiere curarse el psicótico? Tanto como los otros, en tanto que se presenta a otro al que no le supone ningún saber, pero a quien quiere hacer partícipe de su experiencia intolerable. Aquello de lo que quiere curarse es del desorden provocado en lo más íntimo de su vida y contra el cual debe luchar fuertemente. Quiere ayuda. Busca un aliado para continuar el combate que a veces le ocupa enteramente y que le desborda: delega en otro una parte de la carga que él debe –bajo su punto de vista– injustamente portar.

En ese sentido un analizante me decía: *«Antes de mi análisis yo no había jamás delegado en nadie. Pensaba con usted poder descargarme y descansar un poco»*.

Esta delegación no es sino una consecuencia de la transferencia sobre todo cuando el psicótico llama al analista

como competidor de las voces. Espera que el analista intervenga para que finalmente un poco de orden vuelva a su mundo. Si se le responde en términos de saber, de oposición al psicótico para hacerlo callar, de interpretación del delirio, puede aparecer la persecución, la erotomanía mortífera.

Cada vez que el analista es llamado como otro que sabe, su primera respuesta es el silencio. Se sitúa de entrada del lugar del que no sabe, no se sitúa como Otro sino como otro cualquiera.

El analista se hace «secretario del alienado» dice Lacan.³ Frase que repetimos con frecuencia. «Se hace secretario del alienado», es decir, que se hace el lector que se interesa por el texto producido por el psicótico y no en el psicótico mismo.

El analista está allí como un lector anónimo, salvo que está presente. Su presencia es la de un testigo. Testigo que no se sitúa como el que tendría soluciones para el psicótico. En ese lugar él es supuesto no gozar.

Una paciente me dice: «Le pido aceptar que se deje engañar por mí. Quiero confiar en usted». Es en estos términos que esta paciente, psicótica, pide reiniciar sus sesiones. Al mismo tiempo pide al analista, llamado aquí en oposición a lo que limita su libertad, que la descargue de ese insoportable, pero también le pide que no se haga demasiado presente en una competición con eso que le habla en sus alucinaciones.

Que él haga de semblante. Ella apunta directamente al

³ Lacan J., *El Seminario, Libro III, Las psicosis*, Paidós, 1991, p.295.

obstáculo de la transferencia con los psicóticos: la erotomanía. Su «confianza» debe ser entendida como una demanda particular al analista: que se quede en su lugar.

La cuestión de la interpretación

En el análisis con el sujeto neurótico la transferencia es lo que permite la interpretación. Pero la interpretación ¿es adecuada a la transferencia psicótica?

El psicótico no se sitúa del lado de la creencia sino más bien de la certeza. Una definición de la creencia es la de dar crédito a un testigo. Es una posición estructuralmente opuesta a la del psicótico, quien él mismo a veces se sitúa como testigo. Un testigo que pide al otro ser testigo. El psicótico está en el lugar del testigo: Schreber testimonia de la acción divina maléfica. Muchos psicóticos quieren testimoniar sobre lo que viven: es por eso que aceptan acudir a la presentación de enfermos; no viven eso como una intrusión sino más como una ocasión de explicarse, de testimoniar.

Lacan, en el *Seminario III*, dice que el psicótico «es un mártir del inconsciente».⁴ En el verdadero sentido del mártir: es un testigo. Su testimonio es el del discurso del inconsciente a cielo abierto. Es lo contrario del neurótico, quien da un testimonio velado, tapado, cerrado, que debe ser descifrado. De tal manera que la posición de interpretación –central en el neurótico– sea diferente con el psicótico: *el discurso delirante no se presta al desciframiento*. Si la interpretación toca en el acto analítico al goce reprimido se comprende que la interpretación viene al opuesto de lo que queremos hacer con el psicótico.

⁴ Lacan J., *El Seminario, Libro III, Las psicosis*, Paidós, 1991, p.190.

Con esos sujetos en los que la represión no es efectiva no se puede hablar de una interpretación sino de una elaboración del goce con intervenciones que apuntan a su reducción, a su limitación. Eso puede llevar al analista a salir del encuadre en el que habitualmente se mantiene: el de la no intervención. En la cura con el psicótico, el analista está en el lugar de testigo, sin embargo es un testigo activo. Se trata para él, en la transferencia, de una «implicación forzada» y no de una «neutralidad» que se transformaría rápidamente en una «imputación malintencionada». El analista debe tomar partido a veces interviniendo en la realidad de ciertas situaciones. Con ese sujeto que no se puede apoyar en la estructura, el trabajo de la transferencia se sostiene por la presencia real del analista.

Una paciente psicótica prosigue su cura que le permite una cierta elaboración por lo que ella llama «las construcciones de pequeñas obras dispersas e inacabadas». Para ella esta construcción está vinculada a las sesiones y a la presencia del analista. Soporta mal mis ausencias, que son vividas por ella como un dejar caer de eso que la sostiene. Es por eso que me reprocha: «no puedo consagrar mi vida, mi energía, a superar las vicisitudes de su vida».

De hecho para el psicótico no hay fin de cura sino modificaciones posibles del goce en el sentido de una pacificación. Una pacificación del goce. Por eso el psicótico no puede apoyarse en el significante. Puede solamente apoyarse en sus propias fuerzas. En ese punto se trata también de una cuestión ética.

PRESENTACIÓN DEL LIBRO

«Fundamentos de Psicopatología psicoanalítica»

FUNDAMENTOS DE PSICOPATOLOGÍA PSICOANALÍTICA

Editorial Síntesis, 2004

José María Álvarez, Ramón Esteban, François Sauvagnat

«Si nos acostumbramos a ser inconformistas
con las palabras acabaremos siendo
inconformistas con los hechos»

E. Lledó. *Una invitación a la lectura*

Abro con esta cita de Lledó el comentario sobre el libro que hoy tengo el honor de presentar y el título *Una invitación a la lectura*, del cual he extraído la cita, me parece de lo más acertado para condensar mi opinión sobre el libro que presento. No siempre se tiene la suerte de poder comentar un libro con sus autores, como me ocurre hoy a mí. José María y Ramón Esteban, a quien hoy tengo el placer de conocer personalmente, son dos de los autores de este estupendo tratado de psicopatología psicoanalítica.

Cuando empecé a leerlo me sorprendieron varias cosas: por un lado la facilidad con la que los autores se pasean y se codean con los clásicos de la psicopatología. Me impresionó el fluido recorrido por la historia de la locura, del sufrimiento psíquico y de sus avatares e interpretaciones, siempre parejas al momento histórico que reflejan. Facilidad para mí solamente comparable con la familiaridad que me podía permitir con los personajes de los cómics de mi infancia que leía con avidez.

Por otro lado señalar que esa familiaridad está atravesada por la clínica de la escucha más que por la de la mirada,

más proclive a los desarrollos de la psicopatología psiquiátrica clásica y actual.

Abundante en reseñas, y recomendaciones bibliográficas, no de quien habla de oídas, sino orientadas por quien está verdaderamente empapado del saber psicopatológico hasta la fecha desarrollado.

Parafraseando a los autores en sus palabras de presentación: «La obra que el lector tiene en sus manos explora y privilegia el determinismo inconsciente de los fenómenos descritos tradicionalmente por la psicopatología, su causalidad psíquica, sus mecanismos patogénicos específicos y la particular conformación clínica que el sujeto imprime a su malestar».

Es un libro que rebosa experiencia clínica y que dedica un trato especial al síntoma y al sujeto psicótico. Está encandilado por él y por la enseñanza que éste transmite a quien se deja enseñar. Empeñado en devolverle la dignidad al loco, en transmitir que su palabra está plena de sentido y que con ella es posible hacer algo más que un catálogo de síntomas pertenecientes a una u otra estructura psicopatológica o a veces ni a eso, perdiendo la referencia y el norte, en un batiburrillo nosológico que nada tiene que decir y menos que hacer con el sujeto que lo padece. No hay ningún síntoma a-histórico ni a-biográfico, por muy igual que se presente.

Apuesta por el efecto de la palabra, que si bien enloquece también puede curar o al menos suturar al sujeto a la vida de un modo menos sufriente.

Novedoso en cuanto a que despliega, con un decidido espíritu didáctico, su pasión por la teoría psicoanalítica

empeñándose en transmitir dicha pasión a los que se quieran acercar a los fundamentos de un saber que habitualmente es tildado de críptico y oscuro o que queda bien para una charla de café, pero cuyos fundamentos y presupuestos parecen a veces más próximos a la poesía, a la lógica o a las matemáticas que a la práctica habitual de cualquier clínico.

Me hubiera encantado contar con él cuando era residente. Esa fue mi convicción íntima al leerlo...

¡Cuantos trabajos me hubiera ahorrado! me decía mientras lo leía. Es fácil entusiasmarse siendo residente. Ávidos de saber y de curiosidad. Pero también es fácil cansarse, cuando entre tanta oferta de conocimiento, algo se presenta inicialmente árido aunque seduzca por su musicalidad... y hoy músicas, aunque muchas, todas tienen el mismo sesgo: lo biológico a ultranza.

A mí me ha servido para orientarme y ordenar el poso de otras lecturas realizadas de modo apresurado o embarullado de esa época, que han debido de sedimentarse a fuerza de preguntas de no fácil respuesta y por la necesidad de orientarme en un territorio, el del encuentro con el otro, donde los mapas siempre están por descubrir...

En ese sentido me parece además un libro honesto y bien escrito. Un libro apasionadamente decidido y valiente, en un momento, en el que no es precisamente la pasión el afecto más en boga para una teoría, la psicoanalítica y concretamente la lacaniana, que haga furor entre los que se inician en las lides de tratar con el sufrimiento psíquico del otro y con el propio en juego.

Este libro, pese a su recién estrenado nacimiento, será un clásico y sino al tiempo. Será un libro más para relectura que para lectura... como dice Calvino para referirse a los clásicos. Tal vez deba de alternarse su lectura con las demás que siempre van parejas, ordenada o desordenadamente; para relegar a la categoría de ruido de fondo otros saberes que, preñados de las insignias de lo científico sencillamente porque manejan datos supuestamente objetivos (olvidando que no hay mirada aséptica o ateórica), nos bombardean con monótonos mensajes que pretenden conformarnos con virtuales verdades en las que siempre la palabra es lo único que se silencia... pese a ser lo único siempre revolucionario.

Leadlo... os lo recomiendo.

Chús Gómez.

Ourense, 21 junio de 2004.