

Aportaciones psicoanalíticas de los avatares de la psicosis en una experiencia hospitalaria

*Ángeles de la Mora **

*Yamila Zapata Marzolla ***

*Rodrigo Álvarez Ibarra ****

RESUMEN: El presente artículo trata de la experiencia de trabajo en un hospital psiquiátrico desde la perspectiva psicoanalítica en la clínica con la psicosis, que da cuenta de un recorrido por los avatares institucionales y la construcción de un equipo terapéutico. Así también, se trabajan algunos conceptos fundamentales de la psicosis en su articulación a la clínica. Para ello, presentamos viñetas con los casos de pacientes del hospital.

Palabras clave: psicosis, hospital psiquiátrico, equipo terapéutico, psicoanálisis

ABSTRACT: The present article deals with the work experience in a psychiatric hospital with the psychoanalytic perspective in the clinic with the psychosis, it shows a passage by the institutional problematics and the construction of a therapeutic team. Thus also, some fundamental concepts of the psychosis in their joint to the clinical work. For it, we displayed fragments of patients cases from the hospital.

Key words: psychosis, psychiatric hospital, therapeutic team, psychoanalysis

* Psicoanalista.

** Egresada de la Maestría en Psicología, Grupos e Instituciones, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

*** Licenciado en Psicología.

Un recorrido de trabajo

En enero de 1999 fuimos convocados a asistir a un seminario teórico y clínico que abría la psicoanalista Ángeles de la Mora para pensar la locura. El seminario se llevaría a cabo en un hospital¹ psiquiátrico privado de la Ciudad de México, dirigido por una congregación religiosa de Hermanas de la Caridad.

En ese espacio se inauguró un recorrido a lo largo de seis años de la construcción de un estilo de trabajo psicoanalítico con la psicosis. Se configuró un equipo terapéutico que de forma gradual fue ingresando a la clínica. De inicio se constituyó un seminario crítico y reflexivo de diversos textos sobre el estudio y abordaje de la psicosis, mismo que sostuvimos durante todos los años de estancia en el hospital; también se realizaron (viernes a viernes) presentaciones de enfermos.

El modelo de la presentación de enfermos fue pensado, cuestionado e interrogado de diversas manera en cada momento de nuestro trabajo. Durante gran parte de su vida Lacan sostuvo la presentación de enfermos como un aporte fundamental de su enseñanza.

Desde nuestra experiencia, consideramos que las presentaciones pueden responder a la ética de un espacio donde el analista se deje embaucar, y preocupar, por la locura del otro, de manera que pueda aparecer un trabajo posible. El público presente (constituido por dos o tres personas del equipo terapéutico) funciona como testigo respetuoso y confiable que no interviene de ninguna manera.

La presentación de enfermos atiende a la especificidad de la forma en que aparece la transferencia en la psicosis. Mientras que en la neurosis en un primer momento se le supone un saber al analista y con ello se abre la posibilidad de que aparezca una demanda, situación que Lacan trabaja como “sujeto-supuesto-saber” y que dentro de la lógica de la neurosis tiene que ser desmontada para que pueda avanzar una cura, en el caso de la psicosis se da en forma distinta. Es el analista quien le supone un saber al psicótico, la especificidad de la transferencia en la psicosis se deduce de esta estructura en la que el sujeto da su testimo-

¹ Decidimos no mencionar el nombre del hospital para respetar la confidencialidad de los pacientes.

nio: “el paranoico testimonia acerca de la estructura de ese ser que habla al sujeto” (Lacan, 1997:63). La demanda que puede emerger es la de querer ser escuchado, hay algo que tiene que decir que será importante, es él quien tiene que explicar lo que ha sucedido y de lo que su misma locura da cuenta.

En este sentido el lugar del analista en el tratamiento de la psicosis es un lugar complejo, el analista se hará cargo de una escucha donde se posicionará “lado a lado”, como “secretario del alienado”, tomando el testimonio “al pie de la letra” (Lacan, 1997:296), de lo que este “mártir del inconsciente” (Lacan, 1997:190) cuenta de lo que le viene del Otro, dejándose embaucar en el saber de la locura. En este sentido Lacan dice que la transferencia psicótica es primero una transferencia al psicótico.

La entrega del delirio por parte del psicótico inaugura un proceso transferencial intenso, es su objeto más amado y apreciado.

El trabajo que hemos realizado y por el cual hemos sido testigos de estas situaciones en cada nueva presentación de enfermos da cuenta de su eficacia clínica.

Cada presentación, visita a los pabellones de hombres y mujeres, atención a pacientes y familiares dentro del hospital y en consulta externa, preguntas teóricas y clínicas que nos acompañan, han precisado la necesidad de un registro escrito en relatorías elaboradas por el equipo terapéutico durante estos años y que en el presente texto utilizamos a manera de viñetas clínicas.

Nuestra intervención ha sido en varios niveles: por una parte identificamos el trabajo en el pabellón de hombres y mujeres, con los pacientes internos graves y crónicos. Otro nivel de atención fueron los pacientes que presentaban crisis continuas, los cuales atravesaron por múltiples internamientos y egresos de la institución. También dimos prioridad a la consulta con pacientes externos que se sostuvieron con el tratamiento analítico fuera del aislamiento hospitalario. Nuestra postura ética frente al trabajo institucional apunta a que el paciente pueda crear vínculos sociales y sostener una vida afuera de la institución. En este mismo sentido nuestra preocupación se enfocó al trabajo con los familiares o vínculos que aceptaron asistir a las entrevistas, considerando que el paciente psicótico por lo general comparte una locura con

tres o más miembros de la familia, y apuntando a construir algún tipo de pactos que permitan restituciones del vínculo resquebrajado.

Con algunos pacientes decidimos implementar acompañamientos terapéuticos en el complejo pasaje de salida del encierro psiquiátrico. También tuvimos que apoyar a los pacientes que salían de la institución en la búsqueda de vivienda y trabajo, para lo que creamos, en la medida de nuestras posibilidades, formas alternativas de contención.

Asimismo, formamos un espacio artístico y cultural con las producciones de los pacientes; esta idea surgió a partir de la demanda de un paciente que quería leer los cuentos que escribía al equipo y a otros internos. Los pacientes lo nombraron el “club social”.

Deslindándonos del concepto institucional de “actividades recreativas”, pensamos mucho en la habilitación de este espacio, intentamos crear un encuentro donde se atendían y compartían las vías de producción subjetiva en sus partes más creativas. Este proyecto lo llevamos a cabo fuera de la clínica, lo cual trajo varias tensiones institucionales para el permiso de psiquiatras y directivos de dar salida a sus pacientes por un lapso de tiempo cada viernes. Logramos que asistieran tanto pacientes cronicados que encontraron allí la posibilidad de una breve salida de la institución, así como pacientes externos que venían de distintos lugares de la ciudad. En el club social de las tardes de los viernes se leían las diversas producciones de los pacientes: cartas, poesías, cuentos, dibujos, biografías, ensayos, canciones, etc. Nos parece fundamental precisar que la escucha que se hace de estas producciones, nos interpela desde las consideraciones que Lacan aportó en sus últimos tiempos, con su trabajo acerca de los escritos de Joyce, en tanto una modalidad inédita del concepto de *Sinthome*. Aquello que constituye un intento de escritura que implica un nuevo trato con lo real, tiene que ver con un artificio, un arte, un oficio, una compensación que permita anudamientos y suplencias.

Pensamos que esta lectura lacaniana abre la posibilidad de que la función “Sintomática” produzca anudamientos e inaugura contribuciones novedosas referentes al trabajo con pacientes psicóticos.

La experiencia de escuchar la psicosis nos remite siempre a una perplejidad ante el saber y la apabullante lucidez de la locura. Respondería

a un acto ético un trabajo arduo acerca de la propia locura del analista, que nos ubica en posiciones de responsabilidad frente a nuestro quehacer.

Nos vemos pues, en este punto delicado, siendo testigos de esta dimensión de lo “inconsciente a cielo abierto”(Lacan, 1997:89) de la experiencia psicótica, de discursos donde se expresa el fracaso del amor y de la vía metafórica, de la sensación de caída del mundo y de las indescriptibles deformaciones que sufren en sus cuerpos y en sus vínculos con los otros. Es la escucha de frases que se interrumpen, discursos que aparecen “planos”, frases enigmáticas que elaboran los pacientes y que a veces producen la sensación de una superficial “normalidad”.

En este sentido, el trabajo con la psicosis nos confronta permanentemente con aquello que “no cesa de no escribirse” y llamamos lo real, lo que está fuera de toda ley, orden determinado, organización, regulación, y que primordialmente produce angustia.

Así, la posición del analista sería una apuesta de no renunciar a escuchar la locura, que siempre tiene que ver con la imposibilidad de soportar lo real.

Intersticios institucionales

Resulta enigmático el lugar que fuimos construyendo en la institución hospitalaria. Se podría nombrar como atopía, un no-lugar. Nuestra intervención, a pesar de estar fuera de la normativa ordinaria en términos de adscripción institucional, por un tiempo fue aceptada. No fuimos adscritos a ningún servicio, no estuvimos contratados laboralmente y tampoco gozamos de un sueldo, por lo tanto, dispusimos de una cierta “libertad de acción”, siempre y cuando se respetaran ciertas reglas de juego institucionales, como no interferir con otros médicos o respetar las indicaciones de ellos para con los pacientes que quisieran hablar con alguien del equipo terapéutico.

Sin embargo nuestro trabajo no dejó de estar en una zona marginal. El hospital psiquiátrico, como una institución operante en los imaginarios clásicos de la vigilancia, el control y el encierro, junto con los procedimientos de la organización religiosa que lo dirigen, representa una combinatoria en el intercambio psiquiatría-religión, de san-

ciones, privaciones, del imaginario religioso, así como “tratamientos”, diagnósticos, miradas arbitrarias, de una estructura psiquiátrica muchas veces avasallante, en la vida cotidiana del internamiento.

Nuestra intervención nos dejó en un lugar paradójico: a la vez que pudimos trabajar con un dispositivo diferente, las condiciones impuestas por el grupo psiquiátrico y religiosos sometían al continuo riesgo de ser expulsados. Al no ser parte del cuerpo del saber médico-psiquiátrico ni religioso, pudimos sostener un trabajo en los intersticios institucionales. Por lo mismo, nuestro lugar en el hospital, mientras duró, permaneció en los espacios vacíos que no están objetivados ni del todo controlados por los códigos formales. La institución no dejó de responder ante el lugar que ocupábamos, el cual se escapaba a la objetivación y al control; de allí que nuestra labor sólo pudo ser representada por ésta como asistencialista, caritativa, extravagante y loca; lugares de los que constantemente nos diferenciábamos.

En cuanto a la conformación del equipo terapéutico, atravesamos por los avatares de lo que conlleva todo trabajo con otros. Sin embargo, el trabajo en equipo ha sido un dispositivo de contención de las angustias por las que inevitablemente atravesamos en el trabajo con casos graves, a su vez el intercambio teórico de cuestionamientos y reflexiones ha conformado un espacio riguroso de formación. El trabajo en equipo se configuró en varios planos: frente a una entrevista clínica en el pabellón o en presentación de enfermos, en el trabajo con los textos y en la escritura de las relatorías.

Caída del mundo y reconstrucción delirante

Las primeras reflexiones que hace Freud sobre la psicosis conciernen a la paranoia. Fue en el análisis de “Memorias de un neurópata”, publicado en 1903 por Daniel Paul Schreber, donde Freud encontró los fundamentos de su teoría de las psicosis (1911) cuando acababa de explorar la libido infantil (1907-1910) y justo antes de elaborar su concepción del narcisismo (1914).

Las afirmaciones teóricas sobre la libido infantil le hacen llevar el punto débil de los paranoicos a la fijación en el estadio del autoerotismo,

del narcisismo y de la homosexualidad, etapa obligada de toda construcción libidinal en la que el niño toma como objeto de amor a aquél que detenta órganos genitales similares a los de él. Afirma que en las psicosis hay fundamentalmente una libido vuelta sobre el propio cuerpo, proceso en el cual distingue dos momentos.

Primero, el tiempo inaugural de una psicosis consiste en apartar del yo la realidad exterior, es la enfermedad en sí. El desasimiento parcial de la libido previo al desasimiento total que es vivido por el sujeto psicótico como fin del mundo. El debacle de su mundo imaginario es una caída prácticamente de fin de mundo para él.

El segundo tiempo tiene la característica de restitución o reparación; donde hubo el desgarramiento de la libido con respecto al mundo exterior se coloca en su lugar el delirio como una pieza de empalme restitutivo del vínculo con los otros, con el mundo.

Lacan hace una precisión distinguiendo un “momento fecundo” (sensible al inicio de una paranoia) en que se presenta una ruptura, una crisis vital que tiene que ver con la caída de las relaciones del sujeto con el mundo, un desbaratamiento de anudamientos simbólicos, una debacle, y posteriormente la construcción delirante será una forma de vincularse fallidamente al mundo humano, por eso considera a todo delirio como “delirio de relaciones” (Lacan, 1997:31).

A manera de ejemplo clínico de estos momentos, traemos un fragmento del caso de una paciente del pabellón de mujeres del hospital.

“M” nos aborda en el pasillo en silla de ruedas, es muy joven, tiene que decirnos algo muy importante. La entrevistamos por primera vez. Nos trasladamos a su cuarto donde nos relata el momento en que cree que “inició todo”. Dice:

Me casé y todo estaba bien hasta que quedé embarazada, durante mi embarazo subí mucho de peso para alimentar bien a mi hija; cuando nació, le puse mi nombre. Pero me vino una depresión terrible donde no quería hacer nada, tenía a mi bebé en los brazos y sólo pensaba en que quería morirme [...] la enfermera le puso una vacuna equivocada a mi hija de seis meses, las primeras dos estuvieron bien bajo mi supervisión, pero pensé, la tercera es la vencida. Mi hija se podía morir, después yo me enfermé de los nervios [...] yo sabía de todo lo

que los demás no intuían, vi las escenas de la guerra del Golfo, de Bosnia Herzegovina, y sé que se viene una tercera guerra mundial, vi cuerpos despedazados y escuché gritos de dolor en todas partes, escuché las voces de los sobrevivientes del Titanic... no soporté esos aullidos, me pedían que los salvara... [interrumpe su discurso y continúa] todo se nubló [en ese momento “M” se lanzó contra un gran ventanal, se fracturó la pierna y quedó en silla de ruedas], mi esposo no soportó mi enfermedad, se separó de mí y me internaron.

En esta viñeta clínica podemos ver, entre muchas otras cosas, la reconstrucción delirante que la paciente hace en su esfuerzo por dar cuenta de su pasaje por la locura, el momento de resquebrajamiento que está fuera del orden del discurso, y su restitución en el delirio que construye.

El momento de desencadenamiento de una psicosis produce una reacción en cadena junto con una proliferación imaginaria, como se puede ver clínicamente en el caso: “M” habla de “*cuerpos despedazados, voces, gritos, aullidos de dolor*” de un momento de horror y resquebrajamiento del mundo. Estamos ante uno de los momentos de mayor angustia en que, si no hay una escucha para estas advertencias, puede acontecer la demostración anunciada en un pasaje al acto.

La gramática del delirio

El genio de Freud fue haber hecho notar, por medio de un análisis lingüístico, que en los diferentes delirios que se constituyen, todos remiten a cuatro maneras de contradecir una única proposición: “Yo, un hombre, lo amo a él, un hombre”,² ya sea que esta contradicción sea del sujeto, del verbo o del objeto.

² Cabe precisar que el amor y el odio son pasiones narcisistas, lo afectivo tendría que ver con la unificación de “eros” en un significante primordial, es decir, lo que el sujeto unifica en su discurso erótico. El significante primordial parte de la pareja formal de dos fuerzas primeras, *Bejahung* y *Ausstossung*, afirmación y expulsión. Esta ecuación fundamental no se produjo en la psicosis. Por lo tanto, no hablamos aquí de un discurso erótico de amor y odio, el único afecto en la psicosis es la angustia. Este rasgo distintivo da especificidad a las experiencias psicóticas, donde a falta de una metaforización amorosa, aparece la fagocitación, la intrusión, la violación, la suplantación, la persecución.

a) En el delirio de persecución operará una inversión del **verbo** (amor por odio):

“yo no lo **amo**, pues yo lo **odio**, porque él me persigue”.

(“V” es una paciente que en su juventud era bailarina, habla de aquella época y del inicio de su “enfermedad” a partir de que conoció a un director de teatro: “*Él me puso algo en mi vaso, pues de pronto empecé a sentirme muy enamorada de él [...] le preparé una caja de regalo y se la llevé a su casa [...] la puerta estaba abierta, entré y él me corrió... desde entonces él me manda telepatía y controla mi mente, cuando hace eso, yo sólo puedo ceder a las órdenes que él dicta [...] me protejo de sus vibraciones negativas rezando el Padrenuestro y el Ave María*”).

b) En el delirio erotomaniaco operará la contradicción en el **objeto**:

“No es a **él** a quien amo, es a **ella** a quien amo”, que se transformará en un [...] “es a ella a quien amo porque ella me ama”.

(“G” es un hombre mayor, quien se nombra como “*el mártir del amor*”, su delirio erotomaniaco radica en contraer nupcias con una mujer virgen en lo que él llama la época del “*adviento*” [Navidad], esta mujer o mujeres objeto de su erotomanía son parte del grupo religioso que dirige el hospital. Cuando las ve, siente en el estómago “*los dolores del amor que tanto lo han hecho padecer*”, y escucha en sus voces alucinatorias que éstas le dicen “*te quiero*”).

En una fuerte crisis y un grave pasaje al acto en que intentó ahorcarse, “G” escuchó que sus compañeros le decían “*puto*”, “*maricón*”, esas voces lo persiguen, lo injurian, amenazan con matarlo, alucina que un hombre quiere cortar la barba que es lo que “*lo hace hombre*”, “[...] *está afilando las navajas*”, dice asustado. Se siente en riesgo por estar enamorado de una de las mujeres de Dios, entonces en sus rezos aparecen las frases de “*amor a Dios*”, su verdadero objeto erotomaniaco, que había sido invertido en su amor a las mujeres religiosas. Dice:

“*Amor es Dios, Dios es mi amor, Dios es mi todo, te ofrezco mi vida, mi todo, yo te doy infinitas gracias porque sé que tú me quieres y es lo único que tengo pero te lo voy a dar con todo mi amor. Te ama, ‘G’. Perdón*”).

c) El delirio de celos no reconocerá al **sujeto** y se transformará la proposición en:

“No soy **yo** quien ama al hombre, es **ella** quien lo ama”.

“No soy **yo** quien ama a las mujeres, **él** las ama”.

(“L” es una paciente que en su delirio siente que Jesucristo es su esposo, dice que tiene encuentros íntimos con él todas las noches, sin embargo cada vez que se erotiza con alguna paciente mujer del pabellón, emergen los celos delirantes. Dice: “*Jesús me engaña con ésa [...] también me ha estado engañando con María Magdalena*”, en esos momentos de crisis, se encierra en su cuarto, deja de comer y recibir vistas, deja de salir en los días de permiso, llora mucho y a veces evita hablar con los integrantes del equipo terapéutico).

d) La proposición, agrega Freud, puede también desautorizarse en la frase íntegra:

“No amo a nadie, sólo me amo a mí”, y se trata entonces del delirio de grandeza o megalomanía.

(“W”, un paciente del pabellón de hombres, dice ser “*el arquitecto del mundo*” [...] “*soy el redentor de la humanidad, y los liberaré de todas las injusticias del mundo*”).

Todo delirio conforma fragmentos de verdad de la historia del sujeto, en todo núcleo delirante hay incidencias de una violencia avasalladora para él, desgarraduras de la subjetividad excluidas de ordenamientos simbólicos; en este sentido freudiano, el delirio es un intento de restitución ante la catástrofe de lo acontecido.

Lo que nos enseña Freud es una escucha estructural del delirio y de la clínica psicoanalítica en general, un aporte significativo para no perder de vista la gramática constitutiva del delirio; dicho de otra manera, ¿cuál es la estructura lingüística de “eso” que le habla al psicótico?

Tratándose de identificar la falla en cada gramática delirante, apuntamos a precisar una escucha de la clínica que desbroce finamente los momentos y las particularidades de una construcción delirante; es decir, ¿en qué posición está el sujeto frente a los avatares de su delirio?, si está en la injuria, en el murmullo incesante, en el estribillo, etc., considerando cautelosamente una intervención o no y de qué formas. En

este sentido, hay que renunciar a querer comprender el delirio; la escucha de un delirio no es encontrar la significación, sino las pistas, las leyes del lenguaje en la singularidad de cada sujeto, los neologismos centrales desde donde se estructura cada delirio, detectando qué neologismos lo sostienen.

Hay que precisar que la psicosis atraviesa por las distintas proposiciones gramaticales. Por lo tanto, es preciso ir ubicando clínicamente en qué momento la frase cambia y el sujeto pasa por avatares erotomaniacos, paranoicos, celotípicos o megalomaniacos.

El mecanismo de la forclusión

Para Freud (1986:195):

Uno de los rasgos diferenciales entre neurosis y psicosis [es] que en la primera el Yo, en vasallaje a la realidad, sofoca un fragmento del ello [vida pulsional], mientras que en la psicosis ese mismo yo, al servicio del ello, se retira de un fragmento de la realidad [contenido objetivo] [...] En la neurosis se evita, al modo de una huída [represión] un fragmento de la realidad, mientras que en la psicosis se lo reconstruye. Dicho de otro modo: en la psicosis a la huída inicial sigue una fase activa de reconstrucción [...] la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella, la psicosis la desmiente y procura sustituirla.

El desasimio de la libido del objeto real es para Freud (1924) la pérdida de realidad.

Freud primeramente se pregunta: ¿cuál puede ser el mecanismo equivalente a la represión, mediante el cual el Yo se aparta del mundo exterior?

El problema teórico a resolver es entonces el de aclarar los lazos entre proyección y represión, puesto que en la economía libidinal del psicótico, una percepción interna es sofocada, y en su lugar aparece una percepción venida del exterior.

Se plantea así un mecanismo que sería propio de la psicosis. Apoyándose en la convicción de Schreber de la inminencia del fin del mundo, convicción que se encuentra muy a menudo en la paranoia, Freud estima que la represión consistiría en un retiro de los investimentos libidinales colocados en las personas u objetos antes amados y que la producción delirante sería una tentativa de reconstrucción de esos mismos investimentos, una especie de tentativa de curación. Hace entonces la observación, extremadamente importante, de que lo abolido-del-adentro (*Verwerfung*) vuelve-de-afuera. Entonces, en el caso Schreber, se ve llevado a precisar que la alucinación no es un mecanismo proyectivo, más bien lo que ha sido abolido en el interior vuelve del exterior.

En el caso del hombre de los lobos, la alucinación del dedo cortado le permitió poner en evidencia un mecanismo distinto tanto de la represión neurótica como de la desmentida perversa. Esto es la *Verwerfung*, que en términos freudianos significa rechazo, y Lacan terminó acuñando este concepto como *forclusión*.

Para Freud la paranoia está relacionada a un contenido inadmisibles de libido homosexual, tiene que ver con un carácter de defensa contra ésta. La paranoia incluye no sólo al delirio de persecución, sino a los delirios de celos, de erotomanía y de grandeza, como formas de negar la homosexualidad proyectándola al exterior. Considera a la paranoia como el asalto de una corriente autoerótica, un retorno a una situación infantil que va del autoerotismo a la elección objetal. Este estadio es el del narcisismo, en que el individuo reúne sus pulsiones sexuales en una unidad que hasta ese momento actúa de modo autoerótico, por tanto en principio se toma a sí mismo, toma su propio cuerpo como objeto de amor. Si acaso en el proceso del desarrollo psíquico hay una fijación a este estadio, en que el sí mismo es tomado como objeto de amor, los órganos genitales toman un lugar primordial; la etapa siguiente conduce a la elección de un objeto de órganos genitales similares a los propios y en el mejor de los casos el término del proceso de la represión hará que posteriormente se produzca una elección de objeto heterosexual.

Freud observa en el caso de Schreber que su perseguidor (el doctor Flechsig) había sido antes objeto de amor y reconocimiento de éste y de su esposa.

Es entonces que emite la hipótesis de un empuje de libido homosexual como punto de partida de toda enfermedad. Se apoya en que Flechsig fue para el paciente un sustituto de sus objetos de amor infantiles.

La confusión imaginaria

La perspectiva de Lacan aclara muchas encrucijadas del pensamiento freudiano; Lacan retomará el trabajo sobre el narcisismo de 1914 y la cuestión de la *Verwerfung* como forclusión para construir su teoría del fracaso de la metáfora paterna en la base de todo proceso psicótico.

El narcisismo no es solamente la libido sobre el propio cuerpo, sino también una relación imaginaria central en las relaciones interhumanas: uno se ama en el otro, es allí donde se constituye toda identificación erótica y donde se juega toda tensión agresiva.

La relación del narcisismo es entonces la relación imaginaria central de los vínculos humanos: “toda identificación erótica, toda captura del otro por la imagen [...] se hace a través de la relación narcisista [que] también es la base de la tensión agresiva” (Lacan, 1997:134). El estadio del espejo evidencia la naturaleza de esta tensión agresiva, porque el Yo es desde el inicio por sí mismo otro y allí se instaura una dualidad interna del sujeto. “El Yo es ese amo que el sujeto encuentra en el otro, y el otro está siempre a punto de retomar su lugar de dominio en relación a él. Por eso todo equilibrio puramente imaginario con el otro siempre está marcado por una inestabilidad fundamental” (Lacan, 1997:134-5).

La constitución del sujeto implicada en la relación con su propia imagen es lo que Lacan denomina como el estadio del espejo, etapa en que el niño de siete u ocho meses descubre su imagen, pudiendo reconocerse en ella y abriendo un proceso identificatorio posible si y sólo si hay un Otro –lugar que originariamente ocupa la función de la madre– que lo mire, lo reconozca como tal y que lo nombre.

Para que una organización original diferencie la propia imagen de la del otro, y evite la lucha erótica o agresiva que provoca la colisión no mediatizada de otro con otro, cristalizándola en una experiencia mortífera de “él o yo”, se necesita de la inclusión de un tercero.

Cuando falta este tercero como sostén simbólico, se produce el efecto de un colapso en el orden especular que deja al sujeto atrapado en una lucha imaginaria en donde el otro no es más que un perseguidor que quiere su muerte. El tercero mediador introduce un pacto simbólico para que la lucha se mediatice a través de la palabra. La función del tercero es regular esta ambivalencia estructural del vínculo imaginario con el otro. Este tercero simbólico es lo que Lacan establece como el Nombre del Padre y por ello la resolución del complejo de Edipo tiene una función normativa.

En el delirio de Schreber aparece una disolución del otro como diferenciado de sí.

El perseguidor no podría ser considerado como un objeto de elección amorosa homosexual, sino una imagen de otro con el cual la única relación posible, a falta de una instancia tercera de ordenamiento simbólico de lo vincular, es la agresividad o el erotismo.

En Schreber, ya sea que el perseguidor lo mata, o que Dios lo *“coge y convierte en una mujer en el momento del coito”*.

Forclusión del significante Nombre del Padre

La función paterna simbólica o metáfora paterna, designada también con el término de Nombre del Padre, es distinta del padre real que es aquel que puede ocupar a su manera esa función, hablamos del lugar y la función que permite la promoción de la ley simbólica de los humanos. Lacan habla de la metáfora paterna como aquella que une al sujeto a la ley; la metáfora paterna puede producirse en la medida en que hay una madre deseante que da lugar a esta función paterna simbólica. En la psicosis esta metáfora no opera, hay una forclusión del Nombre del Padre que produce en el sujeto a su vez un agujero en la significación fálica, *“falta la falta”*. Como resultado, en el orden simbólico falta un significante de base: *“la falta de un significante—de base— lleva necesariamente al sujeto a poner en tela de juicio el conjunto del significante y de las leyes que le son propias”*. La forclusión de este significante basal pone en jaque todo el edificio simbólico. De modo que la disfunción de la

función paterna hace que en la psicosis ésta se reduzca a la imagen del padre (lo simbólico es reducido a lo imaginario).

La forclusión es algo que no quedó inscrito, no hubo huella ni registro, por lo tanto, la forclusión del Nombre del Padre es la forclusión de un significante estructural, una función ordenadora del deseo simbólico, de los lugares subjetivos, de las regulaciones, de la ley.

Podemos decir entonces que en la psicosis hay forclusión pero no de cualquier tipo, sino justamente la del significante del Nombre del Padre.

Los fenómenos elementales

Lacan retoma de su maestro Clérambault la noción de *fenómenos elementales* y a lo largo de su enseñanza introduce una lectura propia de ellos.

Reconociéndolos como indicadores fundamentales de las fallas simbólicas de la experiencia del sujeto, podríamos ubicarlos bajo tres grandes rubros:

1. *Fenómenos de automatismo mental*: la irrupción de voces, del discurso de otros en la más íntima esfera psíquica. Voces que pudieron existir en la infancia o en periodos posteriores de la adolescencia. No se trata de enunciados sino de un modo enunciativo en el decir psicótico (ello habla solo). El paranoico “sabe” de alguna manera que “algo le ha hablado”; las voces, murmullos, órdenes, ruidos estridentes, injurias, palabras que lo dejan perplejo, es el problema psicótico de vérselas con el Otro, como aquello que se le impone, que lo invade, donde no hay diques, no hay represión que haga que el inconsciente llegue de manera sintomática como retorno de lo reprimido. Las alucinaciones auditivas, las visuales, las revelaciones, las órdenes “que recibe” del Otro de manera automática, tienen para el paranoico un peso que desgarran y mortifican permanentemente.

(A “P” le hablan las voces a través de la televisión, de los tomacorrientes, de la radio; cuando trata de recuperar el mensaje que le envían no le es posible, dice: “no entiendo nada... me hablan en lenguas extranjeras [...] algo me quieren decir y no me lo dicen clarito”).

A “K” se le impone la orden de su padre ya fallecido: “*ven conmigo*”; al escuchar esta voz se deja caer de las escaleras.

“M” escucha injurias tales como: “*Putá*” [...] “*me quieren quemar en una chimenea [...] dicen que soy una bruja [...] un androide [...] que ya estoy muerta*”. En otro momento dice: “*yo no he nacido, perdí mi nombre*”.

“A” dice: “*me van a sacar los ojos, me quieren echar ácido en las noches mientras duermo [...]*”; siente que tiene el cuerpo hecho de excremento).

2. *Fenómenos corporales*: asistimos al fracaso de una matriz simbólica, continente de maternaje que nombre y simbolice el cuerpo, una mirada, una voz,³ que a manera de tercero entre la imagen del yo y del otro, diera lugar al sujeto por advenir.

En la falla de este proceso especular se produjo un colapso, para el psicótico no hubo un Otro primordial que lo reconociera posibilitando una identificación especular con otro semejante. Quedó caído de la metáfora de la madre que lo remitiera a ser un posible ser deseante, resultando una imagen fragmentada del cuerpo.

La fallida construcción imaginaria del cuerpo revela un organismo despedazado, desunido por la carencia de articulaciones simbólicas que hagan de ese cuerpo real uno erógeno.

El cuerpo hecho pedazos es una vivencia que está en lo real de la experiencia del sujeto, en los avatares esquizofrénicos la vemos más acentuada. La esquizofrenia en este sentido es una forma de psicosis con menos herramientas para construir un delirio alrededor de las desgarraduras psíquicas, en que el cuerpo en lo real es un deyecto, con sensaciones de vaciamiento, órganos en exoscopia o separados entre sí, ángulos que no cierran, planos torcidos y superpuestos, afuera que es

³ Cuando hablamos de ‘mirada’ no hablamos de la pulsión escópica, la verdadera mirada tiene que ver con el enigma, y resguarda márgenes de opacidad del otro, el efecto de esta mirada no es persecutoria ni determinante, sino que está permanentemente abierta a la incógnita, una mirada que no satura, que está al margen de la comprensión. A su vez, la voz no es contenido, es tonalidad.

En la experiencia de la psicosis no hay opacidad, sino una extensión panóptica de un radar sin encubrimientos; la experiencia psicótica despojada de la mirada es una visión que asecha, que vuelve presa de angustia.

adentro, sensaciones de cuerpos robotizados como si fuesen máquinas o títeres manipulados por los cordeles de un amo desconocido.

Los pacientes más graves hablan de estas experiencias en que el yo literalmente se hace “pedazos”, se “pudre”, se “oscurece”, “decae”, “se llena de manchas de sangre”, se descompone en su misma estructura espacial, no se corresponde más en su orden de arriba y abajo, de yo y los otros, de partes opuestas y partes intercambiables.

En los últimos años de su enseñanza, Lacan no hablaba más de identificación resolutive de la imagen, propone un viraje del yo resolutivo al goce corporal del ego, en tanto el espejo no da cuenta suficiente del avatar psicótico.

“E” camina de puntillas, estirando el tórax, y levantando la barbilla en dirección del techo. Siente que le jalen las entrañas hacia arriba. Dice que están desprendidos los brazos y la cabeza de su tronco, su temblor es parecido al mal de Parkinson, su analista hace una intervención terapéutica en la cual lo mira a los ojos nombrando las partes de su cuerpo, “E” deja de temblar y le da un respetuoso abrazo, le dice: “*muchas gracias [...] me pegó los brazos con su abrazo*”.

“A” es una mujer que siente que en su zona genital y anal hay una rajadura por donde teme que se vacíen sus órganos.

“S” al saludar de mano siente que la transpiración de los demás es un ácido que la quema; no quiere usar ropa porque teme que los pliegues de ésta le escriban letras en la piel. Siente que su piel se cae a pedazos y va dejando trozos en su andar.

“I” siente que su sombra se le desprende del cuerpo.

“R” es un varón que siente que es una planta que necesita que la rieguen, se mueve al compás del viento y busca el sol en el jardín pos-trándose inmóvil frente a él).

3. Fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad (certeza delirante): para el sujeto hay una verdad que le ha sido revelada y compone el edificio de su reconstrucción delirante. La psiquiatría clásica ha denominado estos fenómenos frecuentemente como errores de juicio. Sin embargo, para el sujeto psicótico existe una construcción de un siste-

ma delirante que se sostiene con una lógica fundamentada en las nociones de verdad que se le imponen a prueba de todo juicio que lo contradiga.

Ésta es la certeza incuestionable donde se atrincheró el sujeto de la psicosis, en este sentido, lo que está en juego para él no es la realidad en tanto ese espacio común a la experiencia con otros, sino una certeza inquebrantable: el sujeto dice de todos los modos a su alcance que lo que le pasa no es de un orden de realidad, “incluso admite hasta cierto punto su irrealidad” (Lacan, 1997:110), pero esto no afecta su certeza: que lo que está en juego concierne a él.

Podemos pensar este fenómeno central en el delirio de Schreber con lo que él llamaba “*seelenmord*”, el asesinato del alma, y a pesar de su certeza este asesinato es completamente enigmático para él.

“O” lleva mucho tiempo internada, dice: “*me tienen secuestrada aquí unos narcotraficantes-asesinos, porque yo soy de la familia del presidente [...] mis parientes ya están reuniendo el dinero para el rescate*”.

“T” advierte de un complot contra las pacientes del pabellón; dice: “*no sé quiénes son ellos [...] marcianos, de la KGB [...] pero ya están en la administración de la clínica, hay que detenerlos [...]*”).

Los trastornos del lenguaje

El énfasis en el orden simbólico lleva a Lacan, en los años 1955-1956, a considerar importantemente los fenómenos lingüísticos. Los más notables en la psicosis son las holofrases, los neologismos, los estribillos, las frases hechas y las frases interrumpidas, así como el lenguaje fundamental.

Todas estas formas del lenguaje son las líneas de fuerza en el intento fallido de asirse a algún bastión de lo simbólico, los trastornos de este tipo se sitúan en el lugar de la metáfora ausente, son palabras impuestas que no remiten a ninguna otra significación, desabrochadas de la cadena significante.

Las holofrases son palabras donde se condensa el esbozo de una subjetividad, conforman un bloque continuo, inanalizable e imposible de descomponer, es una frase cuyas palabras están pegadas y funcio-

nan como una unidad solidificada que produce un impacto directo sobre el cuerpo.

Un ejemplo clínico de holofrase es: “*mis-muertos-un-todo*”, frase que condensa y colapsa la significación, no se puede desanudar, ni interrogar, resulta en un congelamiento del significante.

Los estribillos o muletillas son las palabras repetitivas, es la fórmula que se reitera, que se machaca con insistencia estereotipada. Palabras vacías en que se detiene el discurso.

Los neologismos son palabras inventadas o distorsionadas, son aquellas palabras indescifrables y condensatorias, siendo que a su vez no tienen ningún reenvío posible a la estructura del sentido y del lenguaje, son palabras irreductibles que aglutinan y detienen el discurso. Los pacientes muestran en su discurso esa “densidad que se manifiesta a veces en la forma misma del significante, dándole ese carácter francamente neológico tan impactante en las producciones de la paranoia” (Lacan, 1997:51).

Un ejemplo clínico de neologismo es la palabra “*ventriloco*” utilizada por una paciente para definir la relación de su psiquiatra con ella en la que siente que éste la hipnotiza y la controla.

En las frases interrumpidas, se muestran con claridad las resquebrajaduras del tejido discursivo que cae, dejando en suspenso el sentido. Se escuchan frases cortadas por la mitad, quedando el resto implícito en tanto significación. Se alteran las leyes de intervalo en que la frase no se articula de modo continuo.

Las frases hechas son los refranes o dichos populares que provienen del discurso convenido socialmente. En la psicosis estas frases hechas operan como lugares de contención de un discurso roto, actúan como redes de seguridad en las caídas del sentido, como si se imitara una charla perfectamente elaborada.

El lenguaje fundamental, dice Lacan, hay que definirlo como lo definía Schreber: “un alemán un tanto arcaico pero lleno de expresividad, siempre riguroso que se caracteriza por su gran riqueza en eufemismos (por ejemplo, “*recompensa*” con el significado directamente inverso de “*castigo*”; “*veneno*” por “*alimento*”; “*impío*” por “*piadoso*”, etcétera)” (Schreber, 1979:22).

El lenguaje fundamental es la lengua primitiva. Es todo el esfuerzo técnico del sujeto para sustituir el resquebrajamiento significativo del orden simbólico, es una sustitución, una prótesis, un código, está especificada en locuciones neológicas que construyen un sistema delirante.

Los significantes de la lengua fundamental no tienen contenido, no tienen lógica de la diferencia, pueden ser una lengua tapizada de simbólico, pero a nivel de lo real, esto simbólico no opera, no hay enigma, metáfora, ni nada que se deba interpretar.

(“B” es un paciente que nos brinda su lengua fundamental que él denomina “gótico”, escribe signos extraños compuestos por barras y puntos alrededor. El trabajo clínico con la lengua fundamental es un trabajo a la letra que intenta restablecer un código a través del vínculo transferencial).

Sobre el *Sinthome*

Quisiéramos hacer notar un elemento que suele perderse de vista y cuyo desconocimiento dificulta el trabajo con la psicosis. En la fenomenología de la psicosis, desde nuestra experiencia, nunca viene un psicótico solo, sino que siempre aparecen dos, tres o más. Atendiendo a la literatura psicoanalítica, en especial a los textos de Lacan a partir de los años setenta, se refiere la misma constante que ya había sido reconocida por los psiquiatras de finales del siglo XIX que la denominan como “nido de paranoicos” o *folie a deux*, en la cual se explica que la psicosis no es un avatar individual sino más bien un fenómeno que comparten varios sujetos en su estructura delirante. Esta configuración de la locura de tres o más no puede ser reducida a casos en específico, sino que tiene que ser vista como el paradigma del campo paranoico de la psicosis.

A partir de esa década, Lacan reformula su enfoque de la psicosis en torno a un cambio cualitativo de la función de la terna R.S.I. Con la reedición de su tesis doctoral en 1975, redefine una posición topológica nueva; el trabajo de Jean Allouch sobre el caso Aimée destaca las palabras de Lacan:

La psicosis paranoica y la personalidad como tal no tienen relación, simplemente, porque es la misma cosa [...] el imaginario, el simbólico y el real son una sola y misma consistencia y en ello consiste precisamente la psicosis paranoica (Allouch, 1995:541).

Es decir que hay una “puesta en continuidad” del imaginario, el simbólico y el real.

La estructura paranoica se anuda en tres personalidades por lo menos, y designa un cuarto término como *Sinthome*, lo cual denota una cadena de tres soportes donde el cuarto se apoyará; este cuarto término nacerá de una división de lo simbólico en dos: símbolo y *sinthome*.

Lacan ya no habla de forclusión, sino de desanudamiento de los tres registros, real, simbólico e imaginario.

Estas postulaciones de Lacan perturban la clínica de las estructuras de la neurosis, la psicosis y la perversión, para encontrar una misma estructura subjetiva denominada “paranoia común”: tres personalidades paranoicas y un cuarto término a título de *Sinthome*.

La disociación psicótica puede a veces contenerse con una formación “sinthomática” (*Synthome*), que actúa como un cuarto anillo y mantiene juntos a los otros tres. Este cuarto anudamiento corresponde a la “nominación”, cosa diferente del Nombre del Padre, porque la nominación consiste ahora en el acto de nombrar al modo creacionista. La nominación no es una instancia sino que denota suplencias a lo forluido.

Estas y otras elaboraciones abren preguntas que nos siguen acompañando en el camino. Interrogantes acerca de la posición del analista, en el punto de suplencia, en el trabajo del remiendo, de no renunciar a lo real de la psicosis. Que nos arroja al lugar de lo imposible, a la sensación de escribir en el agua, en que podemos decir que lo único que se transmite no es el saber, sino la castración.

El trabajo con la locura implica una posición clínica que no podemos desconocer, evitar o rehuir, en tanto responsabilidad ética por un escenario que siempre roza lo real.

Bibliografía

- Allouch, Jean Marguerite (1995). *Lacan la llamaba Aimée*, Epeeel, México.
- Freud, Sigmund (1986). *La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*, vol. 19, Amorrortu, Buenos Aires.
- (1986). *Neurosis y psicosis*, vol. 19, Amorrortu, Buenos Aires.
- (1986). *Introducción del narcisismo*, vol. 14, Amorrortu, Buenos Aires.
- (1986). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, vol. 12, Amorrortu, Buenos Aires.
- Lacan, Jaques (2000). *El estadio del espejo como formador de la función del yo [je], tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. Escritos 1*, Siglo XXI, México.
- (2000). *La agresividad en psicoanálisis. Escritos 1*, Siglo XXI, México.
- (1984). Seminario 3, *Las psicosis*, Paidós, España.
- Schreber, Daniel Paul (1979). *Memorias de un enfermo nervioso*, Carlos Lohlé, Buenos Aires.