

Los borrosos límites del diagnóstico de las psicosis. ¿En qué ayuda un psicoanálisis? Ilustración clínica*

Liudmila Romero
Raudelio Machin

En el artículo se tratan de mostrar las ventajas de una clínica de las psicosis desde una perspectiva psicoanalítica. Con este fin, se presentan cuatro casos que ilustran la problemática. Se discute sobre el lugar del episteme psicoanalítico en las ciencias del sujeto y se defiende su utilidad en la práctica clínica. Luego se ilustran los principales hechos descubiertos por el saber psicoanalítico en la clínica de las psicosis, cuya particular agudeza ayudó a resolver satisfactoriamente los casos presentados. Finalmente se convoca, a través de otro caso, a discutir sobre las lagunas con las que aún debe confrontarse ese saber.

Palabras clave: Epistemología, psicoanálisis, diagnóstico temprano, clínica de las psicosis

* Trabalho vencedor do Concurso Internacional Pierre Fédida de Ensaio Inéditos de Psicopatologia Fundamental – 2006.

*No será el miedo a la locura lo que
nos obligue a bajar la bandera de la imaginación.*

André Breton

612

Daniel, joven de Sao Tomé, de 22 años, estudiante de preparatoria para la universidad en Cuba está atormentado, no duerme bien en las noches y durante el día se duerme clases. Asiste al aula descuidado. No mira a la profesora a la cara y cuando lo hace parece como si no la mirara. Sale y entra del aula intermitentemente sin permiso y apenas comenta que “se va en bora”. Cada vez que ella dice la palabra “entonces” se ríe a carcajadas. Todo esto le impide la profesora concentrarse y nos solicita que lo veamos. A la cita acordada acude ella sola, a los pocos minutos, inquieta, se excusa y va en su busca. Él alega haber olvidado la cita, metido en sus propias preocupaciones. Este es su tercer intento de estudios en el extranjero. Dice que tiene problemas con sus compañeros por su diferente afiliación religiosa. Los de Guinea, “no lo quieren en su cuarto” y querían matarlo; le había referido a otros compañeros de clase. Durante la consulta habla un español bastante enredado. La profesora le insiste que él ya habla bien en las clases y sólo ríe. A pesar de nuestra temprana preocupación por una psicosis, la comisión de psiquiatría, sobre la que recae la responsabilidad institucional, debe esperar algunos meses la aparición de síntomas más evidentes, para luego etiquetar esquizofrenia y decidir regresarlo a su país, un año después de nuestra primera entrevista. Todo ese tiempo se mantuvo “vagando” por la Universidad, sin asistir a clases.

Alejandro, con 24 años, estudiante cubano de último año de pedagogía, asiste por segunda vez a una comisión de psiquiatría y; ya con evidentes ideas delirantes, se le diagnostica paranoia. Casi dos meses antes, habíamos concluido lo mismo, en nuestra primera y única entrevista de casi dos horas. Aquella entrevista nos fue solicitada por un amigo, preocupado por su abandono de la escuela, su esposa y su hija. Esta rara conducta los preocupaba a todos: hasta entonces él había sido un estudiante ejemplar y, a pesar de su gran atractivo físico, un esposo y padre también ejemplar. Lo abandonaba todo ahora, nos decía, convencido de tener finalmente un proyecto mucho más importante para su vida. En esa entrevista, en la tuvo espacio de hablar de sus fabulosos dibujos realizados durante la noche, y grandes proyectos futuros, había emergido ya su estructura psicótica. Tal vez por esto, un joven psiquiatra de la comisión que realizó el diagnóstico solicita vernos para saber “qué indicadores nos habían permitido anticipar tanto el diagnóstico”.

Julia, estudiante Venezolana de trabajo social es diagnosticada como esquizofrénica por un equipo de salud mental dirigido por un psiquiatra, y tratada con fármacos a altas dosis. Antes había venido a vernos. Sufría de originales “alucinaciones” que nos contaba con gran nivel de detalle y una mezcla de horror y pasión: un viejito la asediaba desde una esquina, la quería sacar de este mundo, donde todo alrededor se volvía gelatinoso. Defendimos la idea de una histeria, y de ofrecerle un espacio de escucha diferente, pero una vez en manos del equipo de salud mental nos es negada esta opción porque “eso de escucharla y hacerla hablar de sus alucinaciones era un mal manejo de los psicólogos que podía llevarla al suicidio”. Ella, desconoce la recomendación y se mantiene demandando hablar con nosotros, y confiesa “no tomar los remedios”. Transcurrida una semana, y ya sin “alucinaciones”, le duplican la dosis porque “tal vez estaba ocultando los síntomas”. Se le prescribe, además de los fármacos, encierro en la sala de observación y estricta vigilancia para asegurarse de su consumo. Para salir de ella debía ser acompañada por el enfermero. El psiquiatra le ofrece toda una explicación de lo que es la esquizofrenia y lo que debe hacer para conocer su enfermedad. A la segunda semana, totalmente recuperada de sus síntomas iniciales, su diagnóstico es cambiado por el mismo psiquiatra a “trastorno de personalidad histérica”. El mismo que nos había prohibido seguir viéndola, el mismo que luego le comenta en secreto al médico de atención primaria que “tal vez los psicólogos tenían razón en pensar en histeria” y que “en realidad no era tal esquizofrenia (...) pero la alta dosis, sirvió – justifica – como modo de establecer el diagnóstico diferencial”.

Fonseca, con “historia clínica de esquizofrénico” en Venezuela, estudia trabajo social en Cuba en su período de estabilidad. Comienza a quejarse de insomnio y solicita en la enfermería su droga habitual. Es remitido al equipo de salud mental. Mientras tanto asiste tres veces por semana a ver a su terapeuta para hablar de su ansiedad, exhibiendo una amable sonrisa. Habla de su vida en la calle como puta, y drogadicto. Menciona indistintamente varias drogas sin saber a ciencia cierta sus efectos. Su mirada vigilante desde un rincón del aula o en las escaleras, escapa a la vista de los psiquiatras en su breve consulta miércoles alternos. Su ausencia de “síntomas psicóticos” – reducidos a fantasías homosexuales y travestís – le enmascaran en un “trastorno de identidad sexual” para el equipo de salud mental gracias a lo cual se mantiene a salvo de los psicofármacos.

¿Qué tienen en común estos cuatro casos aparentemente tan diversos en síntomas y culturas?

Indefinición, *sobre*-definición, o *des*-definición en el diagnóstico de una psicosis, por la ausencia o presencia de síntomas alucinatorios, o delirantes. Responsabilidad institucional sobre el caso de una comisión de salud mental donde predomina el criterio psiquiátrico. Una temprana hipótesis acertada de la estructura del paciente amparada en una perspectiva psicoanalítica.

Tres sujetos que no dejaron “de dar fe de tendencias y propiedades psicóticas” (Lacan, 1955a) las cuales sin embargo fueron ignoradas por la psiquiatría, y otra que, enmascarada en ropajes psicóticos, reclamaba desde el discurso de la histórica, algo bien diferente de lo que recibía.

¿Qué ofrece la perspectiva analítica para anticipar un diagnóstico eficaz a la aparición positiva de un cúmulo de síntomas observables?

La respuesta a esta interrogante será esclarecida en este artículo según la siguiente lógica expositiva. Primero se presentará el *lugar epistemológico del psicoanálisis* dentro de las ciencias de estudio del psiquismo y su especificidad en el espacio de la clínica – lo “patológico”. Luego se abordarán, desde una perspectiva sincrónica, los *principales aportes del psicoanálisis a la clínica de las psicosis* que han tributado a la elaboración del modelo que proponemos. Este modelo se irá ilustrando a través de la explicación de los casos anteriormente presentados. Finalmente, la presentación de un quinto caso, nos ayudará a mostrar algunas de las *lagunas* que aún poseen tanto el psicoanálisis como las ciencias *psi* en general, para el abordaje de las psicosis en los límites con las otras estructuras clínicas. El trabajo cierra con unas *conclusiones* sobre el tema que se discute.

El lugar epistemológico del psicoanálisis en las ciencias del sujeto

Cada sujeto es idéntico y diverso a sí mismo, a la vez que lleva dentro de sí el germen de toda la humanidad. De esta paradoja resuelta como la relación entre lo general, lo particular y lo singular por el marxismo; a favor de estructuras globales por los estructuralismos; y de peculiaridades individuales por los racionalismos de corte positivo;¹ el psicoanálisis, al menos ese por el que apostamos, no reducido en términos positivos por la versión yoica extrema, ni subordinado a cadenas significantes por los postlacanianos,² da cuentas en el espacio clínico con un modelo cuyo alcance teórico ha sido validado desde un episteme diferente.

Aquí fundamentaremos esta opción a partir de la complementariedad que este episteme aporta a la comprensión de una ciencia del sujeto, a las ciencias cognitivas, las neurociencias e incluso la psiquiatría. No se trata pues, de perpetuar una vieja dicotomía occidental inaugurada por Platón, sino de convocar al rescate de uno de los episteme probables en el camino del saber humano, mucho más viable –como intentaremos probar en el estrecho campo sobre el que versan estas líneas – si ese saber es sobre el propio sujeto. Como acertadamente conceptualizara Lacan en sus escritos, no hay ciencia del hombre sino su sujeto (Lacan, 1965).

El estudio del sujeto en occidente ha establecido una perspectiva tetrádica³ definida esencialmente por: *el episteme positivo, el enfoque marxista, la perspectiva estructural, y el episteme transferencial fenomenológico*. Este último, inaugurado y representado esencialmente por el psicoanálisis en la investigación empírica; ya había sido anticipado en filosofía, y continuado por otras disciplinas como la antropología (Machín, 1998).

El *episteme positivo*, posicionado en un lugar ajeno al sujeto, propone describirlo. Si entendemos al sujeto como ente biológico, podemos comprender que esta perspectiva – desde las más asépticas hasta las vinculares, resultado de

1. Donde la versión de celularidad del enfoque de la complejidad es sólo una nueva versión, ver Complejidad o el nuevo positivismo (Machín, 1998).
2. Lacan se movió de hecho en una dinámica más compleja, aunque ya el germen de esta reducción está en él, ella en sí misma no le es imputable.
3. Esta idea es analizada en el texto citado más abajo, pero luego fue desplegada – antes que el texto impreso viera la luz – en un ciclo de postgrado titulado *La duda epistemológica, recogida luego en un ensayo* del mismo autor aún inédito. Algunos autores de referencia obligada en las ciencias sociales contemporáneas, como Habermas, avalan una perspectiva similar (Habermas, 1982).

los modernos progresos del relativismo en la ciencia y el enfoque de la complejidad –, sería la más acertada.

En segundo plano a la izquierda de aquel podemos ubicar *al enfoque marxista*. Igualmente si entendemos al sujeto desde una perspectiva diacrónica, en su evolución *onto* y *filogenética*, nada más acertado que una perspectiva que apuesta por la lectura evolutiva, en la relación medio sujeto pero donde el sujeto investigador queda aún fuera del campo de su propio estudio.

Tenemos asimismo un tercer ángulo de visión para este objeto de estudio que es la *perspectiva estructural* – y de la cual un psicoanálisis es deudor – se trata de aquella que ve al sujeto en un eje esencialmente sincrónico y donde cualquier estructura subjetiva responde a las leyes de una estructura predefinida como básica, sea este el lenguaje o las leyes matemáticas. Para cualquier abordaje teórico sobre la naturaleza de lo humano nada mejor que esta perspectiva. El contexto social, o las micro historias, la formalización teórica de modelos sobre el sujeto, la teoría literaria o la crítica del autor y su arte, son privilegiados por este enfoque.

Pero finalmente, si de entender el sujeto en el espacio de la clínica se trata, al sujeto que sufre y pide ayuda por su sufrimiento, al sujeto que pone en manos de otro la solución a su padecer y a cuya relación se entrega como a un acto de fe, sólo puede servir la postura *transferencial fenomenológica*. Inaugurada por Freud⁴ en la clínica, dio entrada en la sociedad humana a su propio inconsciente. Aquella por la cual el sufrimiento psíquico dejó de ser un síntoma o una simulación para ser un deseo, aquella que, cuestionando el propio lugar en el Otro, cuestiona el lugar del Otro en el consultorio. Aquella que sólo podría ser leída desde la renuncia a ese lugar de poder. Desde el reconocimiento del propio deseo en juego, desde el reconocimiento del deseo del analista. Desde el corrimiento del lugar de sujeto-supuesto-saber.

Sin embargo a pesar de esta heterodoxia de posturas sobre el saber humano ha predominado la perspectiva positivista, desde sus aristas duras, hasta las modernas visiones complejas, pasando por la ablandada versión del enfoque cualitativo. Razones económicas, políticas, o de la propia modernidad, e incluso

4. Identificamos al psicoanálisis como episteme transferencial en tanto en Freud no privilegió ninguna de las perspectivas que posteriormente dividieron al psicoanálisis dígame la genética, la relacional – vincular, o la estructural. Más bien fue la clínica su punto de partida y llegada en la cual eran válidas hipótesis desde todas las perspectivas pues cada una e ellas echaba luz sobre uno de los fenómenos que en consulta se manifestaban. En lo adelante se retomaran los aportes de cada una de estas perspectivas en una propuesta de modelo integrador para entender la clínica de las psicosis.

de un imaginario que privilegia un saber pragmático, se ocultan tras este relativo éxito (Habermas, 1982; Wallerstein, 1996; Castoriadis, 1997).

Se impone así la defensa de un episteme que a pesar de haber demostrado su eficacia en la clínica, ha sido desplazado por versiones de fácil comercialización, intercambiables, en esta relación transaccional de la sociedad moderna y que sólo logran perpetuar el malestar en la cultura.

Por razones de espacio basaremos nuestra defensa del episteme transferencial en los principios lógicos que sustentan su uso científico, y sobre cada uno de los cuales debería desplegarse más sistemáticamente una argumentación exhaustiva, que la legitime, si queremos que vaya ocupando su lugar en la ciencia del sujeto.⁵

Los principios lógicos básicos que permiten asumir como justa defensa filosófica del episteme “transferencial” deberían partir de su mejor ajuste al estudio del hombre como ser social, a través de las ventajas que ofrece la perspectiva del diagnóstico y el tratamiento desde lo relacional. Esta defensa debería incluir al menos estos cuatro elementos:

1. La validez del saber sobre el hombre tomando al otro hombre como referencia. Esta remite inicialmente a Kant y luego a la perspectiva de la homo-logía y las ventajas de un saber desde la dialogicidad, ampliamente argumentada por Bajtín o Habermas. De Kant a Bajtín, se ha defendido la idea de que todo conocimiento del hombre pasa por los planos real, sensible y simbólico – reseñados por Lacan como real imaginario y simbólico (Lacan, 1974) – y que su construcción se basa en una relación de dialogicidad sujeto–sujeto (Bajtín, 1986; Habermas, 1982). Esta idea es presentada por Vigotsky (1927) en la psicología al defender la visión del conocimiento como social, y por Habermas (1982), al retornar a la validez ontológica de la relación de conocimiento como sujeto-sujeto y el fracaso lógico de las ciencias centradas en la razón sujeto-objeto, para lo cual ofrece como salida apropiada la perspectiva dialógica, específicamente los actos de comunicación. El psicoanálisis como clínica ha constituido una demostración práctica de la validez de este principio.
5. Los psicoanalistas, tradicionalmente encerrados en nuestro su goce esotérico, olvidamos la función social del psicoanálisis que exige un esfuerzo por elaborar un lenguaje que permita el diálogo con la sociedad. El sufrimiento humano queda excluido de perspectivas elaboradas para fundamentar el lugar epistemológico de un psicoanálisis por sobre los otros, de una perspectiva sobre las otras. Esta tendencia, cada vez más común entre nosotros (ver como ejemplo las que se asume en *Apuntes...* (Colegio Epistemológico y Experimental, 2003), puede resultar de interés para los psicoanalistas; pero su utilidad social es casi nula.

2. La validez del conocimiento vivencial, no positivo. La modernidad ha impuesto un conocimiento sólo amparado en el primado de la razón. Tanto es así que aún cuando otros elementos delatan la presencia de un tipo de conocimiento social diferente,⁶ entonces se inventan desde el episteme dominante micro teorías que cual cinturón de protección defienden el paradigma y parchean las grietas que la praxis le provoca⁷ (Lakatos, 1978). No sólo la clínica psicoanalítica, sino incluso otros espacios del saber social han defendido indirectamente este principio: Ya en 1969, un psicoanalista dedicado a la investigación antropológica retomando la perspectiva freudiana, cerraba en un texto la perspectiva de una vida como investigador y a la vez abría todo un campo de datos que enriquecía el quehacer del antropólogo (Devereaux, 1969).
3. La validez del saber sobre el inconsciente, sobre el propio inconsciente, sobre el inconsciente freudiano. Este colocó a la cultura occidental en el camino de la renuncia a la vanidad de la volición a la que apelaba el Eclesiastés, ya Freud lo decía, era la tercera cachetada al hombre. Pero aún más que esto era una profunda exploración hacia la comprensión de la naturaleza humana y a la cual se daba entrada por un nuevo método, más que una nueva teoría ofrecía otra escucha para el sufrimiento humano que además aportaba un saber diferente.
4. Por último, la validez de la relación entre conocimiento imaginario – lo no simbólico – sobre lo real y los efectos de la marca tanto de lo imaginario, como de lo real en la estructuración de la subjetividad y por tanto en su conocimiento (Vigotsky, 1927; Lacan, 1953).

Volvamos entonces a la clínica. En el primero de los casos que esbozamos; la Comisión de Psiquiatría tuvo que esperar meses la aparición de otros síntomas, para su diagnóstico de esquizofrenia. En el segundo caso, dos meses después de nuestro primer encuentro, en franca crisis delirante se le diagnostica paranoia; un joven psiquiatra solicita una entrevista con nosotros para saber los síntomas que

6. La historia del llamado irracionalismo por la perspectiva positiva, es tan antigua como la alternativa “racionalista”. Esta estaba ya en las grandes alternativas avizoradas por Sócrates y tuvo en cada momento sus cultores. Incluye a filósofos como Kierkegaard (con su brillante tratado sobre la angustia) o Nietzsche, con su sistemática destitución del primado de la razón.
7. Ese fue el caso, hace algunos años, del famoso texto sobre la inteligencia emocional. Desde casi cincuenta años antes sin embargo había sido publicado en el mismo contexto un libro de metodología para la investigación antropológica escrito por un psicoanalista. El texto de Devereaux, que pasó casi inadvertido para la misma prensa sensacionalista que hoy hacía odas a *La inteligencia emocional* de evidente raigambre positivista, mostraba una clara argumentación del uso oportuno del saber transferencial y del deseo del investigador o el analista en las relaciones sujeto-sujeto (Devereaux, 1969).

permitieron anticipar el diagnóstico. La tercera sufrió la agresión farmacológica como castigo a su histeria, reconocida luego de dos semanas de punición institucional. El cuarto, tal vez el más “afortunado”, se salvó de dicha agresión por quedar fuera de esa misma institución. ¿Qué de particular tiene el saber psicoanalítico para la clínica de la patología?

Allí donde el aumento de la dopamina como “explicación”⁸ fisiológica del fenómeno esquizofrénico, la disminución de la serotonina al interno de la célula nerviosa y aumento de su concentración extracelular, tras la depresión; o la incógnita de los desórdenes fisiológicos repetitivos del “stress postraumático” resultan insuficientes; urge el complemento de una visión diferente que aventure reales explicaciones en lo subjetivo del sufrimiento del psicótico, que permitan escucharlo a tiempo y prestarle ayuda a su angustia, conociendo-la, sosteniéndola, ayudándolo a exorcizarla con su propia subjetividad antes que no quede más remedio que más agresión externa.

Hacia una reconstrucción “neurótica” de la clínica de las psicosis en psicoanálisis

Hemos visto hasta aquí, cómo la perspectiva que ilustramos tiene validez lógica para el campo de las Ciencias Sociales. Digámoslo más claramente, ella es y puede ser una Ciencia; cualquier conocimiento obtenido bajo su método puede conducir a una verdad sensible. Pero ¿en qué ayudaría esta verdad a la clínica? O más específicamente ¿sería relevante para el estudio y tratamiento de las psicosis?

Se trata entonces de ver lo que esa praxis, basada en la relación entre dos sujetos, en una idea particular sobre el inconsciente, en lo sexual/social de la naturaleza humana ha aportado a un saber sobre la psicosis. Y más aún, si esa praxis basada en ese peculiar vínculo que es un psicoanálisis, puede aprovechar lo que la sostiene, *lo transferencial*, como fuente de conocimiento sensible, de un saber, en la clínica de las psicosis. O peor,⁹ lo que puede anticipar ese saber.

8. El término explicación excede lo que se logra con estos datos fisiológicos que no son más que una constatación de concomitancia. Ver *La duda...* (Machin, 1997).
9. Paráfrasis con la que queremos resaltar aquella idea de Lacan en el seminario titulado luego “O peor...”, sobre su anticipación muchos años, ya en el seminario sobre la psicosis a la idea de la estructura y del número cuatro (Lacan, 1972). Anticipación que fue la Freud – ver el propio seminario de sobre la psicosis (ibid., 1955a), en el que Lacan discute sobre el relativo adelanto o retraso de Freud sobre el tema –, y que ahora sigue retornando en el quehacer clínico en las instituciones.

Nuestra hipótesis es que la idea de entender a la psicosis no sólo como un conjunto de síntomas – a lo cual apunta cada vez más la psiquiatría,¹⁰ – o de desórdenes fisiológicos – a los que acusan la rápida evolución de la neurofisiología – sino además y esencialmente, como un modo particular de existencia del sujeto,¹¹ cuyo ser trasciende la presencia o no de esos síntomas; ha descubierto nuevos hechos que permite diagnosticarla con anticipación.

La ventaja de un saber sensible, transferencial otorga el poder de no depender de un síntoma positivo para conjeturar un diagnóstico. Entender cómo un sujeto se ubica con respecto al Otro (Lacan, 1964), permite anticipar la presencia de síntomas “psicóticos”, o a su vez, desdeñar una psicosis aún ante la presunta presencia de esos síntomas,¹² sin necesidad de preconcepciones, amparados sólo en lo que esa experiencia aporta.¹³

Varios “hechos” recogidos en la historia de la práctica psicoanalítica,¹⁴ apuntan a la existencia de esa estructura psicótica, de ese otro modo de existencia

10. Lo cual se puede comprobar fácilmente revisando la evolución del DSM ó de la SIE. Ese tipo de conocimiento es justificable por el tipo de terapéutica al que conduce: Si los fármacos son sensibles para síntomas y síndromes independientemente de sus entidades o estructuras de origen, entonces cabe pensar que una escatología basada en una propuesta sintomática o sindromológica sea más prudente para ella. Las taxonomías psiquiátricas sólo ofrecen dos de las perspectivas esbozadas anteriormente esencialística – Marxista – o numérica – positivista – (Banzato, 2002) quedando al menos otras dos por explorar.
11. Que incluye un modo de existencia indisoluble de lo psíquico y el cuerpo. “En Viena, un muchacho encantador al que intentaba explicarle algunas cositas, me preguntaba si yo creía que las psicosis eran orgánicas o no; le dije que ese asunto estaba completamente caduco, que hacía mucho tiempo que yo no hacía diferencias entre la psicología y la fisiología (...)” (Lacan, 1955a, p. 39.303).
12. Las ciencias del Sujeto han quedado relativamente rezagadas en la aceptación del principio de incertidumbre de Heisemberg (Munné, 1994), si bien en filosofía ha sido una verdad sabida nunca cuajó en la sociología la psicología o la historia. Hoy sin embargo es impensable asumir que un conocimiento sobre la realidad a estudiar no incluya la modificación del investigador provoca sobre esa realidad.
13. “La experiencia freudiana no es para nada pre-conceptual. No es una experiencia pura. Es una experiencia verdaderamente estructurada por algo artificial que es la relación analítica, tal como la constituye la confesión que el sujeto hace al médico, y por lo que el médico hace con ella” (Lacan, 1955a, p. 39.266).
14. Preferimos entender aquí al psicoanálisis en tanto ciencia, primordialmente en su carácter de *praxis* más que como institución que refleja esencialmente un poder, o como gnoseología que lo perpetúa. Una *praxis* que va dejando tras de sí una experiencia contrastada y contrastable, y micro-teorías que intentan explicarla y que aquí preferimos llamar “hechos”, independientemente de su mayor o menor distancia de lo teórico (Machín, 1998).

de lo psíquico definido a partir de quienes lo han desplegado, los neuróticos. No es un saber “universal” es un saber desde los sujetos “normales” sobre el modo de comportarse aquellos que comúnmente se llamaron “dementes”, “locos”, con respecto a ellos.¹⁵

Sin extendernos más en estas consideraciones epistemológicas para las cuales pueden ser revisados otros trabajos de autores ya clásicos como Habermas¹⁶ en torno a la descentación del sujeto, Wallerstein¹⁷ sobre el lugar del sujeto en las ciencias sociales o Foucault¹⁸ acerca del lugar del sujeto en la historia social de la locura, entraremos en los datos seleccionados como comunes a un saber sobre las psicosis dentro del espectro de la teoría y la práctica psicoanalíticas, limitándonos a los microsaberes contrastables, y con referencia análoga en otros que hablan de una presencia de algo más allá que de una construcción.¹⁹

En síntesis partimos de la idea de que si bien la construcción del concepto psicoanalítico de psicosis no es más que eso, una construcción, hecha desde nuestro incambiable punto de referencia neurótico, esta ayuda a identificar su singularidad. Este saber, a la vez que nos imposibilita de decir exactamente “qué es” o “cómo se siente” *ser* un “psicótico”, permite sin embargo apuntar a la idea de su construcción al menos por exclusión de lo que si sabemos que no es;²⁰ y

15. Esta comprensión se funda en una pauta ya común a las ciencias sociales contemporáneas. Se trata de la autorreferencialidad, fundamentada en la idea de que todo campo del saber tiene una tendencia a referirse a sí mismo. Esto tiene varias implicaciones epistemológicas, la primera se refiere a la reflexividad, toda práctica reflexiona sobre sí misma y esta reflexión es en sí misma productora e saber. Es saber. Luego la referencia o circularidad referencial se establece como la inseparabilidad del saber en concatenación con otros saberes que le preceden, esta idea la apuntalan tanto la noción de cadena significativa del estructuralismo, como la idea de la construcción social del conocimiento de estirpe marxista y aún la comprensión fenomenológica – de clara raíz kantiana – desde la cual todo saber se asienta en un saberse, por último implica la imposibilidad de construir saberes mas allá de los límites del espacio estructural, momento histórico o experiencia, sobre la que se funda ese saber, o práctica discursiva sobre él.
16. Se puede revisar el texto *La lógica de las ciencias sociales*, donde reúne un conjunto de ensayos sobre la perspectiva auto-referencial de estas y el fracaso del positivismo (Habermas, 1982).
17. El informe de la comisión presidida por él para estudiar a las ciencias sociales mostró entre otras cosas, la circularidad del saber de estas ciencias y por tanto su débil poder acumulativo (Wallerstein, 1996).
18. Su ensayo sobre la locura, entre otras cosas acusa el carácter excluyente y auto-referencial, en última instancia de poder del “saber” sobre la “locura”.
19. Con lo cual evidentemente un constructivismo radical, por demás ya hoy insostenible, no estaría de acuerdo.
20. Liberándonos del puro romanticismo de la literatura o el arte tan bien defendido por Eliseo Subiela con su film “Hombre mirando al sudeste”.

aún, llegar a saber qué sentimos de distinto frente a eso que es una psicosis, frente a ese no-yo que no es Otro sino más bien no-otro.²¹

El saber psicoanalítico sobre la psicosis se ha acumulado sobre tres ejes definidos fundamentalmente por lo ontológico-estructural, lo evolutivo – la constitución ontogenética del psicótico²²– y lo fenomenológico, o sea, su expresión clínica.

En la tradición de pensamiento estructuralista se dieron algunos pasos a su comprensión ontológico estructural, si bien *La historia de la locura* de Foucault, apología a la diferencia, no pasa de ser eso, Deleuze y Guattari, sostienen desde un punto de vista más sociológico un argumento nada desdeñable, a saber la relación locura – modernidad capitalista como Otro enajenante. Aunque por supuesto fue Lacan²³ con su aval en la práctica analítica quien más “hechos” ajó en los ropajes de lo que asumimos acríticamente como concepto²⁴ en lo estructural.

Con Lacan cuaja la idea de la psicosis como la no inscripción en el deseo del Otro, resultado de lo cual a los clásicos mecanismos de negación y represión se incorpora el de *forclusión* (Lacan, 1956b). La realidad inaceptable ya no es sólo negada o reprimida sino fracturada y excluida del comercio simbólico. Este hecho tendrá una consecuencia simbólica similar a la del fenómeno psicosomático donde dos significantes se pegan y quedan sacados de la cadena significativa para encarnar la relación directa con un significado sólo que para el psicótico lo que aparece es un significante objeto, un nuevo objeto con el que choca en su mundo imaginario como otro obstáculo más de lo real. Es justo esto lo que fundamenta la “intervención en lo real”, que tan polémica a sido por su trasgresión a la propia ética psicoanalítica la cual sin embargo, no es más que una excepción que

21. La psicosis como débil definición de la otredad es una de las ideas que se discutirá en lo adelante en este artículo.
22. Casi desde cualquier tradición los psicoanalistas han tratado de esclarecer la génesis de la psicosis (Freud, 1924; Tausk, 1919; Spitz, 1945; Klein – en casi toda su obra; Mahler – en casi toda su obra; Bowlby – en casi toda su obra; Lacan, 1955, 1956, 1970, 1974; Wolfson, 1970; Aulagnier, 1991; entre otros).
23. Las estructuras clínicas, y muy anterior, la psicosis, si bien cronológicamente anteceden a los trabajos de Foucault o de Deleuze, lógicamente nos parecen pilares que ayudan a asentar aquel saber anticipado. Un saber se sienta sobre un imaginario social preparado, la lectura que hacemos hoy de los textos de Lacan, luego de Foucault y Deleuze son no sólo distintas sino mucho más reveladores y enjundiosas – “científicas” a decir de un positivista.
24. Y esta si es para ser justos, una alerta de Foucault, por sobre otros, la idea de la postura acrítica frente al concepto social de locura.

confirma la regla, y sobre la cual hay que mantener la misma *epojé* que sobre el deseo del analista²⁵ (Lacan, 1960).

Sin embargo, la psicosis trasciende su expresión simbólica en lo estructural, el mismo Lacan (1974) comenta que es el resultado de un particular anudamiento entre los tres registros cuyos efectos fenoménicos exceden los síntomas positivos. Otros psicoanalistas antes que él, ya habían sistematizado estos hechos a los que Freud (1924) apuntaba tempranamente

... esa diferencia inicial [se refiere al mecanismo de exclusión de lo traumático] se expresa en el resultado final del siguiente modo: en la neurosis se evita, al modo de una huida, un fragmento de la realidad, mientras que *en la psicosis se lo reconstruye*. Dicho de otro modo: *en la psicosis, a la huida inicial sigue una fase activa de reconstrucción*; en la neurosis, la obediencia inicial es seguida por un posterior (*nachträglich*) intento de huida. O de otro modo todavía: la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella; *la psicosis la desmiente y procura sustituirla*.²⁶ (p.14.826)²⁷

La defensa contra la realidad traumática es hecha por vía imaginaria – de la fantasía, véase que ya aquí Freud articula lo que consideramos esencial en un modelo sistemático de la psicosis y es la debilidad de límites y la expansión del registro imaginario en la psicosis, expansión que es la causal de fenómenos como la angustia de inestabilidad imaginaria – Rola, Mahler – que conduce a perpetuar un mecanismo similar al *fort da* del niño (Lacan, 1964), el anclaje imaginario.

Esta relación especial entre los registros y no sólo una forma de asumir lo simbólico, es para Freud, según enfatiza Lacan (1955; 1975), el modo de entender la distinción con las neurosis. Esta relación particular entre los registros comienza desde muy temprano; cuando falla la irrupción de la palabra, de la ley que prohíbe gozar de lo real. El psicótico, si nos apegásemos al mito bíblico, no sólo nunca comió del árbol del bien y del mal, sino que nunca fue advertido. Su relación con lo real es imaginaria – un eslabón entre el mundo animal, puro imaginario y el mundo neurótico con la fractura simbólica de la relación pura imaginario–real.

25. Mucho se ha debatido sobre el tema, sin embargo un interesante trabajo en la propia revista Pulsional, que discute sobre el acompañamiento terapéutico en las psicosis y la intervención en lo real pudiera ser el de Ortiz Serrano (2002).

26. Tanto los corchetes como el subrayado son nuestros.

27. El número se refiere al número del registro que incluye página y párrafo de la edición digital. En lo adelante cada vez que se presente una cita textual de la edición digital de la *Obras Completas* de Freud o los *Seminarios* o *Escritos* de Lacan se escribirá del mismo modo el número de página.

Así la relación con lo real en el psicótico es construida en ausencia de la ley,²⁸ de la prohibición que inscribe el deseo del otro, se queda en el goce imposible del Otro y ante su fracaso, la reconstruye de modo imaginario, como el neurótico, pero a diferencia de aquel esta formación imaginaria sustituye a lo real (Freud, 1924). Esto tiene al menos dos implicaciones en lo fenoménico. La primera es el modo en que se asume la relación con los otros, el psicótico no resiente de la ausencia del deseo del otro, pero no por esto deja de buscarlo. No es en el psicótico la ausencia de transferencia sino más bien la evasión de la transferencia, invasión del mundo del otro en lo real.²⁹ *Julia, no sólo buscaba constantemente, su lugar en el deseo del analista, sino que lo propone como poseedor de un saber sobre su deseo.*

Esa falla del deseo del otro en la constitución subjetiva, falla en el vínculo,³⁰ falla simbólica, va a tener serias consecuencias en lo real, en la construcción de lo real. La piel como recubrimiento y marca de la otredad (Anzieu, 1990), como límite con lo otro no será eficientemente investida de deseo. El propio cuerpo quedará no sólo fracturado – tesis kleiniana – sino confusamente delimitado de lo exterior. Esta imagen borrosa de los límites tiene sus efectos en la clínica.

Algo nos pasa frente a los psicóticos, hubiese dicho con justeza Devereaux, y de eso se trata de dar cuentas de “ese algo” de evitar que la contratransferencia opere por su cuenta y más bien develarla, como un hecho que acusa la existencia de la diferencia. Está claro que lo que busca un psicótico no es el deseo de otro, no es su falta en el otro sino el hueco dejado por el otro en su propio cuerpo. Esto es permanentemente retomado en la relación analítica con un psicótico, lo que retorna en la clínica del psicótico no es una demanda sino su ausencia. No es el deseo de lo prohibido sino la ausencia de la prohibición del deseo. Ambos neurótico y psicótico, sufren de la angustia ante la presencia del Otro, otro que no acaba

28. “Para que la psicosis se desencadene, es necesario que el Nombre-del-Padre, *verworfen*, precluido, es decir sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto.

Es la falta del Nombre-del-Padre en ese lugar la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario, hasta que se alcance el nivel en que significante y significado se estabilizan en la metáfora delirante (Lacan, 1956b, p. 72.039).

29. De ahí el cuidado con que debe ser manejada la interpretación analítica en la clínica de las psicosis. Los avances en la clínica desde la línea vincular, de Klein a Bowlby, pasando por Bion (1977), sólo refuerzan esta hipótesis.

30. Mahler (1968) apuntó a la falla transferencial por fusión en el vínculo, axial a las nociones de Lacan desde el estadio del espejo o la construcción de la otredad con referencia a la ley que hacen pensar en otro hecho.

de gozar de su cuerpo en el neurótico, otro que no cesa de gozar de su cuerpo en el psicótico. *Éste era el tormento de Fonseca. Tormento identificado como homosexualidad por el “conocimiento”³¹ psiquiátrico.*

El Otro irrumpe como superyó, como la palabra que fractura el goce, como la ley, en el neurótico. Es el padre-siempre-ahí. *Este es el síntoma de Julia. Julia no puede aceptarse sin culpa la seducción de un profesor, y su padre; ese viejito, viene a decirle que el piso es inestable, que todo es gelatinoso, que se vaya con él a otro lugar, donde no la atormenten más, no el deseo del otro, sino su deseo del deseo del otro. La ausencia de linealidad en la relación deseante, y la angustia por su lugar en el deseo del Otro, apuntaban a los síntomas para los que no se dio oportunidad en la palabra. Como culpa, y a la vez goce con el juego de inclusión – exclusión, su cuerpo es hablado por el síntoma. Cuando es el otro el que le prohíbe, entonces se rebela y empieza a hablar de su síntoma.*

La angustia del psicótico ante el deseo es de otro orden que la del neurótico. El yo se percibe como externo por el psicótico, se escinde y participa con angustia de la fractura gramatical: el yo que habla del sujeto, al sujeto (Lacan, 1955). *Si has tenido éxito en todo hasta hoy, debes entenderlo como una señal, y aceptarla para que siga siendo así, escuchaba Alejandro que le decía una voz interior: que debía seguir, y seguir, inscribiendo marcas concéntricas en hojas que llenaba una tras otra.*

La angustia psicótica no cesa ante la presencia de los otros, más bien se acrecienta, lo mismo sucede con la alucinación. El psicótico no se “avergüenza” de su alucinación, esta lo atormenta intemporalmente; la angustia alucinatoria del neurótico, en cambio, es vivida en soledad. *Los otros no son impedimentos para la aparición de las alucinaciones de Abraham, más bien lo ayudan a que aparezcan. Julia por su parte, se siente tan avergonzada de que los otros la vean “alucinada” que se va del aula cuando cree que va a ver al viejito, sin embargo, no comienza a verlo hasta que está sola y este desaparece si en su cuarto y entra alguien. Le atemoriza tanto su alucinación que su angustia se acrecienta cuando está sola, si está acompañada se siente mejor, ya no teme que esta aparezca. Le tiene mucho miedo a “volverse loca”, y su uso de la voluntad invoca al deseo del Otro.*

A pesar de habernos hablado de un joven profesor que intercambiaba libros con ella, a pesar de haber hablado con otros sobre él, el mismo profesor que en las noches hacía de Disc Jake, Julia prefirió simular no conocer al Beny, cuando le sugerimos fuera a verle para obtener la música cubana que deseaba llevarse.

31. El conocimiento que acusa la presencia de una institución y su poder, de mecanismos de legitimación, de actores e intereses, de una política; en oposición a un saber que remite a algo del orden del inconsciente, del orden del deseo.

La simulación es un acto neurótico, porque juega a la ley y al deseo. Representa un acto para otros. El psicótico tiene el deseo de una ley que detenga el deseo,³² el deseo del otro que se le representa.

Julia, mientras vamos en el auto a su consulta con el Equipo de Salud Mental, nos lee pasajes de Los paraísos perdidos de Baudelaire, nos ofrece un disco... y finalmente no deja de enfatizar que gracias a nuestra presencia y nuestro "amor" ella se curó. Como haciendo un último reclamo al otro profesor, a través nuestro. El amor "... es una locura. La diferencia es sin embargo manifiesta, entre creer allí, en el síntoma, o creerlo (le croire). Es lo que constituye la diferencia entre la neurosis y la psicosis" (Lacan, 1976, p. 495).

Si probablemente el primer indicador sensible en consulta que acusa de una psicosis sea transferencial;³³ es en el cuestionamiento final por el deseo del analista, que se da su reconocimiento.³⁴ *Cada vez que Julia nos veía, su tristeza al principio y su alegría luego, eran mayores, como si nuestra presencia o ausencia tuviesen el poder de modificarla. Su madre "nunca [la] había sabido querer", "en verdad, es muy infantil y no es capaz de querer a nadie más que a sí misma" nos decía. Cuando niña, pasaba la mayor parte del tiempo con sus abuelos. Estando aún en Cuba supo de la muerte de su abuelo. Una profunda tristeza la embargó hasta el momento de su regreso. Se "sentía culpable – ahora podía decirlo con palabras – por no estar a su lado en los últimos días". "Eso tal vez era lo que más la atormentaba antes" – comentó – esto es lo que siempre temí.*

- 626
32. "Tengo una nueva propuesta para la terapia, la terapia de la reducción del deseo", nos decía sin sorna, ni dobleces un ex profesor de psicología, en su delirio. Su paranoia no le impedía sin embargo impartir clases sobre psicología experimental.
 33. "Tratemos de extraer algunas consecuencias lo que finalmente nos muestra el análisis es que la llamada transferencia, es decir, lo que recién llamé el amor, el amor corriente, el amor sobre el cual se asienta uno tranquilamente y después basta de historias no es completamente igual a lo que se produce cuando emerge el goce de la mujer" (Lacan, 1974, p. 66.324). "Y es por eso que éste es un sentimiento que he calificado, en la ocasión, de cómico: es lo cómico bien conocido, lo cómico de la psicosis. Y es por eso que corrientemente se dice que el amor es una locura. La diferencia es sin embargo manifiesta, entre creer allí, en el síntoma, o creerlo (le croire). Es lo que constituye la diferencia entre la neurosis y la psicosis. En la psicosis, las voces, todo está ahí: ellos creen allí; no solamente creen allí, sino que las creen. Ahora bien, todo está ahí: en este límite. Creerla, es un estado, gracias a Dios, difundido, porque a pesar de todo eso hace compañía, uno ya no está solo" (Lacan, 1975a, p. 66.495).
 34. En un texto memorable, Freud apuntaba que la contratransferencia se da incluso antes de la transferencia. Su desarrollo posterior lo llevó a ir excluyendo paulatinamente de su textos este concepto, probablemente por razones del imaginario social de su época que cuestionaba lo que de subjetivo pudiese tener cualquier conocimiento referido a ella y esta fuese tal vez la fuente más subjetiva de todas cuantas usaba el psicoanálisis.

Muchos otros seguidores, coquetearon de algún que otro modo con el concepto de transferencia, pero probablemente haya sido un psicoanalista dedicado a otro campo alejado de la clínica, el que retomara con fuerza el “dato” transferencial como fuente de saber para la investigación sobre el sujeto (Devereux, 1969). El hecho es que esta ha sido tradicionalmente el principal constructo epistemológico que diferencia al psicoanálisis del resto de las ciencias del sujeto. Sin embargo, exceptuando a unos pocos, los psicoanalistas, plegados ante la exigencia positivista o post-estructuralista, han preferido moverse sobre lo implícito.

El eje definitorio de las estructuras clínicas definidas por Jaques Lacan, es precisamente el transferencial: la ubicación del sujeto con respecto al deseo del Otro si nos ubicamos en el momento de la constitución, y su anudamiento al analista como Otro, si nos ubicamos en el momento diagnóstico. Desde donde si no es desde su propia lectura del deseo – a través de la transferencia – del sujeto en análisis que se obtiene ese posicionamiento, ese saber del inconsciente. La ubicación del S-s-S, del conocimiento como paranoia etc., ¿qué son sino efectos transferenciales?

Hay, sin embargo, un registro en lo ontológico especialmente sensible a la diferenciación, en un segundo nivel diagnóstico de la estructura psicótica. Este es precisamente el imaginario. Si bien el acceso que tenemos al registro imaginario es a través de la palabra, este no es el único síntoma de su existencia. Ya Margaret Mahler (1968) acusaba la existencia de inestabilidad de la imagen de la realidad en el psicótico, o sea, la fragilidad del nexo imaginario real en el caso de la psicosis que obligaba al paciente a confrontar constantemente su ubicación espacial y la de los objetos.

Pero a veces son las impregnaciones desde el registro imaginario en la configuración del discurso, evadidas por Lacan, las que permiten justamente hacer patente el malentendido de la comunicación verbal, en el momento diagnóstico de la psicosis.³⁵ Esa inestabilidad de la imagen es sentida con angustia y dolor en lo real. El psicótico necesita a cada rato comprobar la permanencia de los objetos pues cada uno que se mueva es como si le moviesen un órgano de su propio cuerpo; el autismo es apenas la expresión extremo de este rasgo.³⁶ *Abraham no*

35. El hacer patente el malentendido, recurso interpretativo lacaniano, es útil como medio de vínculo analítico en su función terapéutica e incluso un buen complemento del recuso imaginario pero en la delimitación estructural pero su limitación en vínculos transculturales es más difícil.

36. Así nos lo describe Beatriz Marcer (1997) “en ausencia de la mediación del registro imaginario, el cuerpo del autista está montado sobre el significante constituido enteramente en su vertiente superyoica, cuyo carácter persecutorio ha subrayado Lacan, junto con Melanie Klein” (p. 3).

se deja arrebatar su silla, la mira intermitentemente y a la otra silla vacía a nuestro lado en el consultorio, como si temiese su desaparición en cualquier momento. Habla como si estuviese solo, una vez que ha comenzado a hablar, nada lo interrumpe, la presencia del Otro le es irrelevante, el Otro está dentro, como una pieza más. — ¿Ellos te persiguen?, insiste la profesora. Asiente con la cabeza, la baja y mira a los lados, luego prosigue sobre el allá y el aquí, y su historia de vagabundeo de antes y ahora.

También Fonseca fue vagabundo en las calles, y puta, y cuenta con una ligera y extraña sonrisa cómo vivía de acostarse con los hombres y la coca que consumía. “Después que se me acabó la que traje algo está mal”. Su mundo imaginario y el que vive en la escuela se mezclan, vaga por los pasillos con esa sonrisa muscular, ese enseñar de dientes y su mirada suspicaz. “Nadie debe saber aquí que yo era drogadicto”. “Una TX”,³⁷ diagnosticó sin vacilar el psiquiatra. Varios “test” – Machover incluido – apuntalan su certeza. Apenas confirmaban el juego verbal del paciente sobre lo masculino y lo femenino, el afuera y el adentro, la alucinación, la ilusión, lo real y las palabras. “TX” otra palabra que, si no aportó nuevo orden a su confusión, al menos sirvió para mantenerlo alejado de la agresión farmacológica. Gracias a que no tuvo síntomas “psicóticos” durante su estancia en la escuela, no lo fue, al menos para la institución de “salud mental”, y como tal no fue tratado. Pudo marcharse sin tener que “consumir”.

Las imágenes del psicótico se hacen permanentes, reales, a fuerza de repetición. *El toqueteo de Abraham de test de Rorschach que había sobre la mesa del local en que se dio la entrevista nos animó a preguntarle. Sus respuestas, nos transmiten algo más allá que un conocimiento a comprobar. “Una mariposa, otra, otra... nada, nada más”.*

Lacan (1955b) en el seminario sobre la psicosis, se detiene en el hecho del sujeto como otro de sí mismo, y lo retoma en el seminario 21 (1974). Ya en ese temprano seminario hace por un lado la analogía del niño y más adelante retorna a Freud y lo pone a hablar de los tres modos de hablar del otro de la negación de la relación con el otro (1955b), esta idea sin embargo nunca será retomada.

Se trata de los límites borrosos de la propia otredad. O bien se ubica al otro dentro del campo del propio yo – hipótesis de Mahler –; o bien se le ubica al yo

37. Se refería a lo que la psiquiatría conoce como trastorno de identidad sexual, específicamente el psiquiatra aludía a la homosexualidad, lo cual hablaba de retraso con respecto a la propia tradición psiquiátrica en la cual la diferencia en la elección de objeto sexual ha dejado de ser visto como algo “patológico”.

en el campo del otro – hipótesis de Lacan. Se trata de un mismo proceso en el cual la separación del mundo del otro (Mahler, 1968), la fractura que supone la otredad (Lacan, 1959) y que genera la angustia neurótica, que lleva a la dependencia; en el psicótico no ocurre. No hay, siguiendo la hipótesis de los psicoanalistas relacionales – de Mahler a Bowlby – angustia de separación porque tal separación no existe, así como no hay unión. Los límites de la propia piel, no sólo como *yo superficial* (Anzieu, 1990), sino como *lo corporal*; los límites de lo real, se mantienen borrosos. *Esto es lo que permitió identificar tempranamente a Juliana como una histérica y no como una psicótica. Su angustia no era en lo real sino sobre lo real, ella sufría la ausencia de certezas en los límites perceptuales, no su insistencia.*

El psicótico se queda así, detenido, como una instantánea de Adán con la manzana del árbol prohibido entre los dientes; detenido, en un mundo imaginario en el cual las palabras parecen flotar, en el cual cualquier movimiento de estas imágenes es un daño en lo real – en el cuerpo – como una palabra puede herir no en el sentido neurótico por desplazamiento en la cadena de significaciones, sino en el sentido literal de daño, por su desplazamiento en los límites con lo real.

De un psicoanálisis, su duda

A los cuatro casos anteriores, satisfactoriamente abordados por la perspectiva psicoanalítica, sería no sólo honesto sino saludable, agregar este último.

Orlando llega a una consulta que compartíamos con un neurólogo. Lo trae su esposa, preocupada por su estado de salud. Ha bajado mucho de peso, siente mucho mal olor en su boca y tiene la certeza de que se está muriendo, de que tiene algo malo y los médicos no se lo dicen. Ya lo habían visto por medicina, psiquiatría y psicología. Sólo le faltaba un gastro, como prueba clínica que añadir a sus exámenes para que se confirmara su salud. La esposa “necesitaba saber si estaba realmente enfermo” físicamente, para curarlo, mentalmente para atenderlo, o si era un simulador para dejarlo. Antes de enfermar él era un hombre fuerte, que gustaba de hacer ejercicios, trabajaba poniendo música en un club nocturno y se sentía bien consigo mismo. Siempre dependió de su abuela y cuando esta murió su vida no fue igual. Allí empezaron sus temores a salir a la calle, sus rituales obsesivos, sus síntomas en el soma. Pero aún le quedaba su perrita por quien preocuparse; pero cuando esta murió ya no pudo más que atender de sí mismo y entonces comenzó a sentirse gravemente enfermo.

Apartarse de la realidad³⁸ eso era lo que buscaba, no salir a la calle. En la mañana el día le parecía larguísimo, que nunca acabaría, apenas podía levantarse de la cama. En la tarde sus síntomas se iban aliviando y ya en la noche comenzaba a sentirse mejor.

Rituales que le alejaban de sus temores hipocondríacos, pérdida de peso, débil definición de la otredad, expresiones clínicas de su sufrimiento, no bastaban a los que dependían de una escatología. ¿Obsesivo con síntomas hipocondríacos; paciente psicósomático; psicótico; borderline? Tras una larga "lucha" la de nuestro propio deseo, nunca llegamos a un consenso. La demanda atendida fue la de su esposa; se le orientó el gastro. Otra, la suya, quedó en vilo. Nunca más lo vimos.

¿Qué hacemos cuando no hay síntomas suficientes, el registro simbólico falla, no hay anclaje transferencial ni imaginario, alguien sufre en silencio?

La realidad era tan traumática para él que trataba de evadirla pero nadie supo a ciencia cierta por qué.

Este paciente tal vez representó para nosotros el espejo en que ver la farsa de la impostura. Simbolizó nuestro espacio de lucha entre las dos caras del sujeto. La misma que se da entre simbólico y real tras un fantasma imaginario; así, cabalgan hoy el psicoanálisis y las ciencias duras, no por estar en uno de los lados del río podemos obviar la otra orilla y añorar un puente. No hay acuerdo entre psicoanalistas para el *borderline* o los estados límite (Singer, 2005), porque aún el psicoanalista no ha salido de su posición enfrente a las otras ciencias y no su complemento. Así como se lucha por un terreno en los bordes, se quedan pacientes sin nadie que los escuche porque están tratando, quienes deben escucharlos, de escucharse ellos mismos. Sobre la clínica del *borderline*, aún nos movemos por los bordes. Somos nosotros, es el deseo del analista, el que aún se mueve con un exceso de vanidad, una falta de humildad ante la ausencia de respuestas. Ciego, sordo, mudo; ¿cómo será el cuarto mono?

Cuatro conclusiones y una duda urgente

La perspectiva descentrada del episteme transferencial es no sólo relevante sino aún insuficientemente inexplorada en las ciencias del sujeto. Cualquier avance

38. Cada neurosis perturba de algún modo el nexo del enfermo con la realidad, es para él un medio de retirarse de esta y, en sus formas más graves, importa directamente una huida de la vida real.

futuro en el conocimiento del sujeto de la ciencia no debe descuidar esta perspectiva.

El psicoanálisis es relevante en el estudio de la psicosis en tanto su perspectiva ofrece un saber que permite anticipar el diagnóstico sintomático clásico de la psiquiatría. Esta relativa anticipación no es más que el resultado de una perspectiva de análisis diferente:

- Lo estructural de la psicosis, resultado de una relación particular entre los registros real, imaginario y simbólico, facilita su comprensión fuera de las “crisis”;
- la diferencia estructural con la neurosis sugiere las ventajas del abordaje desde la especificidad del sujeto neurótico. La psicosis vista desde la perspectiva neurótica, es sensible a la diferencia en lo transferencial;
- resultado de esa relación singular entre los registros real, imaginario y simbólico, aparecen signos transparentes a la visión sintomática: la necesidad de anclaje imaginario, la “cosificación” de significantes, la angustia de invasión del Otro, la violencia de lo real;
- sin embargo, allí donde aún no se alcanza a una clara definición transferencial, donde la relación entre los registros está desdibujada, donde la percepción estructural falla; ¿podrá aún un psicoanálisis encontrarse con un saber que lo salve del comodín *borderline*, y ofrezca una perspectiva clínica acertada? O más específicamente, ¿quién, y cómo escuchar el dolor de ese sujeto diferente en la hiancia de un saber?

631

Referencias

AULAGNIER, Piera. *La violence de l'interprétation*. Paris: PUF, 1975.

_____. *Cuerpo, historia, interpretación*. Piera Aulanier – de lo originario al proyecto identificador. México: Paidós, 1991.

ANZIEU, Didier. *A skinforthough*. Interview with Gilbert Tarrab. London: Kama Books, 1990.

BANZATO, Carlos Eduardo Muller. Assigning things to their proper class: taxonomic issues and trends in psychiatry. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, Sao Paulo, v. V, n.1, p. 11-19, marzo/2002.

BION, Wilfred R. Le langage et le schizophrène. In: *Psychanalyse et langage*. Du corps a la parole. Paris: Dunod, 1977 (Collection Inconscient et Culture, dirigée par Didier Anzieu et René Kaës).

CASTORIADIS, Cornelius (1996). *El avance de la insignificancia*. [La montée de la in-

significante. Les carrefours du Labyrinthe IV. Paris: Seuil, 1996]. Traducción de Alejandro Pignato, Revisión técnica de Fernando Urribarri. Buenos Aires: Eudeba, 1997. (Pensamiento Contemporáneo).

COLEGIO Epistemológico y Experimental. Apuntes para una epistemología psicoanalítica. *Cuadernos del Instituto de Buenos Aires*, Buenos Aires, n. 7, 2003.

DEVEREAUX, George (1969). *De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento*. México: Siglo XXI, 1989.

FLEISCHER, Deborah. El suicidio en la obra de Lacan. Disponible em: <http://www.elistas.net/lista/descartes/archivo/indice/141/msg/150/> 2002. Acceso em noviembre de 2004.

FREUD, Sigmund (1924). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. [Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose]. *Sigmund Freud Obras Completas, Jaques Lacan Seminarios Escritos*; Folio Views, Edición Digital.

____ (1924). Autobiografía. In: *Obras Completas* Buenos Aires: Amorrortu, 1975. v. XX.

____ (1937). El análisis terminable e interminable. In: *Obras completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1975. t. VIII.

HABERMAS, Jürgen (1982). *La lógica de las Ciencias Sociales*. 2. ed. Madrid: Tecnos, 1990.

LACAN, Jacques (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en el psicoanálisis. (conocido también como El discurso de Roma). In: *Escritos II*. México: Siglo XXI, 1989.

____ (1955a). Esquizofrenia y paranoia. M. de Clérambault. Los espejismos de la comprensión. De la Verneinung a la Verwerfung. Psicosis y psicoanálisis. Clase 1 Noviembre de 1955. Seminario 3. Las psicosis. *Sigmund Freud Obras Completas, Jaques Lacan Seminarios Escritos*; Folio Views, Edición Digital.

____ (1955b). Seminario 3. Las psicosis. Clase 2, la significación del delirio. Nov de 1955. *Sigmund Freud Obras Completas, Jaques Lacan Seminarios Escritos*; Folio Views, Edición Digital.

____ (1956a). Clase 14 Hamlet. Cannevas II. En Seminario 6. El deseo y su interpretación. El seminario. Marzo de 1956. *Sigmund Freud Obras Completas, Jaques Lacan Seminarios Escritos*; Folio Views, Edición Digital.

____ (1956b). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis (Publicado inicialmente en *Le Psychoanalyse*, v. 4.). In: *Escritos II*. México: Siglo XXI, 1989.

____ (1958). La dirección de la cura y los principios de su poder. In: *Escritos II*. México: Siglo XXI, 1989.

____ (1959). Seminario 6. El deseo y su interpretación. Clase 15, El deseo de la madre, marzo de 1959.

- ____ (1960). *El seminario. Libro 7. La ética del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1992.
- ____ (1964). *El seminario. Libro 11. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1992.
- ____ (1965). La ciencia y la verdad. In: *Escritos II*. México: Siglo XXI, 1989.
- ____ (1970). Clase 1 Producción de los cuatro discursos. Clase 10 Del mito a la estructura. Seminario 17. El reverso del psicoanálisis. *Sigmund Freud Obras Completas, Jaques Lacan Seminarios Escritos*; Folio Views, Edición Digital.
- ____ (1972). Seminario 19. O peor... Clase 12. *Sigmund Freud Obras Completas, Jaques Lacan Seminarios Escritos*; Folio Views, Edición Digital.
- ____ (1974). Seminario 21. Los incautos no yerran (Los nombre del padre). Clase 15, 11 junio de 1974. *Sigmund Freud Obras Completas, Jaques Lacan Seminarios Escritos*; Folio Views, Edición Digital.
- ____ (1975a). Clase 4. Seminario 22. R.S.I. *Sigmund Freud Obras Completas, Jaques Lacan Seminarios Escritos*; Folio Views, Edición Digital.
- ____ (1975b). Clase 11. Seminario 22. R.S.I. *Sigmund Freud Obras Completas, Jaques Lacan Seminarios Escritos*; Folio Views, Edición Digital.
- LAKATOS, Imre. Falsification and methodology of scientific research programs. In: LAKATOS, Imre y MUSGRAVE, A. (eds.). *Criticism and the growth of knowledge*. Cambridge: Cambridge University, 1978.
- LEBOVICI, Serge et al. Le mutisme et les silences de l'enfant. *La psychiatrie de l'enfant*, v. 6, n. 1, p. 79-139.
- MACHIN, Raudelio (1997). La duda epistemológica. Transcripción de conferencia del seminario "La duda epistemológica", Facultad de Psicología, Universidad de La Habana, 1996-1998.
- ____ *La integración en psicoterapia: nacimiento y muerte de un mito*. Manizales: Lumina Spargo, 1998.
- MAHLER, Margaret (1968). *Symbiose humaine et individuation, Psychose infantile*. París: Payot, 1973.
- MARCE, Beatriz. El psicoanálisis en los límites. *Cuadernos Sigmund Freud*, n. 19 (1997). Escuela Freudiana de Buenos Aires. Disponible en <http://www.efba.org/efbaonline/marce-03.htm>. Acceso en noviembre de 2004.
- MUNNÉ, Frederic. Las teorías de la complejidad y sus implicaciones en las ciencias del comportamiento. *Revista Interamericana de psicología*, Madrid, v. 29, n. 1, p. 1-12, 1994.
- ORTIZ SERRANO, Abraham. Acompañamiento terapéutico, hacia una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de las psicosis. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, ano XV, n. 162, p. 46-54, out./2002.

PICHÓN RIVIÈRE, Enrique. *Teoría del vínculo*. Buenos aires: Nueva Visión, 1975.

SINGER, Flora. La borderización del sujeto. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, v. VIII, n. 1, p. 694-705, mar./2005.

SPITZ, R.-A. Hospitalism: an inquiry into the genesis of psychiatric condition early childhood. *The psicoanalytic study of the child*, n. I, 1945.

TAUSK, V. (1919). De la genèse de l'appareil à influencer au cours de la schizofrénie. *La psychanalyse*, n. 4, p. 118-128, 1958.

VIGOTSKY, Liev S. (1927). El sentido histórico de la crisis psicológica. In: *Obras escogidas*. Madrid: Alianza, 1992.

WALLERSTEIN, Inmanuel (coord.). *Abrir las ciencias sociales*. Proyecto Gubelkian, para las ciencias sociales. México: Siglo XXI, 1996.

WINNICOTT, Donald W. *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard, 1975.

WOLFSON, L. *Le schizo et les langues*. Paris: Gallimard, 1970.

Resumos

634

Neste artigo pretende-se mostrar as vantagens de uma clínica das psicoses desde uma perspectiva psicanalítica. Assim, apresentam-se quatro casos que ilustram a problemática. Discute-se sobre o lugar da episteme psicanalítica nas ciências do sujeito e é defendida sua utilidade na prática clínica. Depois, ilustram-se os principais feitos descobertos pelo saber psicanalítico na clínica das psicoses, cuja particular perspicácia ajudou a resolver satisfatoriamente os casos apresentados. Finalmente, convoca-se, por meio de outro caso, a discutir sobre as lacunas com as quais esse saber deve se confrontar.

Palavras-chave: Epistemologia, psicanálise, diagnóstico precoce, clínica das psicoses

Dans l'article il s'agit de montrer les avantages d'une clinique des psychoses du point de vue psychoanalytique. Sur ce point, on présente quatre cas qui nous donnent une idée de la problématique. On discute sur le lieu de l'episteme psychanalytique dans les sciences du sujet et on défend son utilité dans la pratique clinique. Puis, on nous donne une idée des principaux événements découverts par le savoir psychanalytique dans la clinique des psychoses dont sa particulière intelligence a aidé à résoudre de la façon satisfaisant les cas présentés. Finalement, on convoque ou travers d'un autre cas, a discuter sur les lacunes avec lesquelles on doit encore se confronter ce savoir.

Mots clés: Episteme, psychanalyse, diagnostique précoce, clinique des psychoses

In this paper the advantages of clinical work in psychosis from a psychoanalytic perspective are shown. Four clinical cases that illustrate the problem are thus presented. We then discuss the place of psychoanalysis in the science of the subject. The practical advantage of psychoanalysis is then treated. Next the most important data presented by psychoanalysis in clinical work in the area of psychosis are described, where analysis helped solve the cases presented. Finally we call for a discussion of the gaps which psychoanalysis must still confront.

Key words: Epistemology, psychoanalysis, early diagnosis, clinic of psychosis