José María Álvarez
Ramón Esteban
Chús Gómez
Luciano González Anido
Luis González Domínguez-Viguera
Luis León Allúe
José Manuel Susperregui

Lilly
Respuestas que importan.

Diagnóstico psicosis

Conversaciones Siso-Villacián 2005

José María Álvarez
Ramón Esteban
(editores)

Diagnóstico psicosis

Conversaciones
Siso – Villacián
2005

Diagnóstico
Psicosis

José María Álvarez
Ramón Esteban
(editores)

Diagnóstico Psicosis

Conversaciones Siso-Villacián 2005

Valladolid, noviembre 2006

Las Conversaciones Siso-Villacián 2005
fueron organizadas por:

Asociación Castellano-Leonesa de Salud mental
Asociación Galega de Saúde Mental
Espacio del Instituto del Campo Freudiano
de Castilla y León
Escuela Lacaniana de Psicoanálisis de Vigo
Grupo de Estudios Psicoanalíticos
de Castilla y León
Consorcio Psiquiátrico "Dr. Villacián"

Con el patrocinio de
Lilly S.A.

Producción Ejecutiva:
Alienistas del Pisuerga

Editado en Valladolid, noviembre 2006
© de los autores
Edición no venal
ISBN: .....
Depósito legal: VA-...../07

Imágenes tomadas de: Pat Cab, Le tatouage, en Coconino World,
www.coconino-world.com/sites_auteurs/patcab/rubriques/livres.htm

ÍNDICE

Prefacio 9

PRIMERA MESA
LOS DIAGNÓSTICOS DE LA PSICOSIS
Los nombres de la locura
Ramón Esteban Arnáiz 15

Los trastornos del lenguaje en las psicosis
Luciano González Anido 23

¿Diagnóstico? Quizá
José Manuel Susperregui 41

El valor terapéutico del diagnóstico
Chus Gómez 71

SEGUNDA MESA
LA PRÁCTICA DEL DIAGNÓSTICO: CASOS CLÍNICOS
Psicosis actuales
José María Álvarez 85

Caso clínico de psicosis
Luis González Domínguez-Viguera 107

¿Una psicosis de vida o una vida de psicosis?
Luis León Allúe 117

Prefacio

Se ve que a las palabras no siempre se las lleva el viento. A raíz de unas conversaciones entre amigos, hace ahora cuatro años, surgió el germen de lo que, en feliz expresión de Fernando Colina, hoy se va conociendo como «la Otra psiquiatría». El primero de nuestros encuentros se celebró en el Monasterio de San Clodio (Orense) en 2004 y se publicó en un volumen titulado *Conversaciones Siso I. La curación de la psicosis* (Vigo, A.G.S.M., 2005). Un año después llevamos a cabo la segunda jornada de trabajo, en Valladolid, dedicada a la psicosis y su diagnóstico, cuyas ponencias se ofrecen al lector en este libro. Bajo el lema «Exiliados de la palabra», volvimos a reunirnos al año siguiente, 2006, en San Clodio, dejando constancia de ello por escrito tal como recoge el último número de la revista *Siso Saude*.

Aquello que comenzó siendo una modesta reunión de amigos castellano-leoneses y gallegos se va convirtiendo poco a poco en un creciente movimiento de reivindicación doctrinal destinado a establecer una praxis diferente, no asistencialista, más humana. Humana en el sentido noble del término que, modernizado, nos evocaron las piedras medievales de San Clodio haciendo inseparables las humanidades del *Trivium* y las ciencias del *Quadrivium*. De llegar a tenerla, la fuerza de un movimiento tal radicará en el rigor de los argumentos, la eficacia de la práctica y la permanente formación a que nos mueva la ética de lo que hacemos. Quizás estos presupuestos consigan que la hermandad Siso-Villacián sea un referente apreciado también por colegas de otros lugares de nuestra geografía.

Los hechos parecerían dar la razón a Spinoza cuando afirmaba que «El deseo es la misma esencia del hombre, en

cuanto que se concibe determinada por cualquier afección suya a hacer algo» (*Ética demostrada según el orden geométrico*, 146). Además de las mencionadas Conversaciones se han hecho más cosas desde que la hermandad Siso-Villacián se concretó en fechas y encuentros. Pepe Eiras y Chus Gómez han tenido el acierto de promover la colección de libros La Otra Psiquiatría (Asociación Gallega de Salud Mental), de la cual han salido ya dos volúmenes (*Estudios sobre la psicosis*, de José María Álvarez; *Los escritos fuera de sí*, de Sergio Laia), y se preparan otros de indudable calidad por Rafael Huertas y Fernando Colina. También en los primeros meses del próximo año verá la luz *Las locuras razonantes. El delirio de interpretación*, de Sérieux y Capgras, primer volumen de otro empeño editorial, la Biblioteca de los Alienistas del Pisuerga, que sucesivamente colocará en sus anaqueles otros textos clásicos de psicopatología.

Todas estas iniciativas surgen de la conjunción de cuatro grandes principios. En primer lugar, considerar el respeto a la libertad y la dignidad del paciente como el requisito previo e indispensable para la producción de cualquier encuentro que se quiera terapéutico. En segundo lugar, investigar el *pathos* desde el punto de vista psicoanalítico y aplicar ese saber en el marco asistencial de los servicios públicos. Como tercer elemento, actualizar la psicopatología clásica y recuperar el punto de vista eminentemente clínico que inspiró sus orígenes tanto como los del psicoanálisis freudiano. Finalmente, el conjunto de esos quehaceres está eslabonado al compromiso de transmitirlos a través de la formación de futuros especialistas en Psicología Clínica y Psiquiatría, cuya participación en Jornadas, Conversaciones y publicaciones intentamos por ello fomentar.

De hechos y deseos semejantes da cuenta la presente publicación, en la cual se recogen la mayoría de las ponencias presentadas en las *Conversaciones Siso-Villacián 2005. Diagnóstico Psicosis*. La primera mesa encuadra y discute los usos y la pertinencia del diagnóstico en la clínica de la psicosis, y en especial el valor que atesoran los trastornos del lenguaje, poniendo también en relieve la utilidad terapéutica del diagnóstico estructural. La segunda mesa, tras una exposición del panorama actual de las formas de presentación de la psicosis, reflexiona sobre diversos avatares observados en dos casos clínicos atendidos en instituciones psiquiátricas.

Esperamos que esta compilación provoque en el lector, aunque sea por breves instantes, la sensación glosada por Riccardus de Bury en su *Filobiblión* (1344): «no hay riquezas ni placeres que puedan aventajar a los libros», haciendo la salvedad de que al marco de las Conversaciones Siso-Villacián le cuadra mejor lo que dicho autor afirma líneas más abajo citando a Boecio: «el más precioso género de riqueza son los amigos».

JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ y RAMÓN ESTEBAN

PRIMERA MESA

Los diagnósticos de las psicosis

Ramón Esteban Arnáiz

Los nombres de la locura

Los diagnósticos son términos técnicos con que la Psicopatología ha pretendido cernir la locura, delimitarla, distinguir sus especies si las hubiere y orientar a la Terapéutica para que dé con su correspondiente tratamiento específico. Pero la locura se resiste a dejarse nombrar. Tiene algo de inabarcable y burlón que muchas veces deja a esos neologismos sabios en vecindad muy próxima a los neologismos locos de la clientela del psicopatólogo, y que convierte a las teorías de éste en incompletos delirios para cuerdos. Por otro lado, la Psicopatología, hija natural de la Medicina, ha centrado su interés en los aspectos negativos de la locura, y si exceptuamos a Freud y sus seguidores nadie ha reparado en los aspectos positivos que la sabiduría popular, la literatura universal y algunos historiadores modernos han otorgado, más o menos abiertamente según los casos, al funcionamiento mental anómalo.

Les confesaré que por la premiosa necesidad de dar hace meses un título a la imprenta que ha confeccionado los programas de estas *Conversaciones*, durante unos días estuvieron ustedes amenazados con escuchar por enésima vez una conferencia sobre la historia y etimología de los neologismos diagnósticos. Ya saben: eso de que esquizofrenia significa «mente hendida», que manía viene del verbo *maineszai*, que melancolía tiene orígenes biliosos, etc, etc. Mi conciencia no se quedaba así tranquila, pero no se me ocurría otra cosa. Deben estarle agradecidos a mi perro por haberles librado de ese castigo bíblico que nos inflinge a veces la compulsión a la repetición de los demás, pues en uno de los juegos a los que con puntualidad britá-

nica me arrastra al caer la tarde cada tarde terminamos ambos a cuatro patas en uno de los rincones menos transitados de la casa, al pie de una estantería, y allí, a vista de cuadrúpedo, se hallaban unos cuantos diccionarios de catalán, vascuence y gallego, que permitían, claro está, establecer correspondencias con otros diccionarios de la lengua castellana colocados en estantes menos periféricos. (Por cosas del destino, ahora mismo en mi casa, menos el perro y yo, hasta los fantasmas son filólogos; de ahí esa superfetación lexicográfica). No siendo lingüista no sabría decirles si tales diccionarios son malos o buenos, pero, aun en el peor de los casos, Freud nos enseñó a no despreciar la aparente pacotilla de los fenómenos psíquicos, y, como tal, el lenguaje es valioso por su propia naturaleza. Por malas que tales obras fueran, pensé, sus contenidos siempre tendrán más que ver con lo que las palabras significan para quienes vienen a consulta que los contenidos de nuestros diccionarios profesionales, es decir, mucho más que ver con los significados de los significantes que utilizan esos sujetos que se acercan a decirnos: «creo que me estoy volviendo loco», o «le estoy cogiendo manía a mi marido», o incluso «a veces dicen ustedes cosas delirantes».

Lo que les contaré a continuación en nada pretende ser una erudita conferencia psicolingüística. Serán más bien retazos de un cuaderno de bitácora redactado durante una profana y saltarina singladura a través de dichos libros; fragmentos con los que tampoco pretenderé hacer ningún estudio al modo de los comparatistas decimonónicos sino, simplemente, compartir con ustedes algunas perlas –así lo parecieron a mis ojos– que encontré curioseando entre sus páginas. Y fueron perlas tan numerosas que para contarlas dentro del orden temporal de estas *Conversaciones* he de

comenzar reduciendo drásticamente su cantidad, pues –si me permiten empezar por una medida en castellano– mirando sólo en el famoso *Diccionario ideológico de la lengua española* de Casares encontramos 181 entradas en el campo semántico de la voz 'locura'. Por tanto, les hablaré únicamente de las tres categorías sugeridas en los dichos de los pacientes que puse antes como ejemplo, esto es, sobre algunas palabras directamente relacionadas con el binomio loco-locura y con los términos 'manía' y 'delirar'. Iremos viendo que estos diccionarios no sólo recogen los significados negativos de estos términos (pérdida, ignorancia, error, necedad o exaltación), sino también los positivos que emparentan a la locura con el carnavalesco dios Momo, es decir, con la animada francachela, la ironía inteligente o, sencillamente, con el saber particular y subjetivo. E incluso aparecieron perlas dignas del dios Jano que en un sólo término conseguían reunir ambas vertientes semánticas.

Si seguimos en el Casares, 'locura' es privación de la razón, acción inconsiderada o gran desacierto; y el 'loco' es carente de razón, irreflexivo, disparatado e imprudente. 'Loquear', sin embargo, ya empieza a aproximarse al menos a lo lúdico, y vale tanto por decir o hacer locuras como por divertirse con mucha bulla o alboroto. En el *Diccionario galego-castelán* de Xosé Luis Franco Grande, 'louco', 'desvairado' y 'tolo' pueden ser desmedidos y furiosos además de tener poco o ningún juicio. 'Aloucar' sería –entre otras posibilidades– enloquecer de ruido, padecimiento nada raro en las urbes modernas. Pero algo de positivo se vislumbra en 'louquear' pues se sigue de un valorativo ejemplo, «*Non louquea quen non pode*», que parece conferir implícitamente a quien 'louquea' o 'tolea'

al menos un gramo de alguna rara virtud envidiable. Algo semejante ocurre en catalán, pues la locura, rabia o desatino que la 'follia', 'demència' o 'bogeria' imprimen al 'foll' o 'boig', no le privan de una cierta sensatez en lo que más directamente le concierne, por lo cual el lexicógrafo Elies i Busqueta no duda en afirmar con *seny* que «*Sap més un boig a casa seva que no un savi en la dels altres*», opinión por lo demás bastante extendida. En vascuence, el vizcaíno 'zoro' (loco) ha dominado territorialmente al guipuzcoano 'ero' y le ha arrebatado no sólo la locura ('zorotasun' abunda más que 'erotasun' o 'erhokeri') sino incluso el sentido del humor, y así 'broma' se construye 'zoro-jardun': literalmente 'conversación o dicho loco'.

En cuanto a la 'manía' castellana, especie de locura, extravagancia, preocupación caprichosa, deseo desordenado y también ojeriza, las otras lenguas arriba mencionadas se muestran bastante coincidentes pero sólo abordan la periferia del principal significado psicopatológico. En gallego, el 'teimoso' es un porfiado tenaz y rencoroso que puede 'coller teima a un' y oponerse caprichosamente a lo que el otro diga, haga o emprenda, y el 'teimudo' es terco, caprichoso o directamente maniático. Los 'maníacs' catalanes están poseídos por 'manías', 'falleras', 'enquimeraments' o 'cebas', que les llevan a sentir deseos tan vehementes como quiméricos, a coger tirria al prójimo, a preocuparse y enojarse por algún asunto baladí. Y sólo el vascuence 'aldia' (manía; también 'detu') parece introducir la dimensión temporal de la manía psicopatológica por proceder de 'aldi', que significa sinónimamente tiempo, época, rato, y también temple o humor.

Cuando los castellanohablantes deliramos, decimos o hacemos disparates porque algo nos ha perturbado la razón

y terminamos desvariando. Lo mismo el catalán que 'desvarieja' en su 'deliri', o un gallego que diese en 'deliriar', 'tresvariar' o 'virular'. La lengua de nuestros invitados, al menos según refiere el antes dicho Franco Grande, parece admitir la posibilidad de que el delirio pudiera ser a veces inducido, o al menos la bobería, pues el verbo 'esvairar', sinónimo de 'deliriar', vale por poner a uno bobo, atontarlo. Al otro lado del Norte, la mayoría de los vascos se muestran respecto al delirio muy organicistas, pues se diría que deliran con la cabeza: su delirar, 'burutik egin', procede de 'buru' (cabeza, personalidad, uno mismo) y 'egin' (hacer, apostar), aunque no faltan entre ellos algunos más psicodinámicos que entienden el delirio como pariente de los productos oníricos, y le nombran como 'amets zoro', textualmente sueño loco, emparentado en línea directa con 'amets egin', soñar, y con 'amets uts', quimera o fantasía, en la que el sufijo 'uts' confiere a tales sueños diurnos un significado de vacío, hueco, error, chasco, falta e incluso cero.

Para ir empezando a terminar la travesía, permítanme hablarles brevemente ahora de tres perlas sueltas:

La primera es gallega: la voz 'tolemia', que significa locura y tontería. Se la muestro a ustedes un poco en broma y en desagravio comparativo con lo que antes dije también en broma sobre el organicismo de los vascos. Por su homofonía con un sufijo de frecuente uso en Medicina, se me antoja que 'tolemia' pudiera asímismo ser el neologismo técnico-desiderativo de algún galaico organicista que hubiese concebido la quimera de determinar las unidades de locura contenidas en un centímetro cúbico de sangre trastornada.

La segunda perla es bien real y nos habla también de los serios errores a que puede inducir la homofonía. Pese a estar demostrado hasta la saciedad (por Corominas, Pascual y otros etimólogos) que la palabra castellana 'loco' procede quizá del árabe '*laûk*', loco, pero nunca del latín '*loquitor'*, 'el que habla'[1], Casares incluye en el campo 'locura' de su *Diccionario ideológico*... la voz 'locuela', no en su sentido de diminutivo femenino para la persona loca, sino con el significado de 'modo y tono particular de hablar de cada uno', derivado del latín '*loquuntur*', 'lo que es dicho'. Casares no era lingüista sino diplomático, y en su largo destino como cónsul español en la capital de Filipinas fue vertiendo su vastísima cultura en su famoso diccionario, no exento de algún error como el que acabo de señalarles. Perla cultivada pues esta 'locuela', pero perla falsa. Mas como Freud nos enseñó a apreciar psicoanalíticamente los errores del lenguaje, me ha parecido que esta perla sería especialmente apreciada por los lacanianos aquí presentes, pues los equívocos fonéticos del significante hacen errar a Casares poniendo en proximidad metonímica ese 'modo de hablar de cada uno', esa locuela '*lalengua*' particular de cada hablante, con los extensos significados del ámbito lingüístico de la locura.

Y por fin, mi perla negra, mi perla preferida, que de nuevo es gallega. Me refiero a la palabra 'reloucar', que según Franco Grande quiere decir 'enloquecer de alegría, de gusto o de placer, sentirse muy alegre, bullicioso o jaranero', pero también –como mostrando en un sólo término las dos caras de la locura– 'rabiar, padecer, sufrir un vehemente dolor'. Procede de 'relouco': 'alegría grande' y 'placer ínti-

---

[1] Por extensión, 'el que habla mucho y desordenadamente'.

mo e intenso', a la vez que 'irritación, ira, cólera, furia'. Una furia –y esto es lo que más me gusta– que el lexicólogo ejemplifica rotundamente: «Os reloucos do mar».

En *El espejo del mar*, recientemente reeditado, Joseph Conrad, uno de los grandes almirantes del lenguaje, coloca en la pareja formada por cualquier navegante y las aguas oceánicas «la fuerza [y] la voz salvaje y exultante del alma del mundo». A veces he pensado que la relación del sujeto con el lenguaje viene a ser como la de un remero con el mar. Por un lado, éste se presta a ser un instrumento pasivo en que el marino apoya sus remos para avanzar hacia un destino fijado por su deseo. Pero la cosa no es tan sencilla, pues, por otro lado, ese instrumento es a la vez un medio en el que están inmersos marinero y barca, y no es un medio inerte sino furiosamente vivo, y a veces sólo obedece a sus propias y misteriosas leyes: su oleaje y sus corrientes alteran continuamente la deriva del sujeto, lastrando el esfuerzo que debe hacer para –en el mejor de los casos– completar una travesía que nunca va a depender de su sola voluntad.

Que el lenguaje se alborote como efecto de la psicosis o que ésta sea un *tsunami* del lenguaje que arrasa entonces la identidad del sujeto y su vivencia del mundo, hoy me viene a dar lo mismo, porque a partir de estas *Conversaciones*... y tras el breve chapuzón que a causa de ellas me he podido dar en la hermosa lengua gallega, creo que para mí las psicosis siempre van a tener mucho que ver con los *reloucos* de ese jánico mar de las palabras, en el que no nos queda más remedio que chapotear con las nuestras como perrillos para malmantenernos a flote, o sucumbir en sus oscuras profundidades ahogados/hablados por él.

Valladolid, 18-6-2005

BIBLIOGRAFÍA

ARBELAITZ, O. M., *Diccionario castellano-vasco y vasco-castellano de voces comunes a dos o más dialectos*, Bilbao, Retana / La Gran Enciclopedia Vasca, 1968.

CASARES, J., *Diccionario ideológico de la lengua española*, Barcelona, Gustavo Gili, 1994 (2ª ed., 18ª tirada).

CONRAD, Joseph, *El espejo del mar. Recuerdos e impresiones* (trad. y notas de Javier Marías; prólogo de Juan Benet), Barcelona, Reino de Redonda, 2005.

COROMINAS, J. y PASCUAL, J. A., *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*, 6 vols., Madrid, Gredos, 1991 (3ª reimpr.).

ELIES I BUSQUETA, P., *Canigó Diccionari català-castellá castellà-català*, Barcelona, Ramón Sopena, 1975.

FRANCO GRANDE, X. L., *Diccionario galego-castelán (e vocabulario castelán-galego)*, Vigo, Galaxia, 1975 (3ª ed.).

GRIMAL, Pierre, *Diccionario de Mitología Griega y Romana*, traducción de Francisco Payarols, Barcelona, Paidós, 1991.

MONTIANO, J. A.; URQUIJO, J. R., *Diccionario "IKAS" euskera-castellano castellano euskera. Dialectos vizcaíno y guipuzcoano*, Bilbao, Academia Montiano, 1972.

PÉREZ DE MOYA, Juan, *Philosofía secreta de la gentilidad* [1585], edición de Carlos Clavería, Madrid, Cátedra, 1995.

RUIZ DE ELVIRA, Antonio, *Mitología Clásica*, Madrid, Gredos, 1975.

Luciano González Anido

Los trastornos del lenguaje en la psicosis

«Todo lenguaje es un sistema cerrado de citas.
El más apolillado palimpsesto»[1].
Leopoldo M. Panero

La relación de la psicosis y la neurosis con el significante se plantea en el campo del lenguaje. La psicosis se muestra en sus trastornos, y la neurosis en su estructura a través del desciframiento de su síntoma, teniendo en cuenta que el significante por el que se interesa el psicoanálisis es el significante asemántico, aquel sin significación que hace surgir al sujeto como efecto de su significación. En la neurosis, a modo de ofrenda, algo del sin-sentido se brinda al final del análisis, una falta de significación que a través de lo simbólico ronda lo real que resiste a la comprensión.

Se puede decir que en la psicosis encontramos al principio lo que al final hallamos en la neurosis, ya que el analista encuentra en el psicótico lo asemántico sin necesidad de interpretar, no precisa del desciframiento interpretativo necesario en el neurótico. Este es el punto de encuentro, lo asemántico del significante.

En 1956, Lacan en su Seminario de la Psicosis, plantea la necesidad de la existencia de trastornos del lenguaje

---

[1] Leopoldo M. Panero / Diego Medrano, *Los héroes inútiles*, Carta 3 a Medrano. Ellago Ediciones.

para el diagnóstico: «Rehusé dar un diagnóstico de psicosis por una razón decisiva: no había ninguno de los trastornos que son nuestro objeto de estudio este año, que son trastornos del orden del lenguaje. Antes de hacer el diagnóstico de psicosis debemos exigir la presencia de estos trastornos»[2].

Al organizar esta intervención acudió el recuerdo de un paciente que en su primera entrevista mantiene una actitud forzada en cuello y cabeza, la mantiene muy alta, levantada y girada a la derecha como «mirando por encima del hombro». Ante sus quejas inespecíficas le pregunto si tiene alguna dificultad o le sucede algo en el cuello. Su respuesta fue rápida y precisa: «Es que me dijeron que podía andar con la cabeza muy alta aunque fui criado en un orfanato».

Podemos leer en esta frase su incapacidad para la metáfora y cómo el trastorno del lenguaje muestra al sujeto aglutinado, en su imagen a la letra.

Diversas disciplinas han pretendido encontrar modelos paradigmáticos en los que se consideren perturbaciones del lenguaje específicas de la psicosis. Las alteraciones halladas, tanto morfológicas como sintácticas, fonéticas o semánticas, no han podido demostrar ser diferentes de las descubiertas en sujetos normales, al verse la actividad lingüística influida tanto por el subjetivismo de la realidad objetiva como por las normas culturales y familiares con sus características lógicas y pragmáticas, que a su vez influyen en los campos semánticos, sintácticos y fonológicos.

---

[2] Lacan, Seminario de la psicosis, p. 133. Ed. Paidós.

Para el diagnóstico clínico, será posible evaluar las alteraciones apreciadas si establecemos un correlato entre los hallazgos aportados en el estudio del sujeto y sus producciones verbales con las alteraciones lingüísticas valoradas. El descontextualizar el fenómeno lingüístico del clínico se vuelve un obstáculo al ser fallido el intento de establecer una especie de juez independiente que elimine lo ambiguo, lo equívoco propio del lenguaje, vehículo de afectos y goces. «El lenguaje del hombre, ese instrumento de su mentira, está atravesado de parte a parte por el problema de su verdad»[3].

Si bien el psicótico puede tener un lenguaje difícil de entender, con derivaciones en el uso pragmático de las normas de la conversación, no es posible constatar un lenguaje propiamente esquizofrénico al no observarse propiedades específicas en sus asociaciones verbales. Se aprecian las mismas alteraciones lingüísticas en el sujeto normal y el psicótico.

Lo anterior es resumido en un párrafo del libro *La forclusión del Nombre del Padre*, de Jean Claude Maleval: «Hasta ahora, ninguna perturbación, al nivel que sea (fonético, morfológico, sintáctico o semántico), ha podido ser considerada característica de ninguna entidad de la patología psiquiátrica». «La posición psiquiátrica es, pues, la siguiente: existe un lenguaje normal; clínicamente existen trastornos del lenguaje, experimentalmente nunca se ha podido demostrar en qué difiere el lenguaje de los enfermos del lenguaje normal»[4].

---

[3] Lacan, *Escritos 1*., p. 156. «Acerca de la causalidad psíquica». Siglo Veintiuno Editores..

[4] R. Menanhen, *Langage et folie*, París, Les Belles Lettres, 1986, p. 123. (*La forclusión del Nombre del Padre*. Jean Claude Maleval).

Si desde el positivismo las alteraciones del lenguaje en el psicótico se resisten al estudio a pesar del indiscutible reconocimiento de la alteración clínica, podemos considerar que lo que se les escapa es el sujeto del inconsciente. La ciencia, en su discurso, intenta aunar saber y verdad, elevándolas al rango de certeza al quedarse en lo que se comprende, declinando toda subjetividad por encontrarse ésta en el más allá de lo comprensible, en lo real del sujeto, en aquello que es imposible de simbolizar. Las disciplinas bajo el discurso de la ciencia, lejos de la clínica bajo transferencia, quieren encontrar un universal que resulte absolutamente cierto, donde la duda sea suprimida y la alteración del lenguaje dé lugar a poder etiquetar a aquél que le representa, al haber encontrado un saber clasificatorio.

En el estudio de los trastornos del lenguaje, Lacan trata de aislar un mecanismo propio del inconsciente. Los aborda como fenómenos del sujeto del inconsciente de su primera clínica, donde lo simbólico se ve privilegiado en el concepto del inconsciente estructurado como un lenguaje, sin tratar de aislar un fenómeno gramatical, lingüístico universal, por ser el psicoanálisis el estudio de la singularidad, del uno por uno, de la respuesta que cada sujeto da a esa pregunta surgida en el intento de suturar la división que le constituye como sujeto.

En «Acerca de la causalidad psíquica»**,** Lacan advierte que no sólo en las alteraciones del significante se aprecian los trastornos del lenguaje en el psicótico, sino que también hay que prestar atención a las alteraciones de la significación, revelando en el mismo texto una muestra de las alteraciones del lenguaje: «Emprendamos este camino para estudiar las significaciones de la locura, como nos

invitan a hacerlo los modos originales que muestra el lenguaje, esas alusiones verbales, esas relaciones cabalísticas, esos juegos de homonimia, esos retruécanos que han cautivado el examen de un Guiraud (8), y diré ese acento de singularidad cuya resonancia necesitamos oír en una palabra para detectar el delirio, esa transfiguración del término en la intención inefable, esa fijación de la idea en el semantema (que tiende aquí, precisamente, a degradarse en signo), esos híbridos del vocabulario, ese cáncer verbal del neologismo, ese naufragio de la sintaxis, esa duplicidad de la enunciación, pero también esa coherencia que equivale a una lógica, esa característica que marca, desde la unidad de un estilo hasta las estereotipias, cada forma de delirio, todo aquello por lo cual el alienado se comunica con nosotros a través del habla o de la pluma»[5].

En *Psicosis ordinaria*, Miller (p. 217) escribe: «Existen trastornos donde no se alcanza la forma significante sino la significación: la palabra es normal, la frase es normal, y sin embargo hay detrás de la palabra o la frase una 'intención inefable'».

En el Seminario de la psicosis, Lacan dice:[6] «[...] ese lenguaje que puede engañarnos en un primer abordaje del sujeto, incluso a veces hasta en el más delirante, nos lleva a superar esa noción y a formular el término de discurso. Porque estos enfermos, no hay duda, hablan nuestro mismo lenguaje. Si no hubiese este elemento nada sabríamos acerca de ello. La economía del discurso, la relación de significación a significación, la relación de su discurso

---

[5] Lacan, *Escritos 1*, p. 158. «Acerca de la causalidad psíquica». Siglo Veintiuno Editores.

[6] Lacan. *Seminario 3*, «Las Psicosis», p. 53. Ed. Paidós.

con el ordenamiento común del discurso, es por lo tanto lo que permite distinguir que se trata de un delirio».

Cuando Lacan habla de estructura no solo examina lo referente al significante, a la estructura del lenguaje, sino también al discurso y su estructura. Entendiendo discurso, en la enseñanza de Lacan, como aquello que hace lazo social, lo que nos remite a lo que J. A, Miller llama delirio en *La psicosis en el texto de Lacan*: «Llamo delirio a un montaje de lenguaje que no tiene correlato con la realidad»[7].

Si el campo del lenguaje es el punto de encuentro de la neurosis y la psicosis, la presencia o la ausencia de un significante, el significante de la ley (de la ley de significante) es su punto de divergencia. Aquel gracias al cual se puede establecer un vínculo organizador de la cadena significante, llamado el significante DEL NOMBRE DEL PADRE, y de su efecto metafórico. La metáfora es planteada como lo que permite significar. Mediante la operación de la metáfora paterna, en palabras de Geneviève Morel en su libro *Ambigüedades sexuales* (p. 109), «El Nombre del Padre separa al niño de la madre revistiendo el deseo materno con la significación fálica, y esta localiza parte del goce en una dialéctica de la falta y la culpa, reunidas en el complejo de castración freudiano». La función del Nombre del Padre es la de metaforizar el deseo de la madre (metáfora paterna), barrarlo. Como elemento, el NP es en sí mismo la metáfora del padre, de la presencia del padre.

---

[7] Jacques Alain-Miller, *La psicosis en el texto de Lacan*, p. 120. Ed. Manantial.

En la psicosis, al fallar la metáfora paterna, el sujeto se presenta como un sujeto no inscrito en la función fálica, en la experiencia del neurótico de la angustia ante la eminencia de una pérdida por su identificación al significante del goce, y la posibilidad de la castración. El Nombre del Padre se hace ver por sus consecuencias, en especial la significación fálica, que tiene el poder de focalizar y limitar el goce. El Nombre del Padre tiene que sustituir al deseo de la madre para darle una significación al sujeto. Su ausencia da cuenta de la forclusión, como causalidad significante en la psicosis. La psicosis estallaría, cuando el NP forcluido abre un agujero en el significado.

En «De una cuestión preliminar…»[8], en el *post-scriptum*, podemos leer: «Es en un accidente de este registro y de lo que en él se cumple, a saber, la preclusión del Nombre-del-Padre en el lugar del Otro, y en el fracaso de la metáfora paterna, donde designamos el efecto que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis». Lacan habla de la psicosis como «de un orden del sujeto», un orden no como el orden del neurótico, sino de un orden trastornado, siendo la función de los fenómenos significantes sobre lo imaginario los que determinan el trastorno del sujeto.

---

[8] Lacan, *Escritos 2*. «De una cuestión preliminar a todo tramiento posible de la psicosis», p. 556. Siglo Veintiuno Editores.

Desencadenamiento ---- perturbación significante ---- disolución imaginaria.

Desarrollo ---- efectos imaginarios

Estabilización ---- compensación significantes ---- metáfora delirante ---- estabilización

Para que se produzca una significación, el solo ordenamientos de una serie de elementos lingüísticos no es por sí mismo suficiente, hace falta **algo** puesto por el sujeto, no es suficiente con la emisión y recepción. Si el sujeto no pone algo de su parte el sentido queda abierto en forma de enigma, en el colmo del sentido, siendo necesario que algo lo detenga en el proceso de que una significación remita a otra significación en una infinita sucesión. Es el sujeto con su presencia, como soporte, lo que va a permitir la significación, siendo la mediación del significante fálico, que representa al sujeto y su goce, el punto de detención que permite decidir la significación. Lo que sigue a la significación de la significación es que todo sin-sentido se anula, o sea, que todo tiene un sentido. La ausencia de la metáfora hace desaparecer el sin-sentido[9].

El aspecto clínico más manifiesto de la carencia de la significación fálica se manifiesta, en el campo del lenguaje, como una incapacidad para efectuar el cierre que permite el advenimiento de la significación[10]. Los trastornos

---

[9] *La naturaleza de los semblantes*. Capítulos II («Los nombres del Padre») y III («El seminario inexistente –el vacío de significación»).

[10] *La forclusión de Nombre del Padre*, p. 202.

del lenguaje del esquizofrénico están relacionados con la carencia de la significación fálica, falta que otorga una desintegración del nudo fundador –del punto de basta– de la cadena significante. Las consecuencias de la carencia de la significación fálica se manifiestan en de diversos órdenes: por una parte, disolución del vínculo interno de la cadena significante y desvanecimiento de la relación de la intencionalidad del sujeto con el aparato significante; por otra, aparición de pedazos de lenguaje en lo real en forma de alucinaciones o de neologismos; finalmente, desregulación del goce al no estar sometido al límite fálico.

Como efectos del fenómeno, de lo perceptible, que se muestra en el lenguaje tenemos el neologismo como uno de los fenómenos más reconocidos de las alteraciones del lenguaje en el psicótico. Lacan, en el Seminario de la Psicosis, dice: «A nivel del significante, en su carácter material, el delirio se distingue precisamente por esa forma especial de discordancia con el lenguaje común que se llama neologismo. A nivel de la significación, se distingue justamente por el hecho de que sólo puede surgir si parten de la idea de que la significación remite siempre a otra significación, porque la significación de esas palabras no se agota en la remisión a una significación»[11]. La definición como palabra nueva que se forma (neologismo lexical) o de una palabra conocida que se le da un sentido distinto (neologismo semántico) no son suficientes para considerar una palabra nueva como un neologismo psicótico, para ello es necesario encontrar un índice de la forclusión del Nombre del Padre en ella, que se muestra en la falta de separación entre significante y significado. Con esto estamos

[11] Lacan, *Seminario 3*, «Las Psicosis», p. 52. Ed. Paidós.

haciendo ya una diferencia entre el concepto clínico de neologismo y su acepción usual.

En la lengua es natural la presencia de palabras nuevas, y en la comunicación la presencia de la metáfora como parte del lenguaje que someta a la comunicación al malentendido, por lo que podemos decir que de esta forma el neologismo es permanente. Para ser considerado un neologismo como formación clínica, hay que recurrir al concepto de metáfora paterna para poder apreciar la forclusión del Nombre del Padre en el campo del lenguaje. El neologismo en la clínica aporta tal densidad a las palabras que el sinsentido es excluido, instaura la certeza indicativa de un delirio. La palabra por sí misma lo dice todo, no queda nada por explicar. Son términos que en sí llevan una certeza que no vacila, son autosuficientes. «El enfermo mismo subraya que la palabra misma pesa. Antes de poder ser reducida a otra significación, significa en sí misma algo inefable»[12].

La Psiquiatría intenta clasificar el neologismo nominándolo pasivo o activo, según sean formados por continuidad o semejanza, formándose por asociación de asonancias o representaciones, o bien si son palabras nuevas creadas con intención y corresponden a una idea del individuo. Neologismos adoptados por el yo, fruto del delirio los impuestos, y neologismos germen del delirio. Todas estas clasificaciones dejan intacta la función que desempeñan para el individuo, no la abordan.

La función que Lacan aprecia en el neologismo, la señala en el Seminario de la psicosis,: «[…] detienen la

---

[12] Lacan, *Seminario 3*, «Las Psicosis», p.52. Ed. Paidós.

significación, son una especie de plomada en la red del discurso del sujeto. Característica estructural que, en el abordaje clínico, permite reconocer la rúbrica del delirio»[13]. Su función está enfocada a suturar la cadena significante allí donde falta el Nombre del Padre, como ley significante a modo de vínculo organizador, de anclaje de la cadena significante disgregada. Lacan enfatiza la función reparadora y el desencadenamiento significante como resultado de la forclusión del Nombre del padre en su inicio, pasando el carácter neológico a ser algo secundario, siendo la pérdida de la característica dialéctica, en su degradación a letra, lo destacable. El significante aislado del otro significante pierde su valor diferencial convirtiéndose en letra; aislar la palabra de la cadena es tomar la palabra al pié de la letra.

En un momento de nebulosa diagnóstica, surgió la puesta en práctica de lo expuesto en un paciente con una relación social muy difícil, con enfrentamientos permanentes y severa dificultad para hablar, cuyo discurso, entre amplios silencios, se estructuraba en frases inacabadas que escamoteaban la significación. La pregunta sobre un significante del paciente (que el analista había escuchado muchas veces), como recurso para abrir un discurso que transcurría en largo silencio e intentar que mostrase algo de si mismo, disipó las dudas en la dirección de la cura.

Al paciente, a quién siempre me dirijo por su nombre de pila, le pregunto por el nombre con que dice le que llaman familiarmente: «¿Por qué le llaman Chiqui?», a lo que responde: «Chiqui es 'chinche', sólo usted me llama por mi nombre». En su respuesta vemos como de un nombre propio

---

[13] Lacan, *Seminario 3*, «Las Psicosis», p. 53. Ed. Paidós.

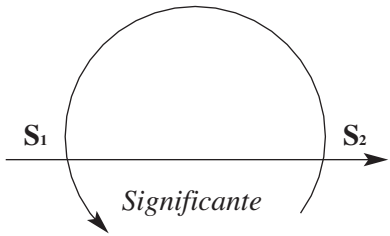
hace un nombre común, allí donde debía de haber un vacío de descripción que mostrase un vacío de significación, lo sustantiviza en un uso neológico que muestra varias funciones. En primer lugar muestra el significante de la transferencia en lo que da al analista, un saber que solo él tiene y el reconocimiento de cierta exclusividad en como éste se dirige a él. Muestra, también, nominándose Chiqui = chinche, cómo el significante neológico hace la función de cubrir un vacío de significación, de tal forma que le permite establecer un lazo social precario al desempeñar el papel que se otorga en lo literal de la reducción a la letra de su formación neológica: «Soy un hijo de puta, donde voy hago daño»; su manera de decir que es un chinche que no para de picar a todo el mundo. El apelativo cariñoso cumple tanto la función de nominación como de suplencia en el capitoneado de su discurso (como aquello que hace lazo social). Lo nomina degradándolo en su ser de goce, adquiriendo el valor neológico en la función reparadora que le impide quedar en un vacío intolerable de significación.

Otro fenómeno consecuencia de la forclusión del N P es la intuición plena, que Lacan equipara con el neologismo paranoico, y la fórmula vacía, a la que homologa las ensaladas de palabras, la verbigeración, las estereotipias verbales, esquizofasias... etc. Tanto unas como otras son el intento del individuo para aferrarse al orden del lenguaje. Lacan, en los años sesenta, dice que el sujeto se encuentra plenamente representado en la intuición plena, degradándose el significante a condición de letra. La fórmula vacía se encuentra en el extremo opuesto, al no encontrarse el sujeto representado en sus enunciados.

El paciente más arriba mencionado refiere dificultad para poder escribir como consecuencia del conflicto surgi-

do en la ambivalencia afectiva de sentir, al mismo tiempo, amor y odio. Al final de una sesión, ya en la puerta se detiene y me dice: «Ya sé cómo hacer para poder escribir». Le pregunto: «¿Cómo?». «¡Con las dos manos!», me responde sorprendido. La sorpresa de su respuesta me hace sonreír. «¿Por qué se sonríe?». Mi salida fue: «Porque nunca lo probé». «Yo tampoco», me contestó, y se fue satisfecho. Al marcharse me di cuenta de que amor y odio estaban representados literalmente, a nivel de letra, uno en cada mano; no había vacilación, la carencia de la función fálica se demostraba en la ausencia de su división, se encontraba plenamente representado en sus dichos.

En «Una cuestión preliminar…», Lacan había puesto en cuestión el concepto de intuición, al mostrar que el concepto de significación se anticipa al desarrollo de ésta. Se trata de un hecho del significante en su grado de certeza (significación de significación).



La noción de intuición tiende a borrase para ser suplida por el concepto de holofrase en 1964. «Hasta me atrevería a formular que cuando no hay intervalo entre S_1 y S^2, cuando el primer par de significantes se solidifica, se holofrasea, obtenemos el modelo de toda una serie de casos, si

bien hay que advertir que el sujeto no ocupa el mismo lugar en cada caso»[14].

El término holofrase, en Lacan, se aleja del concepto de holofrase como parte invariable en el origen de la lengua fundamental a modo de dispositivo con que expresar estados de ánimo, pensamiento o intención (fuego, pan, auxilio), que acentúan la congruencia de la palabra con la cosa. Lacan apunta a la solidificación de dos significantes, S_1 _ S_2, en la holofrase estructural del psicótico.

Lo que Lacan destaca no es el privativo carácter de condensación de la palabra-frase (Brisset)[15]. Lacan marca que es *la presencia del sujeto de la enunciación en el seno de un enunciado donde no es nombrado*. Aquí todo el peso del mensaje recae en el emisor. El sujeto y el significante holofrásico son uno, forman un «monolito», la solidificación de dos significantes.

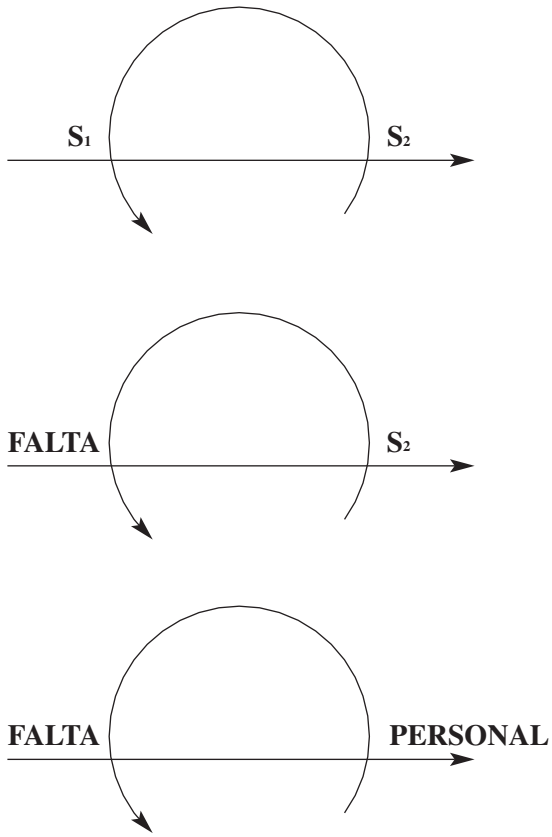
Lacan trata de aislar un mecanismo propio del inconsciente freudiano, no un fenómeno lingüístico universal, para abordar la estructura del sujeto psicótico. S_1 no puede significarse a sí mismo, *es puro no-sentido,* adquiere sentido en la mediación con S_2 en un proceso retroactivo. Ni uno ni otro pueden representar al sujeto, que debido a la alienación cae en el intervalo que los separa. «En el intervalo entre estos dos significantes se aloja el deseo que se ofrece a la localización del sujeto en la experiencia del discurso del Otro…»[16].

---

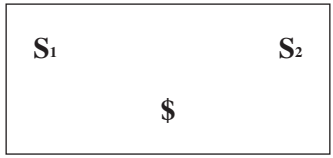
[14] Seminario *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, p. 245. Ed. Paidós.

[15] *La forclusión del Nombre del Padre*, pág. 226

[16] Seminario *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. p. 227. Ed. Paidós.



La función fálica, en este lugar indeterminado, articula en un cifrado a S_1 con S_2, cifrado que a pesar de todo los mantiene separados, pudiéndose alojar el enigma del deseo del Otro, momento de desvanecimiento del sujeto por la afanisis o *fading*.



Al circuitar el proceso de alienación-separación, la holofrase del par significante primordial hace del sujeto psicótico un sujeto no dividido por el significante, al no poder ser extraído el objeto *a*. El enigma del deseo del Otro no pudo alojarse en ese lugar indeterminado.

La holofrase depende de la carencia de la función fálica: el significante del goce no sólo mantiene la tensión de la cadena sino que funciona en el intervalo significante, de tal forma que instaura una frontera en S_1 con S_2 y contribuye a su valor diferencial (el significante es sólo un elemento simbólico dotado sólo de valor diferencial – «La instancia de la letra»). Esta carencia hace aparecer un saber desprovisto de ambigüedad, es puro sentido, apareciendo el fenómeno de la creencia. Cuando el significante S_2 no está diferenciado del S_1, el psicótico no es capaz de despegar los significante holofraseados, y éstos adquieren un proceso de certeza petrificándose en ella.

En la frase, «¡Con las dos manos!», podemos apreciar las características de la holofrase. El peso del mensaje cae totalmente del lado del emisor, revelándose la presencia del sujeto de la enunciación en el seno de un enunciado donde no es nombrado. La falta de separación entre los dos significantes hace que el sujeto y el significante holofrásico formen uno, al no existir la separación.

Aquel que halló el lugar piensa en marcharse.
El que no lo halló nunca
es desdichado.
Aquel que cifró el mundo con palabras
desprecia las palabras
Quien busca las palabras lo cifren
halla sólo palabras.[17]

Valladolid, 18 de junio de 2005.

[17] Felipe Benítez Reyes. «Del equipaje abierto». Último tercio del siglo (1968-1998). *Antología consultada de la poesía española*

José Manuel Susperregui

¿DIAGNÓSTICO?, QUIZÁ...

En torno a Semana Santa fui sometido por uno de mis compañeros de mesa y por uno de los ponentes de esta mañana a una rápida y sutil maniobra de chantaje afectivo para que aceptase mi participación en este, por lo demás, gratísimo encuentro... A pesar de mi rara habilidad para sortear estos obstáculos, claudiqué ante los repetidos embates, pero sólo acepté con la condición de que se me permitiera elucubrar. Y eso es lo que me propongo hacer, elucubrar en su más noble sentido, si es que lo tiene este vil término, quizás acogiéndome a la tercera acepción de la R. A. E.: *"desusado: trabajar velando y con aplicación e intensidad en obras de ingenio"*. Y lo hago con la convicción de que sólo desde la elucubración se pueden acometer las más arduas incógnitas del saber en general, y no cabe duda que el diagnóstico de las psicosis se enfrenta a uno de los enigmas –el de la naturaleza de la psicosis– más insondables del saber psiquiátrico.

Ya el título que me he reservado se presta a la ambigüedad y al circunloquio, y da cuenta espontánea de la posición de escepticismo en que me sitúo, tal vez como la mejor fórmula que he encontrado para dar a mi intervención visos de honestidad.

Por otra parte, pretendo que mis palabras sobre las psicosis y su diagnóstico se contaminen de subjetividad anticientífica. Más aún, en una hipotética polaridad entre *diagnosticantes* y *diagnosticables*, me inclino a adoptar la perspectiva de estos últimos, en un legítimo acto de rebelión contra la cosificación taxonómica, y a pesar de que mi condición de *diagnosticante* es inalienable, puesto que me

viene de oficio. No intentaré, pues, trazar líneas maestras para conseguir un diagnóstico positivo, sino que más bien haré cuanto esté en mi mano para deconstruirlo, si me perdonáis esta intrusión metafórica en la tan restregada terminología *derridiana*; algo así como llegar a una especie de *antidiagnóstico* por el que pueda sentir algún orgullo y con el que satisfaga mis exigencias de provocación.

Mi enfoque parte de lo evanescente del encuentro con el psicótico, y se fundamenta en un pensamiento paradójico, huyendo con espanto de un cientificismo positivista y buscando consuelo en un complaciente relativismo, con riesgo de ser anatematizado por el viejo Ratzinger, tan ofuscado por las verdades absolutas.

Voy a partir ahora de una de mis aficiones más acendradas, mi recalcitrante cinefilia, que los que me conocen saben bien el señalado lugar que ocupa entre mis gustos estéticos, y que quién sabe si me sirve como canal sublimatorio de una oscura escoptofilia... Me voy a referir al realizador Ingmar Bergman, que ocupó una nada desdeñable parcela de mis inquietudes intelectuales durante los años 60 y 70, y a su película "Cara a cara", protagonizada por la prodigiosa Liv Ullman, ese fetiche, musa y objeto de deseo del maestro sueco, que en esta obra vuelve a constituirse, además, en una especie de *alter ego* del cineasta.

En el film, de 1976, una prestigiosa psiquiatra de Estocolmo, Jenny, en ausencia de su marido, que se encuentra en un congreso en Chicago, y al haber sido vaciada totalmente su casa por la reciente adquisición de una nueva vivienda, acude a la morada de su familia de origen para pasar unos días con sus abuelos maternos. En ese hogar, referente de su etapa infantil y las grandes reuniones familiares, y donde fue educada cuando perdió a sus padres en un accidente, la abuela amorosa le ha rehabilitado su habitación de niña, rescatando para ella los viejos muebles y los pequeños objetos transicionales de aquellos sus primeros años. Es a partir de esta atmósfera tan propicia para la regresión cuando Jenny asiste paulatinamente a la reactivación de una larga cadena de experiencias fantasmáticas arcaicas que rompen su equilibrio afectivo y la sumen en un clima interior de asfixiante angustia. En este clima interior vive situaciones que contribuyen a la profundización de su extravío, como son su atasco terapéutico con una enferma psicótica, sus caóticos avatares sentimentales, el declive terminal del abuelo, o una absurda escena de violación, circunstancias que la abocan a ingerir una sobredosis de fármacos, transcurriendo la segunda mitad del metraje fílmico en la habitación del centro sanitario donde es hospitalizada, nueva situación de regresión donde sus anteriores tensiones fantasmagóricas sólo pueden reagudizarse.

Si hemos de buscarle un género, esta película podría encuadrarse como un melodrama psicoanalítico de gran calado, donde una parte importante de sus imágenes remiten directamente al devenir inconsciente del personaje central, haciéndole al espectador partícipe de sus vivencias más recónditas, utilizando para ello toda la gama de posi-

bilidades representativas: sueños de angustia, fenómenos hipnagógicos, experiencias alucinatorias, representaciones en estado de coma o ilusiones perceptivas diversas. Para ello utiliza Bergman un extenso caudal de recursos formales, dentro de su conocida sobriedad, invitando al espectador a difuminar los límites conceptuales de la realidad y entregarse a una continua migración por los distintos estratos de la conciencia.

Me voy a centrar ahora en una única escena, de un minuto de metraje, que se sitúa a la mitad de la proyección. Si elijo esta escena es no sólo porque sirve a mis propósitos, sino sobre todo porque aún recuerdo el estremecimiento que me asaltó cuando la vi en la sesión de estreno, hace ya casi treinta años.

Encontrándose Jenny sola en la casa de sus abuelos, en un intento de combatir su tedio llama a un amigo para proponerle una salida de pura evasión. Pero mientras ejecuta la llamada sucede algo extraordinario: en la salita contigua aparece, venida de ninguna parte, una figura de aspecto sombrío y amenazante; se trata de una vieja de rostro inescrutable y tenuemente iluminado, de ojos penetrantes y expresión de infinita severidad y acritud, donde parecen concentrarse todos los reproches y todos los peligros. La vieja no se mueve, no gesticula, no dice nada, simplemente permanece ahí durante unos segundos que parecen escapar a cualquier posible medida del tiempo real, que queda como suspendido, como remitido a un contexto donde el tiempo hubiera perdido su naturaleza secuencial, o simplemente no existiera. La vieja solamente mira a Jenny. Pero lo extraordinario no está tanto en el contenido de la alucinación, como en la forma en que la escena la representa: el espectador ve a la vieja antes que la propia

Jenny. En realidad Jenny no se enfrenta nunca a esa figura, ni siquiera se tiene constancia de que la mire, aunque sí está claro que la "ve", a juzgar por su reacción: está visiblemente atormentada, desasosegada, su voz se quiebra, cuelga el teléfono en medio de la conversación, gira su cuerpo ofreciendo alternativamente la espalda y el pecho al lugar donde se ubica esa imagen espectral, pero sin que su mirada se dirija a ella en ningún momento. La escena se resuelve en un solo plano, y el realizador conjuga elementos técnicos como la profundidad de campo, un contenido *zoom* y un leve barrido panorámico, en un sutil ejercicio estilístico para conseguir una insólita fragmentación de la realidad, que da significación a las distintas miradas que están en juego: la del espectador, la del propio Bergman, la de la vieja, la de Jenny, y quizás la de la misma actriz, desdoblada del personaje que interpreta y crea[1]. Mediante este artificio, se diferencian con extraordinaria plasticidad las realidades externa e interna, dando paso a experiencias radicalmente distintas. Para la protagonista de la historia la existencia de aquella figura hostil no supone estimulación sensorial, se trata de una mera proyección de su vida fantasmática, de un seudópodo de su magma inconsciente. Para el espectador (para mí, en la procelosa oscuridad de aquella sala de estreno) la silueta de aquella vieja se impone como una presencia de fisicidad difícilmente soportable, una presencia abrumadora que remite a los confines que intentan delimitar inútilmente locura y cordura, donde el vértigo de la sinrazón se hace palpable.

---

[1] Liv Ullman ha escrito sobre sus dificultades de separarse de este personaje, y de cómo el rodaje le condujo a sufrir una crisis personal.

Lo que quiero poner ahora en el centro de vuestra atención es la dificultad insuperable de asegurar el diagnóstico de nuestra protagonista, quien por cierto está también investida de la doble índole de diagnosticante y diagnosticable. Sin duda se puede alegar que se trata de una obra de ficción, pero lo que pretendo significar es que las dificultades en la clínica son de la misma naturaleza, y conducen a similares meandros dialécticos y parecidos sentimientos de impotencia.

En la escena escogida, Jenny se ve sorprendida por una angustia invasiva, que le sobreviene en soledad y de forma inopinada, como una ruptura brutal de su actividad diurna, generando una suspensión del tiempo y una fragmentación del espacio, una discontinuidad desgarradora entre el escenario habitual, con su cortejo normal de volúmenes, perspectivas y claroscuros, y un otro lugar de siniestra virtualidad, con todos los caracteres de lo abstracto y lo impenetrable, ligada a una presencia espantosa, más sentida que percibida, como una dolorosa intuición y, al mismo tiempo, como algo que le produce una sensación de pertenencia íntima, como si aquella imagen fuera el trasunto de algún oscuro rincón en el estrato más arcaico de su ser, como algo que le es tan exclusivamente privado como su cuerpo o su propia conciencia de sí misma. Esa presencia es también una experiencia de alienación, de *otredad*. Una experiencia en la que el mundo de las significaciones y su servidumbre respecto de la lógica se derrumban, donde el símbolo y lo simbolizado adquieren una extraña emancipación uno del otro, aspirando a una libertad y soberanía nominales, en una vivencia íntima inefable, sin posibilitar una aproximación empática más allá de burdas e ingenuas inferencias.

Hasta aquí parece clara la adscripción de Jenny al campo de la Psicosis, y así se desprende de otros pasajes de la película que intentan penetrar en su atmósfera interior. Sin embargo, otras secuencias y el conjunto de la peripecia vital de nuestra heroína apuntan a horizontes bien diferentes, situándonos de lleno en la dialéctica del deseo, con la represión como defensa *princeps* y la intromisión de la escena originaria entre los contenidos reprimidos. El poderoso logro plástico de la vieja alucinada adquiere así la significación de un pérfido agente castrante, en el que se condensan todas las iniquidades inimaginables de una abuela opuesta a la de su realidad externa, siempre cálida y omnicomprensiva, en un osado devaneo sobre los entresijos de un triángulo edípico que se hace poliédrico en su concepción diacrónica, por incorporación de varias generaciones. Por lo demás, Jenny es presentada como una mujer fuerte e independiente, competente como terapeuta y de evidente éxito social, con una capacidad de relación e integración que la descalifican para su consideración como psicótica. La escena de la violación es la más confusa del film, y la deformación que de ella hace cuando la cuenta a otro personaje, hace pensar en la reelaboración de una fantasía traumática.

Se me puede imputar con justicia que manipulo los datos para acomodar convenientemente mis conclusiones y orientar éstas en una u otra dirección según el fin que me proponga. No os reprobaré por ello, ya que me declaro culpable y confeso. Pero es que considero que no es otro el nivel de arbitrariedad y prevaricación que despliega todo clínico cuando se enfrenta a un imposible ejercicio de discernimiento diagnóstico, empeñándose en ajustar a cualquier precio los datos de anamnesis y exploración a las

anfractuosidades de los fundamentos teóricos, como quien se embarca en la imposible tarea de hacer girar un tornillo por una tuerca de distinto paso y lo fuerza hasta el destrozo.

Dejemos ya mi capricho cinematográfico, y enfrentémonos con la aterradora realidad de que la praxis asistencial pasa necesariamente por el diagnóstico.

Las herramientas disponibles para el ejercicio diagnóstico de las psicosis funcionales son perfectamente inespecíficas, y se limitan a las entrevistas y la observación conductual. Ya se ve de entrada que son de una pobreza intrínseca insoslayable, que son instrumentos pretecnológicos, anteriores a la invención de la rueda. Aunque esto no debe desanimarnos, sino reafirmarnos en nuestra convicción más básica: nuestro objeto científico es el sujeto, y éste no se deja atrapar por la maquinaria de las llamadas ciencias positivas, por mucho que algunos infatigables representantes de las mismas se empeñen en desmentirlo a través de los más burdos, aunque pretendidamente sofisticados, ardides y martingalas. Recientemente algunos medios de comunicación se han hecho eco de ciertas investigaciones que aseguran haber encontrado las raíces neurobiológicas del inconsciente (!), mediante poderosos incrementos de resolución de escáner por resonancia magnética, lo que no deja de ser admirable, por su audaz metodología, a la par que ridículo por su irrelevancia epistemológica; estos investigadores dicen creer, en su conmovedora ingenuidad, que pueden proveer con ello al psicoanálisis de un inestimable báculo para la interpretación de los sueños, sin dárseles un ardite los esfuerzos de la hermenéutica, el mundo subjetivo de las representaciones o el valor deter-

minante del lenguaje en la modulación del deseo y de toda manifestación intrapsíquica en general.

Volviendo a nuestras herramientas, ¿qué decir de la entrevista clínica que no se haya dicho ya? ¿Qué manual que se precie no da cuenta pormenorizada de las técnicas y estrategias de la entrevista psiquiátrica? Yo sólo quiero referirme esta mañana a los aspectos menos técnicos del encuentro con el candidato a psicótico, aquellos que suelen ser despreciados en los círculos academicistas. La idea general que quiero transmitir es que lo más valioso de la entrevista a un candidato a psicótico es lo que tiene de intangible. Me refiero a todo aquello que no tiene que ver con la sucesión de preguntas y respuestas, sino con la atmósfera que determina el encuentro singular entre un presunto loco y un presunto cuerdo, algo que tiene que ver con algún fenómeno de resonancia personal, que de alguna manera se relaciona con lo sensorial, con el cuerpo, algo que revaloriza la vieja idea platónica de que la intuición es una vía más de conocimiento. Las miradas de ambos interlocutores, que en ningún momento son inocentes, contienen una carga magnética que, en el psicótico, adquiere una densidad casi corpórea, aunque su significación resulte inédita para ambos, escapando a esa dialéctica de la mirada en la que cada cual descubre el reducto de libertad del otro; la mirada de algunos psicóticos produce vértigo e inseguridad, es una mirada que parece traspasar los objetos, como si éstos, incluido el psiquiatra, perdieran su potencial de comunicación, o como si esta mirada de través los trascendiera en pos de un más allá inquietante para el infeliz observador, que se siente impotente en sus esfuerzos de desciframiento. Es como volver a la "clínica de la mirada" de los pioneros de la Salpêtrière, aunque la ense-

ñanza freudiana haya descentrado la técnica de la entrevista primando al sentido auditivo.

Tradicionalmente se considera la escucha, y no la mirada, como el instrumento rey del arte de la entrevista, pero su ejercicio es verdaderamente arduo: hay que indagar sin interrogar, hay que sondear desde la no directividad, hay que encontrar un punto intermedio entre cierto grado flexible de estructuración y el puro *laisser faire*, hay que propiciar la confidencia sin que se advierta, hay que asegurar la neutralidad a toda costa, pero sin constituirnos en esfinges omniscientes. Todo un alarde de acrobacia dialéctica, todo un juego de prestidigitación.

¿Y qué decir del tándem que se constituye por las corrientes transferenciales de doble sentido que se establecen entre los dos protagonistas del encuentro? La transferencia, aun en su versión más *light*, multiplica casi hasta el infinito las cargas de significación. Entrevistador y entrevistado poseen cada uno su particular bagaje personal, su pasado propio y exclusivo, su entramado conflictivo, y ambos están sujetos a esa repetición compulsiva que los metapsicólogos han situado entre los conceptos fundamentales para comprender la tendencia pulsional del hombre a aglutinarse despiadadamente con la muerte. De la misma manera que se ha dicho que es imposible no comunicar en la relación interpersonal, incluso desde el silencio, hay que afirmar que el sujeto no puede no distorsionar, no puede no transferir, que la transferencia es una categoría nuclear. Y esto debe aplicarse a la situación única de la entrevista diagnóstica, si bien no se trata de una "sesión" de la cura tipo, y por lo tanto el valor que se le puede atribuir es muy distinto, aunque desde unos postulados teóricos compartidos.

En paralelo con estas últimas reflexiones, debe advertirse que, en nuestra disciplina psiquiátrica, separar diagnóstico y tratamiento es en cierto modo una entelequia, ya que la delgada línea que los une es quebradiza y porosa, dando lugar a toda clase de fenómenos osmóticos. Se puede asegurar que todo lo que sucede en la entrevista adquiere lo que se puede llamar una dimensión terapéutica, o antiterapéutica según los casos, y que esto es así a pesar nuestro, ya que desde el primer minuto se entretejen en silencio esas corrientes tan discretas como profundas que llevan al psicótico a situarnos entre los perseguidores o entre los aliados, que le predispone a otorgarnos o retirarnos una incipiente confianza básica, que le lleva a situarnos en el umbral incierto donde dirime su cuestión no formulada de si quien le interpela puede cooperar a la reconstrucción de su mundo fragmentado o si sólo puede constituirle en el blanco de sus impulsos sádicos y sus más abyectas proyecciones. Con esto a la vista, la conclusión inevitable es que, en último análisis, el tratamiento precede al diagnóstico y sigue inexorablemente su curso mientras el clínico persiste en sucesivas entrevistas su búsqueda incesante de una formulación diagnóstica precisa que se resiste con tozudez, una formulación que quizás nunca llegue a ser satisfactoria, o que quizá sea imposible.

Una creencia popular muy extendida se empeña en considerar a los profesionales de la psicología como una especie de lectores de mentes, pero la realidad es mucho menos fascinante: por debajo de su coraza protectora de supuesto saber científico y su alegada condición de expertos en disección de almas, el terapeuta comparte con el resto de los humanos las mismas debilidades y flaquezas, las mismas inseguridades, los mismos miedos y ansiedades

más o menos controlados, y sólo desde ahí puede afrontar el rol que le han asignado, haciendo esfuerzos activos para partir de cero, con una atención flotante que nos permita percibir con cierta espontaneidad lo que el paciente dice más allá de lo que habla o de lo que hace. A la vez, el presunto experto se ve observado por el presunto alienado, y sabe que nada de lo que diga, haga u omita, es indiferente, que todo es susceptible de servir de pantalla para toda clase de representaciones y juegos defensivos.

Ya se sabe, los tramos de entrevistas exploratorias libres deben complementarse con una cuidadosa anamnesis y una reconstrucción de la pirueta vital del paciente, así como de los datos sobre su entorno familiar, sentimental, laboral, social y cultural, en uno de los ejercicios de voyeurismo más impunes que nos es dado perpetrar, llevado al paroxismo a través del resto de las estrategias dirigidas a la observación entomológica del paciente.

Hay otras herramientas de diagnóstico, naturalmente. Hay todo un universo de test psicológicos, inventarios y escalas de evaluación, entrevistas estructuradas, todas aquellas operaciones que han dado en denominarse pruebas de psicodiagnóstico. No me voy a detener en ellas, pero no puedo evitar referirme a su limitado valor. Con la excepción de las pruebas de organicidad, que no son sino pruebas neuropsicológicas, y de los test de inteligencia, que brindan el atractivo de la precisión cuantitativa, el resto sólo consiguen conclusiones que resultan obvias para un observador atento y que no añaden mucho más que sea valorable. En todo caso, todos conocemos casos de auténticos obsesos por este tipo de pruebas, que no sólo las utilizan para el diagnóstico, sino que les resultan imprescindibles para interponerlas ante el entrevistado y paliar así

sus sentimientos fóbicos hacia la experiencia de las entrevistas libres, como un medio de marcar distancias y protegerse contra ese otro, presunto enfermo, que le cuestiona.

Hay, finalmente, exploraciones de carácter biológico, como las pruebas bioeléctricas, los marcadores bioquímicos y, sobre todo, las distintas variedades de pruebas de neuroimagen, muy difundidas hoy día por las redes mediáticas y tan admiradas por su preciosismo técnico como temidas por sus apabullantes costes. Sobre estas pruebas debo decir que no sirven en manera alguna a nuestros propósitos, que la neurofisiología y la psicodinamia tienen "formatos incompatibles", emiten en frecuencias distintas, se mueven en registros paralelos, exploran coordenadas del ser humano ajenas entre sí, utilizan lenguajes irreductibles. Sólo comparten simples correlatos, sin poder aspirar a relaciones de causalidad.

Bien, ya tenemos todos los datos recogidos, ya no tenemos escapatoria, ahora tenemos que decidir el diagnóstico, ahora tenemos que mojarnos.

Inicialmente hay que decantarse por un determinado tipo de diagnóstico, siendo la clasificación más admitida la de diagnóstico descriptivo *versus* diagnóstico estructural, aunque ya el término *versus* me resulta inquietante, ya que parece implicar una irreductibilidad que me cuesta compartir.

El diagnóstico descriptivo es sin duda el más utilizado, en parte porque es el que más se asemeja al proceso diagnóstico de la tradición médica general. Pero ya aquí aparece una dificultad: la perspectiva con que se observan los síntomas admite varios posibles posicionamientos: la semiología clásica, la fenomenología, la psicología pro-

funda. ¿Vamos a aislar síntomas, identificar fenómenos o rastrear derivados inconscientes? ¿Nos vamos a situar en una óptica de empirismo crítico, de racionalismo popperiano? ¿Nos vamos a aproximar a la fenomenología de Husserl y Jaspers y a la antropología existencial, o vamos a escudriñar a fondo los atributos del sujeto? ¿Reduccionismo positivista, enfoque intuitivo filosófico o constructivismo metapsicológico? ¿Tomamos como modelo de partida a Bleuler, a Schneider, a Binswanger, a Freud? ¿Acaso nos atrae la observación más trillada, la que nos dictan *cíes* y *deseemes*, con todo su simplismo reduccionista?; esta elección nos permitiría toda clase de agrupamientos sindrómicos, nos daría paso a la cómoda aplicación de criterios de inclusión y exclusión y al disfrute de árboles de decisión automáticos que acercarían nuestro diagnóstico al procesamiento de un artilugio digital, afianzándonos de paso en la comunidad académica y, con ello, abriéndonos las puertas al mundo investigador de las multinacionales y sus hechiceras sirenas. La opción fenomenológica y existencial tiene su fascinación propia, a pesar de su actual decadencia, pero su excesiva apoyatura en la empatía la hace demasiado subjetivista y debilita su credibilidad epistemológica, en aras de un cierto devaneo filosófico y literario. Si elegimos la ciencia del sujeto, entramos en una sima de aislamiento respecto de los demás medios intelectuales, lo que tiene el riesgo de generar peligrosas ortodoxias y cierta rigidez o impermeabilidad en sus planteamientos, aunque se trate de la única escuela de pensamiento que pueda presumir de verdadero purismo psicológico.

Claro que siempre podremos considerar que todas estas opciones no son excluyentes, sino complementarias, y refugiarnos así en un acomodaticio eclecticismo, aunque

esto goza de muy mala prensa entre los profesionales del ramo, y generalmente no rinde en la práctica los frutos que cabría esperar, obligándonos cada caso tarde o temprano a tomar posiciones partidarias, si no queremos mantenernos en la superficialidad o en la confusión más onerosa. En todo caso, el eclecticismo que adopto es cualquier cosa menos cómodo, al menos yo lo percibo como arriesgado y casi hasta angustiante.

Las escuelas dinámicas nos permiten acceder a la otra gran vertiente de esta encrucijada clínica: el diagnóstico estructural. Sin duda es aquí donde encontraremos las claves. Si la agrupación transversal y la clasificación de los síntomas y los fenómenos, o la consideración longitudinal de los aconteceres biográficos no nos bastan, vamos a intentar construir una tipología de las personalidades en sus aspectos más profundos, vamos a perfilar los sujetos y sus variantes, vamos a descentrar nuestra indagación de la cosificante enfermedad y a focalizar nuestros esfuerzos en el enfermo. Si me permitís utilizar un estilo epigramático, diremos que partiendo del aquí y ahora, que cruzaremos con el allí y entonces, vamos a aventurarnos en una travesía de fuera adentro. Para ello se parte de un postulado general: los humanos desarrollamos desde la infancia una configuración interna de nuestro psiquismo, de carácter razonablemente estable, que organiza un código para presidir todos nuestros procesos intrapsíquicos, y que confiere a cada cual un estilo propio, un patrón determinado de respuesta ante las situaciones conflictivas inconscientes, un modelo personal de representarse a sí mismo y a los demás, y también una forma específica de desorganizarse cuando se rompe el equilibrio interno.

Es precisamente según las formas de desorganización como se han establecido los tres grandes tipos de organización, la llamada estructura neurótica, la estructura psicótica y la estructura perversa.

Para alcanzar esta formulación, el clínico tiene que valorar una serie de parámetros de la urdimbre intrapsíquica del enfermo, como pueden ser la naturaleza de su angustia, sus estrategias defensivas, la modalidad de retorno de lo reprimido, su posición ante la castración, su grado de desarrollo libidinal, su estilo de relaciones de objeto, las vicisitudes de su narcisismo, sus procesos de identificación, su estilo transferencial y un largo etcétera. Y tiene que extraer esta información desde la clínica más inmediata, por inferencia desde los datos de observación, mediante una especie de metabolización intelectual que traduzca dichos datos a las categorías abstractas enunciadas. Lo cual resulta a veces pretencioso, incluso imposible desde la humilde posición de un terapeuta en su fragor cotidiano de despistaje clínico, fuera del ámbito de confesionario de la clínica de diván o sus sucedáneos.

En este punto de mis deshilvanadas digresiones, nos encontramos ahora con la impresionante diversidad de las escuelas psicodinámicas y las propiamente psicoanalíticas. Sin contar los lejanos precursores ilustrados y románticos, desde la fundación de la psicología profunda en la Viena finisecular hasta los últimos desarrollos del lacanismo, ya en el presente siglo, son innumerables los marcos conceptuales que se han desarrollado, algunos ya periclitados por su endeblez teórica, otros plenamente vigentes y apasionantes por su riqueza heurística y su profundidad antropológica

No se trata de esbozar aquí los múltiples desarrollos que ha experimentado la teoría psicoanalítica desde sus albores en Berggasse 19, que han constituido una finísima retícula de sistemas con numerosos puntos de confluencia y de disidencia, unas veces plegándose a una escrupulosa ortodoxia rayana en lo sectario, otras rompiendo amarras hasta llegar a traicionar y desvirtuar las fragancias más irrenunciables del modelo original, pero siempre buscando caminos para comprender al hombre a partir de la condición de desconocimiento que le constituye como tal, y que en clínica sirve como único nexo orientativo entre la conducta y su motivación; recordemos aquel aforismo lacaniano de 1957: *"pienso donde no soy, luego soy donde no pienso"*[2]. No, no voy a adentrarme en ese dédalo conceptual, aunque quizás merodee por su periferia o eventualmente me aventure en alguna de sus sinuosidades, con la suficiente cautela para no enfrentarme al minotauro.

Descubrir la psicosis es una empresa casi tan osada como aprehender la realidad, ese eterno objeto gnoseológico nunca alcanzado; o tan imposible como cumplir con el imperativo socrático sobre el autoconocimiento, quizás porque sujeto, psicosis y realidad, se mueven en las mismas tinieblas de lo incognoscible. Pero el reto intelectual que suponen estimula irresistiblemente nuestro anhelo de saber, aunque nos temamos que sólo podremos especular e intentar aproximarnos a esos objetos de estudio hurgoneando y construyendo armazones argumentales que templen al menos nuestra comezón interior, que ofrezcan algún artificio sublimatorio a nuestra pasión más secreta, y con el

---

[2] "La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud"

convencimiento de que tan sólo acertaremos a reconocer siluetas furtivas, contornos desdibujados, como los trémulos vislumbres oniroides de la escena primaria.

Asumido ya el radical escepticismo al que os invito, un buen punto de arranque para aproximarnos a la psicosis es partir de la sospecha de que la locura no nos es ajena, que bebe en las mismas fuentes ontogénicas que nuestra propia mismidad, que está hecha con similares mimbres, y que sólo es cuestión de ordenamiento arquitectónico, si tomamos como referencia el espacio, o de encadenamiento diacrónico, si nos movemos en coordenadas temporales. Más aún, parto del entendimiento de que la locura no es más que una variante de nuestro desarrollo individual, cuyo potencial está presente en todos nosotros, de la misma manera que la mórula embrionaria prefigura cualquier tipo de mosaico celular. Es como si uno abrazase la convicción intuitiva de que los humanos, como especie, estamos inscritos de inicio en el orden psicótico. En definitiva, simplemente estoy reivindicando la posibilidad de una psicosis universal. Sólo así se puede comprender que la locura encuentre siempre en quien la acecha una inquietante repercusión íntima, una especie de eco o de reflejo especular que nos dice algo de nosotros que no comprendemos, o que ni siquiera percibimos, porque su mensaje está cifrado, o más bien celosamente bloqueado por nuestra servidumbre respecto de la lengua, o quizás porque intuimos que esa resonancia puede dar al traste con nuestro precario equilibrio y lanzarnos a la deriva a través de un piélago de angustia ilimitada que adivinamos dolorosa y aniquilante. Quizás sea necesaria esa defensa para preservar la unidad de nuestra estructura, la seguridad que nos ofrece sus límites, la conjunción de sus partes internas, evi-

tando así que nuestra identidad quede devastada, o fundida con los otros y con el mundo sensible en general en un fluido anónimo y sin sentido. O quizás se trate de un miedo supersticioso a descubrir en la locura una verdad de la que no queremos saber, o más aún, un pánico anticipado ante una libertad a la que no queremos aspirar, porque su ejercicio podría situarnos más allá de nuestra voluntad transgresora, allí donde los tabúes más ancestrales, esos que son constitutivos del sujeto, pierden su estatuto de autoridad absoluta.

De manera que lo que las escuelas psicológicas han dado en llamar estructura de personalidad pudiera reducirse a una estructura única que albergue en su seno el germen de todas sus posibles organizaciones, y cuya génesis pueda imaginarse como una agregación de capas, cada una con su energía propia, de forma que las capas sucesivas no dejen nunca de sentir el influjo de las anteriores. Podemos imaginar esa construcción en una disposición esférica, como la agregación calcárea de la perla, o como la hilatura de un capullo de seda o, en un nivel más prosaico, pero más elocuente para nuestro propósito, como se disponen las capas de una cebolla.

Pero también podemos representarla con una estratificación plana, y no resisto a la tentación de distraer ahora vuestra atención hacia un ejemplo liviano que, a la par que sirve de desengrase a

esta farragosa disertación, ilustra primorosamente mi intención. Un buen amigo me ha enviado recientemente por vía electrónica unas gozosas viñetas humorísticas, y en una de ellas, crítica y mordaz con la ocupación yanqui de Iraq, muestra a un infortunado marine que, encontrándose en plena escaramuza de exterminio de patriotas rebeldes, tropieza con una imprevista piedra que sobresale en la inmensa llanura, perdiendo así su equilibrio y su seguridad personal frente al enemigo. Pero el excelente dibujante ha querido representar también el subsuelo del escenario, y el espectador observa así que la piedra prominente que provoca el tropiezo no es sino la punta de un hermoso bajorrelieve que representa una ofensiva militar entre arqueros asirios y guerreros babilonios. Es decir, todo el peso de la Mesopotamia milenaria gravitando fatalmente sobre la actual felonía perpetrada por un poder tan cruel y rapaz como cándido e ignorante.

En este frívolo esfuerzo metafórico se puede reconocer el viejo esquema arqueológico de la primera tópica freudiana, pero yo quiero llevarlo al terreno que aquí me interesa: lo antiguo no cede su paso a lo moderno, sino que sigue interactuando con él y en cierto modo determinándole; el juego dinámico no es sólo de abajo arriba, o de dentro afuera, sino de antaño a hogaño, no pudiendo nunca desprendernos, no sólo de la infancia y sus avatares, sino del núcleo psicótico primitivo que un día nos constituyó en exclusiva, ese núcleo donde las leyes del proceso primario ejercen un absolutismo soberano. Ese núcleo psicótico ejercerá a través de nuestra existencia una fuerte atracción, y algunos verán anuladas sus defensas y se verán devorados por ese agujero negro simbólico, hacia la pulsión pura, entrando así en un estado que los demás identifican como

de locura. Algunos privilegiados han hecho ese temerario recorrido en sentido inverso, movidos por un ansia de lucidez y liberación, como fue el caso de Nietzsche, cuyo genio le llevó a un despojamiento de la razón y un desprendimiento de la moral sin precedentes, y quizás sin seguidores posibles. En todo esto no hago sino afianzar esa atractiva paradoja que ha sido lugar común en la tradición humanística occidental, la de que la locura es inherente a la razón, que cada uno lleva en sus entrañas su germen, por mucho que nuestra superestructura racional se empeñe en negarla; en palabras de Foucault: *"...tal es la peor locura del hombre: no reconocer la miseria en que está encerrado, la flaqueza que le impide acceder a la verdad y al bien; no saber qué parte de la locura es la suya"*.

Asentadas las consideraciones precedentes, cualquier construcción sobre las esencias de la condición psicótica son posibles, siempre que no perdamos de vista que esa condición es algo que nos concierne con una inmediatez que no se suele sospechar.

Ante todo esto, ¿cuáles son esas esencias de la psicosis, y cómo las rastrearemos en el enfermo que observamos? Ahí es nada: desde la formulación freudiana de las neurosis narcisistas no han cesado de elaborarse teorías aproximativas a cuál más seductora. Se ha dicho, por ejemplo, que la psicosis escapa del campo del deseo para zambullirse en el reino del goce, ese difícil concepto lacaniano, sucedáneo del eterno retorno nietzscheano, tan ligado a la pulsión de muerte. Fernando Colina ha matizado y enriquecido esta idea, quizás desbaratándola en parte, al escribir (y prefiero aquí la paráfrasis a la cita literal) que el psicótico puede vivir una pasión permanente, que puede conservar en su vida muchos estigmas neuróticos, y que

sólo está quizás excluido del deseo en su vertiente fálica, pero que posee un deseo específico, que no es de objeto, sino de sujeto, un anhelo de sujeto, de identidad.

Carecería de sentido que continuase esta exposición con el tufillo didáctico que se ha filtrado en ella sin yo pretenderlo, ya que mi intención es justo la contraria, la de exhibir un antididactismo casi militante y dar paso al flujo espontáneo de mis especulaciones. Además creo que sería inútil intentar escarbar en las vísceras de la psicosis; el propio Lacan me exime de ello cuando, al inicio del capítulo séptimo del Seminario de las Psicosis dice: *"Hoy tenía intenciones de penetrar la esencia de la locura, y pensé que era una locura"*.

Pero imaginemos que hemos hecho un recorrido exhaustivo por escuelas y doctrinas, y hemos examinado críticamente sus premisas sobre la psicosis. ¿Estaremos mejor pertrechados que al principio para arrostrar la tarea diagnóstica del psicótico? ¿Habremos definido al menos la sustancia de la psicosis? ¿Habrán emergido teorías firmes, irrefutables, o metodologías sin fisuras? ¿Podremos presumir de una certidumbre más allá de la que habita el pensamiento delirante? ¿Habremos siquiera delimitado sin ambages el campo de la estructura psicótica? Me temo que, a la postre, las contestaciones a tanto interrogante han de ser negativas.

Cuando una materia de estudio es objeto de tantas respuestas teorizadoras, algunas de ellas complementarias, otras incompatibles y excluyentes, ¿no será que no existe una sola doctrina que en verdad satisfaga nuestra necesidad de saber, no será que nos encontramos en un terreno aporético? Decididamente afirmativo.

La continua sucesión de escuelas de pensamiento no tiene más valor que el de intentos aproximativos a unas cuestiones siempre huidizas, porque se encuentran en el límite del conocimiento. Y hasta uno puede sentir el temor de que sus hallazgos sean contingentes y sometidos a modas intelectuales. Justo en estos días asistimos al cruel acoso y derribo en amplios círculos de Jean-Paul Sartre, idolatrado hasta dos décadas atrás y erigido entonces como el *guru* occidental indiscutible del siglo XX, "su" siglo... Todos nosotros hemos sido testigos de la irresistible ascensión y posterior desplome de ideologías sacralizadas, como el humanismo marxista, el existencialismo, el estructuralismo, o de figuras estelares como la que supuso Herbert Marcuse en los años 60. No deja de preocuparme, en este sentido, la considerable impermeabilidad del mundo anglosajón al discurso lacaniano...

Sin embargo, no quisiera que mi irrenunciable escepticismo en materia gnoseológica me hiciera pasar por un nihilista absoluto, porque no es el caso. Una cosa es el destino de las ideologías y otra muy diferente el reconocimiento de los avances científicos. Digámoslo sin rodeos: el descubrimiento del Inconsciente freudiano, y la concepción lacaniana del mismo en términos lingüísticos, es uno de los mayores logros en la historia del pensamiento en cuanto al conocimiento del hombre desde Sócrates, y el método psicoanalítico es el único instrumento científico que se adecúa al estudio del sujeto. Todos los desarrollos posteriores de su teoría gozan del mismo estatuto de cientificidad, aunque podamos detectar a menudo ciertos excesos especulativos. Y esto es así a pesar de las continuas críticas y los manoseados sarcasmos del hegemónico y recalcitrante positivismo que hoy domina el poder científi-

co, aunque no disponga de ninguna alternativa que haga al caso.

Pero, ¿qué podemos esperar de una teoría que ni siquiera puede establecer un estatuto de normalidad psíquica, que ni siquiera sabe a ciencia cierta si ésta existe o, en caso afirmativo, si posee una estructura propia o constituye un continuo con las llamadas estructuras patológicas, o que no puede asegurar sin equivocidad si la psicosis es única o múltiple? Incluso no ha podido dilucidar el eterno enigma que preside la correspondencia del psiquismo con el cuerpo, aporía clásica y vieja como el pensamiento mismo, que se ha pretendido sepultar con la proclamación de un monismo apriorístico que no puede evitar el tiraje que ejerce de continuo un insolente dualismo.

Respecto de la estructura normal, parece sensato situarse del lado de la continuidad con las distintas patologías, entre las que no parece que se puedan marcar fronteras netas y precisas, y donde abundan los solapamientos. Todo individuo considerado "normal" encierra en su organización profunda núcleos de cristalización de las distintas estructuras patológicas y, en contrapartida, cualquier enfermo psíquico contiene en su estructura profunda un área sana, "normal", y por lo tanto un potencial de "curación", otro concepto totalmente revisado por la teoría psicoanalítica. En todo caso, es universalmente aceptado que la normalidad absoluta no existe, ni puede existir, ya que su propia posibilidad la convertiría paradójicamente en una anomalía psicopatológica por derecho propio. También se admite en pura ortodoxia que no existe una diferencia cualitativa fundamental entre la normalidad y la estructura neurótica, al organizarse ambas en torno al edipo y bajo la primacía de lo genital, mientras que la separación sería

neta respecto de la estructura psicótica; sin embargo, investigaciones más recientes abonan la evidencia de un amplio terreno común entre las psicosis y ciertas formas de normalidad. *"La psicosis es la normalidad"*, llegó a decir Lacan con su característica ironía transgresora.

La misma ósmosis que reclamo para la relación de lo normal con lo patológico cabe aplicarse a la interrelación de las distintas estructuras entre sí, cuyo carácter pretendidamente inmutable choca, a mi juicio, con algunas realidades clínicas y con esa plasticidad que se suele atribuir a lo mental como algo inmanente; la manoseada metáfora cristalográfica tiene sus límites, como todas las metáforas, y sirve para los fines didácticos para los que fue aplicada, pero lo inconsciente no puede comportarse, a otro nivel de consideración, como un cuerpo cristaloide, sino más bien como un coloide, o como una masa proteica, con toda su capacidad de adaptación a sus límites y de transformación de su apariencia.

Parecida antinomia se plantea en cuanto a la eterna discusión sobre si la psicosis es una entidad única o múltiple. Yo sostengo humildemente que la psicosis es a la vez una y múltiple, que esto depende del registro de conocimiento en el que uno se mueva, de la perspectiva que se adopte. Creo que hay mucho de bizantinismo en esta pelea, que a menudo está cargada de ideologización. La unicidad contenida en los alienistas de la Ilustración y en la tesis de Griesinger del origen cerebral de toda patología mental, no comparten nada en sus planteamientos. Como no lo hacen la pluralidad propuesta por la enseñanza psicoanalítica sobre las distintas estructuras y la multiplicidad desplegada, desde ángulos por lo demás tan distintos, por Falret o Kraepelin, aunque la herencia de este último sí haya sido

recogida escrupulosamente por las actuales taxonomías de mercado.

Volvamos una vez más al ritornelo de esta exposición: ¿Qué hacer con el diagnóstico? Aquí no he hablado más que de incertidumbres, cuando no de verdaderas aporías, pobres pertrechos para alcanzar ese diagnóstico "positivo" a que aspirábamos. Al final se queda uno solo ante el enfermo, en esa situación asimétrica en la que dos sujetos cruzan sus miradas y sus discursos, el uno con su saber impotente (ya se sabe, el saber es sólo "supuesto"), el otro con su *"saber delirante»*, que diría Colina; el primero con una angustia casi existencial, al encontrarse con el vacío al que le ha conducido su saber, el otro con una angustia que debemos ubicar en algún tipo de registro; el clínico con una seguridad de pura afectación, como corresponde a su role de explorador de espíritus, mientras el enfermo presenta el aplomo que le aporta su verdad y su certeza; el uno haciendo intrusión, el otro siendo invadido, siempre al borde de la turbación xenopática.

En esta tesitura, quizás tengamos que despojarnos de nuestros esquemas teóricos. La fórmula sería complementar escucha activa, dotes de observación y actitud empática con una especie de suspensión preconsciente sobre todo el raudal de conocimientos adquiridos que, de otra manera, se agolparían en nuestras mientes hasta el bloqueo total, sin esperar encontrarnos con un enfermo "freudiano", "kleiniano", "winnicotiano" o "lacaniano", sino simplemente un enfermo. Aunque se trata sólo de una tendencia, ya que este despojo total es a la postre imposible, no podemos hacer semejante tabla rasa de todo cuanto aprendimos, hemos de aceptar que estamos atrapados, como dice Otto Kernberg: *"todas las observaciones de fenómenos clínicos*

dependen de teorías, y cuando pensamos que nos estamos olvidando de la teoría, esto sólo significa que tenemos una teoría de la cual no somos conscientes". Es posible que cada enfermo exija una aproximación teórica diferente, ajustada a su perfil individual, a su idiosincrasia, o que los distintos datos de su patología se ajusten a distintas escuelas de pensamiento. Aunque las saque un poco de contexto –como en toda cita– encuentro un cierto eco en estas reflexiones de Jacques-Alain Miller: *"En la historia del psicoanálisis hubo un interés muy natural por las psicosis extraordinarias, por gente que realmente lograba un éxito resonante. ¿Hace cuánto que Schreber está para nosotros en cartel?. Mientras que aquí tenemos psicóticos más modestos, que reservan sorpresas, pero que pueden fundirse en una suerte de media: la psicosis compensada, la psicosis suplementada, la psicosis no desencadenada, la psicosis medicada, la psicosis en terapia, la psicosis en análisis, la psicosis que evoluciona, la psicosis* sinthomatizada*"*.[3]

Una buena práctica es dejar que sea el enfermo el que nos lleve al marco teórico que proceda, en vez de rodearle de un corsé que le enmascare. En todo caso, nuestras formulaciones han de pasar por el ensayo y error. No quiero decir que tenga que imponerse el titubeo, sino que la cautela, la flexibilidad y la posible rectificación deben sustituir a la tentación de la certidumbre. La certidumbre es el refugio del ignorante, el confort de los positivistas más pedestres, o la ilusión del loco.

Nos queda la intuición, aunque una intuición ilustrada por todo nuestro bagaje formativo y por la experiencia acu-

---

[3] "La psicosis ordinaria", Convención de Antibes, 2003.

mulada, eso que a menudo nos hace pensar, decir o anotar en la historia clínica, "*contacto psicótico*", expresión señera de nuestro abordaje holístico de cada enfermo que observamos.

Nuestra práctica clínica nos ha enseñado, además, que no sólo evoluciona el enfermo, sino también el propio diagnóstico. ¿Cuántas veces comprobamos en las historias clínicas, la existencia de un ramillete florido de diagnósticos para el mismo enfermo? Y no creo que esto se deba siempre a impericia profesional, sino al fruto de agudas observaciones distintas en distintos momentos transversales de un largo periplo patobiográfico. Ni siquiera hay que fiarse de los llamados "casos de libro", que a menudo ofrecen giros insospechados y desconcertantes sorpresas. A lo largo de las entrevistas se plantearán enigmas continuos, a menudo irresolubles, reaparecerán dudas antes de disiparse las anteriores, se sucederán sin pausa preguntas tales como ¿alucinación o ilusión onírica?, ¿delirio o idea sobrevalorada?, ¿represión o forclusión?, ¿angustia de castración o persecutoria?, ¿déficit cognitivo o empobrecimiento vesánico?, ¿mutismo u oposicionismo?, ¿agitación psicótica o rebeldía ante el internamiento?, ¿euforia maníaca o simple hilaridad?, ¿bradipsiquia o parsimonia caracterial?, ¿escisión o disociación histérica?, ¿actitud genuina, seudología fantástica o simple fingimiento?, y así podríamos continuar hasta el infinito, sin que podamos evitar muchas veces contestar con frases del tipo de "*creo que*", "*me impresiona como*", "*me parece que*", "*apostaría que*", o similares. No es infrecuente que resolvamos las dudas de forma divergente en distintos puntos de la entrevista, o que en entrevistas sucesivas lleguemos a conclusiones opuestas con parecido grado de convicción, o que distintos miem-

bros del equipo emitan juicios incompatibles con los nuestros y entre sí, o que una orientación diagnóstica que creíamos afianzada se desmorone cuando volvamos a recibir al paciente a propósito de una nueva descompensación, sólo para volver a nuestra antigua formulación a la ocasión siguiente, o quizás para entrever una tercera alternativa.

Pero todas estas vacilaciones, inseguridades e imprevisiones, lejos de hundirnos en el desánimo o llevarnos a la deserción profesional, deben servir para afianzarnos en la idea clave de que la flaqueza de la psicología y la psiquiatría constituye a la vez su mayor gloria, al estar constituida como ciencia del sujeto y su función de desconocimiento, descubriéndole como un ser deseante, alienado y dividido, primordialmente determinado por un inconsciente esclavizante, desgarrado entre el deseo y el goce, entre el placer y la pulsión de muerte, arrancado de la naturaleza y sometido a la palabra y su orden simbólico, erigiéndose en la única criatura con capacidad de autoconciencia, con toda su grandeza y su servidumbre.

Termino dirigiendo a los "*mirpires*" presentes algunas exhortaciones, expresadas en un modo imperativo que en manera alguna pretende ser categórico, y les digo así: al enfrentaros con la necesidad de diagnosticar, especialmente si se trata de confirmar o descartar la psicosis, escoged la duda como método, la inseguridad como herramienta, el escepticismo como punto de partida y de llegada. No os arredréis por la incertidumbre, más bien apreciadla por su fecundidad, como compañera de viaje inevitable, y disfrutad del vértigo del diagnóstico y su falta de apoyatura firme. Recelad de toda pretendida objetividad en la recogida de datos, tened presente que la verdad de la anamnesis y la patobiografía es siempre parcial, relativa y revisable, y

que a menudo está brutalmente distorsionada por trampas mnésicas, distorsiones interesadas, o enredos inconscientes. Desconfiad de pronunciamientos canónicos y ortodoxias hueras, huid de todo fundamentalismo, incluido éste en el que quizás esté yo mismo incurriendo.

Si no estáis dispuestos a desterrar la certeza de vuestras averiguaciones, si no sois capaces de hacer virar vuestro punto de vista hasta hacerlo irreconocible, de suspender en el vacío todo vuestro bagaje científico, de desguarnecer vuestros prejuicios clínicos, de sostener la mirada del psicótico de sujeto a sujeto, de dejar correr entre ambos el flujo transferencial, de permitir que la intuición compita con la razón hasta gobernarla, de reconocer la cercanía ontológica esencial entre cordura y locura, de respetar la sinrazón como una variante –aunque trágica– del devenir del sujeto; si no podéis soportar que vuestras pesquisas febriles terminen en hallazgos parciales, dudosos, relativos y provisionales; si todo esto, en vez de avivar vuestro entusiasmo clínico, os decepciona o amedrenta, entonces es que habéis equivocado la especialidad, y más os valdría probar suerte en otro campo.

Pero una vez que hayáis aceptado todos estos retos y los valoréis como una aventura existencial, quizá como una pasión, entonces diagnosticad. Diagnosticad sin recato, diagnosticad en hora buena, diagnosticad con ilusión. No otra cosa he venido yo haciendo desde hace algunos lustros.

Chus Gómez

El valor terapéutico del diagnóstico

«Qué se espera de un psicoanalista? Una cura».
Lacan.

El título sugiere multitud de posibilidades. Elegiré una entre muchas, la que a mí me ha surgido estos días, derivada del encuentro en el lugar en el que ahora trabajo con pacientes psicóticos. Partiré para ello de las coordenadas o mejor dicho de la tesitura en la que me hallo, en cierto modo situada del lado del exceso derivado del peso de un discurso institucional sobre los pacientes que viven en el hospital psiquiátrico. En este sentido, el diagnóstico no precisa de grandes elucubraciones teóricas, dado que están ya diagnosticados: son locos; de una u otra raza, pero locos al fin y al cabo. Los significantes que pesan sobre ellos son los del déficit y la cronicidad, y, derivada de éstos, una cierta atmósfera de lo inmodificable gravita en el ambiente.

Es decir, la psicosis, para la ciencia, es una de las formas de la desmesura que habita en este lugar al que llamaré –tomando palabras de Miller– Marginalia, limitada al norte por el exceso, pocas veces reciclable, y al sur por nuestra dificultad para lograr un saber hacer con todo eso que a mí me parece patología persistentemente aguda, a juzgar por la actividad productiva que la mayoría mantiene, desde hace muchos años. La cronicidad la veo más bien de nuestro lado, pero parapetada en el aval que la ciencia nos concede dando valor a nuestra palabra, a nuestros razonamientos y a nuestras decisiones... La impotencia hace su presencia y, frente a ella, el intento de reglamentarlo todo

como modo de apaciguarnos. A una psiquiatría para la que la psicosis pretendidamente crónica sea defectual –y con ella su portador–, el saber hacer se le escapa, más allá de intentar adecuar el pretendido déficit a la convención social de las normas ordinarias, de lo que la educación entiende ha de ser lo adecuado, usando para ello lo cognitivo-comportamental, único discurso válido asociado ahora al psicofarmacológico por amoldarse perfectamente a las órdenes del amo que impone la efectividad, la adecuación a la norma de mantener el orden social usando el rodillo de lo uniforme a la manera del *prêt à porter* de un Zara mental. Por otro lado, el exceso se intenta limitar con un pretendido fármaco que domestique lo que se presenta como irreductible. Asistimos pues al nacimiento de los «no respondedores», curiosa paradoja de la psicopatología nosológica, que pese a no dar la palabra a su portador para preguntarle, la usa para emitir un juicio, una sentencia: «Nada que hacer...».

Excluida la palabra del loco en su valor, despojado de la posibilidad de mostrarse como un sujeto responsable de su devenir, no hay salida, salvo como mucho, tener «conciencia de enfermedad», eufemismo que dicta que la «enfermedad» se le impone desde lo genético y ha de acatar obedientemente.

Y al hablar desde la generalización sé que cometo un exceso... pero hablo de posiciones de discurso, no de opciones personales en el trato hacia el sujeto psicótico.

Estoy por tanto en un lugar apartado, en un contenedor del que no se sabe si es posible reciclar algo...

Pero siempre cabe la sorpresa si nos dejamos sorprender, si se está dispuesta a ello. Éste es el segundo lugar en

el que me ubico, y de sus efectos os comentaré tres viñetas clínicas, tres encuentro diferentes, nada en común, salvo su diagnóstico y mi posición guiada por la enseñanza de Lacan:

1.- No retroceder ante la psicosis.

2.- Darle la palabra al loco

3.- Permitir que aflore su subjetividad y su responsabilidad, que permita hacer equivaler la clínica con la ética que me orienta.

Acabo de llegar, me manejo mal que bien en el embrollo de las regulaciones institucionales, en el medio de la tensión entre lo constante de la rutina y el efecto que se deriva de algo nuevo que irrumpe, inicialmente no contaminado por la inercia de un hacer que la institución imprime indefectiblemente a los seres que la habitan y la conforman.

Me hago cargo de los pacientes que un compañero atendía desde hace años. Poco a poco me voy presentando: a unos en consulta, a otros en los pasillos, ayudada por algún personal del centro, en el devenir del trajín de las actividades que rompen el aislamiento psicótico que les acompaña: «Cada loco con su tema». Suelen responder amablemente a mi presentación, todos excepto uno, cuyo encuentro vendrá marcado por el peso de su mirada y su contundencia en el decir: «Usted puede ser mi amiga. Nunca podrá ser mi psiquiatra», frase que me coaguló de inmediato... Sin entender del todo lo que él me ofrecía, respondí: «Si esa es su decisión, la respeto, pero si cambia de opinión me lo dice». Ya lo daba por perdido y algo me había tocado en su encuentro.

L. se tomó su tiempo. Observó aparentemente distraído mi circular desorientado en un espacio inicialmente tan grande como desconocido. En un tropiezo casual en un pasillo, sin mirarme, ni interrumpir su marcha me dijo: «La autorizo a ser mi psiquiatra». «Encantada», respondí, «Cuando quiera hablamos». Pensé que algo entonces podía ser posible.

Se tomó sus días para, en una tertulia nocturna con otro paciente que me había abordado durante la guardia, silencioso arrimar su silla y empezar a hablar de modo susurrante desde el monólogo autístico de su goce, del que yo captaba algunos significantes: superhéroes, Batman, construcciones y reconstrucciones del mundo. Maldad, poder, conspiración, demonio, como formas de ser habitado por el Otro que de él goza y que le habita; presencia que a golpe de jirones de piel intenta arrancar de la carne de su cara, al parecer desde hace meses, sin que ningún fármaco frene la «dificultad del control de impulsos».

L. puso en evidencia en esa tertulia esperpéntica, improvisada a medianoche, que la lengua es para gozar, en su caso sin límite; que puede hacer lazo, que no comunicación, y que este acercamiento es un intento de aproximación al Otro que quizás tenga algún efecto para aligerar el autismo psicótico y descargarse del goce que, como Sísifo, pesadamente carga construyendo y deconstruyendo el mundo a diario, casi cada hora. Algún puente me ha tendido; habrá que ver qué ocurre.

Antonio es otro psicótico. En este caso, es él quién me aborda para preguntarme si soy yo ahora su psiquiatra. Me disculpo porque llevo pocos días y todavía no les conozco a todos. Escribe afanosamente en unas hojas. Me intereso por sus escritos, me concede el honor de que los lea, deján-

dome bien claro que eso debe de ser entendido como un privilegio. Tras unos minutos ojeándolos hago una apreciación: «Me encantaría leerlos pero evidentemente están escritos para no ser leídos salvo por usted», plagados de fórmulas, palabras en otros idiomas, esquemas, neologismos. Sonriente, me dice: «Claro están escritos en clave», y a partir de ahí relata todo su delirio. Me explica su actual hipótesis de trabajo, que le ocupa desde hace años, y, entremezclada en todo eso, su historia, la del psiquiátrico y la de los psiquiatras que por allí han circulado. Aquí vive bien, sabiéndose distinto al resto que allí vive, para él: «pobre gente» que no está a su altura, los cuales por supuesto no leen sus escritos: «Sólo alguien de talla intelectual como un médico...», dice.

Su distonía neurovegetativa, diagnóstico al que se ha adherido por adherirse a algo no sin cierta ironía, le preserva de otra palabra que él nombra con asombro pues desconoce qué significa: esquizofrenia. «Es una palabra extranjera. ¿Usted sabe qué es eso, doctora?». «Es un poco complicado Antonio... Quizás otro día». Disolvimos la tertulia y convinimos en vernos, siempre que yo no le perturbe su trabajo ni su vida, sus movimientos, su autonomía. «Además... ¿para qué hablar más?... Ya le he contado toda mi vida».

Lois: psicótico joven, enviado desde la unidad de agudos para inicio de tratamiento con Leponex, pues es nombrado como: «Resistente, mal cumplidor, violento y hermético». Algo a su favor: acude voluntariamente por un dolor de cabeza a urgencias solicitando ingreso.

Alertada con esa descripción voy a su encuentro. Reticente y desconfiado, algo de la palabra se toca y permite que me cuente su historia, ya marcada por tres ingresos

previos y fracaso ambulatorio por abandono de la medicación. Señalo que hay algo de la violencia que aparece en su encuentro con los otros que habrá que intentar moderar, si quiere –como dice– estar en el mundo de otro modo. Señalo también que los fármacos algo podrán apaciguar, pero que otra parte habrá de derivarse de encontrar la lógica que se impone, la que desata la violencia que le dificulta la vida. No le parece descabellado, dado que de lo contrario acabará siendo carne de psiquiátrico. Un día después, cuenta el delirio de persecución y las injurias que provienen de su padre, que al verlo le propone como remedio a su impotencia sexual –que le atormenta y de la que ha ido a quejarse amargamente a él– «que se la chupe», con todo el desconcierto que eso le supone viniendo del padre, y para lo que no encuentra otra explicación salvo que éste desea su destrucción por haberse hecho falangista, cosa falsa por otro lado, puntualiza.

En ese contexto irrumpe el pasaje violento. En otras ocasiones ha ido a autodenunciarse a la policía como violador, acusación que ahora coloca del lado de su ex-novia hacia él.

«Mi padre es un puto nazi, un maricón… él y yo no nos entendemos», será lo que alcance a decir de él.

El neurótico ha sido el partenaire exclusivo del psicoanalista en el primer siglo de existencia del psicoanálisis, pero no es tan seguro que lo siga siendo en un futuro, sino que es probable que lo sea además el sujeto psicótico. En mi caso parece que será así durante una buena temporada. No he de tenérmelas que ver tanto con la cuestión de establecer un diagnóstico sino con posicionarme adecuadamente como analista para intentar que eso tenga incidencia

en la relación de él con su goce y éste pueda devenir un poco menos loco.

No hay aquí diagnósticos difíciles de psicosis no desencadenadas, o psicosis ordinarias que se presentan como camufladas tenuemente en pequeñas marcas, con mínimos rasgos que las convierten fácilmente en errores diagnósticos durante mucho tiempo y en posibles derivas en la dirección de la cura con efectos indeseables para el sujeto.

De estos encuentros de los que hablo cabe la posibilidad de la construcción de un caso clínico con lo que ello supone:

1.- un orden

2.- estructuración de preguntas

3.- establecer las articulaciones teoría y práctica

4.- cuestionar la teoría desde la práctica y la práctica desde la teoría.

Hacer de un encuentro un caso y trabajarlo es lo contrario a forzar al psicótico a acostarse en el lecho de Procusto, y establece un dejarse enseñar partiendo de que desde la posición de amo no conseguiremos nada más que alienarlo en la posición de un objeto susceptible de ser mirado, cuantificado y normalmente incapacitado para gestionar su vida y su locura, parapetados nosotros en dos de las modalidades posibles de estrategia errónea que se usa en el encuentro: la de la infatuación o la del cinismo, como en más de una ocasión José Maria Álvarez nos ha señalado, modalidades de rechazo y segregación del otro a la vez que lamentables estrategias para tratar de suturar la propia división subjetiva en nuestro encuentro con la locura.

La palabra, objeto privilegiado de nuestro discurso testimonia de la dignidad del ser humano, de lo que lo hace humano. Lacan nos ha enseñado que es el loco quién nos enseña, y darle la palabra tiene dos efectos: le autoriza a dar testimonio de su diferencia, de su concepción del mundo consecuente con su estructura, y le permite enseñarnos la calidad de esa diferencia, es decir, hablar a partir de su propia experiencia, de la alteridad de su relación con el lenguaje. El analista mantiene con el psicótico un lugar diferente, un lugar sin saber previo, en el cuál pueda inscribir su testimonio, donde pueda albergar su certeza.

En la psicosis, el lenguaje que preexiste a todo sujeto permanece autónomo, no se ordena con la significación fálica, con el Nombre-del-Padre, y se desencadena por cuenta propia. Entendiendo que 'psicosis', en el sentido lacaniano del término, hace referencia a sujetos que no han tomado al padre como referencia dialectizable, esto es como principio de separación. Esto es lo que nos transmite el psicótico: que es presa del lenguaje, que nos lo muestra, da testimonio del Otro, como nos indica Lacan.

Si la clínica de la neurosis es la de la duda, pues nunca sabe si es amado o es odiado, el psicótico tiene certeza de ello; el erotómano, el perseguido, saben del interés del Otro por él. El esquizofrénico no identifica el lugar del Otro, causa de los fenómenos de goce de los cuales es presa, pero sin embargo está seguro del carácter real de su consistencia. El psicoanálisis nos insta a «dejarnos enseñar por la certeza del loco, ni norma ni saber han de hacerle pantalla...». Ser enseñado, es en definitiva lo que conduce nuestro trabajo con los psicóticos, tanto en la cura como en las entrevistas o en los pasillos del psiquiátrico. Así el loco nos hará depositarios de su certeza, asentada en su peculiar

relación con el Otro primero del lenguaje, dará cuenta de su lugar en el mundo destruido, reconstruido y ordenado nuevamente supliendo con la metáfora delirante la castración simbólica para él siempre ausente. Nos hace depositarios de su trabajo riguroso, condición de su pacificación y de un lazo social posible.

Para ello se precisa algo: la docilidad del analista para hacer de *partenaire* del loco y permitir así la inserción en un discurso. En definitiva: hacerse usar como instrumento que permita al loco construirse su discurso y hacerse él mismo responsable de sus actos y de sus enunciados. Que se establezca la transferencia que puede conseguir que deje de ser un sujeto pasivo y se implique activamente en su tratamiento; esto es diferente de la adherencia predicada por algunos discursos psiquiátricos que piden acatar y ser dócil al discurso sin responsabilidad.

El psicótico nos ordenará, de algún modo y en su estilo, la posición que debemos adoptar como analistas. El año pasado Guy Briole nos comentaba cómo una paciente psicótica le alertaba para no mezclarse demasiado con las voces. En uno de los casos que he comentado la autorización del psicótico pasa por consentir a que sea su psiquiatra; ahora se tratará de calibrar hasta qué punto he de moldear mi docilidad a la prescripción de lugar que él me ha asignado y que abre una posibilidad de tratamiento en donde la palabra pueda encontrar un destinatario, un lugar al que dirigirse.

La cuestión estriba en cómo contribuir a que favoreciendo la producción psicótica, la dirección de la cura favorezca la limitación del goce psicótico. No se tratará de aposentarse como secretario del alienado de modo pasivo, sino de posicionarse activamente para desde la historia

escandir y extraer la lógica en juego. Frente al dicho de Falret (1850): «Les prohíbo tomar al pie de la letra lo que dicen los pacientes, hay que considerar el proceso», Lacan nos dirá: «Les ordeno tomar en serio los fenómenos elementales de los pacientes y su inscripción literal».

De algún modo, también lo que muestran las viñetas clínicas es que en la transferencia con un psicótico se fabrica un lazo social, cosa que no se hace con un neurótico. Que no hace falta una entrevista dirigida intencionadamente para la captación del fenómeno psicopatológico, sino que hay especializarse en hablar *à bâtons rompus*, como decía Lacan, si no queremos que las entrevistas acaben en un *impasse* y se coagulen en el hastío y el desinterés. «Es hablar de otro modo yendo de un tema a otro volviendo al primero... con una dirección aunque parezca que no la hay... no se trata de hablar al hilo de la fantasía de cada uno o de fomentar la asociación libre... nada más alejado de eso... Esto, que así dicho parece sencillo, se revela de la mayor dificultad».

Mantener la perspicacia con el psicótico colocado en la posición del que sabe, en donde no cabe la duda ni la dialectización, por lo menos en un primer tiempo, es todo un arte. El analista no puede ser nada más que testigo de su testimonio, nada más. El psicótico también le pide que no se mezcle demasiado con sus voces , con sus cosas. Ha de ser el vacío de saber para que el loco deposite su testimonio, exactamente lo contrario a colocarse en la posición del Amo que sabe, con la que es fácil situarse... Al fin y al cabo: un «ordeno y mando», un poquito de pedagogía y un poquito de psicofármaco, esta es la terapia habitual.

La cuestión esencial con el psicótico será el tratamiento de su goce invasor, de construir con él una malla

que permita captar algo del goce vehiculizado por la 'lalengua'. El analista deberá restituir al psicótico algo de la lógica de su invención, que evite a veces los pasos al acto y que le permita entrar en un lazo social, inicialmente con él y, si es posible, extenderlo a una comunidad más amplia.

El analista mismo en el caso de la dirección de la cura del psicótico es convocado al lugar del síntoma a fin de cuentas, a funcionar de ayuda, de muleta.

En cuanto a los textos psicóticos, para el analista son ficción en el sentido no de fantasía, sino de ficción en el sentido de Benthan, o sea, una distribución de goce; es un modo de hacer sobre el mundo, un modo de vaciar el goce.

Frente al *automatón* de la repetición de la exploración psicopatológica al uso, surge la posibilidad de la *tiché*, del encuentro en el que los fenómenos afloran al hilo de una conversación *à batôns rompus*, como decía Guy Briole el año pasado.

Para finalizar, recordemos que matar a la Hidra de Lerna –figura de la desmesura femenina– fue el más desconcertante de los trabajos de Hércules: cuando éste le cortaba una cabeza aparecían dos. Sólo con la ayuda de su sobrino Yolano, un mortal, pudo Hércules vencer al monstruo: uno cortaba y el otro cauterizaba. Así que el poderoso Hércules tuvo la necesidad de un simple mortal para salir airoso del reto, semejanza que puede establecerse en el par ciencia-psicoanálisis, en donde el poderoso Hércules científico haga un lazo de alguna manera, con un discurso, el psicoanalítico, que permita suturar algo de lo que a la ciencia se le escapa.

Toén, 11 de junio / Valladolid, 18 de junio de 2005.

SEGUNDA MESA

La práctica del diagnóstico: casos clínicos

José María Álvarez

Psicosis actuales

I.- Del pronóstico y de la gravedad
II.- Geografía de la psicosis
III.- Comunidad de experiencias
IV.- Variedad de remedios

A medida que pasan los años, mi visión de la psicosis va cambiando. Quisiera plantearos, desde el punto de vista de mi experiencia, algunas reflexiones sobre este concepto. Os advierto de entrada que, a fecha de hoy, me parece encontrar muchos más psicóticos de los que creía hallar al inicio de mi práctica. Este hecho no se debe a un aumento progresivo del trastorno aquí en cuestión, a una pequeña epidemia que asolara Valladolid. Obedece, por el contrario, a que mi concepción de la psicosis se ha ido ampliando paralelamente a contar con algunas herramientas conceptuales nuevas para considerar psicóticos a bastantes de aquellos sujetos que anteriormente, en mi fuero interno, venía tildando vagamente de 'frágiles'. Habría, por tanto, según mi opinión, más psicóticos de lo que nos parece, o, para decirlo en los términos que el Dr. Esquerdo empleara en su monografía sobre Garayo el Sacamantecas, creo encontrarme con más frecuencia ante «locos que no lo parecen».

Las palabras que siguen, por fuerza breves dado el apremio del tiempo, tratarán de fundamentar esta opinión hasta convertirla en argumentos capaces de invitar a la reflexión psicopatológica. Aprovecho la ocasión que se me brinda, al darme la palabra en esta mesa, para responder a

las preguntas que me viene formulando un joven, aquí presente, que ha tenido la valentía de emprender una investigación doctoral sobre el concepto actual de psicosis, asunto que implica plenamente las dimensiones nosográfica y nosológica. No es de extrañar que él se halle por el momento sumido en cierta confusión ansiosa, puesto que embarcarse en un examen psicopatológico de esa envergadura causaría a cualquiera cierto vértigo. Espero, por tanto, que esta exposición le anime a desarrollar sus propósitos, los más loables sin duda si diéramos crédito a Montaigne cuando afirmó: «No hay deseo más natural que el deseo de conocimiento».

Con vistas a argumentar la hipótesis ya anunciada, me valdré de las cuatro consideraciones que siguen. Trata la primera sobre los criterios equívocos de gravedad y de mal pronóstico, tan frecuentemente asociados con la psicosis. Siguiendo la perspectiva trazada por la psicopatología psiquiátrica, describe la segunda, de forma muy sintética, la geografía característica de esta noción, destacando también esas zonas sombrías en las que germinan ciertas variedades clínicas problemáticas. La tercera y cuarta consideraciones destacan algunas de las aportaciones del psicoanálisis a esta materia, tanto en la vertiente psicopatológica como en la terapéutica.

I

Del pronóstico y de la gravedad

La psicosis es una dimensión de la experiencia que comparten sujetos muy trastornados y otros bastante estabilizados. De manera que el criterio de gravedad, tan

implícito en muchos diagnósticos, pese a favorecer una primera aproximación no resulta en modo alguno suficientemente riguroso, esto es, suficientemente acorde con los hechos de la clínica. En mi opinión, lo que deberíamos considerar determinante para juzgar de 'psicóticos' a tal sujeto y a tal otro es que ambos han compartido, comparten o pueden llegar a compartir determinadas experiencias genuinas (que luego definiré).

Para ilustrar estos aspectos y otros que seguirán, evocaré de forma sucinta a dos pacientes a los que atiendo, ambos muy presentes actualmente en mi cogitación por diversas razones.

El primero es un varón de cincuenta años, de nombre Dionisio, muy conocido en nuestros Servicios por los contratiempos que desde hace años viene ocasionando. Diré de él que está loco de remate, a veces, incluso, loco de atar. Su paranoia esquizofrénica –o si lo preferís, siguiendo los dictados de la academia, su esquizofrenia paranoide– se inició bruscamente, hace ya treinta años, cuando un buen día, mirando al cielo rugiente y amenazante, se le presentó ante los ojos la imagen de los muslos de la Virgen; en ese preciso instante, las manecillas de su reloj se detuvieron: eran las doce de la mañana, esto es, la hora del Ángelus. Desde entonces ha venido elaborando un delirio persecutorio teñido de misticismo.

Su locura, naturalmente, tiene mucho que ver con el cielo, hasta el punto que vive cotidianamente mucho más allá de nuestras futilidades terráqueas. En una de sus últimas crisis, aterrorizado, se atrincheró en casa, y en vista de que la televisión no dejaba de enviarle imágenes y mensajes lúbricos, la arrojó por la ventana. Cuando le visité en la Unidad de Agudos y le pregunté si había causado algún

daño la caída del aparato, me dijo sorprendido: «¡Por Dios, Don José María: intervino la Providencia!». No cabe duda, en efecto, de que este hombre está loco puesto que vive realmente en otro mundo, hecho del que da testimonio continuamente a través de las experiencias inefables que refiere.

Por el contrario, el segundo caso que sacaré a colación es el de una mujer, casada, madre de tres hijos, que viene desempeñando desde hace años una profesión altamente cualificada. Nada sobrenatural, ni siquiera extraordinario, experimenta cotidianamente Luisa, de quien bien se puede decir que tiene los pies en la tierra. Su vida transcurre entregada a los quehaceres profesionales y a las ocupaciones domésticas, salvo en los momentos en que se precipita en una crisis cuya hondura me causaba, al principio de nuestra relación, cierto sobrecogimiento.

A día de hoy está saliendo de una de sus contadas crisis, las cuales se resuelven con rapidez aumentando el número de sesiones y recurriendo a la medicación. Durante las últimas dos semanas esta mujer ha vivido plenamente una experiencia de tipo melancólico y paranoico, polos cuya trabazón muestra de manera ejemplar este caso. Tras un incidente de apariencia banal, una pequeña afrenta laboral, sufrió un profundo bajón de ánimo y un punzante cuestionamiento de los lazos que la unen con los otros. En pocas horas se mostraba melancólica, como si su psiquismo hubiera sufrido una enorme hemorragia narcisista por la que se desparrama a chorros eso que Freud llamaba «libido». Su experiencia del tiempo –el antes, el ahora y el después– se había congelado en un instante fijado íntegramente en torno a la convicción de indignidad. Se notaba completamente desvitalizada y de sus palabras se deducía

que se hallaba identificada con ese «nada» (*le rien*) del cual habló Lacan en el Seminario sobre la angustia, cosa que me parecía probada por los impulsos de defenestración que la asaltaban. Nada le interesaba, ni siquiera sus hijos a los que tanto tiempo había dedicado.

De espaldas al brillo vivificante del deseo y desenganchada de los otros, la paciente ha sido pasto de una culpabilidad oceánica. Mientras en el haber de su propio ser se ha acrecentado el saldo de los autorreproches y de la mortificación, el del tener se vació hasta la nada, respirando esa atmósfera de ruina tan característica del melancólico. Al mismo tiempo que se yugulaba su hemorragia narcisista comenzaron a presentársele algunos signos, guiños de la realidad, interpretados siempre de forma autorreferencial. El ambiente familiar se tornó enrarecido y persecutorio: sus hijos, su marido, sus padres, los otros, la animaban mediante gestos y palabras de doble sentido a que se arrojara por la ventana; de mil maneras se le decía que se fuera, que allí no pintaba nada. Su presencia en el barrio no pasaba desapercibida: todos sabían que allí andaba ella, sola, en un lugar que no le pertenecía. Finalmente, a raíz de una conversación con uno de sus hijos de la que dedujo, por las lágrimas de éste, que la quería y que la necesitaba, la devolvió nuevamente a su función de madre. Este movimiento habría de permitirle en pocos días restablecer los lazos, atajar la hemorragia libidinal y «recolocar el mundo, que se me había puesto al revés».

A mi manera de ver, ambos sujetos comparten una misma estructura psíquica, aunque sus vidas distan mucho de asemejarse. Dionisio muestra ejemplarmente los estragos característicos de la gran psicosis, mientras que Luisa parece haber circunscrito sus experiencias abismales a cri-

sis muy localizadas en las que el eslabón con el Otro salta bruscamente hecho añicos, a la par que su ser se tiñe de indignidad.

Que haya escogido estas dos viñetas clínicas entre otras posibles obedece a dos razones. He querido, por una parte, acentuar la problemática relativa a la gravedad y al pronóstico de la psicosis. Se trata de un debate que conviene mantener permanentemente abierto si no se quiere caer en esa simplificación consistente en diagnosticar ciertos trastornos severos de la personalidad, cosa bastante habitual cuando un paciente muestra de continuo algunas alteraciones que entrañan una gravedad y un mal pronóstico comprobados sin que se objetiven fenómenos llamativos de estirpe psicótica. Como trataré más tarde de argumentar, el hecho de asimilar indefectiblemente la psicosis a la gravedad y al mal pronóstico estrecha, de modo arbitrario, las fronteras de la geografía psicótica. Así como el nivel de un líquido depositado en un recipiente agujereado está siempre marcado por la fisura situada más abajo, también puede decirse que cuando la psicosis alcanza sus más altas cotas de gravedad, ninguna otra patología psíquica resulta comparable con ella; sin embargo, bien es cierto que algunos de los pacientes más graves y con peor pronóstico que frecuentamos a diario no son propiamente psicóticos.

Ambos ejemplos, por otra parte, sirven para interrogar las construcciones nosográficas, en especial la relación paranoia-esquizofrenia, foco de encendidos debates a propósito de Schreber, y la melancolía-paranoia, asunto éste magníficamente ilustrado por el síndrome de Cotard y algunos delirios melancólicos descritos por Séglas. Naturalmente, podremos preguntarnos sobre estos asuntos sólo

a condición de alejarnos de la creencia en las enfermedades mentales como hechos de la naturaleza.

II
Geografía de la psicosis

De acuerdo con la tradición psicopatológica desarrollada durante el siglo XIX y primeras décadas del XX podemos distinguir, al menos desde una perspectiva descriptiva, dos grandes grupos patológicos a los que se ha designado como psicosis; se trata, según la terminología que propongo a fin de ordenar la exposición, de las *psicosis clásicas* y de las *psicosis normalizadas*

El primer grupo está formado por un conjunto de categorías nosográficas con las que estamos muy familiarizados gracias a nuestra práctica y a la literatura especializada, las cuales se entrecruzan y superponen unas a otras dependiendo de los autores que las nombren o las escuelas de pensamiento psicopatológico en cuyo seno hayan sido descritas. En un amplio sector de este grupo de *psicosis clásicas* se arraciman, en primer lugar, la demencia precoz kraepeliniana, el Automatismo Mental de Clérambault, las esquizofrenias de Bleuler, las locuras discordantes de Chaslin y las psicosis alucinatorias crónicas de Ballet. Muy próximo a este ámbito hallamos, en segundo lugar, las formas delirantes y alucinatorias de la paranoia descritas por los autores alemanes, por Séglas y por Tanzi, los delirios crónicos de los autores franceses (Magnan, Sérieux y Capgras, Dupré, etc.), las psicosis pasionales de Clérambault y una buena parte de los delirios sensitivos de Gaupp y Kretschmer. Un tanto separados de los dos sectores ante-

riores, en tercer lugar, se nos ha venido presentando la melancolía ansiosa y la delirante –caracterizadas en Francia principalmente por Séglas y Cotard y en Alemania por Tellenbach– y los accesos maníacos, de los que Binswanger ha dejado hermosas descripciones, especialmente sobre la fuga de ideas. Este último sector, a partir de Baillarger y J.-P. Falret, se ha conformado bajo la rúbrica unitaria de la locura maníaco-depresiva.

En términos generales, las categorías reunidas en las tres extensas parcelas de este primer grupo de psicosis refieren trastornos psicopatológicos de hondo caldo y amplia repercusión, esto es, formas de vivir que afectan generalmente al conjunto de las relaciones del sujeto consigo mismo y con el mundo. Desde el punto de vista diagnóstico, las variedades clínicas típicas que comparten este grupo de psicosis resultan fácilmente reconocibles para un clínico experimentado.

Sin embargo, conviene llamar la atención sobre ciertos trastornos incluidos por los autores en las categorías nombradas bajo la rúbrica *psicosis clásicas*, pues no es seguro que se trate verdaderamente de psicosis. A mi modo de ver, los casos de temática religiosa que presentó Kraepelin en su *Psychiatrie* de 1913 para ilustrar la parafrenia expansiva se asemejan más bien a las histerias disociativas, mientras que los de temática erótica son auténticas erotomanías delirantes. Tampoco aprecio la raigambre propiamente psicótica en las formas atenuadas de la locura maníaco-depresiva que describiera el mismo autor, en especial en la hipomanía. Asimismo, a finales del siglo XIX se incluyeron dentro de la paranoia muchos cuadros que desde Freud llamamos «neurosis obsesiva», cuestión de la que Lacan se hizo eco en su Tesis Doctoral. Otro ámbito

especialmente confuso es el relativo a las relaciones entre la locura y el consumo de drogas, a menudo resuelto por los clínicos de una forma que creo equivocada al achacar la psicosis a la droga. Por último, no faltan ejemplos para ilustrar que ciertas experiencias psicóticas *stricto sensu* han sido calificadas de neurosis, como ejemplarmente muestra el caso descrito por Kretschmer del carpintero Bachmayer, un infeliz que a raíz de cierto incidente banal sentía que «todo el pueblo hablaba de ello, veía cómo todos lo miraban al pasar, oía expresiones referentes a él».

El segundo grupo, las *psicosis normalizadas*, ha sido también columbrado por los clásicos. A diferencia del anterior, en éste se amalgaman ciertas variedades difuminadas y marginales de locuras que no lo parecen del todo pero lo son; al menos esa sospecha tenían los autores. Se trata de la locura lúcida de Trélat, de algunas monomanías esquirolianas, es decir, de las antiguas formas de locura parcial descritas por Pinel, de la locura moral de Prichard, de las paranoias rudimentarias y abortivas de los autores alemanes antikraepelinanos, incluso de la esquizofrenia latente de Bleuler, etc. A la hora de dar cuenta de estos hechos y de producir explicaciones coherentes, la clínica clásica mostró enormes dificultades y un profundo desacuerdo. Conforme al dispositivo epistemológico de la clínica de la mirada, resultaba bastante complicado precisar la esencia propiamente psicótica de este tipo de experiencias, fundamentalmente porque sus únicos criterios se basaban en el análisis de los fenómenos y en una valoración bastante circunscrita a la evolución y a los grados de deterioro. De manera que al centrar la atención en los signos y en los avatares de la enfermedad, paulatinamente los clínicos fueron dando la espalda a las experiencias más

singulares de cada sujeto. A resultas de esta modalidad de entender y practicar la clínica, comenzaron a extenderse ciertos términos un tanto imprecisos (esquizoide, paranoide, cicloide, trastornos de la personalidad, etc.) que indicaban las líneas de fractura de la nosología psiquiátrica y resaltaban las dificultades para dar cuenta de aquellos cuadros alejados del tipo perfecto, esto es, de la gran psicosis y sus variedades prototípicas. La obra del Prof. H. Claude muestra, más que ninguna otra, el descalabro cuantificador en el que incurrieron las taxonomías psiquiátricas asentadas en una concepción médica de la psicología patológica.

A diferencia de las *psicosis clásicas* antes apuntadas, estas *psicosis normalizadas* indicaban la presencia sutil y reducida de experiencias psicóticas en sujetos cuyas vidas a menudo discurrían sin contratiempos sobresalientes, generalmente dentro del ambiente familiar y laboral. Pese a conformar su existencia al dictado de rarezas genuinas, estos psicóticos normalizados raramente tenían contactos con médicos, y menos aún daban con sus huesos en algún asilo, salvo cuando su presencia y actos conturbaban a sus próximos. Los psiquiatras sabían de su existencia, naturalmente, y algunos, como Trélat, se esforzaron en detectarlos y así «librarnos de ellos». Pero la empresa no resultaba nada fácil porque eran «locos en sus actos más que en sus palabras», locos, en definitiva, que no lo parecen «porque se expresan con lucidez», como escribió este autor en su obra *La folie lucide* (1864). Esta psicosis invisible, aunque existente, ha venido suscitando innumerables polémicas y complicaciones en el seno de la psicopatología psiquiátrica, cuya querencia por la fenomenología se ve aquí fracasada. Pues sin signos evidentes ni evoluciones predecibles ni deterioros intrínsecos, ¿cómo acreditar su presencia? Tal

es lo que se desprende de la definición que dio James Cowles Prichard de la locura moral: «No hay en este orden ilusión o alucinación perceptibles, o la falta de convicción impresa sobre el juicio similar a las engañosas o erróneas impresiones que caracterizan la monomanía» (*On the differents forms of insanity, in relation to jurisprudence*, 1842).

III

Comunidad de experiencias

Apoyándome en la diferencia que he tratado de establecer entre las *psicosis clásicas* y las *psicosis normalizadas*, me centraré ahora en las contribuciones aportadas por la psicopatología psicoanalítica, especialmente la desarrollada en el marco de la orientación lacaniana. Al volver de nuevo sobre los mismos hechos, aunque desde una perspectiva distinta –esa que entroniza la experiencia subjetiva y privilegia la trabazón entre el ser y el lenguaje–, se podrá captar la notable coherencia de muchas de de las constataciones antes expuestas, ahora dotadas de una explicación estructural, y se resolverán seguramente algunas de sus vaguedades.

La primera consideración radica en la oposición entre estructura psicótica y psicosis clínica, esto es, entre la organización psíquica estable e inmodificable de un sujeto que, salvo ciertos fenómenos elementales, nunca ha presentado una crisis psicótica, y esa misma organización mental una vez que ya se ha desequilibrado y ofrece a quien escucha signos evidentes de psicosis. Al hilo de esta consideración y conforme a múltiples argumentos expues-

tos por los psicoanalistas, existirían sujetos psicóticos que no han atravesado aún el umbral de esa dimensión inefable y solitaria y otros que ya la han franqueado. Esta diferencia resulta irrenunciable a la hora de acometer y dirigir la cura psicoanalítica, pues la modalidad desarrollada con este tipo de sujetos varía considerablemente respecto a la empleada en el tratamiento de los neuróticos. Por otra parte, como es natural, estas variantes del método psicoanalítico conceden una importancia capital al hecho de si quien nos consulta ya se ha psicotizado o bien no conoce todavía esa experiencia pero es firme candidato.

Conforme a esta división, Lacan desarrolló su teoría clásica de las estructuras clínicas, matizando el mecanismo etiológico genérico y el resto de los mecanismos patogénicos apuntados por Freud. A mi manera de ver, según esta teoría la psicosis es concebida de forma unitaria, siendo la estructura psicótica el resultado de un mecanismo defensivo específico, denominado forclusión del significante Nombre-del-Padre. De forma completamente opuesta a la visión psiquiátrica de las enfermedades mentales, el psicoanálisis atribuye al sujeto la posibilidad de maniobrar y gestionar el marasmo psicótico, reconduciendo así esa primera «decisión insondable del ser», según palabras de Lacan. Esta teoría me parece ampliamente confirmada por la clínica, puesto que apreciamos en el trabajo creativo-sintomático del sujeto psicótico distintas oscilaciones entre los polos esquizofrénico-paranoico y melancólico-maníaco. Contamos para fortalecer estos argumentos con el incomparable magisterio del juez Dr. Paul Schreber, quien nos describe, con todo lujo de detalles, cómo su desequilibrio se inició con experiencias melancólico-hipocondríaco-esquizofrénicas hasta lograr un reequilibrio mediante

un delirio propiamente paranoico. A lo largo de su amplia experiencia psicótica, encuadrada en una lógica aplastante y en un rigor indestructible, se aprecia una búsqueda de estabilidad a través de un pertinaz trabajo creativo, cuyos ecos nos llegan a través de esos fenómenos que la psicopatología nos ha enseñado a valorar.

Concebida la psicosis de forma unitaria –aunque no en el sentido que le confirió Griesinger, naturalmente–, el sujeto podría bascular entre esos polos bien caracterizados por la clínica clásica: el de los afectos y el de la razón. Me ceñiré en lo que sigue al segundo (esquizofrenia-paranoia), al haberme ya ocupado de la melancolía en los comentarios sobre Luisa. Mediante una brevísima descripción, en primer lugar, situaré el polo propiamente esquizofrénico en relación con las experiencias de fragmentación y atomización de la identidad. Dichas experiencias se manifiestan, las más de las veces, tanto en vivencias relativas al cuerpo («cuerpo fragmentado» según Lacan; «lenguaje de órgano» en palabras de Freud) como en la xenopatía del lenguaje, que termina por hablar a su antojo sin contar con la aquiescencia del sujeto, tal como muestra ejemplarmente el Síndrome de Pasividad descrito por Clérambault. A estas dimensiones habría que añadir otra también consustancial, la cual pone en primer plano el asunto del goce, muy descuidado por la psicopatología psiquiátrica. Se trata de esa experiencia que Freud nombró con el término «autoerotismo», transformado por Eugen Bleuler en el concepto de *Autismus*, esto es, esa soledad por excelencia en la que vive el esquizofrénico totalmente al margen del Otro, ensimismado en un goce mortífero que no alcanza a rebasar los límites del cuerpo atomizado, un cuerpo carente de un rasgo que lo unifique. De esta manera, la descom-

posición del lenguaje es paralela a la tendencia del esquizofrénico a arrebujarse sobre sí mismo y también al incremento de fenómenos xenopáticos en su cuerpo, hechos que ponen de relieve los efectos de la forclusión respecto al lenguaje, al goce y al cuerpo. Del otro lado del muro que lo separa de los otros, el esquizofrénico se nos presenta encarcelado en su solipsismo. Es ahí donde masculla y alimenta su ironía despreciativa, esa imposibilidad de creer en los otros y de vincularse con ellos, y cuanto más los rechaza mayores cotas alcanza su soberbia de habitar en el Uno. Incapaz de integrase en ningún discurso o lazo social («fuera del discurso», como escribió Lacan en «L'étourdit»), el esquizofrénico nos muestra el horror de su gozosa experiencia autoerótica en la soledad de su morada autística.

Como sabemos, según Freud la paranoia y la esquizofrenia mantienen un vínculo estructural; de ahí su propuesta de reunirlas bajo la rúbrica parafrenia (*para*noia-esquizo*frenia*). No obstante, también en múltiples ocasiones Freud se detuvo a examinar sus diferencias, especificando para ello las particularidades relativas a la capacidad de construir un delirio y al alcance de la regresión. Según estas coordenadas, en primer lugar, la paranoia favorecería la formación delirante reconstructiva mientras que la esquizofrenia mostraría ahí su fracaso; en segundo lugar, la regresión en la paranoia se limitaría al narcisismo, cosa puesta de manifiesto por el delirio de grandeza, difiriendo así de la profunda regresión esquizofrénica, la cual alcanzaría el autoerotismo («al abandono total del amor objetivado y al retorno al autoerotismo infantil», escribió en el ensayo sobre Schreber). Partiendo de estas consideraciones y otras desarrolladas en *Introducción del narcisismo*,

Lacan, en su Seminario *Los escritos técnicos de Freud*, desarrolló una teoría según la cual el esquizofrénico no tendría acceso a lo Imaginario, esto es, no contaría con esa protección fantasmática que nos salvaguarda de lo Real, permaneciendo apresado en una experiencia de goce que excluye al Otro.

Asimismo, tratando de caracterizar el lenguaje del esquizofrénico, Freud había señalado en su artículo «Lo inconsciente» (1915) que «El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido *lenguaje de órgano*», resaltando de esta manera que en este tipo de sujetos el verbo se ha hecho carne y las palabras son tomadas como cosas. Al hilo de estos comentarios, según mi opinión, elabora Lacan su tesis más destacada respecto a la esquizofrenia. Se trata de una breve frase contenida en la respuesta a Jean Hyppolite sobre la *Verneinung* freudiana, donde afirma que para el sujeto esquizofrénico lo Simbólico se ha tornado Real. Si anteriormente el esquizofrénico había sido caracterizado en virtud de la desprotección fantasmática, ahora se pone en primer plano la incapacidad de lo Simbólico para resguardar de los asaltos provenientes de lo Real, asunto que afecta directamente a la forma de experimentar tanto el cuerpo (atomización, pérdida de límites) como el lenguaje (automatismo, esquizofasia).

Por el contrario, el paranoico puro, encastillado en su fortaleza yoica, muestra la enfermedad de una personalidad sin fracturas. Ajeno a la duda, experimenta la certeza de sentirse concernido por cuanto sucede a su alrededor y sufre de la «enfermedad de las coincidencias», como días atrás me decía una paciente. Toda su existencia está determinada por una certeza relativa al Otro, ese malvado irredento, ese perseguidor infatigable. A diferencia del esqui-

zofrénico que habita en el Uno, ese Otro del paranoico está perfectamente localizado, razón por la cual puede trabar un delirio tendente a explicar a ton de qué viene ese acoso incesante al que se le somete, siendo como él es una víctima inocente.

Muy numerosas podrían ser las caracterizaciones que se dieran de la paranoia, máxime cuando la literatura decimonónica le consagró la mayoría de sus estudios. Sin embargo, me serviré de una sola frase de Lacan («Présentation des *Mémoires d'un névropathe*», 1966) para aprehender toda su esencia: «una definición más precisa de la paranoia como identificando el goce en el lugar del Otro como tal». En estas palabras se compendia toda la experiencia singular del sujeto paranoico, puesto que todo su drama consiste en que él se ha convertido en el único objeto del que goza el Otro, ese perseguidor implacable que alberga las intenciones más aviesas, esa secta que lo acosa con fines indignos, ese personaje elevado cuyo amor lo asfixia, ese Dios que lo somete a mil y una perrerías y le exige, incluso, la transformación en mujer.

IV

Variedad de remedios

Al modelo lacaniano clásico hasta aquí expuesto se añade aún otro más reciente y actual; *grosso modo*, mientras el modelo de los años cincuenta explica la psicología patológica de esas parcelas nosográficas que anteriormente llamé *psicosis clásicas*, el elaborado a partir de los años setenta trata igualmente de hacerlo con esas «locuras que no lo parecen». En efecto, si en el modelo de las estructu-

ras clínicas se enfatizaba la discontinuidad radical entre neurosis y psicosis, las últimas concepciones de Lacan destacan ante todo la dimensión más particular de los modos de gozar, cosa que hasta cierto punto vuelve más relativas las diferencias taxativas entre estructuras. Se trata ahora de aprehender lo más íntimo y particular de cada sujeto, eso que constituye su carné de identidad, es decir, su forma particular de gozar-sufrir, su *sinthome*. De acuerdo con esta revalorización de lo singular e intransferible –contraria a la universalidad de las estructuras clínicas–, la orientación lacaniana se ha ocupado durante los últimos años de despejar otras formas de desencadenamiento de la psicosis que no siguen el paradigma clásico expuesto en los años cincuenta, basado fundamentalmente en la ruptura, la crisis y la discontinuidad de la experiencia. Al mismo tiempo, se ponen de relieve ciertas formas de síntomas muy sutiles, relativos especialmente al cuerpo, al lenguaje y al lazo social, así como ciertas modalidades erráticas de goce que no se amoldan al carril fálico, manifestaciones todas ellas que presentan algunos sujetos en quienes se aprecian únicamente desencadenamientos parciales, discretos y muy circunscritos. Conforme avanzan estas investigaciones, se vienen perfilando explicaciones coherentes respecto al reequilibrio conseguido por algunos sujetos estructuralmente psicóticos, un reequilibrio a veces mucho más consistente que el que les pudiera aportar un tratamiento.

De esta manera, podemos asistir a un desplazamiento de la teoría clásica de Lacan sobre la psicosis, donde el Nombre-del-Padre y lo Simbólico constituían los referentes fundamentales, hacia una teoría de los nudos, en la cual la elección sobre el goce y lo Real adquieren la máxima preponderancia. Una y otra teorías, que el clínico debe

saber articular en su quehacer cotidiano, nos presentan un panorama de la psicosis más extenso que el perfilado por la psicopatología psiquiátrica.

Como apunté anteriormente, las psicosis que llamé *clásicas* guardan bastante correspondencia con los hechos referidos por la teoría lacaniana de las estructuras, aunque es necesario destacar que ésta incluye también las psicosis no desencadenadas y propone una clínica diferencial muy sutil y efectiva. Sin embargo, en cuanto a la coincidencia geográfica de las *psicosis normalizadas* con las que en nuestro medio llamamos últimamente *psicosis ordinarias* –término poco afortunado por las resonancias a 'ordinariez'–, las cosas distan mucho de corresponderse, puesto que en este terreno, donde la fenomenología es más atenuada, se precisa otro tipo de dispositivo para captar la singularidad de ciertas experiencias propiamente psicóticas. Conviene, a este respecto, esperar los resultados de múltiples trabajos en curso para asentar un cuerpo doctrinal tan riguroso como el conseguido por la clínica de las estructuras.

El hecho de concebir la psicosis como una defensa que el propio sujeto hace efectiva, implica también atribuirle la más importante participación en los potenciales intentos de remedio. Al contrario que el enfermo gobernado por la enfermedad, tal como nos lo pinta la psiquiatría actualmente hegemónica, nuestro psicótico dispone de un limitado, aunque a veces efectivo, arsenal terapéutico.

Tres son los recursos principales que la propia estructura favorece: la creación de un delirio, el apuntalamiento mediante las identificaciones y la invención de una suplencia; el primero de ellos sólo puede ponerse en marcha cuando la psicosis ha estallado, mientras que los dos res-

tantes podrán activarse bien para frenar el desencadenamiento o bien para estabilizar una psicosis clínica.

En lo que atañe a la construcción de un delirio o metáfora delirante, se aprecia cómo la significación creada en el delirio puede contener propiedades simbólicas que afecten favorablemente al reequilibrio de lo Imaginario y lo Real. Evidentemente, no todas las construcciones delirantes logran los saludables beneficios que obtuviera durante años Schreber, paradigma de este tipo de auto-tratamiento.

Más frágiles suelen ser los efectos del apuntalamiento imaginario mediante identificaciones, esto es, formas de compensación en las que el psicótico se sostiene mientras hace suyos, a través de una identificación, rasgos, caracteres, actitudes e ideales de otros. H. Deutsch captó con gran precisión este fenómeno mimético cuando describió las personalidades «como si». Según expuso en su artículo de 1942, estos sujetos parecen correctamente adaptados a la realidad, cosa que consiguen rellenando su vacío interior con fuertes vínculos a grupos religiosos o políticos, generalmente defensores de idearios extremistas. De esta manera, sintiendo, actuando y pensando como otros, logran posponer la eclosión de los grandes fenómenos xenopáticos: «antes de constituirse en su forma alucinatoria –escribió Deutsch en «Some forms of emotional disturbance and their relation to schizophrenia»–, el proceso esquizofrénico pasa por una fase *como si*». La fragilidad de este tipo de compensación imaginaria, tan frecuentemente empleada, radica en la nula intervención del registro simbólico, como destacó Lacan en su Seminario sobre las psicosis.

Por último, más consistente que el recurso anterior, pero también mucho menos frecuente, es la invención de una suplencia, logro que en muchas ocasiones permite pos-

poner definitivamente el desencadenamiento; naturalmente, cuando estas personas se ponen en tratamiento, resulta de capital importancia el *savoir-faire* del clínico. A diferencia de la compensación imaginaria, la suplencia implica un trabajo significante, esto es, la sustitución del Nombre-del-Padre por otro significante capaz de suplirlo. Durante los últimos años de su enseñanza, Lacan investigó este recurso a partir de la obra del gran escritor irlandés James Joyce, en la actualidad motivo de numerosas investigaciones en el seno de la comunidad analítica. Ciertamente, de los datos autobiográficos contenidos en sus textos, así como de los estudios biográficos –especialmente el de David Ellmann–, se colige que Joyce presentaba todos esos rasgos que un Genil-Perrin hubiera gustosamente calificado de patognomónicos de la paranoia; pero Joyce jamás experimentó una crisis psicótica, cosa que Lacan ha tratado de explicar a partir de los efectos benéficos de su dedicación a la escritura.

Como cabe suponer, el desconocimiento por parte de los clínicos de esta variedad de recursos pone en serias complicaciones el trabajo auto-terapéutico emprendido por nuestros pacientes psicóticos. Cuando se los tiene presentes, por el contrario, las expectativas terapéuticas se multiplican.

A modo de conclusión, finalmente, esta ampliación de la geografía de la psicosis de la que vengo hablando toma en consideración tanto los aspectos psicopatológicos derivados de la articulación de la clínica estructural y la borromea, como esas variedades auto-terapéuticas que el sujeto pone en marcha por su cuenta para reequilibrar el marasmo en el que habita o para impedir que éste se desencadene. Frente a ese tipo de sujetos que la tradición nos pintaba

vagamente como «locos que no lo parecen», es responsabilidad del clínico actual saber emplear esa potente lente escrutadora de los fenómenos elementales psicóticos y ser también capaz de captar cuál es el tipo de estabilización con el que nuestro paciente se ha comprometido.

Luis González Domínguez-Viguera

Caso U.

Se trata de un joven de 26 años de una población de Lugo que ingresa en nuestra Unidad por brote psicótico en julio de 2004. El paciente es fumador, consumidor esporádico de alcohol, habitual de hachís y ocasionalmente de cocaína. Es hijo único y sus padres rondan los 50 años, gozando de una muy buena situación económica. No presenta antecedentes psiquiátricos familiares.

Comenzó a estudiar la carrera de Traducción e Interpretación en la ciudad de Madrid y es allí donde se evidencian claramente los primeros síntomas: llamaba a sus padres por las noches diciendo que oía ruidos, decía que le entraban en el piso y se metían en su ordenador, que le habían cambiado el buzón y que le seguían por la calle. Además decía haber visto a sus padres por televisión. Comienza a ir a un psicólogo y por indicación de éste es ingresado en una clínica privada en el año 2000 en la que tendrá dos ingresos más en 2001 y 2002 con muy mala experiencia subjetiva de los mismos ("allí no iba el juez"). El diagnóstico que dan en dicha clínica es de Psicosis inducida por tóxicos.

Cuando llega a nosotros el paciente se encuentra en el último curso de la carrera pero ya no estudia en Madrid sino en Vigo y va y viene todos los días a la casa de sus padres. Un mes y medio antes del ingreso su padre le había echado de casa tras una discusión a raíz de verle con una pareja del mismo sexo; además había abandonado la medicación. Dos semanas antes del ingreso había ido de viaje con su novio –con el que llevaba pocos meses– a Mallorca para trabajar en un hotel. Es allí en Mallorca donde el

paciente se descompensa y sus padres, tras ser avisados por el novio, van a buscarlo y le traen a casa. Al llegar, el paciente se fuga a Orense ante lo cual, los padres deciden llamar a la Policía Nacional que le acompañará a Urgencias.

Ya en el Servicio de Urgencias de Lugo, donde le hacemos la primera valoración, relata diversas ideas delirantes: que su padre le echaba "algo" en la bebida, que su padre en realidad no es su padre y que el que aparece en la foto de bodas es un chico que vio en Mallorca. Reconoce oír voces pero sólo cuando ve la TV. Una vez ingresado obtenemos nuevos contenidos delirantes: en su estancia en Mallorca se dio cuenta de que su novio le era infiel porque su cuerpo olía a semen; también sospecha que le han violado porque un día se levantó con picor en el ano y lo explica diciendo que debieron hacerlo dándole un somnífero muy fuerte; dice además que no se fía de nadie y que todos sus problemas comenzaron cuando les contó a sus padres que es homosexual. De hecho, refiere que en la Universidad comenzaron a suspenderle por su orientación sexual. Por otra parte, hay que decir que los primeros días de ingreso el paciente presenta una actitud rebelde y sediciosa frente al psiquiatra cuestionando el internamiento en contra de su voluntad; además cuando vienen a verlo sus padres les manda marchar ya que les culpa del ingreso. Pasados pocos días mejora su actitud y trata, ante nuestras preguntas, de evitar los temas delirantes diciendo que ya está todo olvidado y que ya no tiene "ideas raras". Le damos el alta tras 12 días de ingreso y modificamos el diagnóstico previo etiquetándolo de Trastorno Psicótico no especificado.

Diez días después del alta es llevado nuevamente a Urgencias por la Guardia Civil ya que, según refieren los padres, ha abandonado la medicación y se ha escapado a Portugal dos días antes. No parece haber un plan claro en dicha fuga y el paciente lo achaca a que en su casa había "muchas normas". Se procede a su ingreso y cuando le vemos en la Unidad se muestra nuevamente suspicaz, irritable y con tendencia a minimizar lo ocurrido. Cuenta que su padre le estuvo echando medicación en el agua, pues notaba que ésta le daba náuseas, y que aquél quiere tenerlo ingresado para que deje de ser homosexual. Además dice que en su casa le desaparecen CD´s y ropa y que sus padres niegan tener algo que ver. De nuevo en pocos días el paciente hace crítica de esas ideas, así como del consumo de hachís y se le da el alta. El ingreso dura otros 12 días.

Creo que es importante reseñar, antes de seguir, una serie de aspectos constantes, presentes en todos sus ingresos. En primer lugar, hay que decir que en las entrevistas suele mostrarse suspicaz, a la defensiva, reticente a hablar y se observa cierta tensión contenida. Todo ello dificultó el abordaje de aspectos biográficos. Además es frecuente que discuta las normas de la Unidad y critique con frecuencia la Psiquiatría y sus "funciones" ("para drogarme prefiero tomar mis drogas que las tuyas"), todo ello con bastante habilidad, por cierto. De hecho, en todos sus ingresos se muestra muy desconfiado a la hora de tomar la medicación preguntando insistentemente qué se le está dando y tratando en las entrevistas de que se le reduzcan las dosis. En mi opinión presenta, a un tiempo, una actitud de rebeldía, prepotencia y victimismo, mostrándose como un mártir tanto de su padre como de los psiquiatras. Para mí esta actitud

contestataria tendría que ver con su pertenencia a distintas plataformas reivindicativas. En cuanto a los padres –especialmente su madre– también hay una constante en su discurso que es el tema de los "porros" como causa de todos sus males y los de su hijo, de la mala relación familiar, de sus alteraciones de conducta y su trastorno mental. Respecto de los aspectos psicopatológicos nunca llegamos a objetivar trastornos formales del pensamiento ni tampoco síntomas negativos.

Volviendo al caso, pasado un mes desde su segundo ingreso (finales de septiembre de 2004), el paciente acude a Urgencias esta vez, a diferencia de las anteriores, solo y por propia voluntad, como también va a ocurrir desde ese momento en los siguientes ingresos. Allí dice que desde hace dos o tres días está oyendo voces, cree que lo vigilan con una cámara y además se piensa Brad Pitt –el paciente es rubio y de ojos azules–. Asimismo ha consumido marihuana en los últimos días. Solicita ingresar voluntariamente ya que está muy angustiado, aunque esa angustia se mezcla con su habitual desconfianza. En este ingreso, a diferencia de los anteriores, el paciente está triste y lloroso durante los primeros días. Sin embargo, en tres o cuatro días el paciente refiere encontrarse nuevamente bien y dice que lo que le ocurría es que "se me metían ideas en la cabeza como que no me querían, que todo el mundo estaba en mi contra; supongo que era imaginación mía". Se le da el alta tras 8 días de ingreso pautando además de la medicación oral un "depot" debido al mal cumplimiento terapéutico.

No bien pasados seis días desde el alta, acude de nuevo voluntariamente a Urgencias diciendo que ha vuelto a consumir cannabis, que éste le da "claridad de mente"

y se ha dado cuenta de lo que "realmente" ocurre en su casa: sus padres quieren echarlo del domicilio y por eso hacen un ruido como de electricidad que oye al acostarse; también comenta que en los bares a los que va le ponen alcohol de 98º en el tequila. Los primeros días del ingreso rechaza ver a sus padres y a su novio y relata una discusión con aquéllos en la que el padre le amenaza con encerrarlo en una clínica de por vida si no les obedece principalmente en cuanto al consumo de hachís.

Una nueva digresión antes de continuar sobre el papel del novio en la historia. Aunque en un principio era rechazado por los padres, pronto se convierte en un aliado y un apoyo para ellos ya que controla al paciente cuando salen juntos especialmente con respecto al consumo de drogas, teniendo contacto con ellos e informándoles a espaldas del paciente y llegando a tener una muy buena relación con la madre.

Volviendo al ingreso, esos días me habla de su abuela y de que le gustaría irse a vivir con ella. En un par de días acepta otra vez que le vengan a ver y en una de las visitas me llamó la atención que la madre consiente cuando el hijo le plantea la idea de ir a vivir con su abuela, pero luego a solas me comenta que sólo se lo dijo para que se quedara tranquilo. Obviamente, cuando dos días después la madre le dice que realmente no está de acuerdo con que vaya a vivir con la abuela se producirá una nueva discusión entre ambos. Finalmente y tras 15 días de ingreso hablamos con él y los padres conjuntamente y pactamos que vaya a vivir con su pareja a un piso vacío que los padres tienen cerca del domicilio familiar. Tras el alta, dado que en tres meses había ingresado en cuatro ocasiones y el caso nos parecía interesante decidimos seguirlo nosotros ambulatoriamente

una vez al mes. Además comienza por esas fechas (principios de noviembre) a ir a la consulta de un psicoanalista.

Pasan dos meses (Navidades de 2004) y el paciente acude nuevamente a Urgencias. Al parecer se encontraba muy ansioso y tras sesión con su psicoanalista decide acudir al Servicio de Urgencias. Allí manifiesta un episodio de agitación psicomotriz, profiriendo a gritos ideas de suicidio, mostrando agresividad verbal contra el personal y solicitando vehementemente el ingreso. Por consiguiente, el paciente es sedado e ingresado en nuestra Unidad. Ya en ella, al día siguiente, niega fenómenos sensoperceptivos y no se observan contenidos delirantes. Reconoce consumo de cocaína y éxtasis en los últimos días y dice que lo ocurrido fue únicamente una crisis de ansiedad y que se quiere ir de alta porque la relación con sus padres está mucho mejor ya que ellos "han cambiado radicalmente". Al tercer día de ingreso se le da el alta.

Tres semanas después le veo en consulta ambulatoria presentando una actitud oposicionista y rebelde en relación con la toma de medicación y el abandono de tóxicos por lo que decido ingresarlo a pesar de que aparentemente no hay fenómenos productivos. En la analítica constatamos la presencia de cocaína en orina y ya ingresado nos cuenta que ha dejado de ir al psicoanalista y que esta decisión la ha tomado por la actitud de "superhombre" que en él observa y que también nota en todos los psiquiatras que le atienden, así como en su padre. Sin embargo, al mismo tiempo, reconoce que ir al psicoanalista le ha ayudado a tener mayor confianza en si mismo. Como en sus ingresos previos, en pocos días comienza a cambiar hacia una actitud más colaboradora y solicita el alta diciendo que ya se encuentra bien. Por su parte, los padres proponen que acuda a un cen-

tro de día para drogodependientes y vuelva a vivir con ellos ante lo que el paciente manifiesta su acuerdo y tras 16 días se le da el alta del que sería su último ingreso hasta la fecha.

En la siguiente cita, la madre nos comenta que tan sólo fue el primer día al centro de drogodependencias y al día siguiente se negó a volver a ir diciendo "que allí todos estaban muy mal"–como también hacia frecuentemente durante sus ingresos psiquiátricos acerca de los demás pacientes–. Además la madre refiere que sigue consumiendo porros y me pregunta, entre lágrimas, que qué puede hacer con él. Yo le respondo que no aprecio ningún motivo para ingresarlo ya que el paciente está estable psicopatológicamente y toma la medicación, no siendo el consumo de hachís motivo de ingreso. Ante esta respuesta la madre se va muy disgustada y me dice que lo que van a hacer ella y su marido es controlar al paciente a todas horas.

Tres semanas después (marzo de 2005) acude a consulta con su padre –que nunca le había acompañado a las citas, ni se había puesto en contacto con nosotros salvo en el primer ingreso, y al que tampoco recuerdo haberle visto en los distintos ingresos durante el horario de visitas– y sorprendentemente parece que desde la última cita todo ha marchado bien, que ha empezado a ir a la psicóloga del centro de drogas de su localidad y me comentan que hay también un psiquiatra en dicho centro que podría verle para evitar tener que venir hasta Lugo para las consultas. Acuerdo con ellos que si es así se podría suspender mi seguimiento y les pido que me avisen con lo que decidan en cualquier caso. Lo cierto es que desde ese día no vuelvo a tener noticia del paciente ni de su familia. En verano de 2005, me pongo en contacto con la psicóloga del centro

de drogodependencias y me informa que le ha estado viendo regularmente desde el mes de marzo. Ha acudido puntualmente a todas sus citas –cada 15 días–, ha disminuido el consumo de hachís –hecho constatado mediante análisis periódicos– y no se han observado contenidos delirantes desde entonces. De hecho la psicóloga lo considera un caso de psicosis inducida por tóxicos (hachís concretamente). Actualmente está trabajando de conserje en otra localidad en el hotel de un tío suyo con lo cual goza de cierta libertad económica y solamente convive con sus padres los fines de semana. La psicóloga me habla además de la persistencia de la mala relación con sus padres y además de éstos entre sí en relación con el tema de su patología mental, dado que el padre no la asume y achaca todos sus descontroles de conducta a los consumos. De hecho, la relación con él es prácticamente nula.

Sin embargo, poco después hablo nuevamente con dicha psicóloga y me encuentro con que han surgido novedades, a mi juicio, importantes. Al parecer durante el mes de agosto en que la psicóloga se encontraba de vacaciones el paciente ha vuelto a consumir hachís de forma importante y ha dejado a su pareja. Además ha suspendido todas las asignaturas que tenía para septiembre y, dado que se encuentra en últimas convocatorias, es muy posible que no acabe la carrera. Durante su última entrevista el paciente mostró una actitud chulesca y de pitorreo diciendo que no piensa dejar las drogas, por lo que la psicóloga decide suspender su seguimiento por carecer de sentido y remitirle a la Unidad de Salud Mental. Sospecha asimismo que esté nuevamente delirando. Otros datos que me parecieron valiosos tras nuestra conversación son su marcada promiscuidad, especialmente desde que dejó a su pareja, y su acti-

tud esnob, buscando llamar la atención y la provocación. Además el paciente contaba en alguna ocasión, respecto de los ingresos en nuestra Unidad, que había engañado a los psiquiatras fingiendo síntomas para que se le ingresase y el argumento en que fundamentaba esa supuesta búsqueda de ingreso era que sus padres no aceptan su homosexualidad. La situación en casa era insostenible debido al gran descontrol en su comportamiento –por ejemplo el paciente salió un día de fiesta y tardó varios días en aparecer– y pronto volvimos a encontrárnoslo de nuevo ingresado donde un día le conocimos…

Luis León Allúe

¿Una psicosis de vida o una vida de psicosis?

Voy a presentarles, en calidad de residente de psiquiatría de primer año, el primer caso de psicosis que tuve la oportunidad de ver en el C.S.M. en el que realizo la rotación. Lo haré siguiendo de forma aproximada la evolución temporal que, si bien puede en principio hacer el caso algo más difícil de comprender por estar menos organizado, lo considero en primer lugar más ilustrativo y, en segundo lugar, porque la psicosis se caracteriza entre otras cosas por la desorganización interna, la ruptura, la fragmentación. Veremos de este modo el caso tal y como se me fue presentando, así como la evolución de la relación terapéutica y los posibles errores derivados de mi aún reducida experiencia clínica en dicho momento (y en el actual).

Se trata de un paciente varón, de 31 años, al que atendí por primera vez el 13 de octubre de 2004, a los 4 meses y medio de comenzada mi residencia en Psiquiatría. El paciente acude derivado por su M.A.P., en cuyo volante se lee: "Ansiedad, presión precordial, visiones, aislamiento personal, (ansiedad torácica a raíz de una meditación), ensimismamiento en la lectura". En el parte de derivación incluyen el antecedente familiar de un tío paterno psicótico y en la impresión diagnóstica viene reflejada una posible psicosis entre interrogantes.

El paciente se muestra colaborador y dice sentir opresión precordial desde navidades, que él pone en relación con una angustia existencial acerca del origen y destino del alma humana, motivo por el que acudió a 2 consultas de

psiquiatría en el ámbito privado (de las cuáles no obtengo ninguna información en ese momento). Ya de entrada me cuenta también haber sufrido tocamientos a los 7 y 13 años en el colegio por parte de un fraile, tema sobre el que no quiere relatar más por el momento. Reconoce llevar un mes y medio sintiéndose más ansioso, a raíz de una meditación en la que se le reavivó el recuerdo de dichos episodios, pues dice que él ya no los recordaba. Actualmente vive con sus padres; hace 4 años (cuando contaba 27) pensó en consagrar su vida a Dios y estuvo en "cierta congregación" (como él la llama), hasta que pasados seis meses, de forma súbita, llamó por teléfono a sus padres diciendo que le fueran a buscar, que abandonaba la congregación. Sus relaciones sociales son más bien escasas, de hecho prácticamente nulas; se aísla en su habitación meditando y teniendo "imágenes mentales premonitorias" (el paciente me aclara que no son visiones) que él se autoinduce mediante control mental de la región occipital del cerebro. Me sugiere que puede enseñarnos a todo el Equipo de Salud Mental a utilizar de esta forma el cerebro. Tiene algunos conocimientos de psicología, pues ha cursado la diplomatura de Magisterio por educación especial y lee frecuentemente sobre estos temas así como sobre parapsicología , magia blanca y magia negra. La madre dice verlo cada vez más aislado, menos comunicativo, todo el tiempo entregado a sus meditaciones, distraído, y con reacciones extrañas o inapropiadas al momento. Mientras la madre habla, él mira hacia abajo; cuando se excusa, lo hace con risa tímida. Impresiona como posible psicótico. Niega antecedentes personales. Pauto una benzodiacepina y lo cito a la semana siguiente. La madre me pregunta, a parte, qué le pasa a su hijo.

Acude a la segunda entrevista acompañado por los padres diciendo estar más tranquilo. Trae consigo una carpeta (la cuál ha seguido trayendo hasta el día de hoy) porque tiene interés en que vea unas fotocopias que envió a la subdelegación del gobierno. En esas fotografías propone que a los narcotraficantes se les faciliten inversiones en terrenos para que no vendan drogas (el compromiso se deberá firmar con la huella dactilar del dedo gordo del pie, para evitar suplantaciones de identidad; otra de las actividades propuestas para tratar de solucionar el problema del narcotráfico es organizar partidas de mus), tema éste que comentamos sobre el que abundará en posteriores entrevistas y que va ligado al afán que el paciente tiene de hacer el bien a la sociedad, como desarrollaré más adelante. Me cuenta además haber tenido una imagen mental de un hombre y una mujer que se están vistiendo (deduce que tras mantener un coito), y después ve a dichas personas en una reunión de trabajo con otro hombre y una mujer embarazada, que él interpreta como mujer del primer sujeto. Le pregunto más acerca de esto y dice que lo sabrá cuando viva esa situación. Vuelve de nuevo al asunto de la subdelegación del gobierno, y me contesta lo siguiente: Acude el paciente en persona a llevar sus propuestas, y lo recibe otra persona distinta de la habitual. Dice que esa persona, tras sellar los documentos presentados, coge el sello de caucho con un pañuelo y limpia las huellas dactilares; después lo coge de nuevo con el pañuelo y lo esconde en un cajón. Más tarde, el paciente se da cuenta de que dicho individuo es, sin duda, el delegado de gobierno. Al preguntarle yo por si lo conocía o sabía su aspecto físico de antemano, o si había algo que le permitiera identificarlo como tal, responde negativamente, pero insiste en que sabe que era

dicho ciudadano, de quien además sabe por un amigo policía que está relacionado con el ocultismo. Tiene miedo de que esta persona vaya a su casa o lo llame por teléfono, pero no sabe qué podría pasar. (Una vez terminada la entrevista, el paciente me llamará para contarme que acaba de tener una de sus imágenes y que, en el citado suceso, había también un hombre joven. Y añade que el subdelegado debe de andar metido en asuntos sucios). Mi primera impresión acerca de que estoy tratando con un psicótico se ve ahora confirmada con toda esta producción delirante. Es digno de señalar, por ejemplo, que el paciente identifique con "certeza" a una persona, basándose solamente en la convicción propia.

Le pregunto por su estancia en el Seminario, y dice que se marchó de allí porque sabía que no lo aceptaban. Eso lo sabe porque, por ejemplo, tras una conversación, un compañero le daba repetidamente con el hombro, indicándole que saliera; también lo sabe porque tras hablar con otro compañero dentro de una estancia, éste salió delante del paciente sacudiéndose los pies indicando o diciendo "en lenguaje simbólico" que se quería distanciar de dicho contacto. Cuenta que todo esto se lo comentaba a su tutor espiritual, el tutor preguntaba y, tras la explicación, el tutor guardaba un "significativo silencio". Otros compañeros le decían a este respecto: "déjalo, ya estás con tus cosas". Le derivaron a Psicología, donde según cuenta el paciente le pasaron test de personalidad. También comenta que "cierta persona" lo perjudica a la hora de buscar trabajo, y la identifica como el segundo fraile que, según su versión, abusó de él. Dice que la gente de "la congregación" cambió de actitud cuando este personaje se personó allí, y que éste y otro entraban sin permiso en su habitación (aprecia-

mos ideación de perjuicio, es decir, la sensación del psicótico de saberse invadido por otro que goza de él).

Referente a aquellos abusos sexuales recordados, comenta que se lo contó a la psicóloga y que al día siguiente un fraile se le acercó preguntándole si conocía al fraile que el paciente había nombrado, y el paciente lo negó porque quería dejar ese tema. El paciente cuenta que por la calle ve señales "identificativas" que los curas o los masones se hacen entre sí. Conoce dichas señales porque ha leído sobre ellas. Sigue hablando sin parar del control mental, del yoga, y relata una experiencia seudomística de "vacuidad mental" en la que se distanció de su cuerpo y de su mente, percibiendo el entorno pero sin que éste le afectase, y acompañado esto del convencimiento de ser capaz de hacer cuanto se propusiera. Relata que en otra experiencia similar también salió de su cuerpo y fue a parar a una estancia negra en la que percibía otras presencias, entre ellas la de un compañero del Seminario que se encontraba entonces en Roma, con quien se rompió la relación; esto lo asustó y abandonó En este momento me asalta la duda acerca de si el paciente estaba siendo objeto de una alucinación o se debía solamente a una ideación delirante. Después me dice que su hermana también tiene experiencias paranormales (nota "una mano en el hombro" cuando está nerviosa). De hecho, cuando trabajaron en una empresa de telefonía, ambos notaban la "energía estática" que les producía "sobrecarga mental y un calor en las orejas", lo que no sabe si proviene de los auriculares o de su cabeza. Dice que ahí era capaz de conocer en parte los pensamientos e intenciones de los compañeros. Niega que fuera algo relacionado con la telepatía y matiza que notaba las inten-

ciones del comportamiento, como alguna compañera que apretaba sus senos contra su hombro al pasarle cerca.

Reconoce que sus amigos le notan más encerrado en sí mismo que hace 4-5 años. La familia también. Ya no bebe alcohol porque no quiere soltar la lengua como antes; al perder dicho efecto beneficioso, sólo le perjudica a nivel cerebral, como en el trabajo de telefonía. El padre dice que lo ve muy hermético, todo el día en su cuarto con sus meditaciones. Dice que su hijo queda con chicas, pero no pasa de la primera cita. El paciente me cuenta que siendo niño se sentía rechazado por sus compañeros, que era capaz de percibir el rechazo antes de que éste se produjera. No tuvo amigos fijos hasta "la adolescencia", etapa que sitúa en sus 17-18 años. Actualmente queda de forma ocasional con una amiga, y dice de ella que "no para de hablar" y que "es muy pesada". La familia reconoce haber realizado experiencias de espiritismo (la madre concretamente) y conocer experiencias de otras personas; les preocupa como causa de deterioro psíquico. Manifiestan la creencia de que su tío paterno (reside actualmente en un psiquiátrico) "enfermó" debido a que estudiaba demasiado ("se pasó"). El padre reconoce que el paciente puede no estar bien de la cabeza, pero le cuesta asimilarlo al ser de su familia. Mientras el padre habla, el paciente mira al techo algo ausente, con una expresión de felicidad beatífica, o se pone a hablar a la vez con la madre sobre los Evangelios. La madre se muestra poco colaboradora, reacia. Durante la entrevista el paciente sonríe con frecuencia al final de las frases o sin venir aparentemente a cuento. Llegados a este punto, el paciente pone en relación todo con una "experiencia regresiva" que practicó, pues cree que para trabajar con autistas hay que "regresar al momento del bloqueo afectivo". Es ahí donde

surge el recuerdo del abuso. Relata un segundo abuso que no es tan claro, más bien parece una confusa insinuación verbal. Observo que el paciente no cuenta esto con angustia, y dice que sabe que puede parecer extraño lo que cuenta (por ser temas no al alcance de todo el mundo, no habituales). Pauto neuroléptico a dosis bajas y mantengo la benzodiacepina.

Acude a la guardia con sus padres; le ofrezco mi mano para estrecharla a modo de saludo, y se niega argumentando que el dar la mano puede luego influir en el trato con las personas. Vienen los tres bastante alterados: el padre trata de contarme qué ocurre, pero el hijo exige hablar él. Está visiblemente enfadado, le tiembla la mano con la que me tiende el neuroléptico e insiste en que yo lo coja, hasta que me lo guardo en el bolsillo. Dice que le sentó fatal, "como si un corcho se expandiera en el cuello de una botella", habiéndolo tomado solamente una noche; además ha buscado el fármaco en internet y dice que él no tiene esquizofrenia, que esa enfermedad se diagnostica tras varios meses. Los padres dicen que lo ven muy alterado y con comportamientos extraño: lo han encontrado durmiendo en el suelo de su cuarto. El padre relata en este momento que su hermano está en un psiquiátrico por psicosis, y que tiene "miedo de que su hijo..." y se pone a llorar. La madre no quiere hablar pero corrobora que su hijo está muy raro.

Veo al paciente a solas (esta es la tónica habitual: en caso de hablar con los padres lo hago tras la entrevista clínica y con el paciente presente), le pregunto por la congregación y se calma completamente. No quiere mencionar el nombre de la congregación porque dice querer "ponerme a prueba". Cuenta que de vacaciones metió un tenedor de madera en su habitación para que sus padres entendieran

que quería volver a Valladolid (días más tarde contará, en relación a este suceso, que sus padres habían hecho una comida que le escamó especialmente: dice que era una salsa picante, que llevaban mucho tiempo sin hacer, y que por ese motivo no la probó). Se pondrá entonces en evidencia la suspicacia de los psicóticos, eso que llamamos paranoia. Acompañó este gesto de otros como dejar un jersey fuera de la maleta para poner a prueba a sus padres. Cuenta que, finalmente, al hacer el equipaje, su padre estaba muy nervioso y que había tormenta eléctrica. Le pregunto que por qué menciona la tormenta y dice que es para completar el relato. Me cuenta que con el neuroléptico tuvo una imagen mental de un barco: hay un personaje que anda por la cubierta y que va una y otra vez de la silla de ruedas (donde está sentada otra figura) al salvavidas de la embarcación: es el conocido que está en Roma; el de la silla de ruedas "está ahí porque quiere, porque puede andar". Otro personaje cuelga del barco porque ha quedado enganchado al intentar saltar, y el barco es la congregación: va a hundirse por falta de vocaciones (se trata de un dibujo bastante elemental y esquemático; el barco tiene tres ojos de buey, en uno de los cuales figuran las siglas T.N.T.). Como apunte adicional, puede resultar interesante señalarles que el C.S.M. en que trabajo se llama "Casa del Barco".

Cuenta un nuevo recuerdo del que no tenía conocimiento: de pequeño, una amiga presenció un coito entre adultos y ella le invitó a simularlo. Lo pasaron bien, aclara que sin penetración (cree que él tenía entonces unos 6 años) y, al ser sorprendidos por los padres de la niña, fueron reprendidos; la niña decía que le estaba gustando, y la prima de ella decía que también quería. Esto lo cuenta con

la voz ligeramente más aguda y suave, como evocando. El paciente achaca a este suceso la imposibilidad de mantener relaciones con mujeres. Acto seguido pone este hecho en relación con que al comenzar magisterio (empezó a los 24 años, pues había repetido varios cursos), una compañera se le acerca y le dice que lo conoce. Él ahora sabe que era la niña con la que jugó, por lo que procedió a enviarle un mensaje al teléfono móvil que decía: "Rocío [la prima] lo vio todo". No ha obtenido respuesta (al decirlo se encoge de hombros con cara de perplejidad, cosa que hará en lo sucesivo cuando no pueda explicar algo). Ese parece ser, desde mi punto de vista, el momento de desencadenamiento de la psicosis, lo que creo poder confirmar en otras supuestas evocaciones de contenido delirante que irá relatando en lo sucesivo, todas ellas referidas a las mismas fechas; si bien, es justo señalar que el paciente ya presentaba ciertos rasgos premórbidos.

También ha recordado recientemente haber sido objeto de una violación a los 8 años por tres quinceañeros, que le dijeron: "esto es para que no te guste". Él respondió que no le gustaba y le dijeron que "por si acaso". Dice que él le dijo a uno de esos chicos que se pusiera a gritar fingiendo que el paciente le había hecho daño al apretarle los ojos, que el chico lo hizo, le dejaron, y que al día siguiente lo vio por la calle con los ojos vendados.

Hablamos de su miedo al subdelegado del gobierno y responde que ahora recuerda que conoce a la hija de éste pero no responde correctamente a mi pregunta. Este tipo de respuestas o pararrespuestas, no del todo apropiadas, así como insistir en detalles accesorios del relato, persiste a lo largo de toda la entrevista (es la primera vez que esto aparece en consulta). Dice que tanto ejercicio mental podría

hacerle creer como cierto algo que pudiera no serlo (referido al juego con las niñas).

En la siguiente consulta trae consigo el dibujo del citado barco, copias de las cartas escritas al subdelegado, así como un CD con su voz para ejercicios de relajación mental (forma parte de un trabajo realizado por iniciativa propia sobre técnicas de relajación para la prisión de Villanubla, del que no obtiene respuesta). Me vuelve a contar lo del coito simulado, y dice que el verdadero motivo por el que acudió al psiquiatra privado en navidad fue una imagen de que su padre lo mataba con una escopeta de caza, motivo por el cuál insistió a su padre presa de la angustia para que éste entregara el arma a la Guardia Civil. (Más adelante el padre me lo contará, recordando que el hijo estaba muy alterado diciendo "sé que va a ser hoy, sé que va a ser hoy").

Dice el paciente que le agobia la actitud de sus padres, que se muestra desconfiado respecto a ellos (y percibo que respecto a mí también), aunque dice que esto no le preocupa. Los padres lo ven mal, dicen que deja todo colocado al milímetro para ver si le fisgan. El paciente cuenta en la siguiente entrevista que al volver de vacaciones le faltaban unos papeles (cree que pueden haber sido una de sus hermanas y el marido de ésta). La madre se muestra por primera vez colaboradora y reconoce su preocupación. Le pauto otro neuroléptico diferente a dosis bajas. Lo veo en días sucesivos y subo el neuroléptico, hasta que el paciente se niega a tomar mayor cantidad. Ese día cuenta que al llevar a casa en coche a una amiga por el pinar, ella le preguntó que por qué no abusaba de ella (el paciente tomó como una invitación un comentario de la chica referente a que no había nadie por esa zona y un hombre podría apro-

vecharse de una mujer en esas condiciones). Manifiesta acto seguido su convencimiento acerca de que en la empresa de telefonía los trabajadores mantenían orgías entre ellos.

A la semana siguiente coincido en la ventanilla del centro de salud con los padres y me dicen que lo ven algo mejor, que sigue estudiando un poco y que quedó con una amiga. Me relatan lo de la escopeta, y que el psiquiatra privado les dijo que a su hijo no le pasaba nada. Reconocen que lo encuentran raro desde que fue a la congregación, y que les preocupan las lecturas que hace el paciente. La madre admite que ha leído alguno de esos libros, pero que su hijo "les da demasiada importancia". Éste según parece ha quemado a escondidas hace unos días algunos de esos libros en la lumbre, junto con fotos de familia. Están visiblemente preocupados ante la posibilidad de que su hijo padezca la misma enfermedad que el tío (su padre dice que le recuerda a su hermano cuando debutó). Me refieren que el paciente ha empezado a escribir con la mano izquierda.

Acude de nuevo diciendo que nota menos pinchazos en la cabeza (los achaca a la medicación). Trae un folio sobre los miedos, en el que habla de la organización del psiquismo en un yo inferior o pasional y otro superior (sobre este tema organizará muchas de sus conductas y su forma de relacionarse con el entorno). Dice creer que el rodearse de mujeres le puede haber influido en su forma de pensar: miedo a ser utilizado de forma que una mujer se invente la agresión y los amigos de ella lo agredan. Indica a este respecto que las mujeres de la cárcel, cuando van a ser agredidas sexualmente, coquetean con el agresor y desplazan el interés de éste hacia, por ejemplo, una carta de buena conducta, etc. O que si sus hermanas proponen a sus

novios ir a la nieve, es con el propósito de engatusarlos para ir a la nieve.

Tras las navidades pesa 9 Kg. más, de 108 a 117, pero dice que es porque ha comido más por las fechas. Trae cuatro dibujos, entre ellos uno de unas montañas: le contó a "cierta persona" de la congregación (el paciente no dice casi nunca nombres propios) sus cosas, y esa persona impide que le contraten: lo sabe porque ha visto calendarios de la congregación en los lugares de las entrevistas, y porque al mencionar "ciertos nombres" a la gente le cambia la respiración. Otro dibujo es un esquema que titula emisor-receptor: son dos figuras "antropomórficas"; el receptor tiene en la cara una mano que muestra de forma ofensiva el dedo corazón. En el comentario que acompaña al dibujo, el paciente recalca un "nerviosismo" en la escena, "las cosas transmitidas por T.V. son deformadas de la realidad? ¿o son la realidad de las cosas?" "observo bastante agresividad […] es la manera de cómo veo la realidad expresada a través de T.V.". Hace además referencia a la manipulación de la realidad por los medios de comunicación.

Hablamos de la sexualidad: no la vive con temor ni deseo, más bien "con la curiosidad de quien no ha experimentado algo". No es algo que tenga muy en mente. Buscó trabajo en un sex-shop (entre otros lugares), pero ya habían cubierto la plaza. Quiere seguir estudiando y buscando trabajo.

Acude posteriormente diciendo no tomar el tratamiento por no encontrarse bien físicamente (se encontraba acatarrado). Al oírlo los padres, quienes me habían dicho que el paciente tuvo temblores en enero (no tomaba la medicación, aunque en la anterior entrevista me engañó con que

sí), el padre sufre una crisis hístero-ansiosa fuera del despacho.

El paciente me cuenta que escribiendo con la mano izquierda cambia la visión de las cosas y las personas. Está preocupado porque no pasó el psicotécnico de la empresa de telefonía en esta segunda ocasión (me dirige a este respecto una carta solicitando tratamiento y diciendo sentir ansiedad por este asunto), preocupado también porque sus cartas y proyectos no han fraguado con éxito, y porque "cierta persona", a la que no quiere nombrar "para no perjudicarme", le dificulta la consecución de empleo y eso le da miedo (no es la misma persona de las otras veces). Dice que si decía ciertos nombres en las entrevistas, a la gente le cambiaba la respiración, o bien habías calendarios de la congregación en las mesas de los despachos. Tiene poco apetito, se pasa el día tumbado tratando de que los pensamientos no sean mecánicos ni involuntarios, para así poder controlar todo aquello que su mente produzca. Piensa que podría ser zurdo en realidad. Explica que el tratamiento le limpiaba la mente, y que duerme bien. Le pauto de nuevo el mismo tratamiento.

En la siguiente entrevista me trae un dibujo del sistema solar que es como un reloj: el tiempo; y un estudio sobre la "cena postrera" de L. Da Vinci, dando la vuelta al cuadro (como una imagen especular) con el ordenador. Es el primer trabajo que no firma, y quiere publicarlo de forma anónima y ceder los beneficios a Proyecto Hombre. El estudio es una conspiración de todos los integrantes de la cena contra "la figura representada en posición central" (no quiere nombrarlo por "ser inexacto": por ejemplo "cierto personaje de Nazaret, del que dicen que se llamaba Jesús, en realidad se llamaba Jesús Emmanuel", me expli-

ca), y una conclusión algo Nietzscheana sobre la nueva raza y el nuevo hombre. Me pregunta cómo podría publicarlo, por si yo puedo ayudarle a hacerlo o dirigirlo a algún sitio para ese propósito. Añade que todas las figuras están agrupadas de tres en tres, padre-hijo-espíritu santo, y que la Magdalena es la ramera que sirve de alegoría al pueblo de Israel "que ya sabemos cómo son los judíos". Y dice también que Leonardo era masón por las proporciones y la geometría que emplea en sus obras pictóricas. Me pide el dibujo del asteroide y lo rompe por la mitad, pues dice que era referente a la película Armagedon (la vio en televisión pocos días antes de esta consulta), que ahora ya lo sabe y ya no sirve. Al hablar sobre Jesús comenta que en la congregación se referían al paciente como "el hijo del carpintero" (su padre era el carpintero del colegio), tratando de convencerle de que era "el nuevo Mesías". Tenía 25 años cuando se lo acabó creyendo. Hace medio año estuvo una semana pensándose el nuevo Mesías, incluso dice que una compañera de magisterio le dijo por internet que ella era la Virgen, para su perplejidad, y que él era Cristo. Empezó a usar internet enviando *forwards* de contenido moral. Pensaba que su labor era ayudar a los demás (de ahí su tendencia a tratar de arreglar la sociedad, y a realizar de forma altruista trabajos y propuestas). Dice que se puede ser Dios sin poseer la divinidad, que todos llevamos algo de Dios. Se presentó en un convento de monjas como "El Señor" y una monja le dijo que "cómo decía esas cosas", con lo que lo convenció de su error (lo cuenta con esa voz que emplea paral evocar que, sin ser extraña, es ligeramente diferente a la normal). Confiesa que acudió a dicho convento "en condición humana de mendigo" porque venden rosquillas y quería conseguir alguna gratis.

Tras esto se entrevistó con el Señor Arzobispo de Valladolid, notando que mutuamente se veían los pensamientos y las intenciones, tratando de aclararse sobre si él era Dios o no. A este respecto me habla de cierto viaje con cierta intención que ahora mismo no recuerdo (notad que nunca tomo notas con el paciente delante, y que en ocasiones acude a la guardia, creándose un lapso de tiempo hasta que lo transcribo todo que a veces me impide recordarlo todo). Dice el paciente que no me había mencionado el hecho de creerse Dios "porque no lo consideraba relevante". Cree que el Apocalipsis realmente lo escribió Jesús, y que habla de un Apocalipsis personal: los siete sellos son los siete chacras, y el dragón es *kundalini* de la religión hindú. Dice mirar dibujos hindúes que le estimulan el cerebro: se concentra en el entrecejo, donde sitúa la glándula pineal, que es algo así como la llave del cerebro, la llave de las capacidades. Vuelve a narrar su episodio de vacuidad mental que ahora denomina "muerte cerebral", pues dice que tras la muerte se llega a ese estado. Indica que cuando hizo ese viaje y notó la presencia del compañero que está en Roma se asustó y abandonó. Lo noto pobre y ligeramente inadecuado en su expresividad emocional, delirantemente productivo y algo mejor de ánimo. Sugiero aumentar poco a poco el tratamiento antipsicótico y se lo hago saber al padre. La madre se empeña en supervisar la toma de la medicación.

Aquí quiero resaltar mi impresión de que el paciente lleva seis años como mínimo parcialmente integrado con sus ideas delirantes. En el momento en que nos encontrábamos en su historial seguía sin trabajo y sin buscarlo, paseando solo y hablando con su madre (esto suele hacerlo a diario).

En la siguiente entrevista comenta que ha reescrito lo de da Vinci sin utilizar la letra u, pero lo dice de la siguiente manera: "utilizando solo las cuatro primeras vocales". Dice que lo hace como reto personal, como lo de escribir con la mano izquierda (la usa para todo, hasta ha invertido las teclas del ratón del ordenador). A este respecto, comentará en posteriores entrevistas que la letra "ü" se utiliza para hacer burla y que lo descubrió tras pasar a utilizar predominantemente la mano izquierda. Lo pone en relación con que a los bebés se les saca la lengua y eso con los años es burla (y a partir de aquí su discurso descarrila). También dirá que la estimulación del hemisferio derecho le puede aportar nuevas capacidades, como la clarividencia y la precognición (refiere un par de experiencias a este respecto) y que eso puede ayudarle a ser mejor persona y a ayudar a los demás. Dice que cuando trabajaba en la telefonía no tenía las imágenes mentales y que ahora sí las tiene, motivo que cree la causa de no haber pasado el psicotécnico, y a este hecho achaca el desánimo.

Me dice que el efecto Jung de los ordenadores (similar al esquema de emisor-receptor que me trae en dibujo y en teoría a ordenador) le ha influido: sexualidad, ideas... deduce que el gobierno no puede o no quiere trabajar con dicha empresa de teléfonos. Achaca su aplanamiento, desánimo y cambio vital a haber trabajado para dicha empresa. Dice que allí los empleados de seguridad podían solamente entrar en las oficinas cuando un trabajador llamaba por teléfono por ejemplo a su novia. A este respecto voy a citar textualmente unas líneas que escribió referidas a este tema: "soy *sensible* o *perceptible* o *percibo las cosas a niveles finos de ondas*, y las radiaciones electromagnéticas allí existentes, mi cerebro de cierto modo las transfor-

mó en ideas. Pero tales ideas son de las personas trabajadoras en dicha empresa. Si bien han leído anteriores cosas escritas en base al *efecto parapsicológico* comprenderán, entonces, el sentido de todo esto. Considero, entonces: el cerebro es similar a una emisora de ondas, en donde emite-recibe ondas posibles de ser captadas por el encefalograma, así también, de ser enviadas y, en cierto modo, incentivar a otros cerebros más débiles propiciándose al se manejado y, como no, poder alterar el ritmo de segregar por parte de ciertos órganos del sistema cerebral de carácter endocrino, y exocrino". (Esto iría relacionado con el efecto Jung de los ordenadores que mencionábamos antes). Aquí podemos ver fenómenos de inserción y control de pensamiento, lo que nos trae a la memoria el "pequeño automatismo mental" de Clérambault; también cabría destacar lo peculiar de la gramática que emplea en el lenguaje escrito. Además me trae los dibujos hindúes de Reiki y una introducción a los EE de S. Ignacio de Loyola. Subo el tratamiento neuroléptico.

Acude posteriormente diciendo que le aceptaron en un trabajo, pero que lo rechazó por las condiciones laborales. Estudia las oposiciones con poco ahínco. La madre le bajó el tratamiento tras tres días a la dosis anterior por encontrarlo muy aplanado. Él me había asegurado que tomaba la dosis prescrita. La madre lo encuentra mejor y quiere bajarle más la dosis, por lo que le explico la conveniencia de mantenerla. Dice la madre que ya no les cuenta "cosas raras".

Otro día me explica que nos enseñan a escribir con la derecha por la política: se lo dijo su abuela: "escribir con la derecha, como Dios manda". Dice que desde navidades no se masturba, pero lo achaca al control de sus pasiones

con el yoga y no a la medicación. Contesta a este tema (realmente a todos) sin ápice de turbación, como si hablara de cualquier otra cosa no íntima.

Le cambio de neuroléptico porque parece algo aplanado. Me llaman sus padres porque presenta distonía aguda en labio superior. Él se sonríe cuando el labio se le levanta. Había ocultado este efecto a sus padres y no me había llamado, esperando que se le pasara; de hecho se concentra para tratar de controlarlo. Me cuenta que estos días no podía hacer nada, que todo le suponía un gran esfuerzo.

Aduce con dosis inferior a la pautada, que mantengo y añado tratamiento para la distonía, así como hipnótico. Los padres inquieren si no tendrá su hijo depresión y se le está tratando de lo que no es. El paciente es la primera vez que se hace eco de esta pregunta: siempre ha dicho que él se encuentra bien. Explico nuevamente la diferencia entre un estado depresivo y el del paciente, y le digo al paciente que prefiero que me llame él si hay problemas.

Las sucesivas entrevistas han sido intercaladas en el texto precedente con intención de completar en la medida de lo posible el complejo entramado de pensamientos del paciente. Aún así restaría por añadir la convicción del paciente de que la parapsicología puede usarse con fines terapéuticos: por ejemplo, telepatía o "exceso de empatía" para comprender al otro y solucionar sus problemas. El paciente se declara célibe, porque según él el sexo sirve para "aliviar tensiones", "pasar un rato agradable" y "para tener hijos", siendo esto último lo principal para el paciente; él considera bueno no mirar a las mujeres como si fueran objetos. También me explica la posibilidad de emplear la "autohipnosis" como modo de acceder al conocimiento (resumiéndolo mucho, esto consistiría en autoinducirse un

estado hipnótico regulable a voluntad, del que se puede entrar y salir: algo similar a lo que el paciente realizaba para obtener las "imágenes mentales").

Nota final: El paciente me ha ido trayendo diversas cartas dirigidas a mí en las que, si añade algo, lo modifica sobre la anterior y grapa ambas. Muchas están escritas a ordenador, a veces la misma a ordenador y a mano; todo el material firmado. Siempre acude con la carpeta azul, como un día él mismo me dijo, "por si hay que sacar algo"

Conclusión: Siempre he tenido la impresión de que el objetivo de mi paciente era enseñarme, y eso es precisamente lo que ha hecho y sigue haciendo, pero no de la forma en la que él cree, como un día bien apuntó una compañera mía. Me sugirió que él y yo hiciéramos un grupo de terapia, al que denominó "asociación de personas orientadas en sanar personas en riesgo de enfermar". Constantemente se observa que sus actos van dirigidos al bienestar social y de los individuos. Incluso me propuso tirarnos juntos en *puenting* para así vencer su miedo a las alturas. Todos los documentos que prepara para ilustrarme vienen con las citas de los autores, dibujos explicativos a ordenador en ocasiones. La megalomanía, la ruptura aparentemente fechada a los 25 años, el tipo de vida más o menos integrado que ha sido capaz de llevar y la posible paranoia de la madre, son otros elementos dignos de destacar. Es de resaltar que las ideas delirantes de mi paciente, como las de todos, necesitan una base que él fue adquiriendo mediante sus lecturas y también gracias a la tendencia a la parapsicología de la gente de la congregación, mostrando en este punto una gran complicidad con su madre (el pensamiento mágico). Me parece que de haberle bombardeado a preguntas el primer día, en lugar de escucharlo tratando de

comprender el porqué de su delirio y sus vivencias y sentimientos, seguramente ahora mi paciente seguiría enfrentándose solo a esa realidad que se escapa a su comprensión y que le deja semidesnudo ante lo Real, con la única vestimenta de su delirio. Quizás me haya otorgado el papel de secretario del psicótico, permitiéndome así reconducir sus intereses con objeto de facilitar su integración y disminuir de angustia. Considero muy significativo a este respecto que el paciente acuda a consulta para hacerme depositario o receptor de su productividad delirante, y que recurra a mi opinión antes de llevar a cabo cualquier empresa que se haya propuesto. En definitiva, estamos hablando de transferencia.