



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Psicología y Educación
Maestría en Psicología Clínica

Título

“ESTUDIOS Y APROXIMACIONES CLÍNICAS DE LAS PSICOSIS: DE LO CLÁSICO A LO ORDINARIO”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de

Maestro(a) en Psicología Clínica

Presenta

MICHAEL GARCÍA VILLA

Dirigida por:

DR. FERNANDO MANUEL LÓPEZ ESPAÑA MÉNDEZ

Dr. Fernando Manuel López España Méndez

Presidente

Dr. Alejandro Islas Trejo

Secretario

Dra. Araceli Gómez García

Vocal

Mtra. María Guadalupe Méndez López

Suplente

Dr. José Domingo Schievenini Stefanoni

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.

Septiembre, 2024.

México.

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.

RESUMEN

Este trabajo de investigación documental tiene como objetivo hacer un recorrido concienzudo por el concepto de psicosis. Dicho concepto ha sido utilizado por la psiquiatría moderna para nominar una serie de fenómenos subjetivos que siempre representaron cierta extrañeza a los clínicos que los enfrentaron. Las alucinaciones, los delirios y la pérdida de contacto con la realidad le caracterizaron históricamente. ¿Cómo es que dicho concepto pasó a ser utilizado por un campo investigativo distinto de la psiquiatría como es el psicoanálisis?, ¿qué uso específico le dieron Sigmund Freud y Jacques Lacan respectivamente al concepto de psicosis? Dicha interrogante es el eje central del recorrido investigativo realizado. En el curso de esta tesis, se verá cómo ambos psicoanalistas generaron teorías sobre el mecanismo psíquico específico de la psicosis.

Adicionalmente, se abre una pregunta por las condiciones específicas en que el concepto psicosis puede ser usado en la práctica actual del psicoanálisis a partir del sintagma “psicosis ordinarias” acuñado por Jacques-Alain Miller que intenta situar formas de psicosis relativas a las coordenadas subjetivantes del mundo contemporáneo, interpelando los planteamientos teóricos por la clínica de diversos practicantes del psicoanálisis.

Palabras clave: psicoanálisis, psicosis, psicosis ordinaria, goce, locura, Sigmund Freud, Jacques Lacan, Jacques-Alain Miller.

SUMMARY

This documentary research aims to thoroughly explore the concept of psychosis. This concept has been used by modern psychiatry to name a series of subjective phenomena that have always represented a certain strangeness to the clinicians who encountered them. Hallucinations, delusions, and the loss of contact with reality have historically characterized it. How did this concept come to be used by a field distinct from psychiatry, such as psychoanalysis? What specific use did Sigmund Freud and Jacques Lacan, respectively, give to the concept of psychosis? This question is the central focus of the research undertaken. Throughout this thesis, it will be shown how both psychoanalysts developed theories about the specific psychic mechanism of psychosis. Additionally, a question arises about the specific conditions under which the concept of psychosis can be used in the current practice of psychoanalysis, based on the term "ordinary psychoses" coined by Jacques-Alain Miller, which seeks to situate forms of psychosis related to the subjective coordinates of the contemporary world, challenging the theoretical approaches in the clinic of various psychoanalysis practitioners.

Keywords: psychoanalysis, psychosis, ordinary psychosis, jouissance, madness, Sigmund Freud, Jacques Lacan, Jacques-Alain Miller.

DEDICATORIA

Esta tesis está dedicada a mi familia: a mis papás, mis hermanos, mi cuñada, mis sobrinos y al amor de mi vida, Ricardo.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a esta Máxima Casa de Estudios, la Universidad Autónoma de Querétaro, por alojar mi deseo de saber y presentarme tantas oportunidades de crecimiento personal y profesional.

A las autoridades que facilitaron mi paso por la Maestría en Psicología Clínica.

A la Mtra. Betzaved Palacios, por haber recibido esta tesis.

Al Mtro. Fernando España, Director y amigo. Por confiar en mí desde el inicio. Por su insistencia, su paciencia y su impulso a darle salida a la tesis.

Al Dr. Rolando Javier Salinas García, a la Dra. Candi Uribe Pineda y a la Dra. Ana Lorena Dávila Fuentes, por el apoyo para la entrega de este proyecto de investigación.

A mis lectores. Por su impulso constante. Y su paciencia.

A mis profesores y profesoras. Si hoy puedo transmitir el conocimiento, es por ustedes.

A mis colegas, amigos y compañeros de trabajo. Por insistir.

A mis pacientes, por la bondad de compartir sus historias y su confianza en mi trabajo clínico.

A la Nueva Escuela Lacaniana, por permitirme una formación ética.

A mis analistas, especialmente a Alba Alfaro, por escucharme de una manera tan aguda. También a Viviana Berger, quien sostuvo durante muchos años los problemas relativos a la no realización de esta tesis.

A mi familia, por ser fuente inagotable de apoyo y amor. Lo que soy es por y para ustedes. Son mi vida entera.

A Ricardo, mi compañero de vida, por ser la inspiración que es para mí en el crecimiento personal. Por su compañía, su amor y su impulso.

ÍNDICE

i

RESUMEN.....	1
DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTOS.....	3
INTRODUCCIÓN.....	6
CAPÍTULO I. CONSIDERACIONES DESDE LA PSIQUIATRÍA PARA LA COMPRESIÓN DE LA PSICOSIS.....	10
I.I MAGIA, CIENCIA Y RELIGIÓN.....	10
I.II LA PSIQUIATRÍA MODERNA.....	15
I.III. PHILIPPE PINEL.....	15
I.IV. EMILE KRAEPELIN.....	18
I.V GAËTAN GATIAN DE CLÉRAMBAULT.....	21
I.VI. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO “PSICOSIS”.....	24
CAPÍTULO II. LS PSICOSIS EN LA OBRA DE FREUD.....	28
II.I. MANUSCRITO H.....	30
II.II LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA.....	33
II.III. NUEVAS PUNTUALIZACIONES SOBRE LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA.....	34
II.IV. INTRODUCCIÓN AL NARCISISMO.....	35
II.V. SOBRE UN CASO DE PARANOIA DESCRITO AUTOBIOGRÁFICAMENTE (SCHREBER).....	37
II.VI. NEUROSIS Y PSICOSIS.....	41
II.VII. PÉRDIDA DE REALIDAD EN LA NEUROSIS Y LA PSICOSIS.....	43
CAPÍTULO III. LA PSICOSIS EN LA OBRA DE LACAN.....	45
III.I. EL DÉFICIT SIMBÓLICO.....	47
III.II. MÁS ALLÁ DEL PADRE: EL SINHOME.....	54
CAPÍTULO IV. LAS PSICOSIS ORDINARIAS: ENTRE LA MODESTIA Y LA DISCRECIÓN.....	55
IV. I EL SUJETO MODERNO.....	55
IV. II. EL PROYECTO INVESTIGATIVO DE LO NUEVO EN EL PSICOANÁLISIS.....	63
IV.III. LAS PSICOSIS ORDINARIAS.....	66
IV.IV. EL EFECTO RETORNO SOBRE LA PSICOSIS ORDINARIA.....	75
CAPÍTULO V. EL CASO.....	85
V.I. LA LECTURA DEL CASO Y SU CONSTRUCCIÓN DESDE LA ORIENTACIÓN LACANIANA.....	85
CASO “UN CUERPO DE DOLOR”.....	89
CONCLUSIONES.....	93
REFERENCIAS.....	

INTRODUCCIÓN

La locura, entendida como una alteración o desviación comportamental respecto de determinadas convenciones sociales en la relación con uno mismo y con los otros, ha acompañado al hombre desde su origen. Podría decirse que la existencia del hombre mismo es loca. Empero, el abordaje de estas formas de asumir un lugar en el mundo, llamadas locura, no han sido siempre las mismas. Podemos ver, a través de ciertos recortes históricos, que son, sobre todo, tres perspectivas con las que se ha abordado la locura: la mística, la orgánica y la psicológica.

Irwing Sarason y Barbara Sarason (2006), en sus estudios sobre la psicología anormal, sitúan que la pregunta por la conducta inadaptada ha permitido desarrollar distintas teorías que den cuenta de las interrogantes que formula la locura. Una de éstas, que podríamos denominar “mística”, indicaría que todos los fenómenos de la locura se explicarían por la presencia de fuerzas sobrenaturales y la cura estaría localizada en rituales denominados exorcismos; es decir, rituales mediante los cuales la fuerza sobrenatural es expulsada del cuerpo del sufriente. En este conjunto de teorías, místicas, también podríamos ubicar las religiosas que indican que el desvío es causado por fuerzas divinas.

El otro conjunto de teorías, las psicológicas y las orgánicas, sitúan el comportamiento, llamémosle anormal, del lado del ambiente que rodea al loco y del conjunto de funciones anatómicas y fisiológicas de su organismo,

respectivamente. Estas teorías han sido desarrolladas por lo que podríamos considerar con Michel Foucault (1998) como el saber médico. En su libro “Historia de la locura en la época clásica I”, Foucault señala que la locura es una heredera del lugar vacío que dejaron los leprosarios toda vez que se erradicó el padecimiento, pero no el lugar de exclusión moral. Al ser heredera de una enfermedad atendida por los médicos, la locura pasó también a ser un asunto médico.

Esto es: los médicos fueron quienes, con su mirada, dotaron de sentido el sufrimiento de las personas perturbadas. Fueron diversas teorías, diversos planteamientos antes de poder llegar al momento histórico que podríamos denominar moderno con las aportaciones que el campo de la psiquiatría europea realizó; la nosología fue una de las principales aportaciones en este sentido.

De acuerdo con Antonio Torres (2003), el término “nosología” apareció por primera vez en 1743 en el “*Medical Dictionary*” de Robert James, aludiendo a una disciplina encargada de identificar los llamados trastornos mentales derivados de “(...) una síntesis de experiencias patológicas subjetivas (alucinaciones entre otras) y de comportamientos anormales objetivos (amnesias, por ejemplo).”

(Torres, 2003: pág 28)

De este modo, podríamos decir, comenzó el proyecto de psiquiatría moderno, capaz de establecer cuadros diagnósticos cada vez mejor definidos, ofreciendo la posibilidad de tratamientos específicos a cada padecimiento. Fue en el contexto europeo donde se gestaron las mayores aportaciones. Debido a la influencia del dualismo cartesiano al terreno del movimiento psiquiátrico pudo

formularse una primera gran clasificación de trastornos mentales: neurosis y psicosis. De acuerdo con Torres (2003) se trató de un esfuerzo de separar las enfermedades cuya etiología sería nerviosa para el caso de las neurosis y los psiquiátricos, en el caso de las psicosis. Este movimiento fue también importante para el movimiento creciente de la psiquiatría moderna.

Si bien la nominación “psicosis” introducida en 1845 por Ernst von Feuchtersleben no ofrecía de entrada mucha claridad sobre el padecimiento, fue el precedente para pensar en estas formas de enfermedad caracterizadas por la distorsión de la personalidad, así como la construcción de un ambiente ficticio y la incapacidad para la adaptación social. Muchos psiquiatras, tanto alemanes como franceses, se ocuparon de describir diversas formas en que estos padecimientos se presentaban, desde las maníacas a las melancólicas.

Vale decir que no sólo los psiquiatras se vieron concernidos por estas formas denominadas psicóticas. Sigmund Freud, médico vienés considerado “el padre del psicoanálisis”, hizo algunos esfuerzos para comprender el fenómeno psicótico, encontrando un cierto *impasse* no en la teorización sino en el tratamiento de estos enfermos. Sirviéndose del testimonio del jurista alemán Daniel Paul Schreber, quien retrató su padecimiento delirante en el texto “Memorias de un enfermo de nervios”, estableció una compleja teoría sobre el mecanismo paranoico, pero cauteloso de las medidas terapéuticas que el psicoanálisis podría ofrecer a estos pacientes. Jacques Lacan, reconocido psiquiatra francés, de formación psiquiatra, en su denominado “retorno a Freud”,

se encargó de sentar las bases de lo que sería el tratamiento posible de la psicosis desde el psicoanálisis.

Este trabajo de investigación intentará hacerse cargo de esta forma de padecimiento denominada psicosis. Haciendo un recorrido breve por algunas de las formas de pensarlo desde el discurso psiquiátrico y centrando todo el interés en las aportaciones psicoanalíticas de Freud y Lacan, para así establecer de manera contundente, aquello que el psicoanálisis pueda aportar tanto al entendimiento de las formas psicóticas como a su tratamiento. Además de problematizar la propuesta de definición clínica que el psicoanalista francés Jacques Alain Miller realizó en 1998 con el sintagma “psicosis ordinaria” que consiste, *grosso modo*, en una forma de pensar las formas psicóticas con manifestaciones sutiles. Esta problematización se efectuará a la luz de un caso de mi práctica que dará cuenta de la importancia de, en tanto practicante del psicoanálisis, dialogar con la propuesta milleriana ya que, en términos de casuística, constatamos cada vez más mayor incidencia de sujetos psicóticos cuyas manifestaciones no corresponden a las clasificaciones clásicas.

De este modo, al apoyarse tan cabalmente en la propuesta de Jacques-Alain Miller este trabajo de investigación constituye una apuesta por darle lugar a la Orientación Lacaniana¹ como modo de orientar una práctica.

¹ Orientación Lacaniana es un sintagma que entiende que la piedra angular del analista es su formación, Basada en el trípode freudiano que implica el análisis personal, la formación teórica y el control. De este modo, la Orientación Lacaniana, ofrece la experiencia de Escuela, pensada por Lacan, donde privilegia el dispositivo del cartel como forma de investigación en psicoanálisis, aunado a la experiencia del pase.

CAPÍTULO I. CONSIDERACIONES DESDE LA PSIQUIATRÍA PARA LA COMPRENSIÓN DE LA PSICOSIS

El ser humano, en tanto ser hablante, ha intentado a lo largo del tiempo, comprenderse a sí mismo. Para hacerlo, ha recurrido a distintos modelos explicativos que históricamente han marcado épocas en la explicación de los fenómenos humanos. Con relación a lo que podríamos denominar “conducta anormal”, el modelo explicativo que ha ganado mayor aceptación entre los círculos científicos es el de la psiquiatría. Sin embargo, no siempre ha sido así. En lo sucesivo, se realizará un recorrido que intente situar históricamente el lugar de la psiquiatría en la comprensión de los fenómenos psicóticos.

I.1 MAGIA, CIENCIA Y RELIGIÓN

Podría decirse que la historia de la psiquiatría es la historia de la locura desde la perspectiva de la medicina, empero, el modelo médico es de aparición más reciente en torno a la comprensión de los fenómenos de la psicología anormal. Es fácil conjeturar, por las evidencias halladas, que las culturas antiguas disponían de concepciones sobre la locura y, también, de métodos de tratamiento. Se plantea en el título un escenario de tres componentes que no se excluyen entre sí históricamente, sino que coexisten en una especie de continuo. De hecho, se vuelve complicado distinguirlos de inicio. Se habla de la magia, la ciencia y la religión.

En muchas sociedades y civilizaciones antiguas existió la figura del chamán. Se trataba de un mago o religioso que servido de brebajes y rituales realizaba prácticas como, por ejemplo, el exorcismo, que consistían en sesiones espiritistas dirigidas a expulsar del cuerpo del afligido aquello que generaba la locura. Para este tipo de prácticas se sostenía, sobre todo, la creencia en fuerzas sobrenaturales o espíritus malignos como los causantes.

Irving Sarason (2006), indica en su texto sobre la psicología anormal que el hallazgo, por parte de antropólogos, de cráneos antiguos con agujeros que no fueron hechos en ninguna batalla, los hace conjeturar que uno de los métodos utilizados, articulado a la creencia mística, era la trepanación. “En esta técnica se utilizaba una herramienta filosa, como una piedra, para hacer un orificio en el cráneo de dos centímetros de diámetro aproximadamente. En los países del norte de África y el este del Mediterráneo se han encontrado evidencias de que la trepanación se realizaba desde el año 3000 al 2000 a.C. Los estudios de cráneos trepanados sugieren que, a menudo, la operación no era fatal, logro muy importante dada la dificultad del procedimiento.” (pág. 11).

Hasta aquí, podemos ubicar un antecedente tanto de las prácticas farmacológicas y quirúrgicas que hoy día son empleadas para tratar la locura. Y, al mismo tiempo, un escenario donde se comienza a plantear la distancia entre la salud y la enfermedad, que junto con los desarrollos técnicos gestaron la posibilidad de plantear los primeros esfuerzos en que el encuentro con la locura fuese teórico y no sólo pragmático o intuitivo.

De este modo, habríamos de remitirnos a la epistemofilia griega. “En un punto reducido en el tiempo y en el espacio, aparece en gran número de hombres la mentalidad científica, cuyo deseo es conocer las normas que regulan el funcionamiento de la naturaleza.” (González, 1988). Podríamos ubicar aquí, por ejemplo, a Hipócrates de Cos, quien vehementemente rechazó las ideas de influencias espirituales y situó el origen del padecimiento mental en el funcionamiento de los humores del cuerpo. Este conjunto de teorías son la antesala del modelo organicista psiquiátrico, que ponen el acento en el mal funcionamiento orgánico, principalmente del cerebro y el sistema nervioso central como generador de locura.

Este movimiento, digamos, científico, fue propulsor de movimientos de pensamiento como el estoicismo, el epicureísmo y el escepticismo, que, si bien tienen implicaciones más complejas, pueden pensarse como posicionamientos éticos respecto al deseo y al goce. Galeno, por ejemplo, influido por estos movimientos, particularmente por el escepticismo, abrochó en una metodología terapéutica y en ciertas consideraciones teóricas los preceptos en torno a los juicios, la razón y a la verdad que se promovían en la corriente de pensamiento a la que se adscribían sus decires. De modo que, por ejemplo, formula las falsas impresiones de los sentidos, llamadas *Phantasis*, “a las que considera patogenéticas en algunos casos de delirio”. (González de Rivera, 1988: pág. 5).

En personajes como Santo Tomás, por ejemplo, es posible hallar un esfuerzo psicopatológico, que, si bien se asienta sobre la base de los planteamientos de

Platón, sugieren un esfuerzo clasificatorio que será relevante para el curso posterior de la psiquiatría.

Todos estos esfuerzos por comprender e intervenir frente a la locura permitieron, de a poco y con la influencia de otras formas de pensar, iniciar un movimiento, localizado en España, donde se posibilitó el establecimiento progresivo de centros de tratamiento humanitario, donde eran alojados aquellos cuyo diagnóstico indicaba la enfermedad mental tal como se concebía en la época. Todo esto se gestó, en gran medida, “probablemente porque –España– logró una síntesis entre lo mejor de la caridad cristiana y el conocimiento médico-psiquiátrico de Hipócrates y Galeno, preservado por la cercana ciencia árabe.” (González de Rivera, 1988: pág. 6).

En tanto es en el contexto europeo donde se está centrando la reflexión sobre el surgimiento del saber psiquiátrico, después de este auge, vamos a llamarlo, científico, se produjo el momento histórico denominado Edad Media, que supone, como es consabido, el auge de la Iglesia como cosmovisión promovida más ampliamente, lo que implicó una repetición sintomática del paradigma religioso y sobrenatural. En este momento histórico se produce una especie de enlentecimiento de producción científica y, sin embargo, hubo un leve impulso que provocó el nacimiento de la medicina moderna, que podríamos ubicar alrededor de la mitad del siglo XVII con la producción de Thomas Sydenham, quien sentó las bases de la observación clínica que darían lugar al giro de la modernidad.

Dicho giro tuvo que ver, en gran medida, con la volcadura de la mirada del investigador hacia la naturaleza, desapegándose de los métodos deductivos o

especulativos. Esto produjo un gran despliegue teórico. Por ejemplo, con Descartes, Spinoza y Leibnitz, quienes se ocuparon de problematizar el problema del dualismo mente-cuerpo. O, bien, los exponentes del empirismo inglés, que reflexionaron sobre los hechos del hombre y su interrelación con el mundo, como Bacon, Hobbes o Locke. Si bien los aportes para la filosofía y la psicología de los autores mencionados implican un recorrido mucho más extenso y minucioso, nos bastaremos para este trabajo de investigación en colocarlos como exponentes de un momento de desarrollo de la ciencia del comportamiento. La reflexión deberá centrarse en los métodos utilizados para tratar, en esta época, el comportamiento anormal. Es sabido, gracias a investigaciones históricas que la realidad de los llamados inadaptados no era tan lúcida como los desarrollos investigativos. En el Bethlem Hospital, de Londres, los pabellones de los hospicios eran abiertos al público y los enfermos eran exhibidos en una suerte de zoológico.

Lo anterior levantó un movimiento de reforma que implicó la pugna por los denominados “tratamientos morales”. Uno de los exponentes de estos fue Joseph Daquin (1998), quien, en su libro “Filosofía de la locura”, conminaba a otros psiquiatras a que se remitieran a curas de tipo moral; es decir, basadas en baños, caminatas o reposos, por ejemplo. La humanización del tratamiento psiquiátrico fue, en todo caso, no solo una apuesta de trato digno a los enfermos, sino también un punto coyuntural del que se se desprendió un fuerte movimiento al interior de la psiquiatría.

I.II LA PSIQUIATRÍA MODERNA

Podría decirse que desde Hipócrates se ve surgir con toda rigurosidad una psicopatología. De modo que se viene siguiendo una línea desde la concepción clásica sobre las pasiones, las llamadas “enfermedades del alma” y sus formas de abordaje, que toman consistencia con los alienistas del siglo XIX. Para este recorte, situaremos a Emile Kraepelin, Philippe Pinel y Gaëtan Gatian de Clérambault.

El problema que enfrentaron estos psiquiatras fue, sobre todo, la delimitación del terreno patológico y la enfermedad mental como concepto. Tal como lo plantea José María Álvarez (2013), en su libro “Estudios sobre la psicosis”: “Con respecto a la sustancia, esencia o naturaleza de la enfermedad mental, la elección que se plantea implica pronunciarse sobre si la enfermedad mental es una construcción discursiva o un hecho de la naturaleza.” (pág. 60)

Así, en este periodo, es hallable una tendencia hacia la nosología muy estricta y cada vez más compleja en la cual, podemos ver, la psiquiatría contemporánea se ha entrampado al dibujar manuales estadísticos como el DSM. Como dice Roland Barthes (1993) en “La aventura semiológica”: “[...] la configuración sintagmática de los signos médicos, de los signos articulados, remite a un significado. Este significado médico es un lugar, un sitio de cuadro nosológico. El lugar del cuadro nosológico es entonces simplemente un nombre, es la enfermedad como nombre.” (pág. 273).

I.III. PHILIPPE PINEL

Philippe Pinel, conocido por sus trabajos sobre la manía y la melancolía, fue nombrado Médico en Jefe del Hospital de Bicêtre, en 1793. Se sabe que Bicêtre era un lugar de confinamiento, no solo de aquellos afectados por un padecimiento mental, sino que era “un basto pandemonio, lleno de todas las miserias. Aquí ladrón, allá asesino; más allá, los enajenados.” (De la fuente, J.) Así, Pinel inició en Bicêtre este movimiento de desencadenamiento de los alienados; es decir, puso el acento en el tratamiento moral, separando por ejemplo a los enfermos agitados de los dóciles, planteando para cada uno formas de tratamiento específicas. “La costumbre entonces era usar cadenas de fierro y reclusión en una celda estrecha al menor signo de agitación. Esto, escribió, «es un obstáculo para la cura»” (De la Fuente, J.) Hablamos de uno de los principales exponentes del giro de la modernidad de la psiquiatría, puesto que su propuesta metodológica implicaba no sólo acciones específicas en el tratamiento de los alienados, como se ve en lo anteriormente expuesto, sino un verdadero vuelco epistemológico.

Dicho viraje implicó un cambio de mirada del clínico. La locura que, durante siglos fue vista como un asunto relacionado con lo místico, comenzó a reconocerse como un trastorno médico, por lo cual, quienes la padecían debían ser tratados como enfermos por el saber médico.

En su “Tratado médico-filosófico de la enagenación [sic] del alma o manía”, comenta: “La guerra que se encendió entre el galenismo y una falsa química aplicada a la Medicina, excitó muchas dimensiones sin hacer por esto que el entendimiento humano siguiese un método más prudente y seguro, y la enajenación del alma solo dio lugar a débiles complicaciones perdidas, por decirlo

así en los sistemas generales de Medicina llenos de palabras vacías de sentido y del lenguaje estéril de las escuelas.” (Pinel, 1804). Esto es, aunque se produjeron innovaciones técnicas, las explicaciones sobre la enfermedad no había quedado dilucidada. El tratado de Pinel es un esfuerzo por describir detalladamente una patología, en este caso la manía. Tal como lo dice Garrabé: “Para Pinel la alienación mental no consiste en una pérdida total de la razón, una sinrazón absoluta, lo que permite, apoyándose en la parte de razón conservada, el tratamiento moral de la persona.” (Garrabé, J. 2009).

Como se ve, no sólo se trató de un movimiento metodológico, epistemológico, sino también político. En palabras del mismo Garrabé: “Esta revolución medico–filosófica acerca de la locura coincide con la revolución política en que se vota la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789), siendo el primero de ellos la libertad. ¿Como conseguir que los enajenados sean libres? Hay que notar que después de que se votó esta declaración los revolucionarios utilizaron como método de gobierno el Terror, que no da ningún valor a la persona de los enemigos del pueblo. Toda la obra médico–filosófica de Pinel, nombrado médico en el Hospicio de Bicêtre en donde estaban encadenados los locos durante el terror revolucionario, se desarrolla en este contexto político. Pero como vamos a ver, la reflexión sobre la medicina de la persona será, siglo y medio más tarde, la consecuencia de situaciones políticas tan violentas.” (ídem).

Volviendo al Tratado de Pinel, podemos encontrar el modelo del que se viene hablando que sienta las bases para lo posterior: “¿No debe servirnos de modelo y guía en Medicina el curso majestuoso que han comunicado en este siglo a la historia natural el espíritu de observación, un lenguaje aforístico, y los diversos modos de clasificar? ¿y no conocemos la necesidad de adoptar este método cada vez que tenemos que hacer una nueva investigación?” (pág. 49). Parece tratarse de un proyecto de psiquiatría centrada en el enfermo, dado el esfuerzo de “desalienación” y, sin embargo, con un énfasis especial en la enfermedad.

Si bien Pinel pasa a los anuarios de psiquiatría como un héroe liberador de los locos, hay que comprender que se trata de un personaje que fue producto de su época,

I.IV. EMILE KRAEPELIN

Kraepelin, médico alemán, es bien conocido por su pasión clasificatoria. Formado en la escuela organicista y neuropatológica del siglo XIX pudo ser una de las razones del carácter lógico y riguroso que caracterizó, tanto la personalidad como el trabajo de Kraepelin.

Una forma de aproximarse al trabajo de este psiquiatra es haciendo una sutil comparación con el trabajo de Sigmund Freud, en tanto ambos fueron contemporáneos. Freud, como sabemos, se interesó en las formas de estructuración profundas y Kraepelin, por su parte, se rebelaba contra estas ideas. Consideraba que el psicoanálisis era un tratamiento que usaba la narrativa del enfermo y allí, a decir de él, no había oportunidad alguna de construir un saber objetivo que permitiera que la psiquiatría se erigiera como otra disciplina médica.

Sandra Caponi y Ángel Martínez Hernández, (2013), se remiten al trabajo de Freud con Sergei Pankejeff, mejor conocido en la literatura psicoanalítica como “el hombre de los lobos”, puesto que Kraepelin también trabajó con él y la cura fue infructífera. De hecho, dicen, su cura representó para Freud ese desafío adicional. Ambos tenían una metodología antagónica: la de Freud bien orientada por la interpretación; Kraepelin, por su parte, una metodología derivada del saber psiquiátrico, heredada del positivismo biomédico. (Caponi, 2013: pág. 468).

Kraepelin, como se anticipaba, no concordaba con el procedimiento freudiano pues lo consideraba vehiculizado por la empatía y, a decir de él, ésta era un procedimiento inseguro que llevaba a los mayores engaños si se le empleaba en el contexto de la investigación. Si bien Kraepelin sabía que ésta, la empatía, era inexorable al encuentro entre los seres humanos, consideraba que la manera de comprender las enfermedades de modo científico era alejándose de la narrativa del paciente, generadora de engaños y farsas propias del estado patológico.

Esto, podríamos decir, gestó las condiciones para el proyecto nosológico que emprendió Kraepelin. Como dicen Caponi y Martínez-Hernández: “Para que un diagnóstico psiquiátrico pueda ser considerado tan objetivo como un diagnóstico médico referido a una afección respiratoria, por ejemplo, será necesario poder contar con parámetros clasificatorios unificados, o sea, con una nosología de enfermedades psiquiátricas más o menos aceptada por la comunidad científica internacional a partir de la cual se pueda establecer diagnósticos diferenciales. Esa objetividad estaba muy lejos de poder ser alcanzada para la mayor parte de las enfermedades psiquiátricas.” (ídem; pág. 469).

Ahora bien, el modelo clasificatorio que siguió la psiquiatría se mostrará más ampliamente un poco más adelante en este trabajo investigativo; por ahora, nos contentaremos con decir que se trató de un intento por homogeneizar a la psiquiatría con la medicina de la época, recurriendo a sus modos de clasificación: el etiológico y el anatómico-patológico. Empero, ambos fracasaron y fue Kraepelin quien propuso uno distinto. “que la posibilidad de discernir y delimitar las diferentes entidades mórbidas depende de la identificación de rasgos “repetidos” y “característicos” y de la observación de las manifestaciones de la enfermedad.” (ídem: pág 474).

La observación que tanto ponderó Kraepelin se debió, en gran parte, al desafío lingüístico que enfrentó al trabajar en un entorno no germano-partante entre 1886 y 1896, así que sus entrevistas clínicas estuvieron mediadas por un intérprete, lo que evidentemente hizo que la observación adquiriera para él relevancia.

Sobre la observación, decía, tenía que ser diacrónica; esto es, debía determinarse si los síntomas eran manifestaciones episódicas o perduraban en el tiempo. Estos últimos, sostenía, favorecerían el establecimiento de cuadros más precisos. Las consecuencias de estas ideas fueron de gran alcance para la psiquiatría moderna: “La historia de la psiquiatría atribuye a Kraepelin el mérito de haber señalado la importancia de la evolución de la enfermedad mental como auxilio para establecer clasificaciones consistentes.” (ídem: pág 476). Hablando específicamente del modelo de clasificación de Kraepelin, al no encontrar un modelo universal, establece uno mixto: considera el curso de la enfermedad

integrando las observaciones sobre la misma y las explicaciones etiológica y anatómo-patológicas. El padecimiento que sirve de modelo a Kraepelin es la psicosis, pero su interés estuvo en la clara delimitación de la etiología de los diferentes tipos de locura, y aunque sólo se trataba de un proyecto en el horizonte en tanto no se contaban en ese tiempo con las condiciones para establecer una psicología científica.

Queda claro, pues, el esfuerzo de este psiquiatra de no sólo establecer una terapéutica, sino una clasificación consistente de los padecimientos mentales. Y aquí reside, esencialmente, el aporte que él hace al movimiento psiquiátrico.

I.V GAËTAN GATIAN DE CLÉRAMBULT

El último psiquiatra del que nos serviremos en este trabajo de investigación es Gaëtan Gatian de Clérambault, quien además de realizar importantes aportes a la psiquiatría moderna, guarda una relación especial con el psicoanálisis, ya que Lacan, quien fue alumno suyo; adquiere, de hecho, la nominación de su “único maestro en psiquiatría” en sus Escritos. Perteneciente a la corriente mecanicista, el aporte de Clérambault estuvo situado al nivel de la formulación precisa de la psicosis. Obtiene su doctorado en psiquiatría en 1899 y su trabajo clínico, el que parece arrojar más relevancia en su obra, lo ejerce como médico adjunto de una Enfermería especial de los alienados de la Prefectura de la policía parisina.

Si bien es cierto que Clérambault consideraba la etiología orgánica de los padecimientos, también es verdad que dedicó muchos esfuerzos en comprender los comienzos del padecimiento psicótico. “[...]en la erotomanía tanto como en el

automatismo mental, Clérambault busca el *principio generador de la psicosis* fuera de la maldad.” (Dewambrechies-La Sagna, 2013).

Roberto Mazzuca (2012), en su libro “Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis”, establece que la obra de Clérambault podría abordarse en dos tiempos, en relación a lo que planteaba en torno al “Síndrome de automatismo mental”, que supone un intento de insertar los principios de la enfermedad en una figura nosológica, de las que se estaban elaborando en la época; es decir, Clérambault, sus sistemas de observación y de establecimiento de un saber, fueron también producidas por un contexto de enunciación.

Lo que para la psiquiatría clásica fue descrito en términos de alucinación, para Clérambault podía constituir más bien la base del padecimiento psicótico. A este tipo de fenómenos los denominó “fenómenos de automatismo mental”: “[...] según la tesis de Clérambault, los fenómenos de automatismo mental son iniciales y preceden en mucho tiempo a la formación delirante.” (Mazzuca, 2012). De modo que uno de los movimientos iniciales de este autor, implicó romper con lo planteado por psiquiatras de la época como Baillager o Séglas y hacer una distinción entre las alucinaciones y el automatismo mental: “Entiendo por automatismo los fenómenos clásicos: anticipación del pensamiento, enunciación de los actos, impulsiones verbales, tendencias hacia fenómenos psicomotores, ... Los pongo en oposición a las alucinaciones auditivas, es decir, a las voces a la vez objetivadas, individualizadas y temáticas; los opongo también a las alucinaciones psicomotrices caracterizadas; en efecto, estos tipos de voces, las

auditivas y las motrices, son tardías respecto de los fenómenos más arriba mencionados.” (Mazzuca citando a Clérambault, 1924/2012).

Lo que trata de delimitar Clérambault, entonces, es el fenómeno psicótico sutil en su momento inicial. Plantea para éstos, tres rasgos esenciales: son neutros, no son sensoriales y no son temáticos “o, según su término, *anideicos*.” (ídem: pág. 66). Primero, dice, son neutros porque no producen tonalidad afectiva; no sensoriales porque no se trata de fenómenos alucinatorios propiamente dichos; y anideicos en tanto no sigue una sucesión de ideas.

La relevancia de estos postulados radica en la posibilidad de comprender más detalladamente el fenómeno psicótico. De hecho, su trabajo no se circunscribió únicamente a explicar el Síndrome de automatismo mental, sino también en explicar detalladamente, por ejemplo, el delirio erotomaniaco. “[...]Esto lo lleva entonces a una tripartición: delirio de reivindicación; erotomanía; delirio de celos. Para Clérambault, este ternario forma la clase de los delirios pasionales. Reivindica su descubrimiento, lo que no deja de recordarnos un rasgo paranoico...” (Dewambrechies-La Sagna, C. 2013). En ambos trabajos, intenta hacer entidades de pleno derecho, dejando en claro que podrían presentarse en el curso de un padecimiento psicótico, pero también independientes de éste.

Sin embargo, en torno a los fenómenos de automatismo mental, Clérambault los piensa como nucleares del desencadenamiento psicótico: “Tiene como corolario que “una Psicosis Alucinatoria Crónica con Delirio se descompone en dos porciones: un núcleo que es el automatismo, una superestructura que es el delirio”. Clérambault postula entonces que el síndrome de automatismo mental es

la base de las psicosis alucinatorias crónicas (1920): “Es el pedestal que soporta la estatua”. (Ídem: pág. 7)

Esta serie de postulados, además de clínicamente interesantísimos, permiten comprender el movimiento psiquiátrico que ha intentado mostrarse en este trabajo de investigación: desde la reforma que, podríamos decir, encabeza Pinel, con el movimiento de liberación de los locos, hasta este esfuerzo de sistematización de las enfermedades, que representa Kraepelin, pero que continúan otros, entre ellos Clérambault, en quien se ve un esfuerzo por entender y clasificar también lo que deberíamos llamar el detalle clínico.

Hasta aquí vemos cómo se han ido produciendo, cada vez, giros en el movimiento psiquiátrico, que han derivado en concepciones diversas en torno al enfermo y la enfermedad. El movimiento en el que se centrará la reflexión de esta investigación oscila en torno al especial interés que tuvo la enfermedad como nombre. De modo que se pueda rastrear históricamente el origen y la evolución del concepto “psicosis”.

I.VI. ORIGEN Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO “PSICOSIS”

Michel Foucault denuncia en su texto, “El nacimiento de la clínica” que el médico, con su mirada ha fundado las enfermedades; es decir, se le ha conferido al saber médico la capacidad de decidir en torno a las concepciones, las nominaciones y los tratamientos. Esto, evidentemente, también funda un poder del médico sobre los cuerpos, pero no es este el punto de reflexión en esta investigación, sino el proceso a través del cual se estableció el nombre psicosis a este particular modo de estar en el mundo.

Es apoyada en la nosología, comprendida como la disciplina médica que clasifica, diferencia y describe las enfermedades, como la psiquiatría moderna logra fundarse. Una de las primeras clasificaciones apareció bajo el nombre de “neurosis”. Fue William Cullen quien lo introdujo en 1769. “[...] en su obra *Sinopsis Nosologiae Methodicae* y clasificó las enfermedades en cuatro grandes categorías: Fiebres, neurosis, caquexias, trastornos locales.” (Torres, A., 2003). Aparece para nominar una afección general del sistema nervioso. En contrapunto, y respondiendo al dualismo cartesiano, aproximadamente 15 años más tarde, aparece en el texto de Christian Heinroth, “*Lehr- buch der storungen des seelenlebens*”, la nominación “*Psychiaterie*”, que sirve de base para hacer una división tajante entre los padecimientos descritos por Cullen (*soma*), y los llamados “trastornos del alma” (*psyche*) [...] según el pensamiento de Reil (1803)”. (Íbdem, 2003: pág. 28). Fue Ernest Feuchterslebe quien, en este contexto, utilizó por primera vez la nominación “psicosis” en el año 1845. Cabe señalar que el término era sólo diferencial, puesto que no se ofreció en ese momento una clara definición de la enfermedad.

Una vez que aparece la palabra con la que se designa un conjunto de padecimientos, aparecen los primeros intentos descriptivos: “Ban y Ucha Udabe”, en la obra ya citada, hacen mención del hecho de que Fish (1967) en su *Clinical Psychopathology* define a la psicosis como una distorsión total de la personalidad con falta de discernimiento, construcción de ambiente ficticio (a causa de experiencias subjetivas), trastorno extremo de los instintos básicos (incluido el de supervivencia) e incapacidad para una adaptación social razonable.” (Íbdem: pág.

29). Como se ve, en estos esfuerzos primeros por atribuirle características a los padecimientos denominados psicóticos, podríamos decir, sentaron la base de la comprensión futura; empero, en este tiempo inicial, la nominación carecía de criterios claros y específicos.

De aquí en más, la psicosis aparece como un hecho clínico ligado, sobre todo, a la desorganización comportamental y a la pérdida de contacto con la realidad. En la Clasificación Internacional de Enfermedades, por sus siglas CIE, desde 1977, aparece definida como: “trastornos mentales donde el deterioro de la función mental es tal que interfiere extremadamente con el instinto, la capacidad de realizar tareas cotidianas o de mantener contacto adecuado con la realidad”. En otro escenario, el del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), queda caracterizado como un padecimiento donde se presentan, sobre todo y como signo inequívoco, delirios y alucinaciones. Estas definiciones, vale añadir, se han ido constuyendo y no han sido siempre las mismas. Se hace énfasis en los datos generales con el fin de caracterizar el modo en que la psiquiatría ha comprendido el padecimiento psicótico.

Lo anterior, es necesario evidenciarlo, corresponde ya al terreno de la modernidad; sin embargo, cabe resaltar que es el siglo XVIII el que ve florecer el concepto “psicosis” bajo el argumento de distinguirlo, como ya se había mencionado en este trabajo de investigación, de la categoría “neurosis”. Y esto, definitivamente tiene que ver con un cambio paradigmático; es decir, no se marca la emergencia de un padecimiento, sino que el mismo ya existía bajo otras nominaciones y perspectivas. Distintos autores, como Juan José Ipar, sugieren

que mucho tuvo que ver la investigación freudiana en este movimiento, dado que él explicó detalladamente las características de los padecimientos neuróticos. Se habla, esencialmente, entonces, del nacimiento de la psicosis como entidad mórbida.

Un asunto relevante que pone en evidencia Juan José Ipar, pero que no ocupará el total de reflexiones de este trabajo, es cómo el hecho de que la psicosis apareciera como entidad mórbida ha tenido incidencias y consecuencias, incluso, en el aparato mercantil que reina nuestro siglo, el XXI, puesto que al ser considerada enfermedad, es susceptible de medicación: “ser o estar loco ya no es un mal ejemplo, sino una desgracia susceptible de ser integrada a algún sector del mercado.” (Ipar, 2007)

CAPÍTULO II. LA PSICOSIS EN LA OBRA DE FREUD

Sigmund Freud edificó una teoría que permitió comprender la causación inconsciente de los fenómenos patológicos. Dicha teoría fue construida de un modo particular, ya que los conceptos que utilizó para describir la lógica del funcionamiento del inconsciente fueron, a lo largo de su obra, susceptibles de modificaciones debido a los hallazgos clínicos que iba estableciendo. En un texto llamado “Pulsiones y destinos de pulsión”, que pertenece a una serie de textos que se suelen estudiar bajo el nombre de “metapsicología” aparece expresado por Freud el modo que ha seguido, desde los comienzos del psicoanálisis, para edificar su teoría: “El comienzo correcto de la actividad científica consiste más bien en describir fenómenos que luego son agrupados, ordenados e insertados en conexiones. Ya para la descripción misma es inevitable aplicar al material ciertas ideas abstractas que se recogieron de alguna otra parte, no solo de la experiencia nueva. Y más insoslayables todavía son esas ideas los posteriores conceptos básicos de la ciencia- en el ulterior tratamiento del material. Al principio deben comportar cierto grado de indeterminación; no puede pensarse en ceñir con claridad su contenido.” (Freud, 1992: pág. 111).

Si bien esta cita corresponde a un momento avanzado en la obra freudiana, condensa un esfuerzo que, en retrospectiva, se lee desde el inicio. Y este es el modo en que se dialogará con el texto de Freud en este trabajo de investigación: no de modo lineal, sino recuperando de los distintos momentos de su teoría aquello que permita poner al lector sobre la pista de los hallazgos freudianos y sus planteamientos sobre la psicosis.

Se sabe que la interrogante freudiana que lo lanza al establecimiento de un modelo teórico novedoso corresponde a la histeria. Con formación como neurólogo, halló particular interés en dicho padecimiento que presentaba síntomas físicos sin correlato orgánico. Dichas enfermas, particularmente mujeres, en dicha época, finales de 1800, aparecieron bajo la marca de la simulación. No así para todos. Muchos neurólogos y psiquiatras de la época mostraron, del mismo modo que Freud, un interés en torno a dicha forma patológica: Pierre Janet, Jean Martin Charcot, por mencionar algunos.

El genio freudiano consistió no sólo en establecer una teoría que explicaba dicho padecimiento desde la perspectiva del inconsciente. Y aunque no es menester de este proyecto investigativo ocuparse de dicha explicación, se retomará brevemente para poder transitar por la perspectiva de Freud de la psicosis.

Esencialmente, en el comienzo de su enseñanza, Freud plantea la idea de psiquismo que corresponde a un sistema de organización de representaciones que, dependiendo de su contenido será hospedado en una instancia determinada de las tres planteadas como existentes: consciente, preconscious e inconsciente. Dicha operación, la de selección, digamos, está sostenida en el funcionamiento de dicho sistema, basado en el principio de placer, que consiste en mantener un estado de tensión igual a cero. Esto es, el modelo teórico de Freud contempló también las cuestiones energéticas.

Lo anterior, lo llevó a plantear que la emergencia sintomática consistía en un arreglo al interior del psiquismo: “Ya sabemos que los síntomas neuróticos son el

resultado de un conflicto que se libra en torno de una nueva modalidad de la satisfacción pulsional. Las dos fuerzas que se han enemistado vuelven a coincidir en el síntoma; se reconcilian, por así decir, gracias al compromiso de la formación de síntoma.” (Freud, 1991: pág. 326).

También se interesó por otras manifestaciones clínicas, como la neurosis obsesiva, la fobia o, bien, la denominada *dementia precoz* que era el modo en que se llamaba a la esquizofrenia antes de que Bleuler le diera ese nombre en 1909.

Si bien Freud desestimó la eficacia del psicoanálisis como tratamiento de la psicosis, sí estableció desde muy temprano en su obra, vías distintas para comprender el fenómeno. Para ofrecer al lector de este trabajo de investigación una perspectiva organizada de la perspectiva freudiana, se presentará un recorte de textos donde aparecen los diferentes momentos de su conceptualización de la psicosis. Siguiendo a Jacques Lacan en el Seminario 3, ubicamos que, respecto de las psicosis, Freud partió las aguas en el campo de la paranoia y lo que a su entender, debía ser conceptualizado como parafrenia, que corresponde a lo que hoy comprendemos como esquizofrenia. Y aunque no se esforzó por hacer de esto una nosografía, esta tendencia estuvo presente en sus desarrollos teóricos.

II.I MANUSCRITO H

El Manuscrito H, que consiste más específicamente en una de las cartas enviadas por Freud a su entrañable amigo Wilhem Fliess, con quien se sabe, estableció una larga relación epistolar. Esta carta, con fecha del 24 de enero de 1895, se enmarca en lo que se denominan publicaciones prepsicoanalíticas; es

decir, escritos donde Freud establecía los cimientos de lo que sería, posteriormente, su edificio teórico.

Hallamos aquí una aseveración contundente: la denominada representación delirante es homologable a la representación obsesiva en el sentido en que ambas son “consecuencia de unas perturbaciones afectivas” (Freud, S. 1895: pág. 256) y ambas son producto de un proceso psicológico. En su concepción, “la paranoia crónica en su forma clásica es *un modo patológico de la defensa*, como la histeria, la neurosis obsesiva y la confusión alucinatoria. Uno se vuelve paranoico por cosas que no tolera suponiendo que uno posea la predisposición peculiar para ello.” (Íbdem).

Se puede conjeturar acá que sigue el modelo que estaba construyendo para entender el síntoma neurótico: frente a una representación inconciliable a la conciencia, ésta deviene inconsciente, dejando como saldo una formación de compromiso que adquiere el estatuto de sintomática. Siguiendo los planteamientos de la época, a decir de Freud, lo que posibilitaba que estos síntomas se ubicaran de un lado o de otro en la clasificación que él estaba construyendo, es decir, del lado histérico u obsesivo, estaría en la posición subjetiva frente a aquello inconciliable, que, dicho sea de paso, era, según Freud, siempre de carácter sexual: vivido de modo pasivo e insatisfactorio para el modo histérico y vivido de modo activo y satisfactorio para el modo obsesivo. En todos los casos, lo que se asoma como elemento común es el de defensa.

Narra el caso de una joven de 30 años a la que atiende porque se le ha impuesto un delirio de ser notada y de persecución. Lo que dice Freud del caso es

que se trata de una chica que vive con una hermana y un hermano, quienes, entretanto, alquilan una habitación a un joven del que no tienen más que comentarios positivos, hasta que, cierto día, mientras ella hace la habitación, el joven, quien aún está en cama, la llama. Ella acude y lo que hace él es ponerle el pene en la mano. Se lee como efecto de este evento, el desencadenamiento, pues es justo después de eso que se le impone la certeza de la persecución, así como las alusiones de sus vecinas que, según ella, la tratan de pobre porque “se había quedado a vestir santos” esperando al muchacho que, después de esa agresión sexual, se fue. Entonces, dice Freud, esta chica se defiende a través de su delirio: aquello insoportable, intolerable, fue reprimido.

¿Por qué, finalmente, no de esta situación penosa devino un síntoma histérico como en el historial de Elisabeth von R? Sostengamos que también Elisabeth se vio expuesta a una representación sexual y de ahí devino su síntoma corporal, la parálisis de las piernas. ¿En qué condiciones aquello inconciliable al yo no se inerva en el cuerpo ni se liga a otra representación inofensiva, sino que retorna desde el exterior? Freud explica que es por efecto de un mecanismo específico denominado proyección. Así, la paranoia “tiene, por tanto, el propósito de defenderse de una representación inconciliable para el yo proyectando al mundo exterior el sumario de la causa que la representación misma establece.”

De este modo, el abuso de la proyección, como forma defensiva, constituye el modelo a partir del cual Freud explica los fenómenos delirantes, que ejemplifica con otros casos. Uno de los casos considerados paradigmático es el de Schreber,

enunciado líneas arriba, donde Freud sostiene en gran medida este planteamiento sobre la proyección.

II.II LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

En este texto de 1894, anterior al manuscrito recién trabajado, Freud establece con toda seriedad casos donde el síntoma aparece como modo defensivo frente a representaciones de índole sexual. Lo interesante de estos casos es que no sólo son casos que considerarían la hipótesis clínica de la histeria, sino de neurosis obsesiva y fobia.

Dicha defensa: "(...) frente a la representación inconciliable acontecía mediante el divorcio entre ella y su afecto. Pero la representación si bien debilitada y aislada *{isolieren}*, permanecía dentro de la conciencia." (Freud, 1992: pág. 59). Aquí se ve, Freud está describiendo el fenómeno defensivo neurótico. Al referirse al psicótico, introduce una modalidad defensiva, dice, tanto más enérgica como exitosa.

El yo, según Freud, (1992): "desestima *{verwwerfen}* la representación insoportable junto con su afecto y se comporta como si la representación nunca hubiera comparecido. *Sólo que en el momento en que se ha conseguido esto, la persona se encuentra en una psicosis que no admite otra clasificación que «confusión alucinatoria»*".

El mecanismo de defensa queda, por lo tanto, con relación a cómo el yo "(...)" se arranca de la representación insoportable, pero se entrama de manera inseparable con un fragmento de la realidad objetiva, y en tanto el yo lleva a cabo

esta operación, se desase también, total o parcialmente, de la realidad objetiva.”
(Freud, 1992: pág. 60).

El recorrido que va realizando Freud es un esfuerzo temprano por sentar las bases de la comprensión del fenómeno psicótico, basado en cómo se comporta el yo frente a las representaciones inconciliables de índole sexual.

II.III NUEVAS PUNTUALIZACIONES SOBRE LAS NEUROPSICOSIS DE DEFENSA

En este texto de 1896, Freud prosigue por la misma línea de los anteriormente trabajados. Están en una línea de pensamiento que sigue la hipótesis de que los fenómenos histéricos, obsesivos y psicóticos siguen la lógica de la defensa del yo. Desde luego, plantea para cada uno especificidades. Para efectos de este trabajo, nos circunscribiremos a los establecidos para la paranoia.

Sus contribuciones en este campo son realizadas a partir del trabajo con una paciente. El caso es sobre la Señora P. Una mujer de 32 años, casada y con un hijo. A los seis meses del nacimiento de su hijo, comenzó a experimentar un cambio respecto de su situación de vida. Comenta Freud que se tornó “huraña y desconfiada”. Estas ideas se incrementaron progresivamente en intensidad: “(...) decía que tenían algo en contra de ella, aunque no vislumbraba qué pudiera ser.”
(Freud, 1991: pág. 176).

En lo sucesivo, Freud se encarga de ofrecer los detalles del caso. Sobre todo, para situar aquellos que den cuenta de la etiología de sus ideaciones delirantes. Éstas remiten a una situación de desazón entre su marido y su hermano. Éste

último guardaba para ella un valor especial, sin embargo, esto quedaba velado por el efecto de la represión. De esto solo extrajo un enunciado de la cuñada que le retornó bajo la forma del reproche.

La pista que ofrece Freud para diferenciar el mecanismo de la paranoia de las otras formas clínicas exploradas reside en la operación entre el yo y el retorno de lo reprimido: el yo producía una desfiguración sobre las representaciones que las tornaba irreconocibles.

Si bien se decanta que la represión es el núcleo del mecanismo psíquico y que actúa sobre representaciones de índole sexual, particularmente en la paranoia: “(...) el reproche es reprimido por un camino que se puede designar como *proyección*, puesto que se erige el síntoma defensivo de la *desconfianza hacia otros*; con ello se le quita reconocimiento al reproche, y, como compensación de esto, falta luego protección contra los reproches que retornan dentro de las ideas delirantes”. (Freud, 1991: pág. 183).

Hasta aquí vemos que Freud prosigue una línea coherente en torno a los mecanismos de formación de síntomas, incluso cuando es un momento temprano en sus investigaciones. En lo sucesivo, veremos las aportaciones teóricas que hay que seguir en sus textos para tener una comprensión más detallada de los fenómenos psicóticos. 37

II. IV. INTRODUCCIÓN AL NARCISISMO

Si bien este texto no es precisamente continuo en relación con los anteriores dado que hay más de 15 años de distancia, es importante revisar las

aportaciones de Sigmund Freud en este texto que son cruciales para la reflexión en torno a las psicosis.

La hipótesis que sigue Freud en este texto y que aporta relevancia para su lectura es que el narcisismo en sí mismo no es una perturbación, pero que éste aparece ligado a diferentes afecciones, entre ellas, la esquizofrenia, de la que da detalles.

No sin antes plantear que el narcisismo también forma parte del cuadro neurótico. El funcionamiento del narcisismo en esta forma clínica lo retoma de Jung a partir de su concepto “introversión” de la libido. Dicho concepto da cuenta de cómo en los cuadros neuróticos hay una cierta cancelación del vínculo con las personas y las cosas, pero estos vínculos son sustituidos en el mundo imaginario a través de las fantasías. Esto implica una cierta renuncia a conseguir satisfacciones a través de los objetos reales y sustituir éstas, las satisfacciones, por la fantasía, como se indicaba.

Sin embargo, en los casos de psicosis, ¿cómo funciona lo anterior? A decir de Freud, la libido es, de entrada, sustraída del mundo exterior y es toda conducida al yo. En este sentido, el delirio, específicamente el de grandeza, correspondería a un estado ya preexistente de narcisismo.

Igual sabemos que Freud trabaja el narcisismo para producir una teoría de la libido, sin embargo, estos planteamientos son clave, puesto que le permitieron leer, por ejemplo, el caso del presidente Schreber que se trabajará más adelante, al tiempo que permiten sostener porqué Freud no pensó, desde esta perspectiva, un tratamiento posible para la psicosis.

II.V SOBRE UN CASO DE PARANOIA DESCRITO AUTOBIOGRÁFICAMENTE (SCHREBER)

Es en el texto "*Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*", donde Freud (1911/1991) hace un análisis meticuloso del texto que estableció el ya mencionado Dr. Schreber, donde describió los pormenores del delirio paranoico del que sostuvo en algún momento su existencia. La finalidad de este escrito es dar cuenta del funcionamiento psíquico en la paranoia.

Schreber fue un jurista alemán cuyo padecimiento comenzó, "a consecuencia de un exceso de esfuerzo mental." (Freud, 1910: pág.13) El primer padecimiento, un acceso hipocondriaco fue bien librado tras el internamiento en una clínica durante seis meses, con Flechsig como médico responsable. Aproximadamente nueve años después de esto, es nombrado presidente del Superior Tribunal de Sajonia, experiencia que lo hace producir sueños donde la enfermedad se le vuelve a producir. Más adelante, un periodo de insomnio agudo que desemboca en una imposición que se le pone en un estado de duermevela: lo maravilloso que sería encarnar a una mujer en el momento del acoplamiento. A partir de esto, la eclosión delirante. Se trataba de un sistema de creencias donde él era llamado a redimir el mundo "y devolverle su perdida bienaventuranza" (Ídem: pág. 17) volviéndose mujer, por pedido divino, y procrear con Dios mismo una nueva raza. Si se sostiene el planteamiento inicial sobre la proyección como defensa, ¿de qué se defiende Schreber con su delirio?

Freud considera que de un deseo homosexual: “Diríamos que el carácter paranoico reside en que para defenderse de una fantasía de deseo homosexual se reacciona, precisamente, con un delirio de persecución de esa clase. Tanto más sustantivo es que la experiencia nos alerta para atribuir a la fantasía de deseo homosexual, justamente, un círculo más íntimo, quizá constante, con la forma de la enfermedad. Desconfiando de mi propia experiencia, en los últimos años indagué con mis amigos C.G. Jung de Zurich y S. Ferenczi de Budapest, una serie de casos de patología paranoide observados por ellos, en relación con este punto. Los historiales clínicos que poseíamos como material de indagación eran tanto de hombres como de mujeres, de diferentes razas, profesiones y rangos sociales, y vimos con sorpresa cuán nítidamente se discernía en todos ellos, en el centro del conflicto patológico, la defensa frente al deseo homosexual, y cómo todos habían fracasado en dominar la homosexualidad reforzada desde lo inconsciente.” (pág.55).

De este modo, Freud centra su atención en la homosexualidad, con la finalidad de esclarecer cómo ésta puede ser ocasión del advenimiento de un delirio. Destaca una pieza del historial clínico: la relación de Schreber con su primer médico, Flechsig.

Explicando lo anterior, dentro del apartado III del texto, denominado “*Acerca del mecanismo paranoico*”, Freud (1911/1991) construye una especie de secuencia lógica por la que atraviesa la libido, desde el autoerotismo hasta el amor de objeto. Introduce el término “*Narzissmus*”, con el que da cuenta de una síntesis de pulsiones sexuales cuya actividad es autoerótica; dicha noción tiene un

uso universal, pues designa un primer momento de actividad, previa a la elección de objeto. “[...] para ganar un objeto de amor se toma primero a sí mismo, a su cuerpo propio, antes de pasar de este a la elección de objeto en una persona ajena.” (pág. 56). En la elección de objeto, los genitales, a decir de Freud, tienen un papel importante; es justamente la búsqueda de genitales similares lo que llevaría a una persona a una elección de objeto heterosexual, vale decir, no sin haber atravesado un estadio homosexual, es decir, autoerótico. En este sentido, la homosexualidad sería una prolongación de ese camino, autoerótico, donde se elige un objeto con genitales parecidos a los propios. Empero, el hecho de que un individuo haya tenido una elección de objeto heterosexual, no quiere decir que se produzca una cancelación de las mociones homosexuales; éstas sólo se reconducen a metas desligadas de lo sexual. “[...] Se conjugan entonces con sectores de las pulsiones yoicas para construir con ellas, como componentes «apuntalados» las pulsiones sociales y se gestan así la contribución del erotismo a la amistad, la camaradería, el sentido comunitario y el amor universal por la humanidad.” (pág. 57).

En relación con la “fijación”, de la que se habló en líneas anteriores, Freud (1911/1991) formula que: “cada estadio de desarrollo de la psicosexualidad ofrece una posibilidad de «fijación» y, así, un lugar de predisposición”. En algunas personas, esta fijación estaría signada tempranamente y, así, determinado un modo de tramitación libidinal que podría ser heterosexual, por nominar el modo más convencional. Dicha fijación podría seguir un decurso sin vicisitudes o, bien, podría enfrentarse a ciertas contingencias, que Freud denomina “frustraciones”,

que desharían cualquier forma de satisfacción libidinal objetal, llevando a la persona a experimentar una “regresión” de la libido a estadios arcaicos, podríamos decir narcisistas o autoeróticos.

Podríamos conjeturar con lo anterior que hay algo determinante en el encuentro con el otro en torno a la forma de tramitación libidinal. Esta experiencia singular, el modo en que se produzca y se signifique, determinará en cierta medida, la posición de una persona frente a lo sexual. Así también, hace pensar que tanto la homosexualidad, como la heterosexualidad, constituyen en Freud, además de modos singulares de tramitación libidinal, modos de respuesta subjetivos frente a lo enigmático del encuentro con lo sexual. Con lo sexual del otro. El avance de libido homosexual, según Freud, “fue entonces el ocasionamiento de esta afección; es probable que desde el comienzo mismo su objeto fuera el médico Flechsig, y de la revuelta contra esa moción libidinosa produjese el conflicto del cual se engendraron los fenómenos patológicos.”

Ahora bien, ¿cómo es que, de estas mociones de libido homosexual, desestimadas, adviene una formación delirante? Por efecto de la proyección, que funciona, según Freud, específicamente así en las formas paranoicas. Según Freud: “El mecanismo de la formación de síntoma en la paranoia exige que la percepción interna, el sentimiento sea sustituido por una percepción de afuera. Así la frase «pues yo lo odio se muda, por *proyección*, en esta otra: «Él me odia (me persigue), lo cual me justificará después para odiarlo”. Entonces, el sentimiento inconsciente que pulsiona aparece como consecuente de una percepción exterior: «Yo no lo *amo* – pues yo lo *odio* – porque ÉL ME

PERSIGUE».” (Íbdem: pág. 59). Vemos, pues, que aquello que cae bajo los efectos de la represión, en la paranoia, “adviene a la conciencia su contenido, luego de experimentar cierta desfiguración, como una percepción de afuera”. (Freud, S. 1910: pág. 61).

Así, vemos en Freud configurarse un primer acercamiento al padecimiento paranoico, que le permite establecer las coordenadas para pensar la etiología de éste, así como sentar las bases teóricas que permitan situar la diferencia sustancial entre el mecanismo de formación del síntoma y el mecanismo de formación del delirio. Posteriormente encontraremos en Freud otras coordenadas, las que conciernen a la relación del yo con la realidad.

Seguiremos sobre la cuestión de las psicosis en textos donde la investigación en Freud ya se encuentra más avanzada.

II.VI. NEUROSIS Y PSICOSIS

Habríamos de ubicar que este texto corresponde a 1925. Esto es, se trata de un texto posterior al establecimiento de la denominada “segunda tópica freudiana”, que implica una redefinición de los hechos clínicos por él estudiados, donde la estructura triádica yo, ello, superyó, ocupa de lleno el campo de sus investigaciones.

En este texto, Freud establece la diferencia entre la neurosis y la psicosis, ya no basado en un esquema en torno a la defensa, sino más bien, en correlación con el comportamiento del yo con las otras instancias y el mundo exterior.

Ofrece, de entrada, la hipótesis que conducirá sus reflexiones: “*La neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el*

desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior.” (Freud, 1992: pág. 155).

Es visible cómo Freud prosigue por su entendimiento sobre la neurosis para intentar dar cuenta del fenómeno psicótico. Según su planteamiento, en las neurosis el yo, bajo los influjos del superyó y del mundo exterior, entra en conflicto con el ello. Bajo este modelo, lee la *Amentia* de Theodor Meynert. Dicho padecimiento implica, *grosso modo*, un cerebro agotado y la desagregación de la organización asociativa del sujeto. En este caso específico, plantea Freud (1992), “el yo se crea, soberanamente, un nuevo mundo exterior e interior, y hay dos hechos indudables: que este nuevo mundo se edifica en el sentido de las mociones de deseo del ello, y que el motivo de esta ruptura con el mundo exterior fue una grave frustración {denegación} de un deseo por parte de la realidad, una frustración que pareció insoportable.” (pp. 156-157).

Utiliza un esquema similar para explicar la esquizofrenia y la paranoia; en la esquizofrenia, propone, el rompimiento con el mundo exterior es total; en la paranoia, la formación delirante sería ubicada como un parche ahí donde se produjo un rompimiento con el mundo exterior.

Este modelo es coherente con lo que formulaba en los textos tempranos trabajados líneas anteriores, donde planteaba la defensa del yo a través del desconocimiento de una cierta representación. El aspecto de cómo se resuelve en el psiquismo este problema del yo con la realidad, lo resuelve en el texto que a continuación trabajaremos.

II.VII. PÉRDIDA DE REALIDAD EN LA NEUROSIS Y LA PSICOSIS

Hay un importante apunte de Sigmund Freud en este texto: no es posible resolver el problema de la pérdida de realidad dividiendo las aguas, reservando para la neurosis la preservación del vínculo con la realidad, admitiendo que, en la psicosis, éste, el vínculo con la realidad queda perdido.

El modelo planteado para la neurosis implica que en ésta “(...) se evita, al modo de una huida, un fragmento de la realidad (...) la neurosis no desmiente la realidad, se limita a no querer saber nada de ella;” (Freud, 1992: pág. 195). Para el caso de las psicosis, en cambio, “(...) a la huida inicial sigue una fase activa de reconstrucción (...) la psicosis la desmiente -la realidad- y procura sustituirla.” (Ídem).

El fenómeno clínico que caracterizaría esta hipótesis sería la alucinación, pero no exclusivamente. En ella, se haría una reconstrucción con los “sedimentos psíquicos de los vínculos que hasta entonces se mantuvieron con ella, o sea en las huellas mnémicas, las representaciones y los juicios que se habían obtenido de ella hasta el momento y por los cuales era subrogada en el interior de la vida anímica.” (Freud, 1992: pág. 195).

Este hallazgo es fundamental para la comprensión de la psicosis dado que aporta la idea de que los fenómenos a ella asociados, las alucinaciones y los delirios, por ejemplo, desde la perspectiva freudiana, hacen una reconstrucción allí donde se presenta un conflicto entre las instancias; empero, lo hacen con el material preexistente. De este modo, explorar dichos fenómenos del mismo modo

que se exploran los fenómenos neuróticos, dará luz sobre la etiología del conflicto sobre el que se montó esta particular forma de relación con la realidad.

Vemos hasta aquí una serie de recortes de la obra freudiana que permiten situar de maneras complejas, vías de comprensión, abordaje e investigación de las psicosis. Si bien Freud admitió el trabajo analítico no era compatible con estas formas, sentó claramente las bases para que en la investigación posterior halláramos luz sobre los conceptos que podían operativizarse en esta clínica particular.

El genio freudiano es ineludible y, de hecho, los desarrollos del psicoanalista francés Jacques Lacan, recuperaron cabalmente los trabajos de Freud sobre el presidente Schreber, lo que le permitió formular su teoría sobre la psicosis, basada en la operación del significante Nombre del Padre. En el capítulo siguiente, se explorarán las aportaciones, tanto teóricas como metodológicas del Lacan, lo que permitirá avanzar a la cuestión de las psicosis no clásicas, denominadas ordinarias.

CAPÍTULO III. LA PSICOSIS EN LA OBRA DE LACAN

El psicoanálisis preservó su existencia después de Freud gracias a las preguntas que la clínica le fue presentando a sus practicantes. De este modo, por ejemplo, Melanie Klein pudo formular la posibilidad del trabajo analítico con niños, dado que era lo que había en su práctica. Sus esfuerzos consistieron en reformular la técnica y extraer los efectos de enseñanza de esa experiencia para generar reflexiones epistémicas que derivaron en contribuciones al campo del saber psicoanalítico.

Tal fue el caso del psicoanalista francés Jacques Lacan. Sus esfuerzos por releer a Freud a la luz de los planteamientos de la Lingüística de Ferdinand de Saussure, la Antropología Estructural de Levi Strauss, la filosofía y las matemáticas, por ejemplo, le valieron el reconocimiento en su época, dado que reinventó el dispositivo analítico y si bien hubo quien criticó su estilo de trabajo, también sus enseñanzas generaron resonancias, no solo en Francia, sino también en otros países europeos e incluso en América.

Lacan se formó como médico psiquiatra y fue en el encuentro con una paciente en su servicio en el Hospital de *Sainte-Anne*, hospital psiquiátrico en París, donde sus primeras teorizaciones en torno al psicoanálisis se hicieron presentes. Dicha paciente fue Marguerite Pantaine, que pasaría a los anales del psicoanálisis por el seudónimo que le acuñó el mismo Lacan: "Aimée".

Su tesis doctoral implicó un recorrido intensivo por comprender el padecimiento de dicha mujer, que sufrió durante mucho tiempo debido a tendencias persecutorias que aparecieron temprano en su vida. Vida marcada por

la desdicha desde su origen, pues se sabe que recibió el nombre de su hermana mayor fallecida, quien pereció en un penoso accidente donde su vestido fue alcanzado por las chispas de la chimenea.

Según el historial clínico presentado por Lacan (2012), Aimée llegó a la clínica después de haber perpetrado un atentado homicida. Tomada por sus interpretaciones delirantes, arremetió en contra de una actriz famosa de la época, a quien no conocía, pero aseveraba era víctima de sus provocaciones y amenazas. Es conocido que Lacan mostró un interés particular por su paciente. Según Elisabeth Roudinesco (2000), en su libro “Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento”, incluso Lacan estaría un poco absorto con el caso, debido a que se obstinó en que el mismo confirmara su hipótesis investigativa.

La misma implicaba que en la estructura de la personalidad de Aimée había mecanismos prevalentes autopunitivos, mismos que intenta explicar a la luz del planteamiento freudiano sobre la libido. Al ser este un primer acercamiento de Lacan a la cuestión de la psicosis desde el psicoanálisis no será considerado su planteamiento como teórico, sino más bien, como anecdótico para situar el interés de nuestro autor por el psicoanálisis y por definir desde este campo del saber algo que, hasta el momento, desde su perspectiva, solo había sido descripto.

Tiempo después, tras su formación en el ámbito filosófico y con interacciones con la Asociación Psicoanalítica Internacional, por sus siglas en inglés IPA, como parte de la tercera generación de psicoanalistas franceses, presentó su trabajo sobre “El estadio del espejo” que implica, digamos, una puerta

de entrada a la transmisión del psicoanálisis. De este modo, Lacan en 1953, comenzó a dictar un seminario en el Hospital de *Sainte-Anne*. Más tarde, tras su expulsión de la IPA, fueron dictados en la Escuela Normal Superior de París.

Lacan tuvo tanto seguidores como detractores, sin embargo, sus aportes epistémicos y clínicos son de gran relevancia para la comprensión y la cura de las psicosis.

En lo sucesivo, se efectuará un corte que mostrará su teoría sobre las psicosis siguiendo dos giros epistémicos: el primero, conocido por la importancia que Lacan le dio a lo simbólico, será el que propone a la altura de su seminario sobre Las psicosis. En el mismo, aparece una tendencia que denominaremos “deficitaria”, ya que entiende que la psicosis corresponde a la no inscripción del significante Nombre del Padre. En éste, el paradigma de la psicosis es Schreber; el segundo giro, es el de la incidencia de lo real, que encontraríamos en su enseñanza alrededor de los años setenta. En cambio, en éste, el paradigma de la psicosis es James Joyce. Se mostrará en lo sucesivo estos dos giros que no se excluyen entre sí para tener una perspectiva más o menos amplia de los planteamientos de Lacan con relación a la psicosis.

III.I. EL DÉFICIT SIMBÓLICO

En su seminario “Las psicosis”, Lacan (2009) propone abordar tanto cuestiones epistémicas como clínicas; es decir, en lo concerniente a la teoría y al tratamiento posible de estas afecciones. Lo primero es delimitar el campo psiquiátrico frente al psicoanalítico. Plantea Lacan, la psiquiatría se ha encargado de comprender la psicosis. Así, el sentido de la práctica psiquiátrica ha sido, al

final, la comprensión. Aquí Lacan introduce una analogía un tanto simpática para mostrar cómo en el mundo de las cosas, las cosas no tienen un lugar a priori que sea susceptible de comprensión, lo hace en torno a un niño y una bofetada: "(...) Cuando le dan una bofetada a un niño, ¡pues bien!, llora, eso se comprende; sin que nadie reflexione que no es obligatorio que lllore. Me acuerdo del muchachito que, cuando recibía una bofetada pregunta: *¿Es una caricia o una cachetada?*" Si se le decía que era una cachetada, lloraba, formaba parte de las convenciones, de la regla del momento, y si era una caricia, estaba encantado. Por cierto, esto no agota el asunto. Cuando se recibe una bofetada, hay muchas maneras de responder a ella además de llorar, se puede devolverla, ofrecer también la otra mejilla, también se puede decir: *Golpea, pero escucha.*" (Lacan, 2009: pp. 15-16).

Dado que la comprensión implicaría el cierre de cualquier sentido posible, Lacan encuentra que, en el psicoanálisis, al captarse las anomalías y las paradojas del comportamiento humano, existe la posibilidad de leer antes de comprender. En sus palabras: "Sí, hay por parte de Freud una verdadera genialidad que nada debe a penetración intuitiva alguna: es la genialidad del lingüista que ve aparecer varias veces en un texto el mismo signo, parte de la idea de que debe querer decir algo y logra restablecer el uso de todos los signos de esa lengua." (Lacan, 2007: pág. 21).

Lo anterior implica que Lacan ve en la lectura que Freud hace de Schreber un desciframiento de la lengua que el jurista sajón habla. A decir de nuestro autor, "el sujeto psicótico ignora la lengua que habla" (Lacan, 2007: pág. 23). Lo que va a plantear aquí Lacan es fundamental: si a partir de la lectura que Freud hace del

texto de Schreber en tanto lengua extranjera, y si esa lengua es extranjera para el propio sujeto, ¿puede admitirse que habría de existir una especie de afirmación primordial de la lengua que falte a estos sujetos?

Lacan lo expone: “(...) hay que admitir, detrás del proceso de verbalización una *Bejahung* primordial, una admisión en el sentido de lo simbólico que puede a su vez faltar.” (Lacan, 2007: pág. 23).

La hipótesis de trabajo que se desprende de lo anterior es que, para Lacan, el sujeto psicótico no admite o rehúsa el acceso a la amenaza de castración. Pero una cosa es que la haya admitido y la rehúsa y otra diferente que para el sujeto no tenga lugar. Si la admite y la rehúsa, diríamos queda bajo el imperio de la represión y del retorno de lo reprimido, que entiende como una operación doble de la misma cosa. Pero, si no se admite y, por lo tanto, no cae bajo el imperio de la represión, ¿cómo opera en la estructura?

Retoma el vocablo alemán *Verwerfung* para nombrar esta operación de no admisión. Ahora bien, eso que se rehúsa en el orden simbólico, dice “reaparece en lo real”.

En la clase del 7 de diciembre de 1955, Lacan da seguimiento a esta cuestión, afinándola. Retomemos para esto el planteamiento freudiano de la pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis. En dicho texto, recordémoslo, Freud planteaba que, en el neurótico, el vínculo con la realidad era un tanto más estable que en la psicosis, dado que, en ésta, la defensa del yo implica rearticularla para hacerla soportable. En este sentido, Lacan plantea que para el sujeto psicótico hay un agujero “(...) una falla, un punto de ruptura en la estructura

del mundo exterior, está colmado por la pieza agregada que es el fantasma psicótico.” (Lacan, 2007: pág. 71). Dado que ha planteado que el mundo simbólico sea de entrada admitido y en el psicótico aparece una falla en este nivel. Esto sería compensado, por proyección con los fenómenos psicóticos. Particularmente la alucinación. La misma es pensada como un retorno en lo real de lo no admitido en lo simbólico.

Esta propuesta plantea incidencias en cómo se piensa la relación del sujeto psicótico con el Otro. Lacan lo establece en el párrafo siguiente: “En la verdadera palabra, el Otro, es aquello ante lo cual se hacen reconocer. Pero sólo pueden hacerse reconocer por él porque está de antemano reconocido. Debe estar reconocido para que puedan hacerse reconocer.” (Lacan, 2007: pág. 78).

Esto alcanza a mostrar que el sujeto no puede atribuirle al Otro aquello que le viene a través de la alucinación porque ha faltado para éste la pieza que le permite admitir que el Otro es Otro.

En este sucinto recorrido hemos situado cómo para Lacan el campo de las psicosis es comprensible en este momento de su enseñanza partiendo de la idea de que el mundo simbólico, el del lenguaje y la palabra, presenta una falla de origen, en la no admisión de un elemento que da lugar a los demás. Sabemos que ese elemento es un significante: el Nombre del Padre. ¿En qué consiste el déficit de este elemento y cuál es su operación precisa en la estructura?

Las respuestas puntuales a estos planteamientos las encontramos en el Seminario 5 “Las formaciones del inconsciente”. Aquí Lacan va a tratar de situar las cuestiones de estructura ligadas a la comprensión de la psicosis. Lo decimos

de este modo porque para explicar la operación del Nombre del Padre se remite a la estructura edípica, que da pie a pensar en que las figuras en las que se encarnan las funciones tanto paterna como materna tienen algo que ver en la estructuración o el desencadenamiento de la psicosis.

Hecha esta precisión, veremos a continuación la formulación de Lacan sobre el significante y sus consecuencias para la edificación de una teoría sobre las psicosis.

Como es sabido, Lacan retoma problematizaciones hechas por diversos pensadores sobre los aspectos que va a trabajar. Para la clase del 5 de enero de 1958, retoma los trabajos de Gregory Bateson, antropólogo inglés, sobre el “doble vínculo”, que implica una serie de mensajes contradictorios proferidos por cualquiera de los padres a un hijo de manera reiterada. Según Bateson, esto permitiría formular una teoría sobre el origen de la esquizofrenia.

Lacan los retoma para situar que, si el problema está localizado a nivel del mensaje y su significación, aún no se ha considerado lo que el significante tiene de constituyente para el sujeto. Este es el pretexto para introducir a la cuestión que yo formularía en tono de pregunta: “De entre las palabras, ha de haber una que funde la palabra como acto en el sujeto.” (Lacan, 2010: pág. 149). No olvidemos que le seguimos la pista a aquello que funda lo simbólico para el sujeto.

Esta palabra que falta sería lo que Lacan denominaría el Nombre del Padre. Vale añadir que, para Lacan, el Nombre del Padre es la operación del padre en lo simbólico, de nuevo, más allá del padre de la biografía del sujeto. Esto es, el símbolo del padre, que es la ley.

Recordemos que Lacan criticaba de la psiquiatría su operación comprensiva. Este posicionamiento radical de primacía del significante es una consecuencia de ello. Si sólo se atendiese al significado, habría un circuito de comprensión cerrado; en cambio, la perspectiva del significante ofrece siempre la posibilidad de una lectura, antes que la comprensión.

Ahora bien, este significante que falta a la cadena es un significante, dice Lacan, esencial. ¿Por qué? Su falta sería el elemento que da lugar a la estructura psicótica. Como se comentó líneas anteriores, el Nombre del Padre es la operación del padre en el registro simbólico. Así que, la operación que plantea Lacan de inscripción o no de este significante ha de pensarse en el registro de lo simbólico. En esta estructura, la relación primaria del niño con la madre introduce una incógnita, que Lacan representa con la función algebraica x . Esto quiere decir que, para el niño, las idas y las vueltas de la madre significan algo. Para el niño, significan que a ella le falta algo que no encuentra en él y por ello lo sale a buscar. Eso que falta a la madre, el significado de sus “ires y venires” es el falo.

Lacan arguye que este momento del edificio subjetivo, correspondería al registro imaginario, ya que solo imaginariamente el niño puede ser lo que falta a la madre. En la estructura edípica hace falta la intervención del elemento que ordene los arreglos imaginarios entre el niño y la madre. Apelando a la operación metafórica del significante, el Nombre del Padre, podríamos decir, es una metáfora: viene al lugar de otro significante, el del deseo de la madre.

En este sentido, Lacan (2010), dice: “Sabemos que la función del padre, el Nombre del Padre, está vinculada con la interdicción del incesto, pero a nadie se

le ha ocurrido nunca poner en primer plano en el complejo de castración el hecho de que el padre promulgue efectivamente la ley de interdicción del incesto.” (pág. 193).

La pregunta que surge a continuación es: ¿cómo este proceso descrito en las líneas anteriores sería la ocasión de la estructura psicótica? La respuesta la buscaremos en el Lacan de los Escritos. En su texto “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”. En el mismo, aparece Lacan retomando su fórmula edípica de la sustitución significante del deseo materno por el Nombre del Padre.

Así pues, este significante que ordena el edificio imaginario y le da consistencia al simbólico, podría estar forcluido, esto es: no admitido: “En el punto donde, ya veremos cómo, es llamado el Nombre-del-Padre, puede pues responder en el Otro un puro y simple agujero, el cual por la carencia del efecto metafórico provocará un agujero correspondiente en el lugar de la significación fálica.”

(Lacan, 2009: pág. 534).

En el caso del presidente Schreber podemos observar cómo quizás el punto donde fue convocada la economía fálica del deseo y frente a la cual no se pudo responder debido a este déficit del significante primordial Nombre del Padre, fue el momento en que, siendo todavía joven, fue conminado a ocupar una función muy elevada.

Lacan, en otro texto, “La significación del falo”, lo precisa: “Es sabido que el complejo de castración tiene una función de nudo: (...) 2º. en una regulación del desarrollo que da su *ratio* a este primer papel: a saber, la instalación del sujeto de

una posición inconsciente sin la cual no podrá identificarse con el tipo ideal de sexo, ni siquiera responder con grandes vicisitudes a las necesidades de su *partenaire* en la relación sexual ¡, e incluso acoger con justeza las del niño que es procreado en ellas.” (Lacan, 2009: pág. 653).

Lo que muestra la cita anterior es que el llamado complejo de castración, que también implica la operación del falo como simbólico, como soporte de la falta. Si no hay significante que ordene esta estructura, ésta, la significación del falo faltará, lo que producirá consecuentemente, una dificultad del sujeto para situarse en el mundo simbólico. Que es exactamente lo que estamos tratando de mostrar en esta perspectiva deficitaria que Lacan propone para la comprensión de la psicosis.

En suma, podemos ver en este recorte de textos lacanianos cómo el psicoanalista francés se esfuerza por mostrar vías comprensivas de las psicosis apoyado en su relectura de Freud. Esta perspectiva no se echa por tierra toda vez que Lacan avanza, sino que nos permite comprender lo posterior. El problema con esta orientación, la de la primacía de lo simbólico, es que fija al sujeto de la psicosis como carente de algo. Lo que genera definiciones imprecisas y perspectivas de tratamiento que probablemente quieran compensar dicho déficit.

III.II. MÁS ALLÁ DEL PADRE: EL SINTHOME

Como se estableció al inicio de este capítulo, la revisión de la psicosis en la obra de Lacan involucraría dos giros: el primero, fue ya expuesto; ahora bien, el segundo, implica dar un salto grande en los textos lacanianos, ya que estamos a la altura de su última enseñanza, la de los años setenta, caracterizada por sus

estudios sobre lo real. Seguramente los 20 años de diferencia entre una propuesta teórica y otra les dieron consistencia a los planteamientos, en este caso, sobre la psicosis, pero también hubo giros de tuerca respecto algunos conceptos.

Situaremos dichos giros, consistencias e inconsistencias a partir de sus trabajos en el Seminario 23, "El *sinthome*". Además, se situará cómo este trabajo presenta sus consecuencias para la comprensión de las psicosis.

En este seminario Lacan trabajará alrededor del concepto *sinthome*, recién introducido, que trabajaremos en lo sucesivo, y que implica una novedad: es un elemento con relación al ternario Imaginario-Real-Simbólico: un cuarto redondele que permite mantener estable dicha estructura.

Este elemento es leído a partir del encuentro con la obra de James Joyce. Joyce fue un escritor irlandés cuya vida estuvo caracterizada por la desdicha. Se sabe que su obra no fue valorada en su tiempo; antes al contrario, hubo mucho rechazo a sus escritos, particularmente a la que hoy podríamos considerar su texto más notable: "Ulises", que fue considerada como una obra inmoral y pornográfica. Joyce no fue se analizó nunca. Todo lo que Lacan dirá sobre él, lo hará a partir de la revisión de sus datos biográficos y de la revisión de su obra.

Lo que dice Lacan sobre la obra de Joyce es que, para éste, tuvo una función lógica: la de *sinthome*; es decir, mantuvo estabilizada de una cierta manera las interacciones entre los redondeles Real-Imaginario y Simbólico.

Lo anterior tiene, al menos, dos consecuencias teóricas: la estructura borreomea que había propuesto con anterioridad, es una estructura fallada. Lo

que la mantiene unida sería este cuarto redondel del que hablamos y constituiría el soporte del sujeto.

A continuación, se realizará un recorrido por la biografía de Joyce, trabajada por Lacan, que permita ubicar cuáles fueron las condiciones de bajo las cuales construyó un sistema de estabilización basado en su arte.

A decir de Lacan, Joyce tuvo un ingreso complicado a la vida: “Nacido en Dublín, con un padre borracho y más o menos feniano, es decir, fanático, de dos familias porque las cosas se presentan así para todos cuando se es hijo de dos familias y uno se cree macho porque tiene un pitito. Naturalmente, discúlpenme la expresión, hace falta más. Pero como él tenía el pito algo flojo, si puede decirse así, su arte suplió su firmeza fálica.” (Lacan, 2006: pág. 15).

Nos serviremos del trabajo de Juan Fernando Pérez², “Lacan y el comienzo de Joyce en la vida” para conducir las reflexiones sobre los enunciados lacanianos. Precisa Pérez (2009), el *sinthome* no es sublimación. Y, por supuesto, es equiparable de entrada si pensamos que la creación artística ha sido objeto de reflexiones en torno al saber-hacer con la pulsión. En este caso, comenta: “(...) el concepto de *sinthome* es, y conviene subrayarlo, un efecto y a la vez un desarrollo de la teoría de la psicosis en Lacan”. (Pérez, 2009). Si bien, el planteamiento anterior de Lacan, insistimos, basado en la forclusión del Nombre del Padre, Joyce le permite a Lacan seguir pensando la psicosis a partir del concepto agujero, que no es nuevo, sin embargo, en esta vuelta. “adquiere un sentido renovado.” (Íbidem).

² Psicoanalista AME de la Nueva Escuela Lacaniana y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

Lo novedoso sería la forma en que Lacan piensa que el sujeto psicótico “se las arregla” con ese agujero. ¿Cómo pensar esto con relación a Joyce?

Retomemos: Lacan sostiene que el ingreso a la vida de Joyce es difícil debido al goce del padre en el alcohol. Y no sólo eso, sino es un padre “indigno, un padre carente, ese al que en todo el *Ulysses* se pondrá a buscar bajo formas en las que no encuentra en ningún nivel.” (Lacan, 2006: pág. 67). Comenta, además, que en su obra se lee cómo Joyce se encuentra arraigado al padre, mientras reniega de él.

El alcoholismo del padre causaba estragos en toda la dinámica de su familia, porque solía atribuir a los demás el hecho de que él bebiese. Los biógrafos señalan una anécdota específica: la madre de James Joyce, recién se reponía de la muerte de un recién nacido, cuando fue estrangulada por el esposo estando muy borracho. James atinó a saltar encima del padre. Y, recordemos, no solo era borracho, sino también fanático. Articulación compleja en las biografías de personas que han convivido con personajes con estas modalidades de disfrute.

Pérez (2009), recorta otros elementos en torno al padre: tanto la madre como la familia de ésta, eran blanco de burlas del padre de Joyce. El padre despreciaba a los Murray, apellido de la familia materna. De hecho, el padre promueve una mudanza a un barrio más sofisticado para evitar el encuentro con éstos. Richard Ellman, (2018), biógrafo de Joyce, dice: “Sus parientes aparecen bajo ligeros disfraces. En general todos aquellos que llevan el nombre de Joyce aparecen ventajosamente sobre todos aquellos que llevan el apellido de Murray (...) Con ello Joyce demuestra los mismos prejuicios que su padre (...)”. (pág. 27).

El asunto paradójico es que no renunció del todo a los Murray, pues preservaba también los vínculos con éstos.

Esta complicación, sitúa que desde temprano, Joyce experimentó una “vacilación subjetiva precoz y muy profunda (...)” (Pérez, 2007). Vemos que dicha vacilación fue, además, sostenida en una posición “desfalicizada”. La cuestión del “pitito” remite a sus planteamientos del Seminario 20 “Aún”, donde plantea que el órgano no define al hombre o a la mujer, sino que ello “se encuentra en la manera de habitar el lenguaje.” (Lacan, 2008: pág. 97). El mismo Pérez, dice: “Que no sea suficiente con tener un pene para disponer de una garantía fálica, lo muestran reconocimientos múltiples, inclusive la misma cobardía a la que alude Lacan allí (...)”. (Pérez, 2009).

Así, la función del *sinthome*, comenta Pérez (2009), impone una suplencia frente a ese “semblante fálico «algo cobarde» como el de Joyce.”. La idea, entonces, es que, frente a la falla del nudo, que produce una caída en el semblante fálico, aparece la escritura de Joyce como garante del falo del que se halla desprovisto.

El giro ubicado en James Joyce permite situar cómo Lacan sale de la cuestión deficitaria de los años cincuenta, puesto que el acento no está puesto acá en aquello que falta a la estructura, sino la invención que el sujeto logra hacer, incluso por fuera del dispositivo analítico para resarcir la falla.

El Nombre del Padre aquí, en este momento de su enseñanza, sería una forma, convencional quizás, más no la única, de darle consistencia a la estructura. En el texto lacaniano encontramos: “Digo que hay que suponer tetrádico lo que

hace lazo borromeo (...) que, en suma, el padre es un síntoma, o un *sinthome*, como ustedes quieran”. (Lacan, 2006: pág. 20). Es a partir de este momento que se habla de la pluralización de los Nombres del Padre, ya que la constitución del sujeto, se entiende, no depende de la presencia del significante paterno, sino que hay sujetos que encuentran la misma a partir de diversos puntos.

En su conferencia “Joyce el síntoma”, misma donde Lacan establece que Joyce es un desabonado del inconsciente, dado que anda en el lenguaje, pero no hace un uso de éste, señala, y es contundente: “No es lo mismo el padre como nombre que como aquel que nombra. El padre es ese cuarto elemento –recuerdo aquí algo que solo puede ser considerado por una parte de mis oyentes–, este cuarto elemento sin el cual nada es posible en el nudo de lo simbólico, lo imaginario y lo real. Pero hay otra manera de llamarlo. Así, lo que atañe al Nombre del Padre, en la medida en que Joyce testimonia sobre él, hoy lo recubro con lo que conviene llamar el *sinthome*”. (Lacan, 2006: pág. 165).

Vemos insistentemente en este sucinto recorrido el giro de tuerca que hace posible, no sólo repensar el tema de las psicosis, sino pensar también las formas contemporáneas de articulación subjetivas dado que ya no implica una clínica que va a la búsqueda del elemento forclusivo para admitir la psicosis, sino que considera la existencia de posiciones subjetivas como las que intentaremos mostrar en el siguiente capítulo, correspondiente a las denominadas “Psicosis ordinarias”. Formas menos schreberianas y más joycianas de articularse al mundo.

CAPÍTULO IV. LAS PSICOSIS ORDINARIAS: ENTRE LA MODESTIA Y LA DISCRECIÓN

IV. I EL SUJETO MODERNO

Distintas lecturas del mundo contemporáneo, incluidas las filosóficas, apuntan a que las relaciones económicas o, bien, los modos de producción de la sociedad actual, provocan incidencias directas en el modo en que nos articulamos en tanto sujetos. Elegiré al filósofo francés Dany-Robert Dofour para intentar situar desde su perspectiva, la hipótesis de la mutación de las sociedades y los sujetos en relación con la época moderna.

En su libro “El arte de reducir cabezas”, Dofour (2007) establece que: “También la condición subjetiva está sometida a la historicidad y probablemente hayamos cruzado, en ese sentido, un cabo importante al cual las grandes instituciones (políticas, educativas, de salud física y mental, de justicia, etc.) son particularmente sensibles.” (pág. 32). ¿Cuáles serían para el autor las sensibilidades visibles en los sujetos de esta época? Indica que los signos de dicha transformación “están afectando las formas del ser-uno-mismo y del estar-juntos” (ídem).

Dofour denuncia una serie de variaciones en la época moderna, respecto a lo que podríamos denominar clásico: “(...) llegamos a una época que ha presenciado la disolución, la desaparición incluso, de las fuerzas sobre las cuales se apoyaba la «modernidad clásica». A ese primer rasgo del fin de las grandes ideologías dominantes y los grandes relatos soteriológicos se ha agregado, paralelamente y para completar el cuadro, la desaparición de las vanguardias y

luego otros elementos significativos tales como: los progresos de la democracia y, con ella, el desarrollo del individualismo, la disminución del rol del Estado, la preeminencia progresiva de la mercancía por sobre cualquier otra consideración, el reinado del dinero, la transformación en la cultura en las modas sucesivas, la masificación de los modos de vida que se da en simultáneo con la individuación y la exhibición de la apariencia, el aplanamiento de la historia en virtud de la inmediatez de los eventos y la instantaneidad de la información, el importante lugar que ocupan tecnologías muy poderosas y con frecuencia incontroladas, la prolongación de la expectativa de vida y la demanda insaciable de una perpetua salud plena, la desinstitucionalización de la familia, las interrogantes múltiples sobre la identidad sexual, las interrogaciones sobre la identidad humana (...) la evitación del conflicto y el desinterés progresivo por lo político, la transformación del derecho en un procedimiento jurídico, la propagación pública del espacio privado, la privatización del dominio público, etc.” (pág. 33).

Este párrafo muestra que el sujeto moderno, si podemos llamarlo así, está expuesto a una serie de transiciones, incluso radicales algunas de ellas. En su libro “Locura y democracia”, Dofour (2002), que toma la forma de sátira de la modernidad, expone una de las consecuencias posibles de las nuevas formas discursivas propias de esta época: lo Unario. No es menester de este trabajo investigativo hacer una revisión exhaustiva de la propuesta del autor en este sentido, sino aproximarnos desde el campo filosófico a lo nuevo, para después reflexionar desde el psicoanálisis, qué consecuencias epistémicas, clínicas y políticas hemos de advertir.

Lo Unario para Dofour, diríamos, implica una forma de nombrar la autoreferencia. Si hay algo inconsistente en esta época, la moderna, son, como veíamos líneas más arriba, los discursos y los procesos de simbolización que de estos se desprenden. Si el discurso es inconsistente y autoreferencial, probablemente también lo sean los procesos de simbolización. A este respecto, Dofour señala: "(...) ahora la neurosis ya no es el precio que hay que pagar para ingresar a la simbolización en el escrutinio de este pozo sin fondo, ahora es la psicosis. Si fuera necesario precisar más, diría que hace un siglo la psicosis era la excepción y la neurosis la norma; hoy esta tendencia está en proceso de revertirse, la psicosis tiende a ser la norma". (pág. 130). Sin embargo, la forma de psicosis que plantea el autor es un tipo específico: "Sí, se trata de eso: hay que sostener al mismo tiempo las dos posibilidades y afirmar que vivimos en una sociedad de psicóticos que, esencialmente ya no deliran. (...) no se trata de un caso de psicosis patológica, sino de un caso ordinario, incluso totalmente ordinario; un caso en el que la avería es sólo simbólica. Es una *psicosis fría*." (Ídem, págs.148, 160)

Desde luego, lo anterior es una perspectiva filosófica, sin embargo, plantea un punto de interés para esta investigación: la prevalencia de la psicosis en nuestra época. Así como en la época victoriana de la Europa que Freud habitó le permitió muy seguramente encontrarse y reflexionar sobre el síntoma neurótico, parece que nuestra época nos permite vislumbrar y reflexionar sobre otras manifestaciones clínicas basadas en la pérdida de sentido, la vacuidad y el

desarraigo que no son tan deslumbrantes como el caso del jurista Schreber, mencionado en el capítulo sobre Freud.

Estas manifestaciones clínicas particulares se constatan en los conteos mundiales de prevalencia de la depresión. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, aproximadamente 280 millones de personas padecen este trastorno. El incremento anual de esta cifra hace suponer que los diversos elementos ambientales con los que conviven las personas hoy día producen estas formas de sufrimiento, atenuadas y a veces desapercibidas.

IV.II EL PROYECTO INVESTIGATIVO DE LO NUEVO EN EL PSICOANÁLISIS

Ahora bien, ¿cómo pensar estas variaciones en el campo psicoanalítico? Se sabe que, en este terreno, la teoría no es sin la práctica y ésta última cada vez nos aproxima a fenómenos sintomáticos relativos a lo anteriormente descrito.

José Fernando Velásquez (2018), en su libro “Psicosis ordinarias. Una mirada desde la clínica borromea”, propone, frente a la pregunta de las variaciones sintomáticas según la época que: “Freud hablaba de la civilización. Lacan introdujo la noción de discurso. Estos varían a lo largo de la historia; el lazo social cambia, el mundo que nos habla y del que hablamos también se transforma. En consecuencia, los síntomas cambian, la práctica evoluciona y la clínica, entonces, debe ser diferente.” (pág. 23).

Situado lo anterior, a continuación, ayudados por Emilio Vaschetto³ (2018), se mostrará cómo distintos analistas, no solo lacanianos fueron situando casos

³ Médico psiquiatra y Psicoanalista Miembro de la Escuela de Orientación Lacaniana

cuya forma de presentación no remitía a la neurosis o a las psicosis clásicamente descritas, cómo intentaron circunscribir lo nuevo de la práctica.

Lo primero que muestra Vaschetto es cómo algunos psicoanalistas llamados posfreudianos se esforzaron por situar formas intermedias entre las psicosis y las neurosis “(...) a la vez que señalaron aspectos subclínicos de la estructura psicótica” (pág. 29). Este giro es particularmente interesante, porque no se basa en especulaciones filosóficas, sino que tiene un anclaje en los casos de su práctica.

“Como sí” es un término que acuña la psicoanalista polaca para nombrar algunas formas iniciales de esquizofrenia: “Se refiere entonces a un trastorno emocional que compromete tanto la relación del individuo con el mundo exterior como con la relación de su propio yo. Ambos lazos están empobrecidos.” (pág.30). Deutsch describe sujetos cuya apariencia es de normalidad, empero, suelen dejar cierta impresión de falta de autenticidad y/o de falta de relaciones emocionales profundas: “A la primera impresión de normalidad se sigue la repetición de prototipos sin ninguna huella de originalidad. Se trata de expresiones meramente formales cuya experiencia interna está completamente excluida (el *insight*, podríamos decir). «Es algo así como la representación de un actor cuya técnica es perfecta pero que carece de la chispa necesaria como para que sus personajes tengan verdadera vida».” (págs. 30-31).

El cuadro de la personalidad “como sí” incluye un carácter cíclico: adhesivo, pero reemplazable con inmediatez. La base la existencia de estas personas es un vacío interior, lo que hace que fácilmente se ligen o se identifiquen con otras

personas o ideales dado que ello “valida su existencia”. Por otro lado, también les caracteriza la sugestionabilidad y tendencias agresivas enmascaradas de pasividad.

Un elemento recurrente en estas formas es la vivencia subjetiva de vacío. Así también lo describió Otto Kernberg, psicoanalista estadounidense de origen austriaco. Kernberg tuvo notables aportaciones a los denominados “estados fronterizos” o “*borderline*” que describen estados asociados a la neurosis y a la psicosis sin caer en ninguna de las dos categorías de diagnóstico.

En su libro “Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico”, Kernberg (2005) expresa: “Hay pacientes que describen una dolorosa y perturbadora experiencia subjetiva que con frecuencia denominan sensación de vacío. En los casos típicos, es como si ese vacío fuera su modalidad básica de vivencia subjetiva, de la cual tratan de escapar participando en un cúmulo de actividades o en desenfrenadas interacciones sociales, ingiriendo drogas o alcohol o buscando gratificar sus instintos mediante el sexo, la agresión, la comida o quehaceres compulsivos, que apartan la atención de su vivencia interna. Otros pacientes, en cambio, parecen sucumbir a esta experiencia de vacío y adquieren un estilo de vida mecánico, pasando por las distintas actividades cotidianas con una sensación de irrealidad o un desvanecimiento de toda vivencia subjetiva, de manera tal que dan la impresión de fusionarse con su entorno inmediato, sea humano o inanimado” (pp. 192-193).

Kernberg ofrece algunos casos de pacientes que navegan las aguas del lenguaje, sin que esto implique que tengan consecuencias de simbolización: “Una

paciente de marcados rasgos esquizoides dijo en una sesión, después de muchos meses de tratamiento, que no podía experimentar vivencia alguna y que mis interpretaciones de sus sentimientos hacia mí ponían de relieve que yo ignoraba hasta qué punto ella era incapaz de sentir.” (pág., 194).

Por último, Emilio Vaschetto recorre el término “psicosis blanca” de André Green, psicoanalista francés: “(...) es un estado de la clínica donde no se presenta una psicosis manifiesta ni una depresión franca. Se arriba más bien a una «parálisis del pensamiento que se traduce por hipocondría negativa del cuerpo» : «impresión de cabeza vacía, de agujero en la actividad mental, imposibilidad de concentrarse, de memorizar...».” (pág. 37).

En lo anteriormente expuesto hallamos versiones diferentes de fenómenos relativos a una clínica particular e inaudita. Casos cuya inconsistencia diagnóstica llevó a reformulaciones respecto de lo clásico. Las formas de padecimiento mostradas a través de Deutsch, Kernberg y Green implican una novedad: se comportan de maneras ordinarias, pero reposan sobre un fondo de vacío. ¿Estas novedades dan cuenta efectivamente de algo inexplorado?

IV. III LAS PSICOSIS ORDINARIAS

*“Me parece que aquí se trata más de interrogar la práctica
que de hacer una clasificación”*

Genevière Morel

Jean-Claude Maleval (2020), psicoanalista francés, ofrece algunas coordenadas para pensar la interrogante recién planteada. Comenta que los

pacientes psicóticos que consultan a los psicoanalistas suelen presentar mayoritariamente sintomatologías discretas. A decir suyo, las psicosis con grandes manifestaciones delirantes se han vuelto menos comunes. La psiquiatría, comenta, para nombrar este campo clínico "(...) ha utilizado numerosos términos cuya imprecisión es denotada por su multiplicidad y su solapamiento: esquizofrenia simple, latente, larvada, pseudoneurótica, no desarrollada, esquizoidía, esquizoneurosis, psicosis incipiente, marginal, leve, etcétera. Algunos psicoanalistas también probaron categorías no menos vagas, tales como *borderlines* o psicosis blancas, incluso frías." (pág.8).

Quien decidió emprender un proyecto investigativo alrededor de estas formas de padecimiento fue Jacques-Alain Miller (2009), quien convocó a la comunidad analítica aun *aggioramiento*, es decir, a una renovación de su elaboración teórica de la clínica en torno a la psicosis: "Esta actualización se poya en la experiencia analítica acumulada desde entonces, tal como la esclareció la enseñanza de Lacan." (pág. 17).

Bajo la modalidad de una convención, se presentaron múltiples casos cuyos bordes llevaron a la comunidad analítica a reconceptualizar. Miller (2009), comenta que esta reconceptualización se ha producido como efecto de un movimiento de tres tiempos en la historia del movimiento psicoanalítico: el primero, consistió en verificar lo estable de la práctica. Es decir, en distinguir "(...) casos que se recortaran sobre un fondo de orden y provocaran nuestra sorpresa." (pág. 201). En el segundo tiempo, distinguir los casos raros, esto es, de lo estable del funcionamiento psicótico, distinguir aquellos que no encajaran con las

descripciones estables. El tercer tiempo, el que da lugar a dicha convención, versa sobre los casos raros que se han vuelto frecuentes: “Nos dimos cuenta que lo que habíamos designado como casos raros en relación con nuestra norma de referencia, con nuestro medio-patrón, digamos, «De una cuestión preliminar...», sabíamos muy bien que en la práctica cotidiana eran casos frecuentes. (...) Pasamos de la sorpresa a la rareza y, de la rareza a lo frecuente.” (pág. 201).

Este proyecto de indagación y conversación sobre las formas raras pero frecuentes, que no presentan los datos claros y marcadas de las psicosis clásicas descritas con anterioridad, es situado por Miller bajo la marca de la discreción: “En la historia del psicoanálisis hubo un interés muy natural por las psicosis extraordinarias, por gente que realmente no lograba un éxito resonante. ¿Hace cuánto Schreber está para nosotros en cartel? Mientras que aquí tenemos psicóticos más modestos, que reservan sorpresas, pero que pueden fundirse en una suerte de medida: 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*- si me permite, La psicosis joyceana es discreta, a diferencia de la obra de Joyce.” (pág. 201).

Esto es, Miller está refiriéndose a los fenómenos psicóticos que se presentan clínicamente bajo modalidades sutiles. Distinto de los autores posfreudianos que plantearon una perspectiva fronteriza, para Miller estaríamos situados radicalmente en el campo de las psicosis: “Tanto lo francamente psicótico como lo normal son variaciones - ¿qué decir? - de la situación humana, de nuestra

posición de hablantes en el ser, de la existencia del *hablanteser*.” (pág. 202). Dada esta indicación, ya no se trata de una forma clínica excluyente, sino de continuidad con relación al modo de gozar.

En 1998, entonces, Miller propone comenzar un proyecto de investigación al interior del Campo Freudiano⁴ basado en lo nuevo de la psicosis, que atina a nombrar como “psicosis ordinaria”. Bajo este sintagma se designa no una nueva categoría diagnóstica sino la posibilidad de indagar en la clínica sobre fenómenos delimitados bajo coordenadas precisas.

Maleval, (2020), ayuda con la delimitación y la precisión antes mencionadas: “La psicosis ordinaria no es una psicosis atenuada: no designa los pródromos de una enfermedad, sino de un modo de funcionamiento específico. Éste posee recursos que pueden generar diversas formas de estabilización: desde los apuntalamientos menos desarrollados hasta las suplencias más sólidas. La psicosis ordinaria da, así, esperanzas distintas de una quimioterapia preventiva de porvida. Es compatible con soluciones que resultan ser viables durante toda una existencia.” (pág. 9).

¿Cuál es el modo de funcionamiento específico de estas formas de psicosis? ¿Se diferencian radicalmente de las clásicas? En el curso “La psicosis ordinaria”, distintos analistas del Campo Freudiano dialogan con Miller y van a localizar los detalles en torno a tres ejes: el lenguaje, el cuerpo y el lazo bajo la

⁴ El Campo Freudiano es el significant que se utiliza para designar los esfuerzos de los practicantes del psicoanálisis interesados en la enseñanza de Lacan desde la perspectiva de la Orientación Lacaniana.

modalidad del “neodesencadenamiento”; es decir, para situar lo nuevo en lo ya conocido.

a) El lenguaje

Para ubicar los fenómenos concernientes a las psicosis con relación al lenguaje, tenemos la enseñanza de Lacan (2009), lo que transmite en su Seminario 3 “Las psicosis”. El elemento diferenciador de los fenómenos de lenguaje neuróticos y psicóticos sería el Nombre del Padre, elemento expuesto en el capítulo donde se trabajó la perspectiva lacaniana de la psicosis. En la psicosis, el significante Nombre del Padre, recordemos, aparece en su estatuto de forcluido, lo que implica que el mundo simbólico no está ordenado por esta estructura significante. Lo que fomenta significaciones desarregladas: “Digo cosas masivas. En el caso de las neurosis, lo reprimido aparece *in lico*, ahí donde fue reprimido, vale decir en el elemento mismo de los símbolos, en tanto el hombre se integra a él, y participa de él como agente y como actor. Reaparece *in loco* bajo una máscara. Lo reprimido en la psicosis, si sabemos leer a Freud, reaparece en otro lugar, *in altero*, en lo imaginario, y lo hace, efectivamente sin máscara.” (pág. 153).

Lo anterior fomentó durante un tiempo que el fenómeno de lenguaje clásico, digamos, en relación con la psicosis fuese el neologismo, bien presente, por ejemplo, en el presidente Schreber. “A nivel de la significación se distingue justamente –hecho que sólo puede surgir si parten de la idea de que la significación remite siempre a otra significación– porque la significación de esas palabras no se agota en la remisión a una significación.” (pág. 52). Sin embargo,

en la reelaboración sobre las psicosis ordinarias, se apunta a no reducir los trastornos del lenguaje a la presencia de los neologismos.

Miller (2009), indica que no habría que reducir la clasificación de los trastornos del lenguaje a casos donde la afectación se encuentra en la estructura significante, sino extenderla hacia los trastornos de significación: “Existen trastornos donde no se alcanza la forma significante sino la significación: la palabra es normal, la frase es norma, y sin embargo hay detrás de la palabra o la frase una «intención inefable». Y bien, no podríamos aclararlo mejor que teniendo en cuenta el «gozar del lenguaje».” (pág. 217).

Estaríamos en un campo difícil de delimitar, dado que no se trata de fenómenos francos, sino, insistimos, de fenómenos sutiles como lo que Miller denomina “intención inefable”, que implica el uso específico que un hablante hace de la lengua. En palabras de Jacques Borie: “Es más fecundo tomar la cuestión a partir de las tesis que prueban muy bien las psicosis de hoy, que son psicosis donde la relación con el Otro no está constituida o reconstruida por el delirio, sino que sigue siendo problemática. (...) La lección que debemos extraer de las neopsicosis es que la norma no está a priori sino que se construye a partir de la cadena rota. (...) la respuesta del psicótico contemporáneo, si puedo decirlo así, es traer ese S1 solo, en sus efectos de goce del ser.” (pp. 219-220).

Lo que introduce una novedad en el estudio de las psicosis: la de anudar el significante y el goce y localizar cuál es el tratamiento que el hablante logra hacer de ese goce.

b) El cuerpo

Respecto del cuerpo, se toma el fenómeno conversivo de la histeria como modelo para identificar lo “neoconversivo”; es decir, ¿dónde podría ubicarse clínicamente el fenómeno corporal de la psicosis ordinaria? La conversación de los analistas entonces presentes gira en torno la dificultad de hacerlo. Philippe Bouillot sitúa dicha dificultad en el enunciado siguiente: “La pregunta no se plantea cada vez que alguien menciona «alguien me hizo levantar la pierna» o «alguien me provocó un dolor», pero cuando se trata de un simple dolor, se vuelve complejo.” (pág. 209). En el primer caso, se ubica la voluntad del Otro de someter al sujeto, pero en la segunda, no se ubica tan claramente el lugar del Otro.

En este sentido, el primer eje para pensar la distinción implica el estatuto del Otro para el sujeto. Si se habla de que, en esta época, el Otro no existe más, ¿qué consecuencia se decantaría de esto en relación con la asunción del cuerpo? Probablemente, el fenómeno corporal bajo estas coordenadas comprenda, como se indica en la conversación antes citada, una dimensión del cuerpo no acotado, no limitado. Estos fenómenos son fácilmente ubicables en los denominados síntomas contemporáneos, donde se presentan patologías de consumo, por ejemplo, relacionadas con las sustancias o la comida, donde el exceso es la marca de la época.

Ubicado esto, el fenómeno neoconversivo no tendría una operación metafórica implicada, como en los casos de histeria descritos por Freud, donde había incluso una idoneidad de contenido entre lo reprimido y el síntoma corporal. En estos casos, los de la psicosis ordinaria, aparece desde luego el fenómeno corporal, pero en un estatuto diferente, desligado de la posibilidad subjetiva de

asirlo. Miller (2009) lo sitúa a continuación: “El uso del cuerpo en el psicótico puede a veces converger en un uso que parece normal, ordinario, solo que, para llegar a serlo, debe desplegar un enorme esfuerzo, Muchas veces, lo único que nos indica en qué registro estamos es el enorme esfuerzo de invención que hay detrás, de invención a medida, cuando para los neuróticos es de confección. Eso marca una diferencia.” (pp. 254-255).

Como se ve, en el caso de la neurosis, apela a la confección; es decir, al esfuerzo de hacerlo a la medida, a la medida del goce. Empero, en el caso de las psicosis, habría que operar una invención, primero sobre el cuerpo y luego sobre sus fenómenos. Operación que algunos han logrado a través, por ejemplo, del arte o, bien, del dispositivo analítico.

c) El lazo

La característica esencial de éste es que es mínimo. En el libro “La psicosis ordinaria” la cuestión del lazo aparece remitida especialmente al lazo transferencial posible con estos pacientes. Se precisa que el lazo no es lo mismo que la socialización. La socialización podrá tener sus vicisitudes, pero cuando se habla de lazo, se remite a la operación del Otro que produce a y como efecto, el S tachado. Hecha esta precisión, se intentará ver qué lazo posible en la psicosis ordinaria, donde esta operación se realiza de manera muy particular y, además, remitida a un lazo específico: el transferencial.

En estos casos, la operación analítica se dirigirá a un punto específico: la limitación del goce ya sea por la vía del acotamiento o la localización, eso está

más o menos claro en lo general para la psicosis. ¿Cuál podríamos decir que es, entonces, la particularidad del lazo de esta forma de articulación subjetiva?

Alfredo Zenoni, participante de la conversación en torno a la psicosis ordinaria, propone, de entrada, si en el sujeto de la psicosis es posible la inserción al discurso, primero en el discurso social, luego en el analítico. Esta cuestión resulta fundamental para ubicar, de entrada, si son sujetos susceptibles de entrar en un dispositivo analítico que les invitará a ubicar cómo tienen que ver en el sufrimiento que les aqueja, es decir, algo de su posición subjetiva.

Si es que esta inserción es posible, lo será para algunos, el mismo Zenoni plantea: “La cuestión ahora es cómo definir la posición del analista. ¿Quién la define? (...) El sujeto es el que le dice al terapeuta: «Usted debe creerme» o «Esta mañana tendremos un análisis psicometafísico». El sujeto actúa de alguna manera como amo, y prescribe la posición que uno tiene que ocupar. Toda la cuestión es determinar cuál será entonces nuestra docilidad. ¿Se trata de ser simplemente dócil? ¿Cómo hacerse utilizar por el sujeto que prescribe nuestra posición?” (pág. 302).

Lo anterior implica más que una cuestión técnica, una cuestión ética, en la medida en que el analista, dirigiéndose al sujeto, ocupa el lugar de la transferencia que convenga. Esto se verá en el caso que se expondrá al final de este capítulo. Cómo el sostener, a partir de un encuentro fortuito, cierto entusiasmo por el deporte le permitió a un sujeto, desplegar una experiencia más vitalizada en torno a su existencia.

En todo caso, diríamos que hay lazo posible si se sabe encarnar, sobre todo con paciencia, un cierto lugar en la transferencia, un lugar que convenga al sujeto.

En general, este primer acercamiento a la cuestión de lo nuevo de la psicosis desde la perspectiva del psicoanálisis pone el acento en una serie de elementos susceptibles de investigación. ¿Qué ha pasado 25 años después de la puesta en marcha de esta apuesta de trabajo sobre lo nuevo de la psicosis? En lo sucesivo se mostrará cómo lo que aquí se apuntó y que corresponde a una cuestión inicial, se ha ido verificando, constatando o repensando a lo largo del tiempo.

IV. IV. EL EFECTO RETORNO SOBRE LA PSICOSIS ORDINARIA

Resumamos: la psicosis ordinaria es un sintagma que nombra una forma de funcionamiento subjetivo específico. No es una forma fronteriza ni designa a una psicosis no desencadenada. Lo que precisaremos a continuación es, una vez que la investigación se instaló, qué efectos produjo y qué elementos nos ofrece para precisar la lectura de esta clínica particular.

En el texto “Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria”, que implica un esfuerzo por ubicar estos efectos de la investigación un tiempo después de lanzada la convocatoria para hacerlo, Miller (2015) comenta que la psicosis ordinaria no tiene una definición rígida, pero que su uso implica “esquivar la rigidez de la clínica binaria, neurosis o psicosis.”.

Tanto neurosis como psicosis son estructuras bien delimitadas y precisas. Clínicamente se pueden ubicar los elementos relacionados con una y con la otra. “Psicosis ordinaria” permite nombrar aquello que no tiene la forma de una neurosis, pero tampoco presenta los elementos que definen a la psicosis en tanto tal.

Miller insta a los practicantes del psicoanálisis a ubicar “los pequeños índices” toda vez que no pueda constatarse la neurosis o la psicosis. Uno que piensa muy importante es el índice que aparece en los Escritos de Jacques Lacan, en su texto “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”: “un desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de vida del sujeto”. Dice Miller (2015): “El desorden se sitúa en la manera en que sienten el mundo que los rodea, en la manera en la que sienten su cuerpo y en la manera de referirse a sus propias ideas.”.

Quizás la localización de lo anterior sea imprecisa, por lo que Miller ofrece su localización en tres registros, una triple externalidad: una externalidad social, una externalidad corporal y una externalidad subjetiva.

a) Externalidad social

Para Miller (2015), la externalidad social es localizable allí en la identificación del sujeto con una función social. Usa la expresión “con su lugar bajo el sol” para tratar de ubicar si el sujeto ha logrado conquistar su lugar bajo el sol. Para decirlo con mayor precisión, es hallable un “desamparo misterioso” o una impotencia en relación con la función social que ocupa.

Puede ejemplificarse lo anterior con un caso de Jean-Pierre Deffieux, psiquiatra y psicoanalista francés, titulado “Depresión y desarraigo”, ubicable en el libro “Dessarraigados” de Jacques-Alain Miller (2016). El caso versa sobre C., una mujer que durante 20 años trabajó intensamente en un servicio de medicina como auxiliar de radiología. Su desempeño era ejemplar. Al tiempo, padecía un problema de espalda derivado de su empeño en el deporte, específicamente en la natación. Sin embargo, su trabajo exigía de ella mover camillas y pacientes, aunque no estaba descrito en sus funciones, lo que agravó su situación médica.

El trabajo no era el único sitio en el que se comportaba de esa manera. Lo hacía también en su casa, con su marido y sus hijos.

Un tiempo después, por consejo de su marido, consulta a un médico que se propone someterla a una cirugía para tratar su problema de espalda. Ella no acepta, pero el médico le prohíbe el trabajo, sobre todo por el peso que llegaba a cargar al mover a los pacientes. De hecho, le extiende una licencia por enfermedad. El marido hace llegar la licencia médica al trabajo, aunque ella le ruega no hacerlo. Su jefe se negó categóricamente a darle la licencia si no cumplía sus funciones como antes, lo que provocó que un tiempo después se quedara con ese empleo.

Lo anterior le produjo una profunda depresión: “Los términos con los que se refiere a sí misma son muy fuertes: está «desamparada, aniquilada, abrumada, quebrada...»; Perdí todo, todo se dio vuelta». La invade un sentimiento de perdición. Al perder su trabajo, perdió «su dignidad».” (pág. 29).

Se muestra cómo en este caso, el trabajo parecía darle consistencia a su existencia; toda vez que lo pierde, el sujeto mismo parece extraviado. Miller (2015), explica: “(...) cuando los sujetos invierten demasiado su trabajo, su posición social, cuando tienen una identificación demasiado intensa en su posición social. Pueden ver entonces, y se ve a menudo, psicóticos ordinarios cuya pérdida del trabajo desencadena la psicosis porque su trabajo quería decir más que un trabajo o una manera de vivir.”

De este modo, se da cuenta del aspecto de la externalidad social, tratando de pesquisar el desorden situado en el sentido de vida del sujeto.

Ahora bien, avanzando sobre el retorno que hace Miller a la cuestión de la psicosis, presenta como coordinada la externalidad corporal. Ésta es legible a partir del planteamiento de que el cuerpo es Otro para el sujeto. “no se es un cuerpo, sino que se tiene un cuerpo”, apunta Miller (2015). En la psicosis ordinaria se encontraría, por decirlo de alguna manera, un desajuste extra a esta condición de extranjería del cuerpo.

Ese desajuste del que se habla no se encarna en una situación específica, pero para efectos de esta investigación, se pensará en dos estatutos de desajuste corporal presentes en nuestros tiempos y sus modos de compensación: la imagen y el goce.

En relación con la imagen, encontraríamos en el campo de las psicosis ordinarias, desajustes que producen una proliferación de prácticas que intentan compensarlo: el masificado uso de tatuajes, perforaciones o intervenciones quirúrgicas o estética. También este tipo de desajustes con la imagen producirían

articulaciones alimentarias que darían lugar a síntomas anoréxicos, bulímicos o de sobrealimentación. Un recorte clínico de Fabián Schetjman nos permitirá ejemplificarlo. El caso se halla en el libro “Ensayos psicoanalíticos sobre clínica nodal”.

El caso lo nombra “Mariano” y se construye en torno a un joven de 14 años que llega a la consulta porque ha perdido la alegría de vivir. Lo atormenta a menudo la posibilidad de verse gordo.

Según Schejtman, se trata de un chico que hasta un periodo antes de la consulta se sentía avivado y con alegría de vivir. Era exitoso en las prácticas deportivas, particularmente en las peleas de gallos, actividad en la que era destacado. En torno a la comida, sentía una irrefrenable necesidad de comer. Lo llamativo del caso es que: “Sus amigos y compañeros de colegio lo apodaban de manera cariñosa «el gordo» y consentía con ese apodo sin inconvenientes, no le molestaba.” (pág. 296).

La pregunta es: ¿qué pasó entre el primer momento, donde consentía a su aspecto corporal y a sus satisfacciones y el segundo, donde había perdido su alegría de vivir? Relata una escena que permite comprenderlo: sobre su padre no hablaba mucho, situación que fue tomada por el analista para interrogarlo al respecto. Sobre él dice que la última vez que lo vio fue en una ocasión en que lo visitó estando Mariano en el hospital: “En esa ocasión el padre le trae como presente un pedazo de torta, y sin mediar otra palabra, le dice: «es del primer cumpleaños de tu hermanito». El joven se entera así, efectivamente, que su padre

tuvo un hijo con otra mujer. «Cuando él se fue de la clínica –señala– boté ese pedazo de torta». Desde ese momento no acepta ni desea verlo.” (pág. 296)

Dicho encuentro inaugura para Mariano una especie de restricción anoréxica. Preocupado por su imagen, luego de verse en una fotografía familiar durante las vacaciones, se le impone la idea de no ganar más grasa. Se impone conteos calóricos y dietas rigurosas, además de salidas a correr, donde, según su dicho corría “como un loco”, hasta sangrarse los pies, sin registrar el dolor que ello debió producirle.

Hasta aquí el recorte para mostrar en este caso cómo cierta caída en el registro de la imagen, produjo para Mariano un desenganche que intentó compensar a través del síntoma alimentario. Pero el caso no pone solo esto en juego, sino la otra cuestión corporal mencionadas líneas arriba en torno al goce. Allí donde se le presenta el irrefrenable de correr hasta lacerarse los pies, es un ejemplo de presentificación de las satisfacciones pulsionales en el campo de las psicosis ordinarias. Sin marco simbólico, sin mediación de ningún decir, excepto lo real del cuerpo en juego.

Los aspectos mostrados en torno al caso son ejemplos de los desenganches de la psicosis ordinaria, que encuentran su compensación, ya sea a través del análisis o por fuera del mismo. En el caso de Mariano, hubo una salida a su restricción por la vía del encuentro con el otro sexo. Cuando deja de hablar de sus obsesiones por la comida, comienza a hablar de las chicas con las que sale y le gustan. Luego de ello, deja el análisis, pero por una entrevista posterior, el analista sabe que, al emprender cierta vinculación erótica con las

chicas, sale de la restricción alimentaria y se instala una forma más vital en su existir.

Situada de manera sucinta la externalidad corporal, se culminará con la externalidad subjetiva de la que habla Miller (2015). Dicha externalidad estaría caracterizada por el sentimiento de vaguedad o vacuidad “de una naturaleza no dialéctica”. Además de este aspecto, Miller propone la identificación real del sujeto al objeto *a* en su dimensión de desecho. Dichas condiciones se explorarán, de nuevo, a través de un caso.

El caso será nuevamente retomado del libro “Desarraigados” de Jacques-Alain Miller (2016), aunque el caso corresponde a Hervé Castanet, psicoanalista francés. El caso “Una mujer destruye a un hombre”, sitúa la vida de Víctor, de 45 años, quien consulta a partir de una “situación de desarraigo social” (pág. 17). Padece una serie de desenganches que lo dejan en una situación de vagabundeo. Trabaja como enfermero, pero con frecuencia, durante los fines de semana, montado en el auto “(...) recorre kilómetros, errante, duerme en el vehículo, no se lava, vacía su cabeza, olvida, luego regresa a su casa y a la noche retoma el trabajo.” (pág. 18).

Le preocupaba cómo estaba destruyendo su vida y las repercusiones que esto podía tener en su hijo de seis años, aunque, paradójicamente, destruir su vida era lo único posible para él.

Es determinado momento, comenta Hervé Castanet, Víctor hizo un pasaje al acto: tras una llamada, le comenta revela “su flechazo por una mujer” (pág. 20). Era un encuentro con una mujer que no se veía frecuentemente en su vida. Y ya

que alcanzar la perdición era su meta, hacerlo a través del vínculo amoroso con una mujer fue cómo lo consiguió. Se entregó a esta mujer, sin mediación del desplazamiento significativo, sino en su literalidad. Todo esto estaba sostenido en una certeza del sujeto: “una voluntad de goce malévolos quiere destruirlo como hombre sexuado. Este goce castrador es atribuido a su madre, que toma el lugar de su Otro real perseguidor, certeza que tendrá la última palabra hasta hacer que ponga término a las sesiones, al cabo de tres años con un pasaje al acto particularmente mortífero resumido en una frase: «Les pido a las mujeres que me confirmen lo que yo pienso».” (pág. 17).

Como se ve, este sujeto está atravesado por la vaguedad y la vacuidad de la que habla Miller en la externalidad subjetiva, sin mostrar los grandes fenómenos alucinatorios o delirantes. Tenía una vida, hasta cierto punto precaria, pero transitable bajo la modalidad de la rareza ante los demás.

La categorización de estos fenómenos en tres esferas de un núcleo que es el sentimiento de vida del viviente nos pone en la perspectiva de que en estas formas de psicosis, el desencadenamiento clásico no da cuenta de la sutileza de algunos de los fenómenos propios de la psicosis ordinaria. Se introduce acá la figura del desenganche-reenganche, como binario para tratar dichos fenómenos.

Comenta Miller (2009): “Damos cuenta de la instalación clásicamente brusca de un delirio por la metáfora delirante, es decir, por la sustitución metafórica, que obedece a la ley del todo o nada.” (pág. 60). A este fenómeno, que es el clásico schreberiano que viene después de pensar lo hermoso de ser una mujer en el momento del acoplamiento, correspondería la nominación

“desencadenamiento”. Esta noción, además, subraya “(...) el pasaje de lo estructural a lo clínico.” (pág. 60)

Desde esta perspectiva, “la metáfora delirante se ubica en el lugar de la metáfora paterna, que falta.” (pág. 62). Pero, avanzando en la enseñanza de Lacan, “(...) el psicótico tiene, como el neurótico, una relación con el síntoma como modalidad de tratamiento de lo real por lo simbólico.” (Íbdem).

De esta perspectiva, la borromea, se extrae que un modo de tratamiento del desencanche, sería el registro imaginario: “(...) donde una función imaginaria fija al sujeto”. (Miller, 2009: pág. 62).

Se sabe que la labilidad de las identificaciones posibles que enganchen al sujeto puede producir ciertos retornos libidinales, sobre todo si las condiciones de la vida le conducen a ello; sin embargo, es un recurso que podría producir que el sujeto se sostuviese en el mundo. Tal como vimos en el caso de la mujer cuya articulación a un mundo vivible era a través del ideal de la trabajadora.

Todo lo anterior implica, al mismo tiempo, indicaciones más o menos precisas en torno a la posición del analista. Como se sugirió con anterioridad, por ejemplo, en torno a la limitación del goce. Extraeremos un par de consideraciones más: no es conveniente, según los autores a llevar al sujeto de la psicosis ordinaria al punto de la inexistencia del Otro, dado que este enigma no se asentará sobre bases simbólicas sólidas y puede dar lugar a interpretaciones erotomaniacas de la transferencia: “el analista goza en torno a mí”, por ejemplo. Por otro lado, se decanta que en estas formas de psicosis la posición de secretario del alienado que trabaja Lacan en el Seminario 3 no es suficiente, Haría falta

cierta función de sostenimiento del lazo, que dé lugar a la emergencia de la suplencia, quizás imaginaria, que haga de reenganche.

El conjunto de estas reflexiones muestra lo necesario de pensar y repensar al psicoanálisis a la luz de los hallazgos que de la clínica contemporánea puedan extraerse. En este caso, no para generar categorizaciones más específicas, sino para interrogar constantemente nuestra práctica, porque este es el modo de preservar con vida al psicoanálisis. Tal como lo hizo Freud cuando su práctica le mostró la neurosis obsesiva la fobia o la paranoia.

CAPÍTULO V. EL CASO

V. I. LA LECTURA DEL CASO Y SU CONSTRUCCIÓN DESDE LA ORIENTACIÓN LACANIANA

Antes de presentar el caso que permitirá reflexionar sobre el sintagma psicosis ordinaria, se realizará un recorrido por distintos autores, que justifique la construcción de un caso de una tesis. Hablar de casos al interior del psicoanálisis se ha vuelto muy polémico puesto que se ha pensado más comúnmente como una forma de exposición de la intimidad que se produce en una consulta; sin embargo, debe establecerse desde el inicio que cuando se habla de un caso, se habla, entre otras cosas, de la incógnita que presenta al practicante del psicoanálisis la conducción de una cura. Se trata de un ejercicio clínico, si entendemos por clínica lo que Lacan (1977) pronuncia en “Apertura de la sección clínica”, donde sugiere que ésta tiene una base: “Es lo que se dice en un psicoanálisis.” Por su puesto, en un psicoanálisis, pensando en el encuentro entre un analista y un analizante se dicen muchas cosas, más de las que podemos imaginar y, sin embargo, esto es, como lo indica Lacan, solo la base. La clínica, por lo menos la psicoanalítica, añade: “consiste en el discernimiento de cosas que importan y que serán masivas a partir del momento que se haya tomado conciencia de ellas.” ¿Cuáles sería, en todo caso, las cosas que importan? Podríamos conjeturar que, y siguiendo el planteamiento de su pronunciamiento, aquello del discurso que es significativo; es decir, que representa al sujeto.

Entonces, entenderíamos por clínica psicoanalítica, una serie de movimientos lógicos que permitan situar, de todo aquello de lo que se habla en un psicoanálisis,

lo que concierne al inconsciente. Más adelante, Lacan hace otra indicación sobre el asunto. Dice: “La clínica psicoanalítica debe consistir no sólo en interrogar el análisis, sino en interrogar a los analistas, a fin de que den cuenta de aquello que su práctica tiene de azarosa, que justifique a Freud haber existido. La clínica psicoanalítica debe ayudarnos a *relativar* la experiencia freudiana. Es una elucubración de Freud.” Esto querría decir que hay algo de la clínica psicoanalítica que tiene que ver con la selección de un material, el significante, el material inconsciente digamos, pero también con “poner en el banquillo” al analista. Esto es, que dé las razones por las que dice, interpreta o puntúa el análisis.

Lo anterior, dejarse enseñar por la práctica, para interrogar no sólo al dispositivo, sino también a la teoría que sostiene al mismo, es una enseñanza freudiana. Freud presentó sus trabajos teóricos alrededor de casos, tanto de su lectura como de su práctica, que, en sentido retroactivo, son leídos como paradigmáticos. En el sentido de que cada uno de sus casos, ofrece las coordenadas para pensar el modelo psicopatológico con el que dialogó. Tenemos a Dora, como paradigma de la histeria; al Hombre de las ratas, como paradigma de la neurosis obsesiva; al pequeño Hans, como paradigma de la fobia; a Schreber, como paradigma de la paranoia y al Hombre de los lobos, como paradigma de los inclasificables.

En el texto “Fragmentos de análisis de un caso de histeria”, Freud (1905), expone las razones por las cuales se sirve de un caso, el de Dora, para exponer sus tesis sobre la histeria: “Si es verdad que la causación de las enfermedades histéricas se encuentran en las intimidades de la vida psicosexual de los

enfermos, y que los síntomas histéricos son la expresión de sus más secretos deseos reprimidos, la aclaración de un caso de histeria tendrá por fuerza que revelar esas intimidades y sacar a la luz esos secretos. Es cierto que los enfermos no habrían hablado si sospechan que sus confesiones podrían ser objeto de uso científico, y también es cierto pretender que ellos mismos autorizaran esa publicación.” (Freud, S. 1905: pág. 7). De este modo, vemos cómo Freud considera que utilizar los historiales clínicos y convertirlos en casos, tiene para él un uso exclusivamente científico, puesto que solo de esta manera puede dar cuenta de los supuestos teóricos que está elaborando.

¿Cómo pensar este problema, el del caso y su confidencialidad, a la altura de este momento en la transmisión del psicoanálisis? Eric Laurent (2009), psicoanalista francés, en su texto “El caso, del malestar a la mentira”, y a propósito de la problemática anteriormente expuesta, en torno a Freud y sus casos, dice: “En la lectura que hace de los casos de Freud, Lacan «eleva el caso a paradigma», al rango de «el ejemplo que muestra» las propiedades formales, en el sentido más amplio, de las manifestaciones del inconsciente freudiano. El paradigma hace surgir la estructura e indica tanto el lugar del síntoma en una clase, como los elementos de sustancialidad en la vida de un sujeto que se repiten y que permitan, o incluso los modos de declinación en la repetición de lo mismo. La estructura lógica y topológica de los casos freudianos aparece así con una nitidez inolvidable.” (pág. 15).

Esto es, el caso en psicoanálisis y desde Freud, tiene un uso en tanto portador de una estructura que es la que esencialmente interesa. Y lo que esencialmente

interesa, Laurent (2009) lo entiende del siguiente modo: “Un caso es un caso si testimonia, y lo hace de la incidencia lógica de un decir en el dispositivo de la cura y de su orientación hacia el tratamiento de un problema real, de un problema libidinal, de un problema de goce. Si observamos esta gravitación de la lógica significativa en el campo del goce, entonces podremos hablar del caso en el sentido en que reencontramos el *casus latino*, lo que cae, contingencia inoportuna, o el *Einfall* freudiano que recubre la misma zona semántica.” (pág. 17).

Leer un caso, construir un caso y hablar de un caso supone un ejercicio clínico donde el analista recorta lo que Viviana Berger (2009) llama “los enunciados inconscientes de sus analizantes.” (pág. 127). Para de este modo, responder “con su interpretación y es su interpretación, en la medida en que produce efectos sobre el discurso del paciente, lo que hace surgir al sujeto que habita en esa persona.” (pág. 127). De este modo, queda claro que hablar de un caso, no quiere decir hablar de la intimidad de una persona, porque no es eso lo que interesa, sino el enigma que éste comporta al practicante.

El caso que se presentará es un fragmento clínico de mi práctica privada.

UN CUERPO DE DOLOR

A. Es un chico de 21 años. ¿Bajo qué coordenadas asiste a consulta? Lo hace después de que su hermana, a quien también atiendo, le da mi contacto. Nuestras primeras entrevistas las realizamos de manera virtual ya que está viviendo en un hotel en una playa del país. Su motivo de consulta implica “estar constantemente muy estresado”. ¿La razón principal? “No sabe qué hacer con su vida”. Se encuentra en México luego de una larga estadía en Europa porque tiene la impresión de que necesita estabilidad y fantasea con encontrarla acá. Además, se encuentra en un momento complejo en la relación que lleva con su pareja, dado que se encuentran frecuentemente distanciados debido a que “ella no le da su lugar”.

Lo interrogo en torno a esta forma discursiva, “ella no le da su lugar” y comenta que están juntos hace tres años. Se conocieron en su estancia fuera del país y comenzaron a tener una relación puesto que ambos se ven convocados por la idea de conocer diversos lugares. Situación que los ha tenido viviendo en muchos lugares. Ella tiene una hija a la que él quiere como una hija, pero de la que sabe que no puede ser el padre, dado que su pareja se lo ha dejado claro: “tú no eres el padre”.

Sobre su biografía comenta que su vida ha sido muy dolorosa, sobre todo en lo concerniente a su familia. Sus padres se divorciaron cuando él tenía 15 años debido a la infidelidad del padre. Después de eso, el padre “desapareció” dos años de su vida. En ese punto, comenta, “toda la locura de mi madre recayó sobre mí”. Sobre este punto, dice, su madre lo paleaba “porque soy igualito a mi padre”.

Ubica que esta situación lo puso cercano a las sustancias, de las que se sirvió para experimentar un goce por fuera del dolor que le provocaba el tormento familiar. Pero no alcanzó a salir de una situación dolorosa cuando se internó en otra, debido a que el mundo de las drogas lo absorbió al punto de que llegó a no saber nada de él bajo el influjo de las sustancias.

En un intento por salir de esto, solicitó al padre, a quien volvió a ver, lo pusiera en otro lugar. El padre lo envía a Europa, donde inicialmente hace una experiencia de “mochilero”. Estar alejado le puso freno al uso de las sustancias, ya que conoció a la chica que fue su pareja y tempranamente comenzó a convivir con su hija. “No quiero ser un mal ejemplo para ella”, dice.

Después de un tiempo, comenzó a estudiar ciencia de datos en línea y a invertir en monedas digitales con el salario que obtenía como ayudante en un restaurante. Aún con esta restitución de su persona, dice, no lograba sentirse pleno y le agobiaba que su pareja, tan cambiante como él, de repente lo dejara.

Como una coartada frente a esta situación, él le pidió que se comprometieran, porque pensaba en la niña, que ya tenía edad escolar, pero hacía *homeschooling*. Ella se rehusó; en cambio, le propuso que se mudaran a un país sudamericano. Él accedió, pero dicha decisión le impuso renunciar a la estabilidad que había conseguido. Mi hipótesis clínica es que se trataba de una psicosis ordinaria, ya que había elementos sutiles de lo que Miller denomina externalidad subjetiva, pero no había datos de automatismo mental, delirantes o alucinatorios francos. Solo este sentimiento de vacuidad y esta errancia que había emprendido con su partenaire.

Mi operación consistió inicialmente en señalar que era insistente el hecho de encontrarse en lugares que le producían estrés y, finalmente, dolor. Dice no sentir nada, excepto dolor. Es la constante en su vida. El problema, para él, es no poder renunciar a su dolor. Situación que recrea, ya en el tratamiento, en el que comienza a plantearse dejar la relación, debido a que se dieron un tiempo, porque él no soportaba el desamor que sentía de ella y ver cómo la niña no se desarrollaba normalmente. Situación que lo trae a México, inicialmente a la playa y, finalmente, a la ciudad. Ya en el consultorio, comienza otro momento del trabajo. Dice haberse decidido a dejar a su pareja, quien viajó a México para reencontrarse con él, pero no para establecerse, sino para solicitarle que esta vez fuesen a Estados Unidos, de donde ella proviene, para probar suerte allá.

Él no puede más con eso. Le estresa que, cuando está con ella, tiene que cuidar a la niña, dado que ella no se ocupa. Pero eso lo distrae de sus actividades académicas y se atrasa al punto de perder el interés. Dejar la relación pone en marcha un circuito donde hablan, dejan de hablar y retoman la comunicación. Cada que ello ocurre, él “se deprime”.

En ese punto, se produce un encuentro contingente con el analista. Lo encuentro en la recepción del gimnasio al que asisto. El encuentro lo retoma en la sesión siguiente. Dice que finalmente se inscribió. En lo sucesivo, comenzará a tomar algunas clases. Particularmente la de *crossfit* lo entusiasma. Dice que el entrenador le vio potencial y pronto lo invita a una competencia. Su composición corporal, es evidente, se transforma en el curso de algunos meses. Dice “le está pegando con todo”. Señalo la frase equívoca y termino la sesión. Esto lo hace

retomar el tema de las golpizas que le propinaba su madre, de las que, infiero, no se puede despegar porque la única forma que ha inventado hasta el momento para “hacer cuerpo” ha sido a través del dolor. El encuentro contingente en el gimnasio inaugura una relación transferencial que permite que traiga el dolor también articulado a las competencias, al ejercicio, al montón de peso que carga y, quizás, de esta manera, logre construir una suplencia posible al dolor constante en su vida. El caso sigue en curso, pero lo recorto hasta aquí.

CONCLUSIONES

A lo largo de la historia, hemos podido constatar, se han generado múltiples reflexiones desde diferentes perspectivas sobre el comportamiento anormal. Éste ha sido objeto no solo de reflexiones sino también de malos tratos y segregaciones prácticamente durante todo el tiempo que hemos convivido con el mismo.

El hecho de que campos como la psiquiatría, la psicología o el psicoanálisis hayan generado nosografías, esquemas de tratamiento, ha sido un avance para su comprensión y su tratamiento más eficaz. Sin embargo, el sintagma “psicosis ordinaria” muestra que lo nuevo le es propio a la clínica. Quiere decir que la clínica es una experiencia viva y muy probablemente, nuestra tarea como clínicos sea extraer las novedades que nos muestra.

Ya Lacan, en su texto “Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis” exhortaba a los practicantes: “Mejor pues que renuncie quien no pueda unir su horizonte a la subjetividad de la época.” (Lacan, 2009: pág. 308). Lo que, desde mi perspectiva, no quiere decir sumarse a las discusiones de moda, sino que el practicante sea lo suficientemente sensible a las variaciones tanto de la época, así como de las incidencias subjetivas que pueden llegar a producir dichas variaciones.

Por otro lado, en torno a las psicosis, las clásicas y las ordinarias, no está todo dicho. Como se pudo constatar, hay giros posibles con relación a lo que la práctica va mostrando. Las problemáticas en torno a los denominados “consumos problemáticos” nos muestra cómo, por ejemplo, hay psicosis que se mantienen

estabilizadas a través del consumo. Lo mismo en la clínica de los trastornos alimentarios. Hay síntomas de restricción o hiperalimentación que mantienen anudada una estructura. El asunto delicado aquí es cómo se mira estos hechos clínicos.

Si se los interpela desde la perspectiva psiquiátrica, estará claro, se interpretarán como trastornos por consumo de sustancias o trastornos alimentario y serán tratados como tal. Aunque con poco éxito seguramente. Esto quiere decir que hay abordajes que no hacen lugar al sujeto, ya que ven al síntoma como algo eliminable y no como una invención que suple un conflicto psíquico.

Recuerdo el caso Marina, de Fabián Schejtman. En éste, describe el tratamiento de una chica de 17 años que padecía una anorexia. El primer tratamiento que tuvo fue en una clínica especializada, donde fue forzada a la ingesta alimentaria. Después de superado el riesgo clínico, fue dada de alta, pero tras ello, tan pronto llegó a casa, hizo un pasaje al acto: se cortó las venas. La salvaron y la llevaron a la consulta con él. Él le pregunta sobre lo que le pasa y ella, tan pronto habla, muestra que su restricción está sostenida en una construcción delirante. Construcción que realiza a partir de que experimenta sus primeras menstruaciones. El tratamiento consistió, expone Schejtman, en permitir la construcción de una metáfora delirante que hace límite a la restricción alimentaria en esta sujeto.

Lo que digo es que los casos hoy nos muestran una serie de fenómenos que, si no leemos detalladamente, podríamos tener, incluso intervenciones

iatrogénicas. Aquí es, sobre todo, donde me parece que es pertinente que las discusiones clínicas permanezcan con tanta vida como la clínica misma.

Esta reflexión nos lleva a un punto específico: el de la formación del psicoanalista. La formación del analista no está garantizada por ninguna institución. El mismo Freud reflexionó sobre el asunto en su texto de 1919 “¿Debe enseñarse el psicoanálisis en la universidad?”, en el que capta la dificultad de la transmisión de un saber como el psicoanálisis en el contexto universitario, donde hay un saber amo “para todos”. El mismo Freud admite que la formación se sostiene en un trípode: la formación epistémica, el control y el análisis personal.

Lacan, en su proposición del 9 de octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela, agrega un cuarto elemento al trípode de Freud: la Escuela:

“Recordemos lo existente entre nosotros. Primero un principio: el psicoanalista no se autoriza sino a sí mismo. (...) Esto no excluye que la Escuela garantice que un psicoanalista dependa de su formación.” (Lacan, 2012: pág. 261).

La Escuela que plantea Lacan implica, sobre todo, un funcionamiento diferente al de la institución universitaria: una formación uno a uno. Pero no para formar analistas independientes, sino con los otros, en relación la transferencia de trabajo “(que produce un saber expuesto) se inscribe una apuesta ética que va del amor al saber al deseo de saber, que al tener a la Escuela como referente ordena de otro modo los llamados principios y finales del análisis.”. (Almanza, 2012: pág. 99).

Esta apuesta, la de la formación de Escuela implica una forma posible de garantizar, sobre el fondo de la no garantía, el diálogo con otros, que implica el

encuentro con las convergencias y las diferencias de la práctica. De este modo, se propone un diálogo que sea fecundo y problematice los casos nuevos, lo nuevo de los casos y lo que sigue insistiendo a pesar de lo nuevo.

Enfrentar la práctica del psicoanálisis, tomando los términos de Lacan, implica, todo el tiempo, el encuentro con un real con el, desde luego, que no sabemos hacer, pero a partir del cual inventamos algunas fórmulas que nos permiten un encuentro que no derive en un *impasse*.

Bajo las coordenadas de la modernidad, los lazos que ésta propicia, los imperativos a los que somete, los ideales que sostiene, es bastante probable que este tipo de arreglos subjetivos sean cada vez más frecuentes y, por lo tanto, más frecuentes podrían ser en nuestras consultas. Estar advertidos de ello nos permite operar de maneras más prudentes y precisas.

REFERENCIAS

- Almanza, M. (2012). *¿Cómo se forman los analistas?*. Grama
- Álvarez, J.M. (2013). *Estudios sobre la psicosis*. Xoroi Edicions
- Barthes, R. (1993). *La aventura semiológica*. Paidós
<https://mercaba.org/SANLUIS/Filosofia/autores/Contemporánea/Barthes/La%20aventura%20semiologica.pdf>
- Caponi, S. Y Martínez-Hernández, Á. (2013). *Kraepelin, el desafío clasificatorio y otros enredos anti-narrativos*. *Revista Scientiae Studia*, 467-489.
<https://www.scielo.br/j/ss/a/V9dGPQQHF59jc6W9Lfz67sQ/?format=pdf>
- Chamorro, J. (2010). *Clínica de las psicosis*. Cuadernos del Instituto Clínico de Buenos Aires.
- Daquin, J. (1998). *La filosofía de la locura*. Universidad Autónoma de Querétaro
- De la Fuente, J. (1990). *Pinel, su tiempo y su obra*. *Revista salud mental*.
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/393/393
- Dewambrechies-La Sagna, C. (2013). *Clérambaul, una anatomía de las pasiones*. *Revista Virtualia*.
<https://www.revistavirtualia.com/articulos/214/clinica-de-la-psicosis/clerambault-una-anatomia-de-las-pasiones>
- Dofour, D. (2002). *Locura y democracia*. FCE
- Dofour, D. (2007). *El arte de reducir cabezas*. Paidós
- Ellman, R. (1991). *James Joyce*. Anagrama
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica I*". FCE
- Freud, S. (1991). *Obras completas. Volúmen 12*. Amorrortu
- Freud, S. (1991). *Obras completas. Volúmen 16*. Amorrortu
- Freud, S. (1991). *Obras completas. Volúmen 3*. Amorrortu
- Freud, S. (1992). *Obras completas. Volúmen 1*. Amorrortu
- Freud, S. (1992). *Obras completas. Volúmen 14*. Amorrortu
- Freud, S. (1992). *Obras completas. Volúmen 19*. Amorrortu

Freud, S. (1992). *Obras completas. Volúmen 2*. Amorrortu

Freud, S. (1992). *Obras completas. Volúmen 7*. Amorrortu

Garrabé, J. *La psiquiatría de la persona. Revista Salud mental*.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500001

González de Rivera, J.L. (1998). *Evolución histórica de la Psiquiatría. Psiquis*, 183-200.
<https://luisderivera.com/wp-content/uploads/2012/02/1998-EVOLUCION-HISTORICA-DE-LA-PSIQUIATRIA.pdf>

Ipar, J. (2007). *El concepto de psicosis. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*.
https://alcmeon.com.ar/4/14/a14_04.htm

Kernberg, O. (1993). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós

Lacan, J. (1977). *Apertura de la sección clínica*.
https://ecole-lacanianne.net/wpcontent/uploads/2016/04/ouverture_de_la_section_clinique.pdf

Lacan, J. (2006). *El seminario de Jacques Lacan, Libro 23, El sinthome*. Paidós

Lacan, J. (2009). *El Seminario de Jacques Lacan, Libro 3, Las psicosis*. Paidós

Lacan, J. (2012). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Siglo XXI

Lacan, J. (2012). *Otros escritos*. Paidós

Lacan, J. (2013). *Escritos 1*. Siglo XXI

Lacan, J. (2013). *Escritos 2*. Siglo XXI

Maleval, J.C. (2020). *Coordenadas para la psicosis ordinaria*. Grama

Miller, J.A. (2009). *La psicosis ordinaria*. Paidós

Miller, J.A. (2015). *Efecto retorno sobre la psicosis ordinaria. Revista Consecuencias*.
<https://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/015/template.php?file=arts/Alcances/Efecto-retorno-sobre-la-psicosis-ordinaria.html>

Miller, J.A. (2016). *Desarraigados*. Paidós

Pérez, J. (2009). *Lacan y el mal comienzo de Joyce en la vida*. *Revista Virtualia*.
<https://www.revistavirtualia.com/articulos/407/variedades/lacan-y-el-mal-comienzo-de-joyce-en-la-vida>

Pinel, P. (1804). *Tratado médico-filosófico de la enagenación [sic] del alma, o manía*. Imprenta real
https://bvpb.mcu.es/institutos/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=168470

Roudinesco, E. (2000). *Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*. FCE

Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. Pearson.
<https://tuvntana.files.wordpress.com/2019/08/texto-psicopatologc3ada-psicologc3ada-anormal-el-problema-de-la-conducta-indaptada.pdf>

Schejtman, F. (2012). *Elaboraciones lacanianas sobre la psicosis*. Grama

Schejtman, F. (2013). *Sinthome: Ensayos de clínica psicoanalítica nodal*. Grama

Torres, A. (2003). *Nacimiento y evolución de los conceptos de neurosis y psicosis*. *Revista Neurología, Neurociencia y Psiquiatría*, 28-30.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2003/nnp031e.pdf>

Vaschettom E. (2018). *Ser loco sin estar loco*. Grama

Velásquez, J. (2018). *Psicosis ordinarias. Una mirada desde la clínica borromea*. NEL Santiago