

REFLEXIONES SOBRE EXPERIENCIAS CON LA PSICOSIS, A PROPÓSITO DE LA INTERVENCIÓN

Jorge Mario Karam Rozo*

Resumen

Revisión de algunos modelos de intervención realizados en pacientes con cuadros clínicos asociados con estructuras psicóticas. En todos los casos se buscó recuperar el sentido del sujeto y la subjetividad. Los trabajos de un semillero de investigación en psicosis y psicoanálisis dan lugar a algunas reflexiones sostenidas a partir de la teoría estructural lacaniana para señalar el lugar de la escucha y los efectos que tiene en el abordaje terapéutico de las psicosis. Se proponen paralelos entre algunos síntomas asociados con las psicosis, demostrando cómo ellos no pertenecen a una entidad estructural concreta sino que pueden presentarse en la neurosis y aún en diversos estados de la vida emocional cotidiana. Se realiza una reflexión en torno a los modelos terapéuticos propuestos desde la ecoterapia y algunos de orientación psicoanalítica pura, encontrando algunos ejes en común pero a la vez indagando sobre la ética que sostiene a la terapia en sí misma en el caso de las psicosis.

Palabras clave: psicosis, psicoanálisis, lapsus, lenguaje, ecoterapia, psicoterapia.

REFLECTIONS ON EXPERIENCES WITH PSYCHOSIS REGARDING INTERVENTIONS

Abstract

Review of some intervention models used in patients experiencing clinical symptoms related to psychotic structures. The subject's recuperation of sense and subjectivity was sought in all cases. Works taken from a psychosis and psychoanalysis research incubator gave rise to some reflections based on Lacan's structural theory to indicate the place of listening and its effects on the therapeutic approach to psychosis. Parallels between some symptoms associated with psychosis are proposed, demonstrating how they are not only part of a concrete structural condition but may be present in neurosis and even in various emotional states in everyday life. A reflection on proposed therapeutic models from ecotherapy and some therapies with pure psychoanalytic orientation are conducted finding some common axes but at the same time seeking the ethical support for therapy itself in the case of psychoses.

Key words: psychosis, psychoanalysis, lapsus, language, ecotherapy, psychotherapy.

Fecha recibido: septiembre 28 de 2010 - Fecha aceptado: diciembre 16 de 2010

* Psicólogo de la Universidad Nacional de Colombia. Docente e investigador. Auditor de sistemas de garantía de calidad en salud, Universidad del Valle. Candidato a Maestría, Tecnologías de la información aplicada

a la educación, Universidad Pedagógica. Miembro del semillero Psicosis y Psicoanálisis coordinado por Jairo Báez, Universidad Los Libertadores. Profesor Asistente, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C. Colombia.

Introducción

El análisis de la clínica diferencial conlleva unos esquemas mucho más amplios de los que puede tener el tradicional diagnóstico diferencial (término por lo general acuñado en las instancias clínicas y psiquiátricas diferentes al psicoanálisis); no obstante, vale la pena referir que la clínica diferencial por aquella relación significativa que conlleva, incluye en su misma concepción al diagnóstico diferencial.

Lo anterior viene a enunciar que cuando un analista emprende su trabajo junto con un analizante, tanto el diagnóstico diferencial como la clínica diferencial van de la mano; pero no sólo en un principio (como suele ocurrir en los demás ejercicios dialécticos) sino que puede darse aún después de muchos años (décadas) de haber concluido el trabajo analítico. Por supuesto el hecho de realizar una lectura diagnóstica *apres coup** tiene incidencias éticas (y las sigue teniendo); de otro modo, no pervivirían discusiones acerca de si algunos casos de Freud eran neurosis obsesivas o estructuras psicóticas.

En su texto “Clínica diferencial de las psicosis” J. Miller (1991)¹ hace alusión a una serie de casos que conllevaron “problemas en su diagnóstico” (así se titula uno de los apartes del libro) y que por supuesto otros analistas han incorporado como fuente de estudio. Dentro de esas investigaciones resulta útil citar un pequeño ensayo realizado por Héctor Rupolo titulado “Un problema psicoanalítico no superficial” (2002)², donde el autor se dedica a revisar dos casos cuya lectura diagnóstica genera evidentes confusiones (casos extrapolados del texto de Miller como se referenció antes).

Por lo general el conflicto más significativo a la hora de enfrentar estructuras clínicas aparece justo cuando se encuentran rasgos de tipo obsesivo *convulsivo****, que la estructura delirante que por lo regular los sostiene, hace que se evidencien posibles elementos de orden psicótico. Por supuesto la aparición de delirios se convierte en un elemento clave para sospechar de una estructura psicótica; pero no son ni mucho menos un apremiante

determinante para establecerlo como tal (por mucho que la gran mayoría de manejos que se realizan con manuales diagnósticos de tipo diferencial como el DSM IV o el CIE X insistan en ello).

Quizás el ejemplo más evidenciado surge en el mecanismo de los celos; es tradicional leerlos como *infundados* a pesar de que siempre tienen correlato tanto en lo real como en lo imaginario y en lo simbólico; la tradicional teorización freudiana alrededor de la escena primaria o escena originaria, pone en total evidencia la manera como un sujeto puede convertir en un absoluto punto de fijación dicha situación de corte traumático (Laplanche & Pontalis, 1967).³

Pues bien, la actitud celosa puede traer tras de sí representaciones de toda índole donde el afectado puede ver a la persona querida en brazos de otro y construir de esta manera todo un escenario delirante, donde por supuesto no faltarían fantasías de tipo homosexual y hasta de envidia de pene (“qué puede tener este tipo que no tenga yo”). Todo lo anterior construido con, sin o a pesar de que la pareja no tenga la mínima intención de serle infiel. Esto no importa ya que al fin y al cabo en el desarrollo evolutivo la infidelidad paternal hizo parte constitutiva del sujeto.

Así las cosas un delirio puede presentarse en una estructura neurótica y no en una psicótica; ni qué decir de la antigua tradición histórica donde una representación fantasmática del cuerpo era capaz de evidenciar dolores pavorosos (si bien, en honor a la verdad Freud en un principio denominó a este cuadro como “neuropsicosis”, quizás en alusión a la dificultad en establecer clínica diferencial). La estructura histérica pasó en forma grosera a la historia de la psiquiatría, que se ha casi “jactado” diciendo que esto ya no hace parte del presente clínico, algo cuando menos curioso cuando sus síntomas continúan apareciendo con bastante frecuencia, pero de momento no se entrará en dicha discusión en procura de mantener el dilema de inicio, es decir, el de la clínica diferencial.

Centrados de nuevo en las neurosis obsesivas, vale decir que sus síntomas plantean curiosos deslices en torno a la estructura psicótica a tal punto que se pueden confundir

* Sutura.

** Impetuoso.

entre éstas. Las narraciones significantes de los pacientes podrían hacer que el analista se inclinase a pensar que está escuchando un sujeto con estructura psicótica, cuando hasta el momento los demás pueden dar veracidad a lo que escuchan, o también puede darse lo contrario, y es que un significativo otrora “delirante” termine encontrando un ligue social, o que por lo menos resulte válido en su estructura neurótica (que por lo general sería de tipo obsesivo).

El caso tomado por Rupolo (2002)² alude a un paciente con temores de tipo homosexual; sin duda en la pregunta que construye frente a si *¿seré homosexual?* se establece todo un trabajo analítico que permitió incluso realizar un vínculo en torno a un tipo obsesivo convulsivo; además de que la sola pregunta en torno a un ser permite ver un sujeto justo ahí donde la psicosis lo *forcluye*.^{*} No obstante basados en el mismo caso se plantea un interrogante en torno a una psicosis infantil, dado que algunas de las fantasías del paciente constituyen un orden paranoico delirante bastante significativo. El dispositivo analítico emprende con la psicosis, se arriesga a devenir un sujeto en aquel discurso y llega incluso a reivindicar su lugar como ningún otro esquema terapéutico o corriente ideológica lo hace; heredero del legado antipsiquiátrico, la corriente lacaniana no se queda atrás en el empeño.

La paradoja en la psicosis

Buena parte de analistas contemporáneos coinciden en dos elementos bastante paradójicos: por una parte señalan un escepticismo ante lo que pueda devenir con las psicosis desde el psicoanálisis (Arbiser, 2003),⁴ pero por otro lado existe un claro interés (muy denotado como “deseo”) por apostarle al abordaje de la psicosis desde la óptica del psicoanálisis (Báez, 2010).⁵ Esta paradoja se ha mantenido a lo largo de la historia (Báez J. y col. 2009)⁶ y enmarca la situación actual con más fuerza que nunca; por ende se hace necesario realizar una revisión consistente desde el paradigma ético con el fin de analizar las implicaciones que se derivan de ello.

En los años más recientes se ha tendido (por lo menos en el contexto nacional) a no diferenciar la estructura

psicótica con las problemáticas derivadas de salud mental (Báez y otros, 2008),⁷ lo que por ende deriva en que la atención a la psicosis patrocinada por el estamento jurídico en salud está en esencia orientada por el mismo principio que podría brindársele a situaciones tales como las personalidades suicidas o con intentos, los sujetos con comportamientos de adicción a sustancias psicoactivas y en general aquellas que obliguen a ser remitidas a las secciones de salud mental en los diferentes centros del Distrito.

Lo anterior no deja de tener un supuesto ético (loable por demás) y es el de garantizar un trato equitativo para todos (Decreto ley, salud mental),⁸ pero plantea situaciones que no siempre logran elucidarse con una clínica diferencial incapaz de distinguir ciertos estamentos de orden estructural que pueden escapar a la sintomatología funcional y con ello echando por el suelo cualquier posibilidad de los diagnósticos diferenciales.

Un ejemplo puede dar claridad a lo expuesto hasta aquí: es hasta cierto punto “común” encontrar sujetos autistas “mezclados” con sujetos diagnosticados con debilidad mental o dificultades de aprendizaje. Es algo que no se hace muy público pero que ya ha tenido algunos lugares de difusión académica y clínica; de hecho síndromes como el de Asperger y el “X” frágil o “Síndrome de Martin y Bell”, tienden a ser confundidos con frecuencia y rotulados de manera equivocada como *retardo* o *autismo*.

Las derivaciones éticas de un tratamiento enfocado de manera diferente a la estructura de base son enormes y tan determinantes como la misma estructura de personalidad que lo esté sosteniendo; sin duda es algo que prende alarmas y debe revisarse con toda la cautela del caso. Sin embargo, la evidencia clínica muestra que no siempre es así. Se debe contar con una posibilidad preocupante y es la de diagnosticar como psicosis a una estructura que no lo sea (o lo contrario también puede pasar, por supuesto). Y en el contexto particular del psicoanálisis lacaniano la situación toma un matiz mayor, en tanto la psicosis se lee como una situación estructural y no sólo como un contexto clínico.

Algunas condiciones propias a la visión psicoanalítica no atravesarían el significante clínico de las condiciones

* Del francés *forclusion* como sinónimo de repudio.

hospitalarias, pocos describirían una entidad clínica en torno a la *forclusión** del nombre del padre o al particular atravesamiento con lo real que puede devenir en una psicosis, de modo que el psicoanálisis se encuentra con un dilema ético bastante paradójico dentro de la práctica clínica con pacientes psicóticos.

A menos de que se encuentre “versado” en la jerga psicoanalítica de orientación lacaniana (y en algunas ocasiones ni aún así) es muy posible que quien le apueste a razonar unos determinados síntomas de un paciente desde dicho contexto, se encuentre con oídos “sordos” por parte del equipo clínico tratante. Es una situación bastante conflictiva y hasta cierto punto afín con la de aquel sujeto psicótico cuyo dialecto no logra hacer enlace social con el entorno que lo rodea.

El psicoanálisis habla desde *Otro* lugar, pero si no logra hacer lazo social sus efectos corren el riesgo de quedar en una especie de “entredicho”, no son pocos los eventos donde algún psicólogo o psiquiatra afín a las ideas lacanianas termina siendo “absorbido” por el discurso convencional en la clínica en una especie de “adaptarse o morir”.

¿Puede permanecer un centro psiquiátrico sin la posibilidad de una escucha de orientación psicoanalítica? Todo indica que así es (la respuesta es tan evidente como crítica); de hecho, lo más común es encontrar que una escucha de este tipo tiende a generar conflictos en el equipo asistente que no sea afín a dicha opción “deliberativa” (la palabra empleada no es casual). Lejos de entrar en enfrentamientos bizantinos sobre lo que se debe hacer o no, es importante reseñar que este tipo de escucha le da un particular relieve a la narración del sujeto enmarcado en todos los presumibles diagnósticos cercanos y afines a la psicosis (con lo que el autismo, la esquizofrenia y en muchas ocasiones la misma adicción a sustancias psicoactivas entran en el cuadro).

Ya Báez (2010)⁵ destaca la particular postura freudiana ante la psicosis donde se apunta a una peculiar “alianza” entre el terapeuta y el yo psicótico por su incapacidad para manejar la realidad (p. 54); esta “alianza” ha sido

reconocida por otras corrientes afines y no tanto con la vertiente psicoanalítica como lo ejemplifica la atención del hospital de Nazareth en su programa de ecoterapia (Rodríguez & otros, 2008).⁹

Por lo general, cuando surgen “nuevas” propuestas de abordaje en salud mental son recibidas con absoluto beneplácito; por supuesto que vienen avaladas por resultados relevantes en términos de eficiencia y eficacia; pero también cuentan con un fuerte respaldo dejado por la ineficiencia de los modelos clásicos de atención (dentro de los cuales se tienden a sumar experiencias de orden psicoanalítico, si bien resulta difícil corroborar que en efecto se haya dado este tipo de atención y de escucha). Pero la pregunta persiste, ¿Los nuevos modelos solventan los inconvenientes éticos del sujeto y del diagnóstico diferencial? El capítulo siguiente abordará una postura terapéutica en concreto manteniendo este cuestionamiento en su esencia.

¿Has actuado de conformidad con tu propio deseo?

La anterior frase tan significativa dentro de la concepción ética en Lacan (1956)¹⁰ sirve de prefacio para analizar de la manera más respetuosa posible una orientación clínica integral denominada *ecoterapia*, que ha logrado consolidar una importante experiencia dentro de los servicios de salud brindados en la unidad de salud mental del hospital de Nazareth, ubicado en la localidad de Sumapaz (parte del Distrito Especial de Bogotá que corresponde a su vigésima localidad).

Muy influenciada por pensamientos humanistas y con claras utilidades en terapia ocupacional (lugar donde encuentra un fuerte respaldo), la ecoterapia se erige como un modelo de atención integral, enfatizando en el respeto y la recuperación del sentido de vida y proyecto en los “residentes” del centro de salud (quitarles rótulos clínicos también hace parte de su filosofía de trabajo). Gilberto Rodríguez Daza y sus colaboradores (2008)⁹ lo señalan con las siguientes frases: “Puede haber una gran variedad de habilidades en la población objeto de programas de salud mental. Nuestro deber como rehabilitadores, es brindar oportunidades de expresión de estas habilidades, explorando en ellos sus intereses y proporcionándoles

* Del francés *forclusion* como sinónimo de repudio.

diferentes contextos de desarrollo personal y colectivo. Para Ecoterapia ha sido de gran ayuda el contacto con la naturaleza para conseguir tal fin” (p. 116).

Es importante anotar que dadas las condiciones geográficas del hospital de Nazareth, resulta relativamente fácil fortalecer un contacto mucho más directo con la “naturaleza” tal y como lo refieren los autores de la experiencia. En contraste con ese elemento ambiental, la localidad donde se ubica ha sido escenario de numerosos conflictos a lo largo de la historia colombiana, en su mayoría disputas políticas que por supuesto han dejado una lamentable marca en los pocos habitantes que viven en sus tierras, una realidad social que no deja de tener sus efectos sobre un proceso de salud que con esto logra tener cierta “distancia” ante los demás procesos, motivo por el cual sus exponentes buscan un espacio de reconocimiento en los demás sectores de la salud que miran con indiferencia (y en muchos casos desconocimiento total) a un programa que independiente de algunas reservas teóricas, no deja de ser un modelo digno de ser estudiado y analizado por los diversos estamentos académicos y clínicos.

No sin cierta sorna y con el humor político tan acostumbrado en él, se le atribuye al gran periodista Jaime Garzón (asesinado presuntamente por grupos de extrema derecha) una palabra con un enorme sentido significativo a la hora de aludir a esta localidad de la que él mismo fue alcalde durante un breve periodo. Jugando con el equívoco homofónico presentaba a Sumapaz como “Suma - Paz” (¡basta ironía lingüística).

Al revisar algunos de los fundamentos de la ecoterapia se encuentran curiosas coincidencias con ciertos preceptos de orden psicoanalítico, a pesar de que cuenta con su propio marco teórico. Vale la pena reseñar que durante un significativo período de tiempo el hospital de Nazareth contó con el apoyo de psicólogos practicantes de la Universidad Los Libertadores que tenían como consigna de trabajo la aplicación de los preceptos clínicos devenidos del psicoanálisis (Báez y colaboradores, 2009).⁶ Dentro de los numerosos hallazgos encontrados por el equipo de ecoterapia vale la pena reseñar la lectura positiva que se le dio a la disminución en las dosis de

medicamentos, encontrando que era posible ser funcionales sin entrar en fases psicóticas (Rodríguez, G 2010),⁹ lo cual sirvió de fundamento para fortalecer elementos de autoestima y control interno en los pacientes.⁹

Sin duda la experiencia reporta un balance exitoso; el reconocimiento a un sujeto que se expresa desde un lugar “diferente” demuestra tener efectos terapéuticos; puede que este equipo no sea el primero en encontrar tales hallazgos (desde los clásicos modelos antipsiquiátricos se han venido denotando elementos de este orden), pero es muy significativo que persistan modelos clínicos que propenden por éticas de este tipo. La propuesta psicoanalítica no viene a juzgar aplicaciones clínicas de esta naturaleza (no es función del psicoanálisis juzgar el proceder del otro), por el contrario la reflexión surge alrededor de ¿qué pasaría si se llevara este tipo de aplicaciones hasta sus consecuencias definitivas?

La experiencia psicoanalítica en el área no ha estado exenta de críticas y en la actualidad eso ha reportado un abordaje diferente en muchos centros de atención en salud mental (Ruiz & otros, 1999);¹¹ algunos han denotado interesantes logros en lo que tiene que ver con reinserción social (un objetivo de la atención y a la larga un imperativo ético). No obstante, desde el psicoanálisis y en específico desde reflexiones clínicas sustentadas por la experiencia y abordaje de pacientes, vale la pena anotar y perseverar en la pregunta alrededor del deseo del sujeto, que como se señalaba en párrafos anteriores, da cuenta del proceder ético en el psicoanálisis.

Pese a que el dispositivo analítico para la atención en las psicosis necesita contemplar una especificidad propia a su estructura, no se debe olvidar que el psicoanálisis también reconoce al psicótico como sujeto del lenguaje (Báez, 2010),⁵ lo cual brinda un lugar determinante en relación al *Otro* de la cultura, un espacio que a riesgo de sonar descabellado se puede denominar como “el lugar de la cordura”.

La especificidad psicoanalítica en el abordaje de las psicosis radica en poder mantener el dispositivo analítico lo más incólume posible, a pesar de que la insistencia del *Otro* de la cultura señalaría que ese sujeto no

tiene posibilidad de ser escuchado como una *alteridad**, es darle sentido a ese decir y perseverar en sostener la pregunta de ¿has actuado de conformidad con tu deseo? La dinámica social pareciera señalar que ese tipo de preguntas no se pueden señalar en el caso de un sujeto psicótico. Dos ejemplos pueden ilustrar el anterior apartado, pertenecen a experiencias clínicas con sujetos diagnosticados como psicóticos y que fueron atendidos como parte de la labor realizada dentro del proceso de investigación adelantado por el semillero de investigación en psicosis y psicoanálisis (Báez & otros, 2009).⁶

El primero pertenece a Uribe y Parada (2010)¹² practicantes de psicología que tuvieron la oportunidad de abordar a los pacientes del centro a partir de un tópico diferente (bastante alternativo por demás); en la experiencia particular uno de ellos encontró que su afinidad por las expresiones artísticas japonesas tales como el manga y el anime resultó ser un importante vínculo a la hora de establecer procesos de escucha con algunos de sus pacientes, que mostraron gran gusto por una serie muy popular denominada “Naruto”, situación que incluso le sirvió para designarle ese nombre “clave” en su presentación clínica: *“No resulta extraño que (el paciente) se interesara por esta saga, pues en cierta medida la reclusión de un paciente en un hospital es equiparable a la condena de Eurídice en el Hades, mirar hacia atrás para Naruto es el equivalente a quedarse inmóvil, como en muchas ocasiones sucedió; su eterna pregunta por el cómo actuar lo llevaba a una ruta que buscaba salida, pero su destino siempre resultaba siendo el mismo; quedarse inmóvil corporalmente al igual que Eurídice con su cuerpo como piedra en el Hades, mientras que Orfeo mira con impotencia a su amada en la inmovilidad más infernal, haciéndose preguntas del por qué tuvo que pasar. Muy parecido a lo que le sucedía a Naruto mientras se encontraba inmóvil en algún rincón del hospital rumiando sus pensamientos. Así podría describirse la tragedia de Naruto; abandonado por su familia y maltratado por su madre a temprana edad, se le asiló en un Psiquiátrico debido a su recurrente comportamiento catatónico”*.

* Devenido del otro.

Los alcances con dicho paciente fueron bastante relevantes; pero más allá de señalar los efectos “curativos” que obtuvo, se quiere manifestar la importancia en darle un lugar al sujeto desde su deseo y a la vez vincularlo con el deseo del *Otro* en una manifestación que a partir de un evento social como fue la generación de cineforos, logró tener efectos claros en el sujeto a tal punto que este experimento fue un lugar distinto en su deseo, un sitio de reconocimiento e intermediación con el *Otro* terapéutico.

El siguiente caso pertenece a la cosecha del investigador, también atendido durante la vinculación con el semillero de investigación (Báez y colaboradores, 2009)⁶; éste alude a un paciente con rasgos paranoicos y contenidos alucinatorios que llega a consulta casi de manera “accidental” luego de que refiriera que como parte de su proyecto de vida estaba dominando un idioma “extranjero”, lo anterior quizás habría tenido pleno sentido de no ser porque la alusión al idioma que estaba aprendiendo no era diferente al de su país natal; la vehemencia con la que señalaba cómo ya dominaba la estructura de dicho idioma y podía ser entendido por los habitantes del lugar, motivó la curiosidad del equipo tratante y la posterior remisión a la consulta psicológica. Las sesiones con el paciente refrendaron el diagnóstico presuntivo, los contenidos delirantes afloraron con mayor fuerza (tomando contextos de famosas novelas nacionales), el equipo médico no tardó en sugerir medicación pero dado el estado nutricional del paciente se optó por posponerlo.

El proceso de escucha apuntó al peculiar discurso del paciente, siguiendo un proceso freudiano típico en su concepción (Freud, 1917)¹³, se trabajó en torno al posible sentido que sus frases enunciaran, el paciente replanteó varios de sus escenarios vitales ingresando a un rol laboral y a un proceso académico. Los escenarios delirantes no desaparecieron del todo pero tomaron una cierta “lógica” en su actual contexto donde ya no resultaban tan centrales ni gobernaban los actos de su vida (era como si lo vivido antes le hubiese dejado una experiencia que había optado por superar). Los anteriores casos no constituyen un *modus operandi* a nivel clínico, no se pretende establecer un modelo de conducta por parte del terapeuta a la hora de asumir a un sujeto psicótico. Se intenta indagar alrededor del lugar del individuo en el discurso que emerge en la psicosis, discurso que revela nuevos caminos en su abordaje.

El discurso en la psicosis

Si se habla de un dispositivo particular así como de una ética diferente en el abordaje de la psicosis, no es de extrañar que bajo este juicio se enmarque el discurso enunciado por un sujeto desde el lugar de la psicosis. Pardo, Lerner y Conicet (2001)¹⁴ realizaron una investigación de tipo cualitativo intentando conseguir algunas generalizaciones en torno al discurso en la psicosis. Para ello revisaron algunas articulaciones en sus pacientes a la luz de las normas lingüísticas, encontrando desfases en la relación con el entorno social, más no tanto en las formas y estructuras sintácticas del lenguaje.

Es evidente que la psicosis genera una particular escisión que termina por afectar la intervención terapéutica, de modo que un objetivo de la citada investigación es cualificar algunas de las características lingüísticas con el objetivo de “acercar” los pacientes al entorno terapéutico. La conclusión de la investigación es esperanzadora, al señalar que ni la gramática ni la cohesión sufren mayores transformaciones,¹⁴ pues lo que viene alterado es un sistema de creencias que no logra establecer correlato con el mundo.

Lo anterior no dista mucho de la definición psiquiátrica tradicional que revela a la psicosis como una alteración adaptativa de la *realidad* para generar otra algo más tolerable, para este efecto tomaron también el texto de Freud alrededor de la escisión del yo durante el proceso defensivo (Freud, 1938)¹⁵ que deja entrever un concepto similar. No obstante lo que se alcanza a vislumbrar en este estudio es que la escisión no es tan radical como se ha venido pensando; por el contrario los delirios de los pacientes pueden llegar a tener tal coherencia que alcanzan a establecer diferentes tipos de vínculos efectivos dentro de un entorno social, aunque no es un ajuste perfecto. Lo relevante es que tampoco pretende serlo, justo ahí las palabras de J Lacan (Yankelevich, 1976)¹⁶ cuando señala que “en el interior de lo colectivo, el psicótico se presenta esencialmente como el signo, signo en *impasse*, de lo que legitima la referencia a la **libertad**”. El discurso en la psicosis lleva a un *otro* lugar (nótese el otro con minúsculas), pero en su desliz (en su “lapsus” si se le quisiera denominar así) aún consigue establecer una suerte de ligue social, suficiente

para generar intensos movimientos de masas en algunos casos.

Un breve artículo de Pichon Riviere (2008)¹⁷ enmarca una postura radical en torno a los efectos que pueden sopesarse alrededor de un “discurso psicótico”; dicho autor (que se refiere a sí mismo como psicólogo social) plantea que figuras tales como Hitler se inscribirían en un discurso “psicótico” (las comillas en psicótico pertenecen al autor y como tal se han respetado) y por supuesto sus efectos en lo social son claros, como fue el que consiguió entre sus adeptos; de hecho Riviere remata su idea señalando que “la diferencia entre un neurótico y un psicótico reside en que éste último no tiene noción de su enfermedad mental, por lo que él cree que actúa sanamente”.¹⁷

Palabras duras sin duda, pero que una vez más le apuestan a no inclinarse a zanjar las diferencias entre neurosis y psicosis de una manera tan radical; es claro que hay una escisión en el discurso psicótico (por lo menos la experiencia clínica del investigador como de otros autores así lo señalan), pero no por dicho “corte” se pierde efecto en lo social. Por el contrario no hay un discurso específico para la psicosis, por lo menos no aparte de los cuatro discursos del psicoanálisis (Lacan, 1969)¹⁸, aunque si resulta claro que efectos tales como la relación *objetal** tiene un importante efecto en la psicosis, a tal punto que de acuerdo con Lacan éste queda en discusión cuando se trata de la estructura psicótica.

Y a propósito de estructura quizás una frase de Arturo Roldán (1983)¹⁹ pronunciada durante una breve discusión sobre “las psicosis” brinde nuevos elementos a este análisis: *“la estructura es el discurso en un sentido, recordando justamente que esa estructura es una estructura fallida, es una estructura con fallas, es decir, a diferencia de la estructura de los estructuralistas, es una estructura donde está incluida la falla, cosa bastante importante. En este sentido, respondiendo a otra pregunta, podemos decir que la psicosis es la estructura. Me da la impresión de que podemos afirmarlo de esta manera, y que justamente la falla de la estructura sería la neurosis”*.¹⁹

* Relación afectiva sustituta dirigida a otro objeto.

Así las cosas (y en este sentido se enmarca la dirección del semillero de investigación en psicosis y psicoanálisis) el trabajo con la estructura psicótica apenas se inicia a pesar de todos los años invertidos. Más que plantear respuestas la investigación sigue dejando preguntas en el tintero. Es claro que el dispositivo analítico en la psicosis está erigido por una ética particular, la psicosis muestra la relevancia de otro lugar capaz de influenciar en forma radical en el entorno social y todo esto gracias a un discurso capaz de producir una estructura sin fallas (y hasta cierto punto sin lapsus).

El síntoma revela a un sujeto en la neurosis y en la raíz de dicho síntoma se encuentra el acto fallido (Freud, 1901)²⁰; pero en el caso de la psicosis el síntoma se revela en otra escena que no es la del lapsus sino la de su mismo discurso, aquel donde el sujeto no yerra y que como tal aparece en todo un sentido delirante (megalomanía se podría decir), un sujeto que en apariencia no está *barrado**, no está escindido.

No obstante y como es de esperar aparece el desencadenamiento de la psicosis, término atribuido a Lacan más que al mismo Freud (Ramírez, 2000)²¹ y que enuncia una suerte de “invasión” en el sujeto psicótico de la que hace “repudio”, algo más significativo que un rechazo, una especie de “no ha lugar” (Peskin, 1988)²², con efectos decisivos en el sujeto psicótico aunque no siempre notorios (de hecho el desencadenamiento es el que terminaría por “delatar” a un psicótico al nivel de ser llevado a un centro psiquiátrico).

La oportunidad de escuchar sujetos en el lugar de las psicosis ha permitido ver el escenario del desencadenamiento en algunos; pero también el haber planteado el trabajo de escucha ha dejado entrever lo significativo que resulta en torno a una reinscripción social, apuesta central del trabajo y propósito ético que seguirá vigente en la investigación.

Referencias

1. Miller JA. Clínica diferencial de la psicosis: seminario JAC. Buenos Aires : Simposio del Campo Freudiano; 1991.

* Duda entre lo que es y lo que quisiera ser, como la mediación del yo entre el superyo y el ello.

2. Rupolo H. Un problema psicoanalítico no superficial [monografía en Internet]. Buenos Aires : El Sigma; 2002. [citado 29 Abr. 2011]. Disponible en: <http://www.elsigma.com/site/detalle.asp?IdContenido=2491>
3. Laplanche J, Pontalis J. Diccionario de psicoanálisis. Buenos Aires Paidós; 1967.
4. Arbiser S. Psicoanálisis en Argentina. Rev. Urug. Psicoanal. 2003; 97: 159-181.
5. Báez J. El dispositivo analítico para el caso de la psicosis. Rev CES Psicol. 2010; 3(1): 115-23.
6. Báez J, Rodríguez R, Velosa J, Karam J. Cuatro documentos desde el psicoanálisis sobre la investigación de la psicosis en Colombia. Bogotá : Fundación Universitaria los libertadores; 2009.
7. Báez J, Rodríguez R, Karam J, Veloza J. Factibilidad de Intervención en la Psicosis desde el Psicoanálisis en un Programa Institucional de Inclusión Social. Rev Tesis Psicol. 2008; 3: 100-115.
8. Colombia. Ministerio de Salud. Política pública de salud mental en Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud; 2007.
9. Rodríguez G, Pardo A, Fernández P. El producto de un sueño: Programa de Ecoterapia. Bogotá : Hospital Nazareth Ediciones Versalles; 2008.
10. Lacan J. El seminario : libro VII. En: La ética del psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1956.
11. Ruiz Sánchez JJ, Imbermón González JJ, Cano Sánchez JJ. Psicoterapia cognitiva de urgencia. Valencia, España: ESMD-ÚBEDA; 1999.
12. Uribe S, Parada D. Representaciones en relación al fenómeno manga – anime en jóvenes bogotanos que manifiestan haber construido una identidad como Otaku [Tesis]. Bogotá: Fundación Universitaria Los Libertadores; 2010.
13. Freud S. Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1917.
14. Pardo M, Lerner B, Conicet C. El discurso psicótico: una visión multidisciplinaria desde la lingüística y la psiquiatría. Rev. Signos. 2001; 34 (49-50): 139-47.
15. La escisión del yo en el proceso defensivo (1940 [1938]). En: Freud, S. Moisés y la religión monoteísta, Esquema del psicoanálisis, y otras obras (1937-1939). (1940). Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1940.
16. Lacan J. Discurso de clausura de las Jornadas sobre psicosis infantil. En: Psicosis infantil. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires, 1971.
17. Riviere, P. El rasgo psicótico. Diario Perfil. 2008 Mar. 30; 3(247).
18. Lacan J. El Seminario. Libro 17 En: El reverso del psicoanálisis, Buenos Aires: Paidós; 1992.
19. Roldan A. Psicosis : diagnóstico en el análisis. En: Jornadas de psicoanálisis Lacaniano. Bilbao, España; 1983. [citado 28 Abr. 2011]. Disponible en: <http://arturoldan.salvatierra.biz/>
20. Freud S. Psicopatología de la vida cotidiana. Barcelona: Alianza; 1999.
21. Ramírez M. Aporías de la cultura contemporánea. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.
22. Peskin L. La angustia... rostro imaginario de lo real. Rev Psicoan. 1988; 45(4): 805-14.