

PSICOSIS Y PSICOANÁLISIS*

José Luis Belinchón

Quisiera comenzar expresando mi reconocimiento a los organizadores de este ciclo por el punto de osadía que supone la inclusión del enfoque psiconalítico a la hora de dar cuenta de la clínica de las psicosis. No es, desde luego, algo frecuente en nuestro medio, donde una de las manifestaciones del desconocimiento, cuando no, la del rechazo existente sobre el Psicoanálisis consiste en la afirmación, tan extendida, de que éste puede en todo caso encontrar su campo en las neurosis, quizá en las desviaciones sexuales, pero nada tiene que hacer en el terreno de las psicosis, un terreno que quedaría acotado para uso específico de la Psiquiatría. Quizá no sea casual que estas conferencias, en las que se pretende un acercamiento plural al hecho psicótico, hayan sido organizadas por psicólogos en lugar de por médicos.

A lo largo de la charla de esta tarde trataré de desmentir este malentendido, mostrando cómo existe lo que, con propiedad, podemos denominar una clínica psicoanalítica de la psicosis.

A diferencia de lo que ocurre en el campo de las neurosis, la clínica psicoanalítica de la psicosis surge a partir de la clínica psiquiátrica. Se hace, por tanto, necesaria una referencia ini-

cial a ésta para comprender mejor desde qué posiciones parte el psicoanálisis.

Como ustedes saben, la psiquiatría adquiere, de alguna manera, su estatuto científico a finales del siglo XIX con la obra de Emile Kraepelin, en la que por vez primera aparece una descripción detallada y una clasificación de las enfermedades mentales. Kraepelin diferenciará allí la paranoia y las parafrenias, caracterizadas por presentar delirios sistematizados, de lo que él denomina «demencia precoz», un grupo de enfermedades muy variado que tendrá como rasgo fundamental, según este autor alemán, el seguir una evolución rápidamente deteriorante. Para uno y otro tipo de psicosis Kraepelin pensaba en una etiología puramente orgánica; él decía que las alteraciones orgánicas del cerebro son la causa de las enfermedades mentales y que era de esperar que el progreso de la ciencia estableciera una correspondencia punto por punto entre la lesión orgánica y cada una de las manifestaciones clínicas de la psicosis.

El otro hito importante en esta breve alusión se marca en 1911 con la aparición de la obra de Bleuler *La demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias*. Bleuler era, por entonces, director de una conocida clínica psiquiátrica en Zurich; conocía la obra de Freud a través de un discípulo común, Karl G. Jung, alguien en quien Freud había puesto demasiadas expectativas; de

hecho, Bleuler había publicado en 1907 un artículo titulado *Mecanismos freudianos en la sintomatología de las psicosis* (el mismo año en que Jung publica su libro *Acerca de la psicogénesis de la demencia precoz*). No obstante, no pretendo decir que Bleuler signifique el reconocimiento por la psiquiatría del psicoanálisis; antes bien, como alguien lo ha señalado, es el pionero de la resistencia de aquélla a éste, por la vía de la integración de algunos conceptos del análisis.

Pues bien, en su libro de 1911 Bleuler marca dos diferencias fundamentales respecto a la concepción kraepeliniana de las psicosis. Por un lado subrayará que lo que define al grupo de la demencia precoz no es su evolución deteriorante, que no siempre se observa, sino una peculiar disociación de las funciones psíquicas; por ese motivo propone sustituir el nombre de «demencia precoz» por el de «esquizofrenia», propuesta que tiene un indudable éxito en la comunidad científica. De otro lado, Bleuler sostendrá, al igual que Kraepelin, el origen orgánico de la esquizofrenia, pero no apoya la tesis de la correspondencia punto por punto, entre síntoma y lesión cerebral; afirma, por el contrario, que hay unos «síntomas primarios» que son consecuencia directa de la lesión orgánica, y unos «síntomas secundarios», que se explicarían a partir de los síntomas primarios.

Vamos a detenernos en esta fecha, 1911, un año sin duda importante para la pequeña historia de la psicosis, porque es también en esa fecha cuando ve la luz el primer gran trabajo que Freud dedica a las psicosis, titulado *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia autobiográficamente descrito*, conocido como «El caso Schreber», al que enseguida aludiré. En esa fecha, como hemos visto, la posición de la psiquiatría respecto a las psicosis viene definida, por un lado, por la delimitación nosográfica entre paranoia y esquizofrenia,

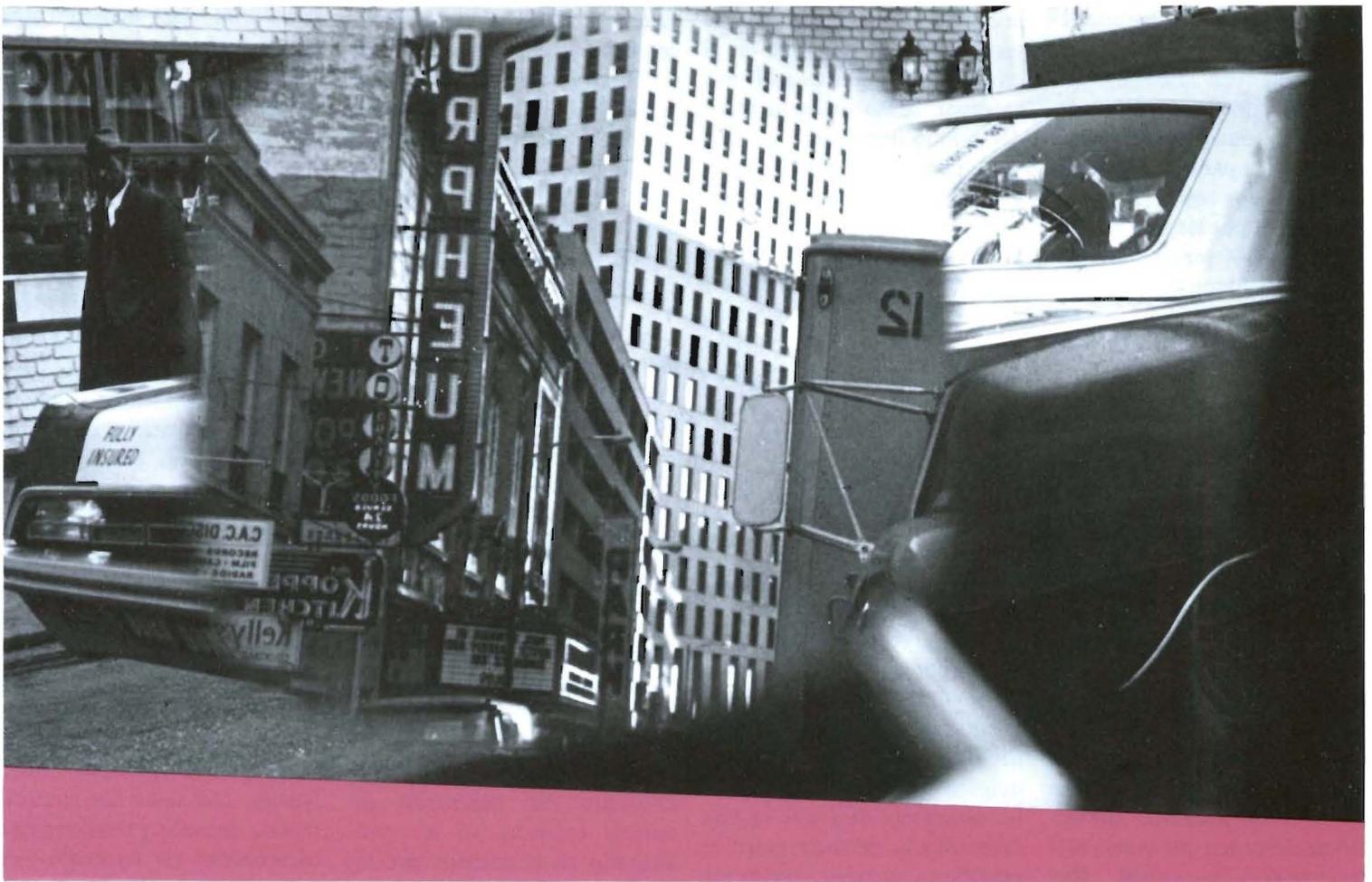
existiendo un interés claramente predominante por el estudio de esta última en detrimento de la paranoia. Por otro lado, la consideración de la causalidad orgánica de este grupo de enfermedades. Como se ve, están marcadas ya en ese momento las grandes líneas de la psiquiatría moderna.

¿Cómo se sitúa el psicoanálisis respecto a esas posiciones de la psiquiatría ante las psicosis?

En primer lugar, Freud no hace ninguna referencia a la causalidad orgánica; ni siquiera —esto es algo que me ha llamado la atención— alude a las consideraciones que habitualmente realiza acerca de la constitución y la predisposición a la enfermedad. Pienso que esa es una cuestión que, sencillamente, no le interesa, empeñado como está en demostrar —al menos en sus primeros escritos sobre psicosis— cómo los conocimientos que el psicoanálisis ha adquirido del estudio de las neurosis son absolutamente imprescindibles para, en sus propias palabras, «profundizar en la historia evolutiva y en los detalles del delirio». En otros términos, Freud deja de lado la hipotética existencia de una causalidad orgánica de las psicosis para centrarse en el terreno del lenguaje, mostrando cómo pueden extraerse conocimientos muy profundos cuando se aborda a las psicosis desde esta perspectiva, desde el campo del lenguaje.

La consecuencia inmediata de esto será el hecho de que Freud no se interesa tanto por la esquizofrenia como por la paranoia, en la medida en que en ésta los hechos de lenguaje son más ostensibles, mostrándose por tanto más susceptibles de ser abordadas por el psicoanálisis. No es que se desinterese por la esquizofrenia —de hecho su trabajo princeps sobre psicosis, el texto de 1911 al que hemos aludido, es el estudio sobre un caso de demencia precoz— pero lo que le interesará de la misma es lo que él confiesa en una carta a Jung: «explicar la parte paranoica de

* Charla dada el 22 de noviembre de 1989 en la Facultad de Psicología de Valencia, en el seno del ciclo de Conferencias en torno a la Psicosis, organizado por el Área de Salud del Colegio de Psicólogos de Valencia.



la demencia precoz». Es de señalar cómo, después de Freud, el propio psicoanálisis vuelve a interesarse más por la esquizofrenia que por la paranoia, hasta la llegada de J. Lacan, para quien ésta es una de las cuestiones importantes a invertir en lo que él señala como necesidad fundamental del movimiento psicoanalítico, es decir, el retorno a Freud.

La otra gran cuestión que centra el interés de Freud por la psicosis radica en el descubrimiento del mecanismo psíquico propio de estas afecciones. Su idea inicial es que puede aplicarse a las psicosis el mismo mecanismo formador de síntomas que había descubierto en la histeria o en la neurosis obsesiva, a saber, la represión de lo que él llamaba «recuerdos penosos». Se puede, por tanto, aplicar a la paranoia el conjunto de importantes descubrimientos que había realizado en el campo de la neurosis, es decir, la existencia del complejo

de Edipo o de las mismas instancias tópicas que por entonces él consideraba para el aparato psíquico, a saber, la división entre consciente e inconsciente. Lo que, en ese primer momento, considera específico de la paranoia es el procedimiento por el que es reprimida la idea penosa, a saber, mediante la proyección, transfiriéndola a otras personas. Es un planteamiento que Freud formula en 1896, anterior por tanto a la aparición del que es su texto inaugural sobre psicoanálisis, *La interpretación de los sueños*; pero es un planteamiento que Freud mismo desestimará algunos años más tarde al observar que la proyección puede encontrarse también en cuadros neuróticos. No es, por tanto, un mecanismo específicamente psicótico.

Como ya he señalado, en 1911 Freud publica su trabajo sobre el caso Schreber, donde analiza, a la luz de los conocimientos adquiridos por el psicoanálisis en el campo de las

neurosis, el grueso volumen de memorias que publicara en 1903 un loco sin duda poco común por su amplia cultura y su capacidad de penetración, Daniel Paul Schreber, magistrado de los tribunales de Sajonia, quien, tras su nombramiento como presidente del Tribunal de Apelación de Dresden, sufre un cuadro que fue diagnosticado como demencia paranoide, que requirió su internamiento prolongado en centros psiquiátricos y en el que lo más llamativo es, quizá, el desarrollo de la idea delirante de su transformación en mujer, así como la de una peculiar relación con Dios, que habrá de culminar en que él, Schreber, terminaría por ser la mujer de Dios, y creador así de una nueva humanidad.

Es más que aconsejable la lectura del texto de Freud, y aun la del libro de Schreber, a los que en adelante aludiré con frecuencia.

Pues bien, vamos a encontrar en ese trabajo, especial-

mente en su parte más teórica, un nuevo intento de Freud de dar cuenta del mecanismo de la paranoia como una peculiaridad del mecanismo general de las neurosis, a saber, la represión. Hasta el extremo de que es en este texto donde por primera vez Freud formulará los tres momentos que caracterizan a la represión.

Lo que aparece como más importante de este planteamiento es la conclusión a la que Freud llega: en la estructura psicótica hay una fijación de la libido en un estadio narcisista, de la que se derivarían unas fuertes tendencias a la elección homosexual de objeto, contra las cuales tratará de defenderse el sujeto paranoico. Así, pues, en el origen de toda paranoia habría que considerar la existencia de una fantasía homosexual; Schreber, por ejemplo, escribirá que unos días antes del comienzo de su enfermedad tiene la idea en estado de dormirla de que debe ser muy agradable ser una mujer en el

momento del coito. Es una tesis que Freud mantendrá ya a lo largo de toda su obra, y que sin duda puede parecer sorprendente, aunque no será del todo extraña para quienes estén familiarizados con la clínica de las psicosis, por las frecuentes e insistentes referencias que los paranoicos hacen de la homosexualidad, las más de las veces bajo la forma de un miedo a ser homosexual.

Coherente con esta tesis Freud planteará que las principales formas clínicas de la paranoia serían contradicciones a una única afirmación: «Yo (un hombre) lo amo a él (un hombre)».

Tomada al pie de la letra, la tesis de la paranoia como defensa de la homosexualidad no podría sostenerse. Ni la homosexualidad manifiesta, ni las formas encubiertas que puedan aparecer en la clínica, presentan un desorden que pueda asemejarse al de las psicosis. ¿Hay que entender, entonces, la homosexualidad que subyace a las psicosis como aquella que aparece en las estructuras perversas o en las neurosis? ¿A qué se refiere Freud cuando habla de homosexualidad en las psicosis? De entrada podemos observar en lo que relata el presidente Schreber que no se trata tanto de una homosexualidad como de un fenómeno del orden del transexualismo, la transformación en mujer. Pero hay algo más que una alteración en la identidad sexual, y de ello aporta Freud suficientes datos como para que podamos avanzar en la dirección de lo que es el nódulo de la estructura psicótica. Para adentrarnos en este terreno vamos a servirnos como guía de la fórmula que Freud sitúa en el origen de la paranoia, en cualquiera de sus formas: «Yo (un hombre) lo amo a él (un hombre)», y vamos para ello a llevar al terreno de la psicosis cada uno de los términos de tal formulación.

Cuando a propósito de un caso de psicosis hablamos de términos como «yo» y «él», ¿nos estamos refiriendo a los

mismos conceptos que son de uso cotidiano, a lo que en el campo de las neurosis podemos entender como estructuración del mundo imaginario —y hay que entender esta palabra, imaginario, en su sentido más literal, de imágenes—? Sin duda estamos hablando de cosas bien diferentes. El interlocutor del psicótico (es una forma de hablar de ese «él» de la fórmula freudiana) no va a ser precisamente, en la mayoría de los casos, un personaje con una imagen definida, singular. Lo habitual es que quien persigue al paranoico, quies es el objeto en el delirio de celos, quien está enamorado en la erotomaría, sólo muy excepcionalmente se presenta como un personaje único; por el contrario, es frecuente que el paciente manifieste que son siempre varios, un número indeterminado, quienes lo acosan. La erotománica raramente dirá que es una determinada persona quien le manifiesta su amor; suelen ser multitudes. Ni el delirante celoso creará que su esposa se acuesta con un solo hombre: lo hará con ciudades enteras. Y cuando aun puedan tomar como referencia central a un personaje, vamos a encontrar enseguida el mismo fenómeno de segmentación. Así Schreber al referirse al personaje que constituye el centro de su delirio, Dios, habla de reinos anteriores de Dios, que han de diferenciarse de los reinos posteriores, los cuales a su vez se hallan sometidos a una singular división en dos partes, un dios inferior y un dios superior.

Encontramos, por tanto, que este «él» de la fórmula de Freud está bien lejos de caracterizarse por la unidad que es propia en el mundo imaginario; por el contrario, el interlocutor se presenta desmultiplicado en una gran cantidad de figuras imaginarias, en número impreciso, cuya identidad poco importa, por lo demás, a los pacientes; raramente se interesan por quién o quiénes emiten la voz que se alucina, o quiénes son los supuestos amantes de

su esposa. Sería tal vez didáctico sustituir ese «él» por un «ellos» que denotaría no sólo la pluralidad de agentes, sino también el carácter de un cierto anonimato, indiferenciación de tales personajes. Lo cual no impide que generen una significación impresionante para el paciente.

Si no existe una unidad en el mundo imaginario al que se dirige el psicótico, ¿hay en cambio unidad del otro lado del espejo, a saber, del lado del «yo» en la formulación de Freud que tomamos como referencia? Dar igualmente una respuesta negativa quizá resulte más familiar. ¿Quién no ha oído hablar de esa concepción tan extendida como errónea de que en las psicosis hay una parte sana del yo y una parte enferma? Es evidente que si el yo se constituye como una imagen unificada por referencia al mundo exterior, va a verse afectado en la psicosis por la misma fragmentación que caracteriza a éste. Cierta paciente pasó un tiempo considerable quejándose de que «no tenía tipo», ésa era su expresión; al interrogarle responde que desde la cara le habla su padre, desde la mano una tía suya, y desde el brazo Conchita Piquer. En el texto de Schreber, por otro lado, podemos encontrar una manifestación típica de la desintegración del yo como imagen unificada, a saber, los fenómenos hipochondriacos tal como aparecen en la psicosis: se quejará de estar sin estómago, sin intestino, sin pulmones, con el tubo digestivo desgarrado y algunas veces —dice— al comer se ha tragado su propia laringe...

No hay, por tanto, una unidad en el universo imaginario del psicótico; no es posible hablar de «yo» y «él» en el sentido que damos corrientemente a estos términos. Más aún, ni siquiera hay una delimitación clara entre «yo» y «él», entre lo que —por usar una topología rudimentaria— podemos considerar como interior y lo que

es exterior. Los pensamientos de los pacientes son conocidos por los demás; no es raro que se sorprendan al preguntarles qué les pasa, porque para muchos psicóticos es obvio que ya lo sabemos. Pero quizás ningún fenómeno como la alucinación es tan expresivo de este borramiento de límites entre un dentro y un fuera: el paranoico escucha como proveniente del exterior lo que no son sino sus propios pensamientos y aún en ocasiones no raras expresará que tales voces provienen del interior de su cabeza, sin que por ello se considere a sí mismo el autor de las mismas.

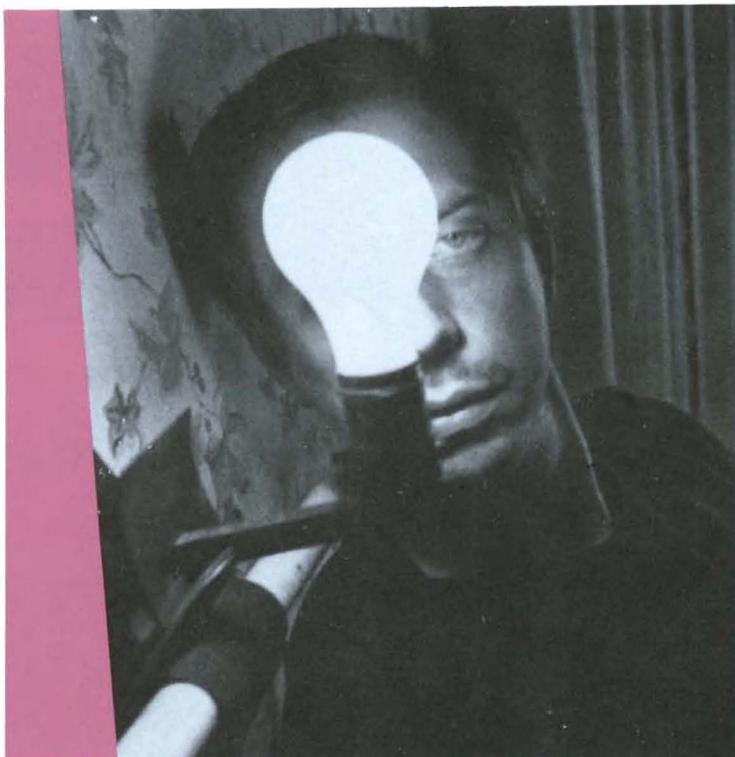
Hay, por tanto, una especie de simetría, de proporción, entre lo que es el yo psicótico y lo que constituye su interlocutor. La relación entre ambos, la relación delirante, será de alguna manera una relación entre iguales, con todas las circunstancias de amor y rivalidad que caracterizan ese encuentro, es decir, de confusión con el otro, o de alejamiento extremo, sin que exista un elemento tercero, mediador, que permita marcar una distancia conveniente con los objetos del mundo exterior. Se forma así un universo «mágico» en el que todo tiene relación con el paciente, todo cobra sentido en función suya, todo lo que ocurre le concierne. El se sitúa en el centro de ese mundo como objeto de toda clase de amenazas, maquinaciones, alusiones, odios o también amores. Es quizá, el fenómeno que más claramente muestra la inexistencia de una ley ajena al propio sujeto, a la que él deba someterse. Por el contrario, todo ocurre como si el sujeto se confundiera con la ley.

Esta referencia a la ausencia de una ley que sea exterior al propio paciente nos va a servir como puerta de entrada para que podamos abordar los determinantes estructurales del fenómeno psicótico, lo que subyace a la desintegración imaginaria que acabamos de contemplar, y que sin duda constituye lo más llamativo de

la fenomenología de la psicosis. Vamos a servirnos para ello nuevamente de la fórmula que Freud sitúa en el origen de toda psicosis: Yo (un hombre) lo amo a él (un hombre).

Hemos visto hasta ahora cómo los términos «yo» y «él» presentan tal cantidad de alteraciones que en modo alguno podemos considerarlos como comparables a la situación del neurótico. Trataremos de ver ahora, de una manera necesariamente muy esquemática, qué podemos entender cuando de uno y otro lado de la frase encontramos la expresión «un hombre».

Comencemos del primer lado de la oración: Yo, un hombre... ¿Realmente se trata de un hombre? La evolución del delirio del presidente Schreber camina desde una primera fantasía aparentemente vanal que aparece poco antes del comienzo de la enfermedad («sería muy hermoso ser una mujer en el momento del coito») hasta la idea de una transformación total en mujer, mujer al servicio de la satisfacción del deseo divino. Sería realmente rico seguir paso a paso el desarrollo de esta transformación tal como Schreber lo cuenta, pero no es éste el momento de hacerlo. En cualquier caso podemos señalar que aquella fantasía inicial pasó luego a ser el tema de un delirio de persecución, de perjuicio, para finalmente asumir Schreber una posición de conformidad, de asunción total de la idea de su transformación en mujer; él es el objeto con el que gozará Dios. Vale la pena decirlo con las propias palabras de Schreber: «En cuanto me hallo a solas con Dios se me impone la necesidad de procurar, por todos los medios posibles (...) que los rayos divinos perciban de mí la impresión de ser una mujer arrebatada por sensaciones voluptuosas». No se trata, por tanto, de un fenómeno de homosexualidad, sino que ha de ser considerado como algo del orden de la transexualidad, y ésta es una observación que ha de extenderse a muchos



otros casos de psicosis: tras la queja de un temor a ser homosexual, de sentirse obligado delirantemente a prácticas homosexuales, lo que se esconde es lo que Lacan llamará un *empuje a la mujer*, es decir, la tendencia a ocupar la posición del objeto que le falta al otro, la posición en la que encontramos a Schreber al final de su delirio.

Si no encontramos precisamente un hombre del primer lado de la oración a la que insistentemente aludimos, del lado —podemos decirlo así— del psicótico, ¿encontraremos un hombre del otro lado de la oración, del lado del «interlocutor» del psicótico? Si recurrimos de nuevo a Schreber vamos a encontrar en ese lugar cómo el persecutor más importante, inicialmente a un médico, el doctor Flechsig, el mismo que lo atiende durante este período de la enfermedad y que ya lo atendiera años atrás en un primer acceso que fue diagnosticado como hipocondría. Se trata de un conocido neurólogo, profesor universitario, cuyo nombre aparece asociado a un haz de fibras nerviosas de la médula espinal. El será quien, en el delirio del paciente, goce de su cuerpo e intente asesinar su alma. Pronto obser-

vamos que, sin abandonar esta referencia, establece una relación similar con los médicos que le atenderán en posteriores internamientos, lo cual nos permite preguntarnos si no estamos ahí ante un fenómeno de un orden similar a lo que, en el análisis con neuróticos, conocemos como transferencia, aunque, por supuesto, con una presentación profundamente diferente. Quizá sea oportuno hablar a este respecto de una «transferencia delirante» donde el personaje incluido en ella se integraría en el sistema delirante del paranoico. Y quizá no sea ajeno a ello la posición de saber en la que el médico u otros terapeutas se sitúan. Saben que lo que el psicótico delira no es real, y no es infrecuente ver cómo tratan, infructuosamente, de hacérselo saber; saben qué cosas le conviene, o no, hacer, qué medicación ha de tomar; saben, en suma, lo que le pasa al paciente. ¿Y no es ésta precisamente una de sus quejas más importantes, como ya vimos, la de que los demás saben lo que le ocurre? Sin duda es algo sobre lo que se hará necesario reflexionar cada vez que quiera emprenderse el tratamiento con un psicótico.

Si seguimos con el texto de Schreber, vemos cómo las alusiones, referencias, que el paciente hace al doctor Flechsig, son trasladadas posteriormente a Dios, de forma tal que este Dios acabará siendo el referente fundamental del delirio. Un Dios que no está nunca claramente diferenciado de los hombres, que en absoluto es ese ser perfecto del que hablan las religiones, un Dios cuya existencia puede ser amenazada por los hombres, al tiempo que coexiste esta idea con la de un Dios todopoderoso, sin que aparezca un conflicto entre ambas visiones contradictorias.

En el trabajo que Freud consagra a este texto de Schreber, va a mostrar cómo los personajes persecutorios (Flechsig y los otros) y Dios se hallan en una misma serie, una serie que tendrá como característica esencial la de que dichos personajes aparecen como equivalentes paternos. No es una afirmación gratuita, es la consecuencia de aplicar a las psicosis la experiencia que el psicoanálisis había adquirido en el campo de las neurosis. Es algo, por otro lado, con lo que no es difícil concordar cuando se tiene alguna experiencia, por pequeña que sea, con este tipo de pacientes. Con enorme frecuencia el personaje que controla, dirige, persigue al loco es alguien que, sin duda, viene en una cierta posición paterna, desde el Napoleón del tópic, al gobernante de turno, pasando por las más variadas «máquinas de influir».

«Así pues —afirmará ahí Freud—, también en el caso de Schreber nos encontramos en el terreno familiar del complejo del padre (es como en ese momento denomina al complejo de Edipo y castración). Si la lucha con Flechsig se presenta ante los ojos mismos del enfermo como un conflicto con Dios, nosotros habremos de ver en este último, un conflicto con el padre amado, conflicto cuyos detalles han determinado el contenido del delirio.»

Se hace aquí necesario que hagamos un paréntesis. Estamos hablando del «complejo paterno», el «lugar» del padre, que se nos muestra ahora como un referente esencial para el estudio de la psicosis, como sin duda lo es para la neurosis. Y es oportuno por ello que nos interroguemos acerca de qué es un padre, una pregunta cuya respuesta no es precisamente sencilla, uno de los dos grandes interrogantes que permanecen abiertos a lo largo de toda la obra de Freud sin hallar una respuesta precisa. El otro es un interrogante, tal vez ustedes lo intuyan, acerca de la mujer. ¡Precisamente las dos grandes cuestiones a las que trata de dar respuesta el psicótico!

Es seguro que todos ustedes han oído hablar y han leído textos en los que se alude al complejo de Edipo. Es sin duda el gran tema que nuestra cultura ha tomado del psicoanálisis. Y es muy probable que lo que ustedes han podido leer haga referencia a la madre como un objeto que se disputarán el padre y el hijo en una batalla desigual en la que acaba venciendo el primero, que no dejará por ello de ser visto como un rival por el niño, sentimiento que coexistirá con el de cariño y gratitud lógicos ante el genitor. Pero esa primera concepción del padre como rival va a ser profundamente modificada en función de las experiencias obtenidas de la clínica, las cuales le permiten a Freud el análisis, bajo una nueva perspectiva, de algunos importantes conocimientos de la antropología de la época. Tales ideas aparecen en un libro aparecido en 1913, *Totem y tabú*, en cuyo último apartado Freud construye lo que se ha llamado un mito moderno, el mito de la horda primitiva, que va a servir de referencia para la nueva conceptualización del padre. Muy en su esencia, se habla en él de una mítica tribu primitiva dominada por un padre poseedor de todas las mujeres. Los hijos se rebelan ante esa situación y optan por matar al padre. Una vez consumado el



parricidio los hijos se ven obligados a pactar entre ellos para evitar una guerra fratricida, pero también por la culpa consecuente al asesinato. Acuerdan así que ninguno tratará de ocupar el lugar que antes tuvo el padre y que en consecuencia buscarán sus mujeres fuera de la tribu. El padre muerto tiene así un reconocimiento que no tuvo el padre vivo. Puede decirse también que con la muerte del padre aparece la ley (de prohibición del incesto), una ley que ningún personaje real

impone pero que todos deben obedecer. Ese padre muerto, cuya existencia se hace imprescindible para que cada uno de los hijos acate la ley, pacte con los otros y sea posible la convivencia, ese padre muerto, imposible de equiparar a ningún personaje vivo, hemos de considerarlo como una función, la función paterna, si queremos tomar un término tomado de la matemática. O como el Nombre del Padre, si preferimos un referente cristiano. Pero función o nombre en cualquier

caso indicarán la ubicación de ese padre como más allá de toda posible encarnación.

Pues bien, algo que es entrevisto por Freud, pero que no es formulado hasta los años 50 por Lacan, es que el mecanismo específico de las psicosis, lo que las va a diferenciar del resto de estructuras clínicas, es el no funcionamiento, si se permite la redundancia, de la función paterna, de esa función que sitúa al padre como un nombre, no como una imagen.

Desaparece así el significante fundamental que serviría como referente para organizar toda significación. La consecuencia más evidente será la desaparición de la función de la palabra, es decir, el establecimiento de un vínculo social quedando entonces el sujeto librado enteramente a un campo del lenguaje en el que se le imponen palabras, se crean palabras nuevas o se dan nuevos usos a viejas palabras, se oyen voces, se pierde la polisemia y, en fin, se producen las alteraciones que son conocidas como típicas de las psicosis, conduciendo en ocasiones a la elaboración de un delirio lo que puede, en tales circunstancias (como hemos visto con Schreber), venir a suplir de alguna manera esa función paterna ausente.

Tras este recorrido que nos ha llevado a la consideración del que constituye el mecanismo específico de la psicosis, es momento de preguntarnos qué se puede hacer desde el psicoanálisis frente a la psicosis. En otros términos, ¿es posible una cura psicoanalítica de la psicosis?

Antes de tratar de dar una respuesta a tal cuestión es necesario señalar una consecuencia que se deriva de cuanto hasta ahora hemos planteado. Puesto que el fenómeno psicótico afecta a un ser hablante, y lo afecta de forma tal que toda la estructura como ser hablante va a verse afectada, es necesario hablar de la existencia de un *sujeto* en la psicosis.

Es importante esta precisión porque de ella se deducirá una primera consecuencia para el abordaje del psicótico. Es necesario dejarle hablar, mucho tiempo; es necesario permitirle que diga cuanto quiera; hay que estimularlo a que hable. Esto va a marcar una diferencia profunda con la manera que la psiquiatría tiene de abordar la psicosis, porque la psiquiatría, apoyada en la eficacia de los fármacos, no considera la hipótesis de un sujeto en la psicosis; sólo necesita un pequeño número de parámetros que obtiene muy fácilmente; si

hay o no alucinaciones o ideas delirantes o trastornos de conducta... es decir, algunas pocas referencias que permitan realizar un diagnóstico y precisar el tipo de fármaco más adecuado. Pero el paciente es tratado como un objeto, es decir, valorado exclusivamente en términos de déficit o disociación de funciones, desconsiderando sus manifestaciones subjetivas.

Una segunda precisión se nos impone en este momento. Si decía que al psicótico hay que dejarlo hablar, es necesario conocer qué es lo correlativo por parte del analista a ese dejar hablar. La respuesta podría ser muy simple: el analista debe escuchar; pero requiere alguna explicación. Escuchar va a significar aquí la intención sostenida, por nuestra parte, de no querer comprender demasiado deprisa. Es fundamental que nos mantengamos en una posición radical de *no saber* acerca de lo que concierne al paciente, una posición que —no hace falta subrayarlo— diferencia bastante el proceder analítico de el del resto de prácticas con la psicosis. ¿Por qué es importante esta posición de no saber? Porque el paciente estructura su goce, su psicosis, sobre la base de que los demás saben lo que a él le pasa, y que él es el objeto de ese saber de los otros. Si el analista se colocara en la posición del que sabe acerca del paciente, correría el riesgo de ser integrado en su delirio, o incluso de desencadenarlo cuando éste no era aún manifiesto.

No es fácil sostener esta posición de no saber acerca del paciente. Porque estamos formados en el seno del discurso universitario, donde el saber funciona como agente de nuestros lazos sociales. Pero también interviene dificultando esa posición la actitud misma del paciente que nos tiende continuamente trampas —permitan la expresión— para asegurarse que él puede estar en esa posición de goce que le supone el delirio, ser objeto de ese saber. De ahí que lo veamos a veces esforzándose porque comprendamos, por lograr un nivel de

coherencia en su relato que sea aceptable, y eso si no hay un intento deliberado e insistente por lograr nuestra complicidad.

Por nuestra parte se trata de sostener una actitud de interrogación continua, no dar por supuesto en ningún momento el significado de su relato, aunque se trate de hechos aparentemente lógicos. Obviamente eso implica también no erigirse en ninguna norma, ningún modelo para el psicótico, ya sea como ideal de conducta o como norma de realidad. Ante una construcción delirante no se puede decir nunca que es verdadera o que es falsa; hay simplemente que señalarla con una interrogación, una interrogación que permita no coagular el delirio en una significación fuera de toda dialéctica sino, por el contrario, mantenerlo abierto a la función de la palabra. No siempre es fácil sostener esta posición; a veces, por el contrario, es extremadamente difícil hurtarse al lugar de saber en que nos coloca el psicótico. Es preferible entonces interrumpir la sesión en ese punto. Hay analistas que mantienen sesiones muy breves con los psicóticos; los hay que, por el contrario, son partidarios de sesiones largas. Pienso que el punto de no ceder ante la posición de saber es un criterio importante para modular la duración y aun la frecuencia de las sesiones con el psicótico.

Una segunda observación de interés primordial. En lo que precede, he aludido en varios momentos a la condición de estructura en que el psicoanálisis ubica la psicosis, y he subrayado, en consecuencia, el interés que se observa desde los primeros momentos en Freud por encontrar el mecanismo psíquico específico de estas enfermedades que las diferencie de otras estructuras, a saber, de perversiones y neurosis. Hemos visto cómo tal mecanismo no es aislado en la obra de Freud, aunque aparecen en ella descubrimientos decisivos en ese sentido, ¿cómo es formulado por Lacan como carencia de la función paterna. Es en esto que

se diferencia radicalmente la psicosis de las neurosis o las perversiones; e insisto en que esto es un hecho de estructura, es decir, un sujeto se podrá situar del lado de la función paterna o del lado de la psicosis. Pero no hay paso posible de una a otra posición. No hay paso posible de psicosis a neurosis o perversión, ni tampoco a la inversa. Un psicótico «curado», compensado, seguirá teniendo una estructura psicótica, es decir, se hallará ausente en él la función paterna como tal, aunque por el hecho de mantenerse compensado es necesario deducir que algo ha venido a suplir esa función paterna ausente, algo ha venido a tratar de taponar ese agujero y, ese algo debe ser conocido en una cura analítica. A la inversa, podemos decir que una estructura neurótica o perversa, sean cuales fueren las condiciones a que hayan de enfrentarse, no devendrán nunca en psicosis. El desencadenamiento de una psicosis, por tanto, podrá venir condicionado por determinados acontecimientos en la vida de un sujeto, pero es imprescindible para ello que exista ese terreno abonado que supone la estructura psicótica, tal como la hemos considerado. Y es que, como señalara el joven Lacan, «no se vuelve loco quien quiere, sino quien puede».

Pues bien, una consecuencia que se deriva de esto es que, desde el psicoanálisis, desde una consideración de la estructura subjetiva, no puede afirmarse que un psicótico a lo largo de un tratamiento pasa a ser un neurótico. Ni es correcto tampoco hacer diagnósticos como «psicosis histérica», por más que haya conductas y síntomas en la historia que se asemejen en ocasiones a síntomas y conductas propios de una psicosis. En cualquier neurosis es posible encontrar momentos en que aparezcan rasgos de tipo psicótico, pero eso no justifica hablar de psicosis. Por lo mismo, carece de sentido algo que, precisamente, ha sido propiciado desde el seno mismo de al-



gunas tendencias analíticas, a saber, los llamados estados «borderline», estados intermedios entre neurosis y psicosis.

Pero sin duda, la consideración de mayor trascendencia clínica que se deriva de esta manera de proceder es la de poder establecer el diagnóstico de psicosis aun cuando no ha existido ninguna descompensación clínica, cuando no hay fenómenos elementales (alucinaciones, delirios, eco del pensamiento...). Se trata de algo de extrema importancia, porque un error ahí puede traer como consecuencia el desencadenamiento de un episodio psicótico, puesto que las condiciones

de la cura analítica son profundamente diferentes en un caso de psicosis que ante uno de neurosis.

No siempre es fácil realizar tal diagnóstico, porque quizá nada se parece tanto a una neurosis como una psicosis compensada. Es una de las razones por las que, en el tratamiento analítico existen y tienen tanta importancia las llamadas «entrevistas preliminares», es decir, previas a la iniciación del tratamiento; unas entrevistas que no pueden darse por concluidas sin que se haya establecido un diagnóstico preciso de estructura.

De cuanto llevamos dicho puede desprenderse una afirmación: es posible abordar la psicosis desde el psicoanálisis, es posible un tratamiento psicoanalítico de la psicosis. Con la condición, lógica, de que exista una demanda, una queja, ese imprescindible acto de sujeto cuyo punto de origen hay que situar en la carencia de función paterna, en el enigma enorme que ella plantea. Una demanda, por tanto, que será tanto más improbable cuanto mayor sea la instauración del delirio, en tanto éste venía —como señalé— a intentar crear una significación que obturara dicho enigma.

Con la condición de la demanda, es posible por tanto llevar adelante una cura analítica de la psicosis. Es llevando al paciente a la verbalización, y manteniéndose alejado el analista de toda posición de saber es como podrá lograrse que avance en la dirección de abandonar su posición como objeto de goce del Otro para plantearse más y más como sujeto.

Como señalara M. Silvestre, tal es la oportunidad que el psicoanálisis brinda al psicótico: encontrar en él una práctica de sujeto que ninguna otra práctica reglamentada determina.