

Autores:

Félix Blanco

Guillermo Bosovsky

Valentín Corcés

Juan Carlos Crowley

Manuel Desviat

Raúl Fernández

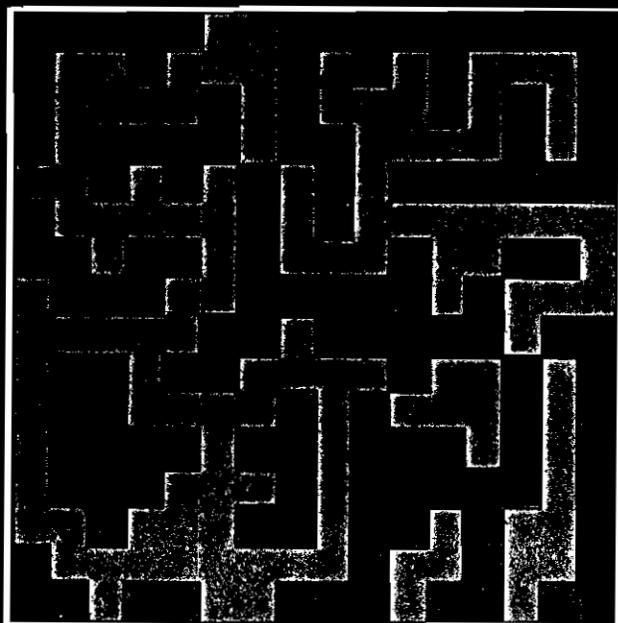
Alberto Fernández Liria

Ana Isabel Romero

Aproximación dinámica a la psicosis

Valentín Corcés, coordinador

*Aproximación
dinámica
a la psicosis*



**APROXIMACION
DINAMICA
A LA PSICOSIS**

COORDINADOR:

Valentín Corcés

AUTORES:

**Félix Blanco
Guillermo Bosovsky
Juan Carlos Crowley
Manuel Desviat
Raúl Fernández
Alberto Fernández Liria
Ana Isabel Romero**

**APROXIMACION
AL TRATAMIENTO DE LA
PSICOSIS**

Felix BLANCO
Valentin CORCES
Manuel DESVIAT
Alberto FERNANDEZ LIRIA
Ana Isabel ROMERO

Pero, tú no crees Mario, que, en realidad, muchas personas nunca han nacido o, más frecuentemente, su nacimiento ha sido una sombra, algo inconcluso, y sus vidas representan solo una forma barbara de existencia, ajenas al valor de los signos y de los augurios de los dioses.

Cayo Valerio CATULO
(Epitalamio de Nevio, 55 a. d. J.C.)

DEL MOMENTO DE UNA INSTAURACION

Percepción de la locura

La atención, el tratamiento de la psicosis, nos remite necesariamente al origen de nuestra percepción de la locura, del hecho psicótico. La medicina contemporánea se constituye a través de la mirada atenta, vigilancia empírica abierta a la evidencia de lo sensible. Frente a la superstición, el destino, los dioses, los demonios y toda la constelación de rituales mágico-religiosos, de exorcismos, en un retorno al naturalismo helénico, «el ojo se convierte en depositario y en fuente de verdad» (1). Mirada atenta, clasificatoria; alianza entre las palabras y las cosas. Universo de la conciencia, del ver y decir; el correlato de la verdad se sitúa en el nosotros, en la percepción, conciencia sensible, horizonte científico. Con la mirada clínica, decriptiva, se origina nuestra concepción de la locura, de la enfermedad mental. El momento fundacional está en el asilo. La institución manicomial se constituye como espacio de reclusión, de custodia, y a la vez como territorio médico donde se hace el discurso psiquiátrico — Pinei, Esquitrol—, para luego expandirse más allá de los muros asilares, ocupando cátedras y academias, verdad absoluta en la dictadura de la razón. *Monólogo de la razón sobre la locura*, dirá FOUCAULT (2). El mundo de la conciencia, sus categorías, excluyen el sin sentido. Sólo existe aquello que es cognoscible. Por tanto, en el tratamiento de la psicosis no hay escucha. No se plantea la cura. La institución psiquiátrica es un lugar de exclusión, un aparato defensivo y ofensivo a la vez antropológico y antropohémico. La *verdad* es utilizada para silenciar al otro. «En ningún momento aparece la palabra del otro; escuchar la palabra del otro es reconocer su

El valor de la palabra

(1) FOUCAULT, MICHEL.—«El nacimiento de la Clínica». Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI. México, 1966.

(2) FOUCAULT, MICHEL.—«Historia de la locura en la época clásica». F.C.E. México, 1967.

humanidad» (3). Como señala el Presidente SCHREIBER, el único lugar reservado por la medicina anotomo-clínica para el enfermo, es el de cadáver (4).

«Sufrimos de una podredumbre, la podredumbre de la Razón» decía ANTONINI ARTAUD, y continuaba: «*Los locos son las víctimas por excelencia de la dictadura social*» (5).

Más ¿cómo entender a ese sujeto cuya palabra ha perdido el sentido, cuyo acto no es predeciblemente razonable? Las categorías más firmes no sirven: el principio de no contradicción no rige, ni el tiempo o la casualidad. Mundo de lo real que no puede ser simbolizado: negación del orden de la conciencia, negación de las reglas que rigen la convivencia humana, el código, el contrato social. El tutelaje jurídico, la pedagogía moral, el borramiento por el ehoque, la cirugía o la sedación por psicofármacos, sustituyen a la terapéutica mágico-religiosa, al chamán y sus ritos, a la Inquisición y sus quemaduras. Del Malleus Maleficarum (6) al tratado de Psiquiatría de KRAEPELIN, media el paso de una superstición a otra: de la teocrática a la cartesiana. Ambas excluyen, dejan fuera aquello que no entienden.

LEVI STRAUSS señala que es preciso una renuncia para entrar en el mundo de la cultura, para que se realice la distinción entre el yo y el otro, y, por consiguiente, las reglas que sustituyen a las relaciones naturales entre los hombres (7). SPILKA lo dice con otras palabras:

«El neurótico renuncia a la realidad natural: renuncia a ver a la madre como mujer y así puede entrar en el orden simbólico cultural: el psicótico renuncia a la realidad socio-cultural y no puede hacerlo con la natural, no elabora su incesto, cuya representación defectuosa lo priva de compartir adecuadamente un cierto consenso socio-cultural» (8).

(3) JUAN A. YARRA. — «*Horizonte psicoanalítico de las psicosis*». Ed. Paidós. Buenos Aires, 1982.

(4) Citado por MAUD MANNONI en la Teoría como Ficción. Grigalbo, 1980.

(5) ANTONINI ARTAUD. — «*Carta a las Poderes*». Ed. Insurrexit, 1974.

(6) LEVI-STAUSS. — «*Antropología estructural*». Eudeba. Buenos Aires, 1970.

(7) El Hebenhammer, *Malleus Maleficarum* (Martillo de hechiceros), de JOHANN SPRENGER y HEINRICH KRAEMER, aparece en 1486, en plena caza de brujas, libro de texto de los inquisidores, que lo es a la vez de pomografía y psicopatología, como dicen Franz G. Alexander y Sheldo T. Selenick en su *Historia de la Psiquiatría*, Ed. Espax, Barcelona, 1970. Pág. 95.

(8) SZPILKA, J. — «*Bases para una psicopatología psicoanalítica*». Karglieman, 1973.

Tutoría y fracaso terapéutico

La falta simbólica, la imposibilidad de pasar de lo singular a lo universal, relega al sujeto a la concreción, a lo inmediato. La carencia simbólica lleva al acting, a la alucinación o al delirio, cuando el sujeto se pregunta sin respuesta posible. Y la sociedad responde con la ruptura de la comunicación a esa falta simbólica. El loco y su médico no se escuchan mutuamente. Cada cual va a lo suyo. La institución manicomial, la psiquiatría, los técnicos sanitarios, los guardianes, encierran su espacio en la falla del discurso del psicótico y su consiguiente falta de contractualidad social. Van a ser los tutores de unos menores *perversos*, de unos enfermos sin cura.

Más aún: la institución total, el hospital psiquiátrico o manicomio va a actuar sobre el internado psicótico en el mismo sentido de su propio trastorno psíquico: estereotipias, delirio, desafectividad, etc. Desde una perspectiva terapéutica es un absoluto fracaso. Claro que surge con otro cometido: suplir la falla del sistema social, del sistema jurídico-político que la burguesía ascendente impone a la sombra de los cañones de Napoleón Bonaparte.

«Ambiente desértico, en palabras de RECAMER, identificable con una experiencia de privación sensorial, que se orienta hacia la despersonalización y adquire efecto cristalizador de la psicosis. La psicosis despersonaliza y despersonaliza y el asilo, por así decirlo, se suma a ello» (9).

Preservar y reproducir el orden social

Parece como si no bastara — como en los tiempos de los Hospitales Generales — en ocultar la irracionalidad, cómica, junto con criminales, herejes, prostitutas, vagabundos, idiotas, mujeres adúlteras, hijos libertinos. Parece como si fuera preciso borrar la locura, negar, *matar* lo incommensurable, aquello que remite a lo siniestro, lo que está fuera del hecho psicótico como peligroso, como fuente de angustia. La psiquiatría legítima la acción. Convierte en condición de posibilidad de todo tratamiento «el aislamiento terapéutico». Tiene miedo de las griterías de su razón, a su propia locura. La institución psiquiátrica, el manicomio, reproduce a la institución social hasta tal punto que en los hospitales se habilitan «cuartos de agitados», encierro dentro del encierro, para

(9) Citado por JACQUES CHAUZAUD. — «*Introducción a la terapéutica institucional*». Ed. Paidós, 1980.

proteger a los guardianes de la locura de los más locos. Es un círculo infernal; ante el miedo «terapéutico» el miedo psicológico, la angustia psicológica se reactiva, se dispara, surge el *acting*: la violencia, la agresión, la huida (cualquier técnico psiquiátrico sabe que el psicótico percibe el miedo del terapeuta y en su angustia, en su necesidad de límites, de unas identificaciones que le den seguridad, este miedo explosiona en su propia angustia).

La institución aprende esto cuando aprende a escuchar. Desde hace unas decenas de años, por razones que no vamos a detallar ahora, se intenta la reforma y/o la destrucción del manicomio, cuya eficacia social —no digamos ya terapéutica— es puesta en duda.

De una parte, el psicoanálisis, la escucha psicoanalítica se introduce en las instituciones; por otra, la lucha antiinstitucional y política, el movimiento basagliano y la antipsiquiatría inglesa.

Se ha abierto una brecha irreversible en las tapias del asilo. La práctica manicomial se convierte en un anacronismo, en un residuo, vigente, sin embargo, dentro y fuera del asilo. No en vano el cuerpo teórico de la psiquiatría se ha constituido en el manicomio. La agonía de este supone una erosión profunda en el cuerpo teórico de la psiquiatría que, enfrentada a las contradicciones de un saber médico «científico natural» (el esplendor y el ocaso de este saber psiquiátrico se encuentra en EMIL KREPELIN y su imponente edificio nosográfico), no podrá ya justificarse sólo por recluir; tendrá que *curar*. Tendrá, pues, que modificar su saber y sus técnicas, así como los espacios institucionales; tendrá que adaptarse a las nuevas necesidades y exigencias del orden social. El hospital psiquiátrico, la comunidad terapéutica, la psiquiatría preventiva o comunitaria, la comunidad antipsiquiátrica, son algunos de los hitos de una historia que no ha concluido.

DE LA NECESIDAD DE UNA METAMORFOSIS

Aprender a escuchar

Se trata, en definitiva, de cambiar de registro, de abordar la psicosis institucional e individual desde una nueva perspectiva. Habilitar espacios donde el psicótico pueda expresar su

angustia, proyectar su ansiedad, los *acting-out*; donde todo esto se pueda recoger, elaborar. Un espacio que permita, en palabras de CHAUZAUD (10), el juego de las identificaciones, un lugar y un tiempo donde se pueda «oír», donde sea posible la escucha y atender, por tanto, al psicótico como sujeto de una historia y de un deseo.

Es entonces, en el intento de *oír*, de escuchar, de *dialogar* con el psicótico, cuando, rotas las categorías que sustentaban el discurso psiquiátrico, se produce un quiebro, un cambio importante en nuestra manera de *mirar* la locura. Sin duda, acercarnos a la locura con el propósito de ir más allá de lo fenoménico, de la apariencia, trasciende la comprensión intelectual y nos remite obligatoriamente, como hemos visto en la primera parte de la ponencia, al universo ambivalente y contradictorio de los afectos: al amor, a la pulsión, al deseo. Nos remite a FREUD, al psicoanálisis, nueva revolución copernicana que descentra al sujeto humano. Magistralmente lo expresa ALTHUSSER en su breve trabajo sobre FREUD y LACAN:

«Desde Copérnico sabemos que la tierra no es el "centro del universo". Desde Marx sabemos que el sujeto humano, el ego económico, político o filosófico no es el "centro" de la historia; sabemos también contra los Filósofos de las Luces y contra HEGEL, que la historia no tiene "centro" sólo existe en el desconocimiento ideológico. FREUD nos descubre, a su vez, que el sujeto real, el individuo en su esencia singular, no tiene la figura de un ego centrado sobre el "yo", la "conciencia" o la "existencia" — sea la existencia del sí, del propio cuerpo o del "comportamiento" — y que el sujeto humano es descendido, constituido por una estructura que tampoco tiene "centro", mas que en el desconocimiento imaginario del "yo", es decir, en las formaciones ideológicas en las que se "reconoce"».

(11).

A partir de FREUD lo que nos interesa como terapeutas no es tanto lo que ocurre en la cabeza del paciente sino lo que sucede *entre* el y el paciente (12). El análisis de la intersubjetividad inaugura una forma de acercarnos a la locura donde el saber no podrá ser clasificatorio, simple dispositivo diagnóstico. El saber debe ser una disposición de referencias en una situación intersubjetiva (WINNICOTT).

(10) Obra citada.

(11) LOUIS ALTHUSSER, Freud y Lacan. — «La Nouvelle Critique». París, 1965. Traducción castellana: Cuadernos Anagrama, 1970.

(12) MAUD MANNONI, Obra citada.

Ahora bien, el nacimiento del psicoanálisis es extraño al orden manicomial. El psicoanálisis delimita un espacio sobre el campo de la práctica médica —la historia del psicoanálisis es, en buena medida, la historia de esta delimitación y de las vicisitudes del vínculo originario entre psicoanálisis y medicina—; el concepto de neurosis articula este proceso, sustentando la producción teórica de un psicoanálisis que cuestiona su origen por un lado y se recorta en la nosología al uso por otro.

La psicosis se constituye en otras alcobas. La psicosis, forma genérica de catalogación y formalización de la locura en el discurso psiquiátrico, aparece como categoría central de la producción teórica de la psiquiatría llamada científica. El psicoanálisis deberá tomar de la psiquiatría esta problemática: la psicosis, como patología claramente dibujada y clasificada, constituida en el campo de la práctica médica, en los manicomios. En un principio, el psicoanálisis, en su intento de dar cuenta de la totalidad de las producciones psíquicas, se refería a la psicosis, a los cuadros pintados por los psiquiatras, intentando explicar el funcionamiento del sujeto que éstos llamaron paranoide o esquizofrénico, para distinguir de unos y asimilarlo a otros que compartían con él la sala del manicomio. Mas el concepto de psicosis, formalizado por la psiquiatría, desafia e intimida al psicoanalista.

El psicoanálisis a veces ignora que el psiquiatra no surge como fruto de una división técnica del trabajo, sino ideológica: la psiquiatría, como acabamos de ver, se constituye cuando se encarga al médico la legitimación y la exclusión de unos individuos que, siendo origen de desorden, no se prestan a su manejo por las instancias jurídico-policiales. El psicoanalista que ignore la génesis de la psiquiatría y la delegación del orden social que conlleva, corre el riesgo, como veremos luego al tratar los espacios institucionales, de actuar como un psiquiatra convencional en su práctica pública, sobre todo al atender la psicosis. Práctica en la cual, con palabras de MAUD MANNONI (13):

«Todo lo que dice el paciente, se inscribirá en un marco* que invitará al psicoanalista, a semejanza del psiquiatra, a interpretar los "jeroglíficos" de la psicosis; y tendrá, además, como consecuencia el que el observador-psicoanalista deje de estar implicado en el diagnóstico».

(13) MAUD MANNONI. Obra citada.

* El subrayado es nuestro.

Marco que niega, a instancias de la institución judicial, el valor de la palabra del psicótico, dando cuenta y razón (legitimidad científica) de esta denegación y convirtiéndose en su forma: el discurso del psicótico remite, como sintoma, a la especie de su enfermedad. El psicótico no será ya sujeto de su discurso sino objeto de nuestro conocimiento.

DE LA LEGITIMACION

Vicisitudes de una delegación

El orden social excluye la locura, excluye al psicótico: niega la interpelación que éste significa. Delega en el técnico, en el médico psiquiatra, legitimando su actuación. Ahora bien, en la evolución del hacer psiquiátrico esta delegación vive las vicisitudes de los cambios que se operan en el orden social: el desarrollo de las formaciones sociales implica cambios en los aparatos ideológicos de los Estados. La crisis del manicomio y, por consiguiente del saber psiquiátrico, está interrelacionada con este devenir. También los técnicos, los oficiales de la locura deben cambiar. En primer lugar, a partir de un momento relativamente reciente, ya no es posible referirse sólo al psiquiatra: psicólogos y psicoanalistas —no psiquiatras—, fundamentalmente, y en otro orden de cosas, la tarea conjunta, tan útil para comprender y tratar la psicosis, el equipo interdisciplinario e interestamentario —ATS, asistentes sociales, auxiliares...—, asumen la función del terapeuta. Este cambio plantea de nuevo la legitimidad del técnico. Legitimidad otorgada por las Instituciones, a través de las cuales la sociedad delega en estos profesionales (respecto al psicoanálisis, ANNA FREUD señala los riesgos de la institucionalización, al lamentar la desaparición de los psicoanalistas «chiflados» de la primera generación). Mas sin entrar en los problemas que la legitimidad social ocasiona —en cuanto sumisión a un ordenamiento jurídico, religioso, moral y político tanto como científico—, digamos que hay otro tipo de legitimidad basada en un supuesto saber que da identidad a los terapeutas y aún otra: aquella que le confiere el paciente.

En cuanto técnico-delegado del orden social, el psiquiatra custodial tiene clara su identidad y sus competencias: como terapeuta, si asume la responsabilidad como tal y añade al contrato social un contrato individual con el paciente, la cuestión se complica. En la relación dialéctica, en el encuen-

tro con el otro que es el psicótico, se cuestiona cada vez esa legitimidad. El psicótico, aparentemente al margen de toda posibilidad de elección y, por tanto, de contractualidad es, sin embargo, el paciente más difícil a la hora de aceptar la autoridad del terapeuta, el más capaz de conocer los límites de su verdadera legitimidad.

Cuestionamiento de una genealogía

La crítica a la legitimidad institucional, al corse mental que toda escuela impone, ha ido pareja, en los últimos años, a la denuncia de la psiquiatría y de su hagiografía. La nostalgia de los viejos «chiflados» que hace ANNA FREUD, de un mundo no cercenado por los prejuicios y los intereses de Escuelas y Academias, donde el viaje, heterodoxo, a tientas, puede llegar a ser creador nos lleva a esa eterna encrucijada donde el Poder, el Saber y la posibilidad de Crear se estorban entre sí. En un plano terapéutico viene a señalar la diferencia entre la legitimidad dada por la Institución o por el *saber*: aprehensión de la relación intersubjetiva.

De la crítica a esa aprehensión estructurada de la locura que es la psiquiatría, hay algo ya irreversible, la idea de que aquello a lo que el término «psicosis» nos refiere no es una entidad «natural» ante cuya idéntica percepción se han sucedido, en la historia, diferentes explicaciones. FOUCAULT, DÖRNER y tantos otros nos han mostrado desde ópticas diversas como el rostro actual de la locura, perfilado por la mirada médica sobre el espacio jurídico del asilo, pudo constituirse y sobre qué retícula socio-histórica se hizo. No vamos ahora a rastrear en una historia construida a nuestra medida los «tratamientos» de lo que mal pudo ser tratado cuando no se presentaba a los ojos del tratante, ni vamos a confundir lo que pudo ser tratado con lo que nuestros ojos se nos ofrecen tras dos siglos de nosografía. Vamos a considerar, en cambio, aquellos interrogantes básicos en los que puede anclar nuestra percepción del psicótico —y, por tanto, el campo de nuestra acción terapéutica—, la respuesta («¿defensa?») del psicótico a tal interrogante y la respuesta («terapéutica» al mismo o a la respuesta del psicótico).

Referimos al *proceso terapéutico*, a nuestra experiencia intersubjetiva con la psicosis, es el objetivo de las páginas que siguen. Hasta aquí hemos intentado dar cuenta del proceso de constitución del saber psiquiátrico y psicoanalítico, de su forma de acercarse a la locura, a la psicosis; de la metamorfosis de un saber anclado en el cientifismo naturalista, de sus

crisis y de la crisis de sus instituciones: de la irrupción de la pulsión, del deseo y del inconsciente en un universo conceptual dominado por la conciencia, por el positivismo de la razón, en una teorización médica donde el «hombre parecía como un armario con una serie de aparatos dentro, completamente separados los unos de los otros, como los negociados de un ministerio» (Pío Baroja, «El árbol de la Ciencia»). A partir de esta parte de la ponencia, enfrentados al sujeto de la demanda, al imperativo de la cura, desde el lado práctico de estos saberes, desde la clínica, nos preguntaremos, en primer lugar, por ese primer encuentro que constituye la entrevista psiquiátrica, momento central, configurador de una relación que puede ser terapéutica, donde la técnica y el ritual, el supuesto poseedor del saber y el, en apariencia, indefenso paciente se exponen mutuamente en duelo singular.

LA ENTREVISTA

La moderna redefinición de la psiquiatría como el campo de las relaciones intersubjetivas y sus vicisitudes, hace posible introducir criterios de cientifismo en esta zona del quehacer médico. Es en este momento cuando el médico, terapeuta, se pregunta sobre la exactitud o el error de su *utillaje*. Dispone de un objetivo impuesto desde el modelo médico-social y precisa instrumentos que puedan dar cuenta de los éxitos y fracasos, así como de su transmisión. A esta etapa corresponde la preocupación creciente por conceptualizar y diseccionar más o menos empíricamente el encuentro psiquiatra-paciente. Son un ejemplo los trabajos de SULLIVAN, VAN Y MELLER en USA, VALABREGA en Francia, BALINT en el Reino Unido, BLEGER y LUCHINA en Argentina.

No nos parece casual, por otra parte, que el tema de la entrevista haya movido y siga moviendo ríos de tinta, como tampoco lo es que gran parte de ese caudal se haya invertido en proclamar la importancia central de este tema en el modelo psicopatológico que cada autor propugna. Sin embargo, la ruptura con el modelo médico tradicional, fenomenológico, está en concebir la entrevista como parte del proceso terapéutico y al entrevistador como elemento implicado en ese proceso intersubjetivo.

Ya señalábamos en la primera parte de la ponencia que fue en la historia donde se estrelló el armazón teórico de la

medicina científico natural y que a partir de ese momento se originan diversas vías de salida al llamado problema histérico. La psiquiatría, la patología mental, tropieza hoy con un problema similar: la conceptualización de la locura; más concretamente, centrándonos en este momento de nuestra exposición, el diagnóstico de la llamada psicosis. Para la psiquiatría académica, para su ciencia fundante, la psicopatología, es preciso ocupar lugares seguros, donde la identidad del técnico se proclame frente a la inexistencia del Otro, y desde ahí seguir construyendo desarrollos con el límite de la coherencia de las reglas establecidas. Es por eso la maraña de diagnósticos y de clasificaciones que padecemos y que, generalmente, no usamos: DSM-III, CIE-9, etc. Constitución de unos límites y de unas reglas (signos, síntomas, síndromes o enfermedades en el listado nosográfico) que dificultan explorar otros caminos y que llevan a prefigurar la entrevista, el encuentro con el paciente, como algo aseptico, neutro. Falsa objetividad que elude el intersubjetivismo del encuentro y borra al —(Otro) — sujeto, al loco.

Nosotros creemos, y apelamos en este sentido con radicalidad a la clínica, que este es sin duda el punto más endeble de la arquitectura psiquiátrica clásica. Desde la clínica aparece de forma nítida la importancia crucial de la entrevista y, muy en especial, de la primera. Es aquí donde se produce un total cuestionamiento de la identidad y función —de un saber y saber hacer, por tanto— del médico-psiquiatra, del psicólogo y del psicoanalista (del oficio y de los oficiantes de la salud mental, en definitiva). No debe extrañarnos, por lo tanto, que sea a partir de ese momento cuando se construya todo un armazón defensivo, articulado en torno a la negación del sentido de esta relación.

Soluciones al uso

En ocasiones, la cuestión que nos ocupa ha intentado resolverse con una reivindicación ideológica, en un intento de sostenerla. Los dos extremos más significativos hoy de esta evitación, son, a nuestro entender, de una parte, el eclecticismo anglosajón, que articula un formato de entrevista cuyo desarrollo busca ser leído desde cualquier modelo psicopatológico e intenta un resultado idéntico para un mismo paciente, siempre que el entrevistador esté bien entrenado. Es el intento de objetivar la entrevista, de estandarizarla. Se trata en definitiva, de eliminar de la entrevista todo lo que en ella pueda haber de *entrevisto* o de *visto entre*, además de procedimiento de que *entre la vista*. Este juego de palabras

daría, sin embargo, cuenta de lo que se pretende obviar: con lo *entrevisto* hacemos referencia a la posibilidad de captar los emergentes del inconsciente que pueden ser detectados en toda entrevista psicológica; *visto entre* nos remite a una particular configuración de poder que se da en toda relación dual en la cual para que algo pueda ser visto es necesaria la concurrencia de dos saberes distintos, del paciente y del terapeuta; distintos pero nunca independientes y necesariamente complementarios: uno nunca sabe de su inconsciente pero no puede saber del inconsciente del otro sino cuando uno es algo para el otro. Al decir procedimiento donde *entre la vista*, queremos considerar todas las posibilidades de movilización mutua y el acto mismo donde transferencial y contratransferencialmente esto pueda tener lugar. La cuantificación de los modelos estadísticos, psicométricos o cibernéticos, obvia estos complejos fenómenos difíciles de aprehender. Esta evitación es, en realidad, condición de posibilidad de su existencia. Frente a la aparente sencillez de un coloquio, la sofisticación —aparente— del aparato de protocolos, encuestas, escalas, clasificaciones y métodos de análisis: el terapeuta toma prestado un instrumental que le es extraño para dar cuenta de su propia actividad, constituyendo un espacio que, lejos de superponerse como una plantilla y permitir descifrar el de su práctica, lo sustituye. Porque es la *entrevista*, entendida como lugar, como espacio intersubjetivo en el cual el sintoma y el acto terapéutico son posibles, lo que queda eliminado de la *entrevista* configurada por tales procedimientos (cuya operatividad, a otros efectos, ni se nos ocurre poner en duda).

En el otro extremo, como otra cara de la misma moneda, se reivindica lo inaprensible, lo mágico puesto en juego en el encuentro ancestral entre quien solicita ayuda y aquel a quien se le atribuye la facultad de prestarla. Un fenómeno irreducible que se da o no, pero que si se da, aparece completamente conformado; algo que se supone presente a lo largo de los acontecimientos que se empeñan en hilvanar las historias de la medicina. Pero así, afirmado universal y eternamente, supuesto por encima y a pesar de toda diferencia, nunca podrá constituirse en objeto de estudio. Peor: operará como telón de fondo —en el sentido de proporcionar una falsa perspectiva— de la práctica terapéutica. En realidad, no es sino una visión, en ocasiones silvestre, de una antropología que trata tardíamente de retomar la noción de persona.

Para nosotros el problema se plantea en una óptica diferente: se trata de conceptualizar la entrevista de modo que nos permita entender lo que del hombre-medicina a la medicina espacial hay en común, mas pudiendo dar cuenta al mismo tiempo de las diferencias. Y hacerlo sin lamentar una pérdida ni afirmar un progreso, porque no se trata de reivindicar ni oponerse a ningún retorno a los orígenes, sino de reconocer una genealogía. Se impone, a estas alturas, casi una definición. Hablamos, en primer lugar, de un espacio intersubjetivo en el que emerge un sentido; espacio en el cual el «sufimiento» de un sujeto —que solicita ayuda a otro al que socialmente se le atribuye la capacidad de prestarla— remite a otra cosa, abriéndose así la posibilidad de incidir sobre él. Precisamente, la emergencia de un sentido será la marea de clase de la entrevistista.

En segundo lugar, esta situación viene precedida, como integrante de un orden referencial simbólico, de una serie de preguntas. Como, por ejemplo: ¿Quién pide qué? Si el que pide algo está realmente pidiendo eso; si lo pide para él o para otro. Estas tres preguntas configuran, en la entrevista psiquiátrica, el sujeto y el objeto de la demanda y, por lo tanto, el sujeto y el sentido de la supuesta enfermedad. (Una entrevista realizada por uno de nosotros servirá de ejemplo).

Carmen

Es una primera entrevistista mantenida con Carmen y sus padres. La madre, solicitante de la consulta, fue quien empezó a hablar: «Desde que vino de Inglaterra está trastornada, se pasa el día en la cama, no habla, dice palabrotas... «Y me da malas contestaciones» —continúa el padre, puntualizando—: «Ya estamos cansados de ir a médicos, pero, bueno... ¡por venir...!» Carmen, entretanto, mira a la habitaación y hace gestos mostrando su extrañeza por lo que escucha en boca de sus padres, como si no comprendiera lo que oye, como si no se pudieran referir a ella de ese modo. Al preguntarle si está de acuerdo con lo que sus padres dicen, responde: «¿A mí? A mí no me pasa nada... Bueno, no me dejan tranquila. Quieren que trabaje..., ya trabajé. A mi vuelta de Inglaterra les dije: ya trabajé para muchos señores, ahora, durante un año, debo descansar y reponerme». «Mire Vd. —interviene la madre— nosotros la dejamos hacer todo lo que quiere, pero lo que hace no es normal, no la podemos dejar». «Yo ya digo que la dejen hacer lo que quiera —dice el padre—... Yo estoy enfermo, necesito mucho cuidado y ¡esta hija y su madre!...» «Yo nada, Y nada! —concluye la madre—»

Esta hija está descomponiendo la familia ¡Mire! yo quiero que la encierren un tiempo».

En esta primera secuencia de la entrevistista pasan muchas cosas que van a conformar todo el proceso terapéutico. En primer lugar, se nos revela que el sujeto y el objeto de la demanda tienen poco o nada que ver con la persona que se presenta como sujeto de la enfermedad. La solicitud de ingreso para Carmen (objeto de la demanda), nada tiene que ver con ella. (¿Quién pide y para qué?). El poner en orden y dar sentido a este pequeño rompecabezas nos va a permitir diseñar una estrategia terapéutica que pasa por abrir, en ese mismo momento, un espacio de significación. El caso de Carmen, del que pudimos saber más a través de sucesivas entrevististas, nos permite resituar la petición originaria. Carmen que tenía 22 años, había vivido separada de su padre desde los cinco años, cuando éste se fue a trabajar a Alemania. Había estado muy unida a su madre. Es la penúltima de cuatro hermanos; los dos mayores, varones y una hermana a la que lleva 3 años. Hace cuatro años el padre vuelve y se instala en la casa. Está enfermo y todos dependen de él económicamente. Al año del regreso, Carmen decide irse a trabajar al extranjero, donde permanece un año, al cabo del cual es devuelta a su casa por padecer un cuadro psicótico agudo (nunca había tenido *problemas mentales*, según la familia, con anterioridad). No sabe qué le pasó. No recuerda nada. No cree que le haya ocurrido nada.

Durante este tiempo, su hermana menor encuentra trabajo, estudia, ayuda a su madre y se instala en la antigua habitaación de Carmen. Esta sólo quiere dormir, permanecer en la cama y descansar por todo un año. Han pasado dos cuando acude a la consulta.

Con un comportamiento similar al padre, lo que pide Carmen es recuperar aquel débil vínculo con sus identificaciones maternas, hoy rotas de nuevo, como cuando tenía tres años. En la petición de consulta, el deseo de la madre no es *curem* a Carmen, sino *liberarme* de esta hija, encierrela, pero... tome vd. la decisión para quedar libre de culpa.

Llegados a este punto consideramos de interés volver a mostrar el diferente comportamiento, y las valoraciones de la psiquiatría clásica a estos hechos.

La Psicopatología fenomenológica, para poder aprehender la demanda del sujeto, necesita introducirla en un código. El sujeto, necesita introducirla en un código. El sujeto es investigado en función de un saber tipificado. En otras palabras, siguiendo a LANIERI LAURA (14), no existe semiología sin el ejercicio deliberado de una doble reducción. Reducción del discurso y del cuerpo para ajustarlo al libre de claves de la semiología. Sólo hay una escucha parcial, tamizada por el saber médico-cultural del clínico que efectúa el examen.

La demanda se refiere siempre al dolor y a la muerte, como en el caso de Carmen. Sin embargo el clínico busca los signos, busca la parcela, definida previamente, que le permita establecer una estrategia terapéutica, un diagnóstico, diferencial siempre, una prescripción y un pronóstico.

Esta puesta entre paréntesis del sujeto, remite a la anatomía y a la fisiología y puede ser legítima en la medicina reparadora de urgencia. Urgencia médica o quirúrgica que conlleva una actuación parcial e inmediata. La noción de urgencia en medicina remite al riesgo de la muerte. En psiquiatría, aun cuando el horizonte de la muerte está presente, se trata por lo general de un peligro denunciado por otros, ya sea contra otros o contra el mismo sujeto en estado psicótico (autoagresividad). Como en el niño y muchas veces en el adolescente o el anciano, el sujeto de la demanda, como hemos visto en el caso de Carmen, suele ser otro, sobre todo en los casos de crisis.

El psicótico, delirante o alucinado, no vive la extrañeza de su comportamiento. La atención, por lo general, se efectúa a demanda de la familia, de la policía, de los vecinos y, casi siempre, en contra del sujeto en crisis.

En esta situación contractual, la medicina positivista pone en funcionamiento la nosografía; reúne signos que señalan la incomprendibilidad del comportamiento del sujeto, distingue con JASPERs entre proceso y desarrollo y responde con la misma mentalidad que si de una apendicitis se tratara. Se medica, se contiene, se electrochoca, se lobotomiza al sujeto. No se le escucha más que parcialmente, para encasillarlo en un saber semiológico que le condena.

(14) E.M.Q. (I), 3701 a 10.

Una práctica y una teoría médica, hegemónica hoy, la medicina del órgano, se convierte en aberrante cuando se la extrapola más allá de sus estrictos límites: el coma. Fuera del sujeto en coma el ser humano trasciende la fisiología de los órganos.

Se entiende bien que el psicótico, sujeto que no puede ser reducido, porque ya lo está demasiado, no sea accesible al examen semiológico. Aquí la aplicación de un código, de un saber tipificado, valdría (y nos atreveríamos a decir que también en el resto de la medicina o de las ciencias de la salud) en la medida en que este código pudiera ser el restaurador del sentido de los signos que codifica.

La relación intersubjetiva de la entrevista, al encontrar este sentido se transforma en relación terapéutica. Una relación mediatizada por el placer, en tanto que recuperadora de un placer relacional perdido en relaciones objetales devoradoras de todo placer y posibilidad de vida. Una relación donde la intrapsíquico se convierte en intersubjetivo, el mundo se especializa: hay posibilidad de intercambio sin destrucción del ser: se abre un camino sembrado de obstáculos, pero camino al fin.

A propósito de ese camino y del papel restaurador del terapeuta puesto en juego en la entrevista, vamos a citar el caso de un paciente a quien llamaremos José Manuel. Entrevista que transcribimos en primera persona.

El paciente tiene 23 años. Acude a consulta con su madre porque lleva unos días sin dormir, en un estado de anorexia que alterna con una ingesta indiscriminada (pan duro, basura, comida, pastillas, etc.). Tiene un discurso ininteligible y momentos de violencia (rompe cristales, objetos en general, pega puñetazos). Lleva las manos vendadas. Tras la presentación, la percepción por el terapeuta de lo masivo de la demanda hace que lo reciba a solas. De inmediato, cuenta desordenadamente sucesos de su vida, no alcanzando a discriminar entre pasado y presente. Está verborrérico. Esto no incomoda al terapeuta, pues no lo siente como un control maníaco, sino como una necesidad de contención, de encontrar un depositario en quien poner toda su confusión. El terapeuta no considera necesario interpretar nada. Le dice que hable más despacio. Entonces, José Manuel contesta: «Míre, ahora me pasa lo del gigante. Crezco y me hago como un gigante muy grande». El terapeuta entiende este signo

José Manuel

Recuperar
un placer

psicótico, esta vivencia delirante del cuerpo, como emergente psicótico de una relación con él que no puede darse y que termina en una ecuación simbólica, en donde el paciente es como el terapeuta, en la identificación con un objeto idealizado, él es un gigante. El terapeuta piensa que prestándose a ser depositario de la confusión del paciente, puede promover en José Manuel el deseo de encontrar un padre omnipotente que le ayude a salir triunfante de su caos —por eso la vivencia del gigante, signo psicótico en esta relación—. La entrevista continúa con una clara petición por parte del paciente de ingresar, para aprender psiquiatría y transformarse en un psiquiatra como el terapeuta. Aquí aparece la primera interpretación, indicándole que quiere aprender del terapeuta a ordenar sus ideas. Intento de introducirle en un criterio de realidad que le permita mantener y desarrollar su deseo, en principio psicótico, y que, al mismo tiempo, supiera que el terapeuta no deseaba que fuera psiquiatra, es decir, una réplica suya, sino que aprendiera a manejar sus conflictos.

Hemos elegido esta parte de la entrevista con José Manuel, porque ilustra lo que podríamos llamar momento princeps, donde se rescata el signo psicótico de su incomprendibilidad, restaurando la coherencia dentro de la relación objetiva que pudo darse dentro de este primer encuentro. Pensamos que quizá esto hizo posible que José Manuel solicitara el ingreso, comenzando así un proceso terapéutico que duró un año y medio y que le devolvió su capacidad de elegir sin quedarse captado en el deseo del gigante.

En este encuentro, en este, pretendidamente, simple ejemplo, podemos ver que frente a la diada paciente-terapeuta se sitúa un tercero, el propio terapeuta observando, con su saber, esa relación de cierta manera pulsional (en la medida en que se hace cargo de aquello que considera que no puede ser sentido por el paciente).

En cualquier caso, esa mirada que intenta captar el fluído de los signos en la relación con el otro, no es sólo ojo clínico, no es sólo diagnóstico, busca dar una imagen que sostenga al paciente, que le sirva de soporte para que vaya saliendo de su encierro y se atreva a vivir sus pasiones, hasta ahora congeladas en estériles aboliciones de la relación objetiva; ecuación donde uno es el otro, donde se es todo y nada a la vez. Pasiones que tienen como correlato angustias incontentibles y pánicos sin nombre. Aquí es donde el terapeuta debe saber

hasta donde puede llegar el paciente en sus intentos de integración. Aquí es donde debe guiar el encuentro, activo y protector acompañamiento. Aquí es donde no se puede confundir la neutralidad, por muy benévola que sea, con la pasividad. Pasividad que puede ser vida por el paciente como carencia, del médico en el mejor de los casos o carencia propia, confirmatoria de la imposibilidad de relación, con retorno al mundo autístico, en el peor de los casos. Carencia de toda relación o encuentro fusional señalan los dos extremos, y nuestro juicio más importantes, de las múltiples trampas de este acompañamiento terapéutico. Pues si ese acercarse derivado de la Psiquiatría clásica, interesado, cálido incluso, en tanto consigue unos signos —fetiches de la ausencia de encuentro— es roto una vez obtenidos con una etiqueta nosográfica, epíteto de una relación perversa por no compartida, también la identificación que niega la diferencia y, por tanto, la locura, mera respuesta a la necesidad fusional del paciente, reproduce el drama del paciente sin salida posible al entrar en una especie de «folie à deux».

Aunque, entendiéndonos, sin cierto grado de identificación con el paciente, sin un tanto de conexión con nuestra psicosis, nuestro propio rincón psicótico, no se puede acceder a la vivencia del enfermo y no hay relación terapéutica alguna. Lo que no significa ni negar la psicosis ni afirmar que todo el mundo vive en estado psicótico. «Sólo en nombre de la *locura* común, el psicoanalista, al igual que un intérprete, puede hallar las palabras para hablar con un paciente cuya posición en el mundo es distinta a la suya propia. Ha sido necesario casi un cuarto de siglo, dice MAUD MANNONI (15), para que los psicoanalistas aceptaran la idea (sostenida por FERENCZI) de que la pretendida falta de transferencia del psicótico sólo recubra en realidad el rechazo del psicoanalista (o del médico) a entrar en el mundo del otro, de su paciente. O quizá, dicho con otras palabras, el miedo a mirar en sí mismos los agujeros psicóticos, la propia locura.

El signo del terapeuta

Decíamos que ese no poder ir era el signo de la enfermedad. Pero ¿Y el del terapeuta?

A propósito del saber en lo que se refiere a la entrevista psiquiátrica, cuyo objeto sea saber de y del signo del terapeuta cuyo objeto sea saber para, quisiéramos introducir

(15) M. MANNONI. Obra citada.

algunas reflexiones para finalizar esta parte de la ponencia, antes de dar paso a la exposición sobre la «cura».

Si admitimos que no hay un saber inocente y que en todo saber hay un poder, no tendemos inconveniente en aceptar que el saber de otro implica un poder sobre él. Sin duda, hay distintos saberes sobre el otro, y todos colocan al sujeto del que se sabe en relación desigual de poder. Quizá el paradigma más sofisticado sea la particular relación analítica a través de la cual se sabe de algo que el sujeto sabe, pero que jamás podrá saber que lo sabe. Relación que nos remite al mito de Edipo y a las dos modalidades trágicas de saber que allí se producen. El saber del oráculo, inherente a la divinidad, saber de los dioses que vehiculiza el oráculo como saber las verdades eternas, representa la máxima desigualdad y el máximo sometimiento, en cuanto saber que no puede ser cuestionado. Frente a este saber se alza el saber del testigo, del testimonio, saber sin poder que sólo se obtiene con el otro cuando puede ser ensambado con lo que el sujeto sí sabe. Saber que en el testigo nunca puede ser usado como poder. Mitad que sin el resto que no se posee, que sólo puede poseer el otro sujeto, no tiene sentido. Este saber del testimonio, del testigo, es el de la mirada que da luz al recuerdo. Por eso, para ir más allá de un poder engeguado como Edipo, están los pastores que recuerdan y los adivinos que dicen la verdad. Frente al saber del oráculo, saber sin oír ni ver, reivindicamos el saber del testigo, testimonio del ver y el oír que no puede ser usado sin esa otra mitad del sujeto que vemos y oímos, que sabe de sí y ensambla con nuestro testimonio.

DE LAS VICISITUDES DE UN PROCESO: LA CURA

Planteados el problema de la relación terapeuta-paciente soporte de un discurso psicótico, surge con toda su crudeza la pregunta ¿qué es la cura en la psicosis?

Ya vimos en la primera parte de este trabajo como desde SYDENHAM, el fundamento de la cura estaba en la *Patología y*, por lo tanto, en una referencia explicitada o no a la «normalidad». En la actualidad, la crisis de este modelo médico, heredado del siglo XIX, muestra la inadecuación de tal criterio, que tiende a ser sustituido por un concepto más «positivo» como es el de salud.

Entendiendo así la situación psicótica, sujeta a un código de simbolización propio, no es difícil comprender por qué la cuestión de la cura ha tenido siempre un doble deslíz:

- a) Si esta disarmonía es pensada como producto de rechazo, se trata de hacer aceptar, es decir, se haría pedagogía.
- b) Si fuera pensada como consecuencia de una carencia, de una falta de medios, se hace ortopedia y/o rehabilitación.

Aunque ningún tratamiento esté completamente libre de ortopedia, de pedagogía y de rehabilitación, no es lo fundados los orígenes del momento psicótico.

Para enfocar el problema de la cura, lo que es específicamente tratamiento, y diferenciarlo, para luego relacionarlo con otras áreas como las ya mencionadas, rehabilitación, pedagogía, etc., conviene considerar, al menos, algunos aspectos del sentido de la realidad y del acceso a él.

- 1.— La adquisición del sentido de realidad es estrictamente correlativo a la constitución del sujeto —sin acceder a ciertos reconocimientos no hay acceso a la realidad—. Los hitos básicos son conocidos: reconocimiento del otro, de la diferencia de sexos, del padre, de la filiación; en definitiva, de todo aquello a través de lo cual se entrelaza el código cultural.
- 2.— No existe ley del todo o nada; el mundo común y corriente de los normales resulta susceptible de diversos grados de degradación según el trastorno perceptivo organizado por la creencia, necesaria por razones narcisísticas. Como es obvio nos referimos a los avatares de la relación objetal —avatares de la pulsión, advenimiento de lo imaginario, etc.— para llegar a la constitución del sujeto, a la organización de su aparato psíquico, y a la vez, a su acceso a la experiencia de realidad.

Lo que es diferente, sin duda, de los enfoques que tienden a ver al sujeto ya constituido, que acepta o rechaza una realidad dada, externa a él, falacia ya denunciada desde la filosofía por HEGEL (16). Nos importa resaltar esto, pues conlleva unos efectos terapéuticos fundamentales, ya que si la cura o el acceso a la realidad, tiene que ver directamente con ciertas identificaciones, no se van a poder disociar los fines y los

Acceder a la realidad

(16) G. W. F. HEGEL.—*Fenomenología del Espíritu*. F. C. E., México y Buenos Aires, 1966.

medios terapéuticos. Y como ocurre en otros campos de la Medicina. Aquí son una misma cosa, cualidades del objeto que supuestamente ayuda a «sanar», o lo que es igual, en la llamada psicosis, a soportar el dolor de la vida sin recurrir a los corto-circuitos de la pulsión de la muerte.

Aquí nos definimos en cuanto al eje de lo que pensamos debe ser la actuación terapéutica frente al psicótico, confrontándola a otras maneras de manejar ciertos conflictos fundamentales del ser humano. Los avatares de la introyección, el tiempo invertido en este proceso, los avances y las recaídas hasta llegar a la reestructuración del aparato psíquico y a la capacidad de elección del psicótico, pudiendo encajar la renuncia que lleva implícita, constituyen el proceso terapéutico.

Llegados a este punto creemos necesario diferenciar el concepto de tratamiento entendido como técnica del concepto de proceso terapéutico, definido como el conjunto de transformaciones que puede experimentar un individuo a través de la cura. Siguiendo a GARCÍA BADARACO: (17)

«El concepto de proceso implica el de una sucesión de cambios que pueden presentarse o darse en realizaciones variadas, pero que tienen una coherencia interna y un sentido progresivo hacia una condición humana que intentamos formular como integración de la personalidad, maduración, equilibrio emocional, salud mental, etc...»; «El proceso terapéutico es entonces un cambio interno, muchas veces algo oculto dentro de la persona que a veces acontece silenciosamente y puede revelarse en forma inesperada como una transformación en un momento dado del tratamiento o aún después».

Al proceso externo de interacción lo llamamos tratamiento y al proceso interno de cambio lo llamamos proceso terapéutico. Queda claro que están ligados y que el tratamiento debe guardar una coherencia con el proceso terapéutico. Por ejemplo, no creemos viable un proceso donde se haga una terapia psicoanalítica, alternando con tratamiento electroconvulsivo en los momentos de agudización psicótica. Por lo tanto todas las medidas terapéuticas deben ser articuladas en torno al eje de la facilitación del proceso de la constitución del sujeto.

(17) GARCÍA BADARACO.—«Tratamiento del psicótico», mi experiencia personal. Conferencia ciclostilada.

La mezcolanza terapéutica

Ahora bien, en ningún otro momento psiquiátrico se hace notar tanto el empirismo como a la hora del tratamiento. Es obvio: no existe un tratamiento psiquiátrico específico, exceptuando quizá la penicilina para la casi desaparecida P.G.P. Todo lo demás son en realidad conjuntos de medidas terapéuticas. Por ejemplo, en los psicofármacos influyen, aparte del preparado específico, quien lo da, cómo se da, cómo se toma, etc. Es decir, en Psiquiatría, al igual que en el resto de la medicina, hablar de tratamiento puro es una falacia. Los clínicos son conscientes de esto, pero suelen quedarse ahí, prisioneros de residuos teóricos ya periclitados; plantean sistemáticamente la necesidad de medidas variadas —internamiento, psicofármacos, psicoterapia— pero la mayor parte de las veces sin que estén articuladas coherentemente. Es lo que llamamos «mezcolanza terapéutica», que no por ser terapéutica deja de ser mezcolanza que nos recuerda a la alquimia. Sospechamos que la disociación y la identificación proyectiva del psicótico tienen algo que ver con esto, y que a la magia del esquizofrénico le corresponde la alquimia del psiquiatra.

Incluso esta problemática se hace patente a la hora de clasificar los recursos terapéuticos. Tradicionalmente se hace esta clasificación según una categorización que nos parece ajena al campo terapéutico. Es costumbre establecer dos grandes grupos: psicológicos y biológicos. Esta clasificación, en nuestra opinión, es algo así como ordenar unas herramientas según el material que las compone, con lo cual tendríamos, por ejemplo, una oposición entre herramientas de madera y herramientas de hierro. La polémica, muchas veces rabiosa, se organiza en torno a la eficacia y la oportunidad de los dos grandes grupos, como si todo el problema radicase en qué es lo que hay que utilizar, perdiéndose de paso y escomotizándose toda la riqueza del campo relacional en donde se juega y cobra sentido cualquier tratamiento. Insistimos en esto, porque este tipo de clasificaciones da cuenta de un enfoque dualista, siguiendo de clasificadas conocidas oposiciones alma-cuerpo, psicogénesis-organogénesis, sujeto-objeto, que han sido soporte y proposiciones subyacentes a la conceptualización declinónica de la medicina. Es por esto por lo que dichos medios terapéuticos tienden a instituirse, desde el enfoque dualista, en el Tratamiento con mayúscula, y teniendo en cuenta la escotomización que conlleven, terminan siendo el soporte de una disociación y, por consiguiente, iatrogénicos.

Sin duda, cualquier recurso terapéutico adquiere su sentido desde el proceso terapéutico que lo justifica. Por ejemplo: una medida de contención puede estar significada por un internamiento, o un neuroleptico, o bien una psicoterapia, o una relación amistosa o no. Y todo esto cambia, además, según el momento del proceso: pues tal o cual medida terapéutica al principio puede transformarse en iatrogénica en otro momento. Ya veremos al abordar las fases finales del proceso cómo puede ser terapéutico, en ese momento, saber aceptar que un paciente rompa con nosotros y termine en solitario su cura.

Vamos a presentar nuestra línea terapéutica a través de un ejemplo memorable, uno de esos encuentros que todo terapeuta ha tenido a lo largo de años de trabajo, y que nunca termina de entender del todo y por eso quizá no llega a olvidar.

El paciente es llevado a una Unidad Psiquiátrica por la policía: estaba rompiendo los cristales del barrio con una barra de hierro. *Es un hijo de las estrellas y retíndica por tratamiento una inyección de diez mil litros de morfina.* Como no hay disponible tal Via Láctea para uso intramuscular, se niega violentamente a aceptar el ingreso, aunque después de cierto forcejeo tiene que aceptar el mequino y terrenal haloperidol. Durante tres días no come, no habla, no se levanta de la cama. Aunque acepta la medicación inyectada no quiere ni oír hablar de la medicación por vía oral. Aterroriza a toda la Unidad con sus gritos y actitudes agresivas. Al cabo de tres días, acepta acudir a una entrevista en el despacho. Entra con andars de karateka en guardia, se sienta frente al terapeuta y le mira fijamente siseando, pero sin pronunciar palabra. Se establece una gran tensión entre los dos y al terapeuta se le ocurre que si es agredido físicamente no se va a dejar pegar. Le dice que le ha hecho venir a la entrevista para saber por el mismo cómo estaba. No contesta, sigue mirándolo fijamente, y la tensión aumenta. El terapeuta piensa que ambos están demasiado cerca, que se molestan el uno al otro con su mutua presencia: entonces desvía la mirada hacia la mesa que media entre los dos. Sin quitarle la vista de encima ni dejar de sisear, el paciente empieza a jugar con el cenicero. El terapeuta sigue sintiendo inquietud, pero la tensión va disminuyendo. A todo esto el paciente comienza a dibujar con el dedo sobre la mesa. De repente pide un papel. Se le da un papel y un lápiz. Empezaba a garabatear dejando de sisear. Lanza miradas rápidas e inquisitivas y dice dos o tres

veces: «¿entiendes?». El terapeuta no contesta. Pedro, garabatea con tal violencia que el papel se rompe. Tira el lápiz y descubre que hay una pizarra en la habitación. Se levanta, coge una tiza y se pone a pintar en una pizarra un círculo que luego divide en partes, al que después agrega una especie de cilios. Empezaba a decir frases inconexas que se refieren a secetos y persecuciones. Dice otra vez: «¿entiendes?». Esta vez el terapeuta contesta: «no entiendo nada de lo que dice, pero no importa». El paciente se calla y en otra actitud se sienta frente a él, diciéndole: «oye tío, ¿me invitas a un bollo y a una coca-cola?»

Hasta aquí el recuerdo del terapeuta, su primera lectura de la entrevista. Vamos a trabajar ahora sobre este material condensado, intersubjetivo, cuyo análisis nos permitirá encontrar la lógica de este encuentro.

Gracias a que Pedro estaba ingresado y cuidado, y a que sus intentos de infundir el miedo que el mismo padecía, no se vieron correspondidos con ninguna agresión, pudo sentir y aceptar la reducción de su libertad como límite asegurador de su agresión. A partir de ahí, se atreve a salir de su encierro y a contactar en la entrevista.

El asunto ya se juega a otro nivel, el de la mirada. Es obvio que Pedro está captado por la imagen de ser muy peligroso. Durante un instante esto impactó al terapeuta, de ahí sus ocurrencias defensivas. La salida es la especialización, la mediación de la mesa del despacho. Aquí el terapeuta está dando cuenta de dos aspectos suyos que le faltan a Pedro, por un lado es continente porque puede mantener la tensión a un nivel aceptable —función continente— y por otra parte tiene capacidad de *reverie*, término que introdujo Bron para dar cuenta de la capacidad de devolución de un estímulo, por parte del objeto, en un nivel aceptable para el otro. Aquí no se pueden utilizar palabras, Pedro no puede recibirlas todavía, al igual que no puede utilizarlas, por eso sisea. Para él, en ese momento, las palabras son cosas en sí mismas, dañinas y peligrosas. Podemos entender que estaba preservando en alguna manera al terapeuta, guardándose las palabras en su boca.

El establecer un espacio entre los dos, la mesa, permite un primer juego, el juego del cenicero. El cenicero (de medio kilo) podía transformarse en arma entre sus manos, pero nos

parece importante la elección, pues permite una puesta a prueba del terapeuta. La imagen recibida a cambio —el terapeuta siente disminuir la tensión— le sirve de apoyo para seguir la aventura y pide un papel. Es decir, un objeto intermediario que además le sirva de continente. El papel no vale porque se rompe, entonces descubre la pizarra. Creemos importante que la descubra el mismo, sin que le sea ofrecida, es un logro propio, lo que pone en ella no es lo urgente. Aquí el terapeuta le significa con su intervención, que lo importante no es tanto entender, como poder volver a utilizar sus manos y sus palabras de otra forma. Es decir, desde fuera, desde él mismo, el terapeuta le organiza —y aquí viene el segundo logro terapéutico de Pedro— descubre que tiene hambre pero pudiendo ya diferenciar, su necesidad de comer —el alimento físico— de su demanda de ser deseado por otro, que el terapeuta le invite, le mire comer con placer.

Después de esta entrevista, Pedro acepta comer y tomar la medicación por vía oral. Charla con sus compañeros. Por la tarde se fuga de la Unidad, pasa tranquilamente unas horas en su casa y luego vuelve, de motu proprio al Hospital acompañado de su hermana de 8 años. En nuestra opinión necesita repetir la experiencia, necesariamente traumática, de su ingreso, pero resignificándola desde una posición infantil, femenina, en definitiva más sana, reconociendo su demanda de ayuda. Desde ese día no vuelve a fugarse y comienza a asistir al grupo de psicoterapia. Nos dice acerca de su estado que él tenía confundidos los tres planos del ser, el plano de la sangre y los cuidados intensivos, el plano de la comida y el plano de la cocaína y del pensamiento. En su estado, todavía bajo los efectos de la metáfora delirante, nos estaba dando cuenta de la confusión entre el plano de su necesidad y el de su deseo, lo cual no le dejaba pensar. Este comienzo de *insight* y de elaboración psíquica lo hizo tras escuchar, en el grupo, a un heroínomano quejarse de la invasión de su vida por la droga. Una semana después, Pedro estaba en tratamiento ambulatorio. Hemos elegido esta secuencia simple y elemental de un proceso terapéutico que durará seguramente años, para ilustrar lo que llamamos, siguiendo a RACAMIER, el cuidado del psicótico. Este autor distingue en el tratamiento de los psicóticos, dos aspectos diferenciados pero imbricados, uno sería el cuidado y tendría por referencia el cuerpo, el otro sería el tratamiento, tendría por referencia la elaboración psíquica del conflicto. Esta diferenciación nos parece muy operativa y da cuenta de muchas de las dificultades y confusiones con las

que tropezaron los pioneros del psicoanálisis en el campo de la psicosis.

Repasando la historia de los primeros intentos de abordaje psicoanalítico de la psicosis, nos dice GARCÍA BADARACO (18):

«El psicoanálisis pareció darle al analista los medios para comprender la locura, pero poco a poco tuvo que reconocer que esta comprensión no le permitía de ninguna manera influir terapéuticamente sobre la misma. El paciente aparecía ante el analista, en un sentido, como un libro abierto, pero al mismo tiempo se mantenía en otros sentidos como completamente cerrado».

Este autor concluye con la importancia fundamental de la contratransferencia y del terapeuta como persona real.

En efecto, en la entrevista con Pedro, el terapeuta hubiera podido interpretar varios aspectos, por ejemplo, el miedo al otro, la dificultad en hablar, el deseo de recibir diez mil litros de morfina, etc. No creemos que eso hubiese cambiado algo; quizá hubiese empeorado las cosas. Lo que sí es seguro es que cuando se interpreta, siempre se hace desde el material del paciente y desde una jerarquización, de una organización de este material. Esta organización da cuenta de un orden interno, el del terapeuta y de su cualidad como persona real. En la entrevista con Pedro, existe elaboración psíquica, o comprensión psicoanalítica del encuentro, pero, de momento, está en el terapeuta, manifestándose en la capacidad de elaboración de la ansiedad que despierta el encuentro y en una jerarquización de actos, el primero de ellos saber callarse, el acto de buscar un espacio, el señalar que de momento no importa entender, el aceptar la petición de invitación a comer, la demanda, etc. Todo eso tiene que darse para que, más tarde, pueda ser rescatado del campo de lo real y ser elaborado. Ya hemos dicho que seguramente pasarán años antes de que Pedro comprenda lo que ocurrió en esos días.

Desde otra óptica, lo relatado podría entenderse como técnica psicoanalítica particular al campo de la psicosis. Pero nos parece que debe pensarse desde la noción de cuidado. Ya hemos visto la insistencia de RACAMIER de que el cuidado se refiere al cuerpo, de que es muy importante devolver al cuerpo psicótico su placer. Ese cuerpo fragmentado, desencarnado, étereo y doloroso, debe reencontrar el pequeño placer coti-

El registro cuidado

Dimensión espacial del cuidado

(18) GARCÍA BADARACO. - «Tratamiento del psicótico», mi experiencia personal. Conferencia ciclostilada.

diano. Es sabido cómo los masajes, los baños, etc., pueden movilizar catatónicos imperturbables ante cualquier otra medida terapéutica. Pero el cuidado puede y debe manifestarse también de otra forma. El cuerpo vivido del psicótico no es lo que nosotros entendemos por cuerpo vivido desde nuestro mundo normal. Fue MELANIE KLEIN, la primera que apuntó cómo la vivencia del cuerpo está modulada por las relaciones objetales tempranas. Muchas veces, el psicótico nos lo dice, que lo que ocurre fuera le está ocurriendo realmente a él, o al contrario, por ejemplo, puede tener a su padre dentro de su garganta, situación tan seria que puede tragarse su propio puño para arrancárselo de ahí. En ese universo psicótico entendemos que el cuidado se refiere a una dimensión que no es solamente lo que nosotros podemos entender como cuidado de un cuerpo limitado por una piel.

Ha sido GISELA PANKOW la primera autora que se ha ocupado de esta dimensión del cuerpo vivido del psicótico y su relación con la estructura familiar. Esta autora establece cómo la imagen corporal se estructura según dos tipos de funciones simbolizantes. La primera función simbolizante de la imagen del cuerpo se refiere a la estructura espacial como forma (gestalt). Esta estructuración permite establecer un vínculo entre las partes y la totalidad. Función simbolizante que según ella, estaría alterada en la esquizofrenia, apareciendo destruida la imagen de la totalidad del cuerpo. No reconociendo los distintos trozos, vinculación entre ellos, el esquizofrénico vivirá en un mundo de despojos, pero sin tener conciencia de que son despojos.

La segunda función simbolizante de la imagen del cuerpo, ya no concierne a la estructura como forma, sino como contenido y sentido. Es lo que estaría destruido en las psicosis paranoicas, en las psicosis histéricas y en las perversiones.

El trabajo terapéutico con los psicóticos consistiría en restablecer estas funciones simbolizantes que estructuran la imagen del cuerpo. Tomando un ejemplo muy conocido de La Realización Simbólica, el presentado por MME. SECHE-HAYE, cuando ofrece las «manzanas de mamá» a Renata, no se trata de rellenar un hueco en Renata, sino de instaurar un espacio; un espacio imaginario, donde el objeto manzana puede devenir un objeto imaginario que representa las «manzanas de mamá» pero que no es mamá. En este sentido el cuidado podría definirse como una actuación terapéutica

que apuntaría al restablecimiento de las funciones simbolizantes, devolviendo al cuerpo su ordenamiento espacial (primera función simbolizante) y su placer perdido (segunda función simbolizante).

Hemos insistido en la noción de cuerpo vivido y su relación con el mundo objetual, porque es lo que permite entender la necesidad, no sólo de que el terapeuta se presente como persona real, de una manera mucho más definida que en el tratamiento de las neurosis, sino que incluya dentro de su preocupación, y en esto vemos una dimensión más del registro que hemos llamado «cuidado», el contexto real de la experiencia terapéutica siguiendo un término utilizado por GARCÍA BADARACCO (19). Este autor considera imprescindible integrar dentro del campo terapéutico, todo el conjunto de experiencias por las cuales está pasando el paciente, es decir, la familia, los otros pacientes, el personal auxiliar si está ingresado, o desde una perspectiva de Psiquiatría Comunitaria habría que incluir todas las estructuras y personas en las cuales se significa la comunidad. Esta necesidad clínica en conjunción con los aportes de la Psicología Social de KURT LEWIN (20), posibilitaron en la década de los años 50 otro modo de abordar el hecho psicótico; introduciendo así la comprensión psicoanalítica en otros campos de terapia: la familia, el grupo, el análisis del equipo terapéutico, la psiquiatría de sector y la comunitaria, el análisis institucional, etc. Temas que vamos a desarrollar por separado en vista de su importancia.

Dimensión temporal del cuidado

Hasta ahora hemos estado considerando la dimensión espacial de cuidado del psicótico, incluyendo en este registro, fundamental del tratamiento, nuestra preocupación por integrar todas las experiencias vividas por el paciente, evitando disociaciones nefastas que son aprovechadas por su destructividad para sabotear el proceso terapéutico. Existe otra dimensión que es la temporal, donde también pueden darse disociaciones, por ejemplo —y esto es bien conocido en las instituciones psiquiátricas— puede haber una mañana y una tarde que no tienen nada en común. *Las experiencias terapéuticas por muy beneficiosas que puedan ser no bastan si son puntuales, necesitan ser sostenidas en el tiempo.* Porque además, y aquí nos ocurre igual que con la dimensión

(19) GARCÍA BADARACCO - «Biografía de una esquizofrenia». F.C.E. Buenos Aires, 1982.
(20) K. LEWIN.

espacial del cuerpo vivido del psicótico, nuestro tiempo, el tiempo de la institución, del terapeuta, no coincidirá necesariamente con el del psicótico.

Quizá sea en esa dimensión temporal del cuidado, donde aparece nitidamente el problema de la elección por el psicótico. Por muchos medios terapéuticos puestos «correctamente» a su disposición, incluso sostenidos en un aparente interés por parte del paciente, mientras él no elija utilizarlos de verdad y ponga en conexión el proceso de interacción externa o tratamiento, con su proceso de cambio interno o proceso terapéutico, no habrá modificación. El problema de la elección está muy imbricado con el negativismo y la dinámica del narcisismo psicótico. Por ejemplo, Teodora, una mutista que llevaba ingresada quince días sin hablar, recogida sobre sí misma, y con el pelo tapándole la cara, un buen día, sin que sepamos por qué, con un gesto nos pide un cigarrillo en una sesión de grupo. Uno de los terapeutas le indica que quizá fuera más fácil si lo pidiera hablando. Otro paciente, un paranoico, señala a los terapeutas con justeza que «si Teodora hablase es como si cambiase de carril»; entonces Teodora dice: «las vacas hablan con las vacas y los burros con los burros». A partir de ahí el grupo se fue enterando de que todos los días la enchufaban con una manguera desde la luna y la aspiraban el alma. Esto mismo que el otro paciente le dijo se le había ya señalado con anterioridad a Teodora, pero estaba el problema de sus categorías. — las vacas con las vacas, los burros con los burros — que la impedían dirigirse a los terapeutas, pero sí a otro paciente porque no necesitaba negativizarse frente a él.

Una vez que el campo terapéutico está establecido y cuidado en sus dos dimensiones. En palabras de RACAMIER: «A nosotros nos toca prepararle la cama... el resto será la ocasión, una feliz casualidad y a veces lo imprevisto, que quizá lo hará germinar. Sin embargo, las causalidades felices no surgen nunca solas» (21).

Sobre la regresión
Ha sido WINNICOTT el primer estudioso de la experiencia ilusoria que se manifiesta en la infancia por la aparición del llamado «objeto transicional» y de los «fenómenos transicionales». Este mismo autor fue uno de los primeros en señalar la potencialidad restauradora de la regresión, de una regresión

Clotilde

al servicio del yo. Nos dice que «la ventaja de la regresión estriba en que lleva consigo la oportunidad de corrección de la inadecuada adaptación a la necesidad en el pasado del paciente, es decir, en el cuidado recibido por el paciente durante la infancia». Oponía regresión a replegamiento, que es el conjunto de medidas defensivas que sostienen al yo, es decir la psicosis organizada. Solamente cuando el medio asume una función de sostén suficientemente buena, el psicótico puede atreverse a dejar de sostenerse defensivamente y a iniciar una regresión con toda la posibilidad de restauración, de reestructuración que conlleva. Solamente en ese ambiente de seguridad proporcionado por las cualidades del medio en tanto que cuidador adecuado y al mismo tiempo capaz de demostrar una comprensión penetrante y exacta de lo que le ocurre al paciente, puede ponerse en marcha una regresión, lo que en clínica a veces percibimos como empeoramiento aparente. Decimos aparente porque si nos fijamos bien, aparecen fenómenos nuevos como el reconocimiento ambiguo de la necesidad de ayuda, la ilusión en las actividades terapéuticas y el ejercicio de la comprensión de la realidad psíquica propia, el respeto por el proceso de cambio que requiere tiempo, la aparición de un sentido lúdico, etcétera.

Clotilde, una mujer de 34 años, casada y con hijos, se había empeñado toda su vida en hacer una huida en la cordura, esto lo pagaba de alguna forma con episodios frecuentes de desorganización y delirios de persecución, que se habían resuelto por su conocido sistema de huida hacia la salud.

Cuando ingresa en la Unidad, intenta hacer lo mismo y lo logra la primera vez, ante nuestra incredulidad tolerante. Vuelve a reingresar a los quince días pero esta vez sin delirio, sino con una fuerte depresión. Poco a poco fue regresando a una situación donde requería muchos cuidados. Aparte de la depresión, aparecieron dos elementos nuevos: por un lado su ambivalencia e incluso ambigüedad en todo lo que decía y hacía. Por otro, la ilusión que ponía en curarse. Por ejemplo: Acudía cuidadosamente a todas las actividades terapéuticas, pero con una actitud de rechazo, manifestando un silencio, vivido por el grupo como hostil. Por primera vez se atreve a manifestar a su modo, el descontento y la agresión que había debido congelar para adaptarse a una vida dura, junto con su reivindicación de una vida más plena. Es en ese periodo cuando la madre entra en un estado psicótico que obliga a

(21) P. C. RACAMIER. «Tratamiento de la Psicosis, cuidado del psicótico». Revista de Psicoterapia y psicósomática, n.º 4/5, 1982.

internarla. Le crea una fuerte culpa que en Clotilde tuvo que manifestarse con mucho cuidado ya que ella nos iba previniendo de sus ideas de suicidio. Así seguimos unos meses hasta que realiza un serio intento de acabar con su vida. Tras recuperarse del coma aparece un cambio en su conducta y en su forma de ser. Las críticas, contenidas en su rechazo y su silencio, comienzan a manifestarse verbalmente y buscando incidir en el medio externo, incluso se permite ser agresiva con sus compañeras y con su familia. Tras haber sido dada de alta, un día, inopinadamente hizo un intento de suicidio, esta vez, muy leve, para significar que todo su proceso de cambio era labor suya y no enteramente nuestra. El mayor problema con Clotilde, fueron las presiones que recibieron los terapeutas, para que se «curara» rápidamente según su sistema habitual; presiones que provenían de la familia, de otros médicos y de la propia parte enferma de Clotilde. Nuestro empeño fue el respetar el contrato terapéutico con ella, que se refería a una «zona acordada, no discutida» y que era su derecho a estar enferma y recuperar desde ahí, su ilusión y una sensación plena de vida. Decía WINNICOTT: (22)

«El analista puede ser un buen artista pero a menudo me he hecho la siguiente pregunta: ¿a qué paciente le interesa ser el poema o el cuadro de otra persona?»

Hasta aquí hemos desarrollado la noción de cuidado, uno de los registros del tratamiento del psicótico y cómo, el cuidado, es necesario en sus dos dimensiones, espacial y temporal, para acondicionar un campo terapéutico en el que pueda darse una regresión que deje espacio — a través de los fenómenos transicionales — al advenimiento de la ilusión que permita la carga libidinal necesaria para el enganche entre el tratamiento, como proceso de interacción externa, y el proceso terapéutico, como proceso de cambio interno.

Nos queda ahora por considerar el segundo aspecto de la cura: el *registro-tratamiento*. Lo hemos pospuesto precisamente para que preceda al desarrollo de las técnicas especiales que el mismo inspira y que ya hemos mencionado. Creemos necesario comenzar el abordaje de esta dimensión por el estudio de la transferencia psicótica y la peculiar contratransferencia que suscita.

(22) WINNICOTT - «Escritos de Pediatría y Psicoanálisis». Ed. Lania.

LA TRANSFERENCIA

La historia del descubrimiento de la transferencia está muy ligada a la historia del Psicoanálisis. En la Comunicación Preliminar de 1893, nos encontramos ya con los rudimentos de una concepción de la transferencia. En 1899 con el tratamiento del caso Dora, es cuando FREUD aclara el fenómeno de la transferencia y en 1910 usa por primera vez el término «contra-transferencia». Clásicamente se considera la transferencia como el desplazamiento sobre la persona del analista de emociones, carinosas o hostiles, o ambivalentes que provienen de lo reprimido, o dicho de otro modo relacionadas con los deseos sexuales, y la agresividad que conformaran la neurosis infantil. En la transferencia el individuo busca reactualizar el pasado según una memoria inconsciente, busca configurar los objetos actuales según la experiencia deseada. FREUD, supo aprovechar este fenómeno corriente del ser humano como motor del tratamiento y como objeto de la actividad del analista que gracias a esta actualización del pasado, podía rescatar el deseo reprimido y su historia correspondiente, venciendo la resistencia que se oponía a la rememoración.

El analista no está exento de emociones hacia su paciente, hace también una transferencia sobre su paciente, y gracias a su capacidad de análisis puede utilizar la contra-transferencia como instrumento terapéutico.

Todo esto es válido para la transferencia neurótica. El analista recibe las proyecciones del paciente, y en alianza con el yo observador de éste, le hace consciente de lo que está en juego en el escenario del análisis. De 1910 a 1914, FREUD analiza al hombre de los lobos. Sabemos que se trataba de un paciente grave, de los que llamaríamos hoy en día un *borderline*.

Aparte de todo un aspecto neurótico, magistralmente analizado por FREUD, aparece un aspecto psicótico que no escapó a la percepción de FREUD puesto que da constancia en su relato pero que no es elaborado ni analizado. FREUD, con este paciente tiene actuaciones absolutamente contradictorias con sus recomendaciones técnicas. Sabemos que llega hasta organizar colectas para ayudarlo en sus dificultades económicas. Todo esto, hasta que el paciente hace un brote psicótico y es reanalizado por la Dra. BRUNSWICK. Este es un ejemplo de transferencia psicótica mal manejada.

Transferencia y psicosis

El primer problema que se plantea es si podemos llamar transferencia a la transferencia psicótica. Si entendemos por reprimido, estamos hablando de algo que fue reprimido, es decir, algo simbolizado que cayó bajo la represión. En la psicosis no se trata de eso, sino de algo que no llegó a ser simbolizado luego no pudo ser reprimido, sino que fue escindido. Por eso mientras que la transferencia neurótica apunta a la satisfacción de un deseo, en última instancia deseo sexual infantil, la transferencia psicótica apunta a una necesidad de reconocimiento para poder acceder a tener deseo. Es la actualización de un pasado donde no hubo historia, no verbalizado. Pensamos que por ser actualización del pasado y collear una demanda hacia el analista merece el nombre de transferencia, con el epíteto de psicótica en cuanto que apunta a la repetición de la situación que genera el fallo en la posibilidad de simbolizar.

EISSLER (23) describe la transferencia psicótica de la siguiente forma:

«El psicótico está, de entrada, en una disposición masiva e invasora desde el punto de vista de los sentimientos. Después de superar el repliegue narcisístico, el paciente se aferra al espera todo de su médico, con una extrema impaciencia, constituye con él un vínculo absoluto con una ceguera total en las situaciones reales. En su yo devastado, las emociones, sin encontrar ninguna inercia, lo invaden y lo incendian; la simpatía se convierte en amor apasionado y la antipatía en odio».

A esto añadimos que a pesar de su intensidad es una transferencia frágil con gran peligro de ruptura. Cualquiera dificultad puede provocar una despersonalización, una crisis de rabia o un repliegue indiferente.

Contratransferencia y Psicosis

Esto para la transferencia; veamos lo que ocurre del lado del terapeuta, el de la contra-transferencia. Es sabido que el psicótico es capaz de movilizar grandes emociones en el analista, pero esto sería una variación cuantitativa con respecto a lo que ocurre en la neurosis. Existe un fenómeno que L. GRINBERG (24) ha descrito con el nombre de contra-identificación proyectiva.

(23) EISSLER, K. R. - «Note upon the emotionality of a Schizophrenic and its relation to problems of technique». *Psychian. St. Child.* 1958. VIII

(24) L. GRINBERG. - «Teoría de la identificación». Ed. Paidós. 1978.

Juan

Siendo la contra-identificación proyectiva parte de la contratransferencia, se diferenciaría en que:

«en la contratransferencia surge siempre un mecanismo o una reacción que corresponde a la personalidad específica del analista. En la contraidentificación proyectiva el analista se hace cargo, más bien, de una reacción o mecanismo que corresponde a la personalidad del paciente».

Este autor agrega que distintos analistas se verán llevados a hacer lo mismo. Esto da cuenta de lo que es buscado a través de la transferencia psicótica, apunta a recrear una «folle a deux», y esto con mucho impacto. El psicótico a través de la identificación proyectiva buscaría recrear el campo en donde faltó aquello que le enfermó, carencia que él lleva pero que acció en la relación con las figuras parentales. El aspecto del self que es proyectivamente identificado en el terapeuta, es lo que sufre, o sea que coloca al Terapeuta en el lugar de aquel que sufrió, asumiendo el paciente el rol del padre perseguidor, o de la madre carente, indiferente ante la desesperanza del niño.

Para seguir adelante con los problemas de la técnica psicoanalítica hemos escogido una sesión donde aparecen los dos tipos de transferencia, la neurótica y la psicótica y el paso de una a otra, durante la misma.

Juan es un antiguo esquizofrénico, que podríamos calificar de leve, ha evolucionado hacia una organización paranoica tras 6 años de tratamiento psicoanalítico a razón de 4 sesiones por semana. Realizó varios logros, como dejar la casa de sus padres, casarse, terminar su carrera, lograr empleo. Pero ahora está pasando por una situación vital muy conflictiva: va a ser padre de su primer hijo. No hay posibilidad de vuelta atrás o de nadiación del tiempo. Lo que más le aterrorizaba es lo inexorable del paso del tiempo. Previamente habíamos analizado una serie de fantasías de destrucción del cuerpo de su mujer-madre que lo atacaba vengativamente con un gran pene quebrado, otras veces aparecían fantasías de un bebé monstruoso, un anti-cristo, y un largo etc... Su esposa ha salido de cuentas y el parto es inminente. El también está a punto de dar a luz algo que tiene que ver con su identidad, que puede paliar esa carencia de yo que le llevó a la psicosis, o bien, y este es el riesgo, puede significar una identificación alienante que le va a devorar, terror que apunta tras el fantasma de hijo devorador, imagen especular del mito de Cronos devorando a sus hijos.

Ante la espera en ese momento fundacional, el nacimiento, empieza a sentirse abandonado por el padre. Su padre real está en Galicia, casualmente. Es un padre carente, evidentemente. Juan con razón critica esa actitud de su padre, pero poco a poco se da un cambio, lo hace de forma no usual, empieza a gritar insultos y la crítica y el ataque se van dirigiendo hacia el Terapeuta, reprochándole que no hace nada, bueno, nunca hizo nada. Contratransferencialmente el Terapeuta lo vive como un auténtico chaparrón, comienza a sentir miedo ante la posibilidad de un nuevo brote psicótico. Durante un momento se le ocurre que debería reasegurar al paciente, dar constancia de que está presente. El tono va subiendo, se pone casi paranoico: «Habla ¡Claro! no puedes contestar. Y ahí el Terapeuta le señala: «¡Claro! no puedes, estoy en Galicia» en tono irónico.

Juan se queda siderado, luego empieza a retirarse, la situación predehítrante se esfuma. Luego el Terapeuta completa su intervención, con una interpretación «Creo que con tu locura de ponerte en Galicia, me estabas pidiendo que confiara en ti y en tu posibilidad de tener un hijo sano».

Vemos en este caso, como una transferencia neurótica previa, es decir su deseo de ser admirado por el padre, un padre que le falla, que se asusta frente a una madre atacada y terrorífica, va a servir de escenario para conseguir en lo real justamente la confirmación que le falta. Esto es lo que le lleva a entrar en una situación prepsicótica.

¿A través de lo psicótico, que trae a la transferencia?, en primer lugar el clima familiar, tal cual es. En unos segundos el analista pasa a ser casi el padre real, pero no con la intención de conseguir apoyo de él, sino y sobretodo para hacerlo carente. Durante un momento el analista siente esa carencia, se siente realmente en Galicia, aguantando el chaparrón, no sabe qué hacer, está asustado por el nacimiento o brote psicótico. Es decir, asume, a nivel de realidad psíquica, las particularidades del padre de Juan. En ese momento el Analista padece una contraidentificación proyectiva, se está haciendo cargo de algo que es ajeno a él, a nivel de realidad psíquica. Por fortuna puede rescatar la situación, recuperar su lugar a través de un chiste. De paso, y esto porque Juan no se ha instalado del todo en un estado psicótico, al restablecer el Terapeuta su propio orden interno ayuda a Juan a restablecer el suyo. Después es cuando ya puede interpretar

qué es lo que Juan busca con su psicosis. Y aquí estriba una de las principales dificultades técnicas del psicoanálisis de psicóticos, en la participación de lo real. Todos los autores lo señalan, desde los que niegan a la psicosis el acceso al psicoanálisis, hasta los más optimistas que asumen este hecho e intentan aprovecharlo como una parte más del material asociativo. La situación es paradójica: para poder interpretar lo psicótico, tenemos que dejar de ser durante un momento, analista y ser un receptor pasivo de un aspecto del paciente, es decir que se meta en nuestra realidad psíquica. O sea que para poder ser analista de psicóticos hay que poder dejar de serlo al menos durante un momento. Porque si no ¿qué ocurre? Si el analista se defiende de la psicosis de transferencia, por ejemplo, en este caso, habiendo interpretado prematuramente la transferencia neurótica, puede lograr que no haya transferencia psicótica, que aparecerá seguramente en otro lugar.

Es en ese juego de captura en lo real y rescate de esa situación, donde se juega necesariamente el análisis de la psicosis. Si a eso se le puede llamar psicoanálisis o psicoterapia analítica, no nos corresponde aquí decirlo, más aun, no nos parece muy importante dilucidarlo.

Cuidado y tratamiento

Ya hemos dicho que el registro cuidado apuntaría el establecimiento de las funciones simbolizantes, pero desde fuera. El registro tratamiento apuntaría a la elaboración psíquica, a aquello que desde su atrapamiento en lo real debe pasar a lo imaginario, a través de la simbolización o la verbalización. Por eso no deben confundirse ambos registros, son dos momentos entrelazados pero diferenciables. El quedarse en la primera intervención, sería infantilizar al paciente, y no hay que olvidar que en todo psicótico hay siempre un adulto muy susceptible. El no atender el registro cuidado, pasando directamente al registro tratamiento, sería peligroso a nuestro juicio. Se nos ocurre varias posibilidades, una de ellas sería que no se nos entendiese, que fuera vivido, por ejemplo en este caso, como una fuga en la interpretación, y en definitiva una confirmación de la veracidad de los reproches. Otra posibilidad es que ante nuestra incompreensión se produzca un repliegue y una actuación, fuera del análisis, de la demanda que está vehiculizada a través del sintoma psicótico. Puede ser una actuación fuera, en el medio-ambiente o dentro, en el mundo interno, produciendo una disociación que a la larga terminará en brote psicótico.

Por todo esto, creemos que los problemas de la técnica psicoanalítica en la psicosis pasan por los conceptos de *cuidado-tratamiento*, tanto los problemas de flexibilidad del setting, del manejo de la envidia, la espontaneidad del analista, la preocupación por el contexto real de la experiencia terapéutica, etc. Porque aquí surge una pregunta: de todo lo que hacemos o decimos al psicótico ¿qué es lo que toma? El contenido de las interpretaciones o la manera que tenemos de elaborar su conflicto y formularlo en términos entendibles. ¿Toma nuestras interpretaciones como leche-alimento que le falta como ser carente? ¿o más bien toma la leche del pecho analítico, porque le parece una representación de un objeto confiable en el sentido de portador de una función psicoanalítica, en el sentido que le adscribe BION (25).

Por todo esto nos parece que será un terapeuta válido para los psicóticos aquel que conserva su sentido común, su instrumento analítico y una buena dosis de creatividad, todo esto, que no es poco, a pesar de aventurarse por los vericuetos del discurso del psicótico. Un exponente de estas cualidades puede ser la inclusión de un tercero en el campo analítico, como supervisor, vistas las dificultades y facilidad con que uno se puede perder en el laberinto y encontrarse haciendo cosas inverosímiles, como da testimonio la historia de las inverosimilitudes terapéuticas psiquiátricas.

Un espacio para la fantasía: los lugares de encuentro

El tratamiento de la locura precisa lugares de encuentro, espacios que posibiliten la representación, la repetición, lugares y momentos donde la persona en crisis pueda depositarse en relación con un otro —unos otros— terapeuta.

Espacio, relación singular, donde los terapeutas deberán reinventarse, encontrar con el paciente loco las palabras que sirvan para hablar. Para hablar con un Otro que a veces se ha convertido en un extraño para sí mismo. «Sólo un nombre de una *locura* común, el psicoanalista, al igual que un intérprete, puede hallar las palabras para hablar con un paciente cuya posición en el mundo es distinta a la suya propia».

Más los lugares de tratamiento existentes hoy parten del manicomio, de ese microcosmos concentracionario del cual

el Hospital Psiquiátrico es una expresión contemporánea, sin que pierda, sustancialmente, su esencia. Institución psiquiátrica nacida como lugar de exclusión, para sacar de la *polis*, de la *ciudad*, los síntomas prohibidos. Sistema estructurado, normalizador, ordenancista, que se convierte en reino de las identificaciones primarias, perpetuación del narcisismo. Lugar de placeres regresivos y autoeróticos. El asilo cumple una función social y «terapéuticamente» facilita el anclaje del sujeto internado en la psicosis, el autismo y el delirio, manteniéndole en el mundo de lo real, de lo imaginario. Espacio de omnipotencia infantil.

«todo esta allí, a cielo abierto. Todo es lo que es con quien es el que es, y curiosamente por ser con todos, todavía no es con nadie, ya que el hecho de la masividad y aparatosidad de los contactos no habla de las particularidades», utilizando como similitud la reflexión de Szpilka respecto a las dificultades de relación terapéutica con el psicótico, las vicisitudes de esa transferencia (26).

El paso del manicomio a redes alternativas que eviten la exclusión, la cronicidad y la violencia, no está exento de dificultades. Las experiencias puestas en funcionamiento a nivel público poco después de la segunda guerra mundial no han conseguido todavía erradicar la institucionalización psiquiátrica. Lugares privilegiados coexisten, en todas partes, con anacrónicos manicomios. Redes ambulatorias se convierten de continuo en pequeños manicomios. Los muros del asilo están en la cabeza de muchos terapeutas, de muchos psiquiatras y psicoanalistas, cuidadosos de alejar de sí la perturbación que es la psicosis, la locura. Hay preclaros psicoanalistas trabajando en instituciones psiquiátricas públicas que parecen dejar su saber intersubjetivo, su orientación dinámica a la entrada de la institución, actuando, en el mejor de los casos, como clínicos tradicionales.

Toda institución normaliza, impone límites, se defiende. Y, a pesar de todo, es necesario el juego, la libertad creativa, la fantasía: resaltar la diferencia para poder tratarla. Hay instituciones que deben ser desalojadas: el manicomio, por ejemplo. Pero las nuevas instituciones caerán inexorablemente en la trampa de la normalización. Buscar nuevos espacios para el tratamiento de la locura significa crear lugares donde el psicótico pueda incluirse en el mundo de los

(25) BION, W R - *Experiencias en Grupo*. Ed. Paidós

(26) SZPILKA - *La realización imposible*. Editorial Trébol, 1979.

signos: insertarse, o al menos eso sería el intento, en el orden simbólico. En cualquier caso, cuando el estado delirante o alucinado, en sus momentos más agudos, rechaza todo contacto, toda relación verbal, el acompañamiento y el cuidado, y ¿por qué no? la sedación neuroleptica, permiten al cobijo, iniciar un proceso terapéutico, si la estrategia se plantea como objetivo la intervención más profunda, un diálogo con la locura cuando el paciente nos permita entrar en su mundo. La violentación del mundo psicótico, tan propia de la pedagogía moral y cruel de la psiquiatría tradicional automatiza la defensa, el negativismo o la agresión, rompiendo *para siempre* toda opción terapéutica.

En la optimización de los espacios terapéuticos, la calidad humana del personal, importa tanto como su capacitación técnica. La capacidad de movilizar cosas de uno, de «comover» nuestra propia locura, de desalejar de uno mismo la rigidez defensiva, el miedo a nuestros propios fantasmas, es capital para el «proceso de la cura».

Nuevos espacios... Un espacio y un tiempo donde se pueda expresar la angustia, proyectar la ansiedad, el miedo persecutorio. Un espacio y un equipo cohesionado que den seguridad al psicótico y le permita el juego de las identificaciones. Este espacio puede ser un grupo psicoterapéutico, un hospital de día, una unidad de intervención en crisis o el despacho de un terapeuta.

Aquí el psicoanálisis puede dar una dimensión imprescindible a la actividad terapéutica, a los técnicos que se acerquen al psicótico, en la medida en que pueda dar sentido a las cadencias institucionales, a los sistemas de intercambio, favoreciendo su verbalización y la interpretación de cuanto sucede. Pues se trata de introducir un espacio y un tiempo donde el sujeto sea enfrentado a la ley, a la muerte, a la angustia de individuación. Donde se introduzca la palabra.

Más la cuestión que atraviesa y problematiza hoy estos lugares institucionalizados, donde converge la experiencia de cuantos han intentado convertir las instituciones psiquiátricas en lugares llenos de sentido, no es su operatividad ni la idoneidad como setting. La cuestión es, o al menos eso nos preguntamos quienes hacemos esta ponencia, —juntos sumamos muchos años de experiencias institucionales y de tratamientos a psicóticos— si con estas instituciones orientadas terapéuticamente se perpetúa una situación artificial.

En esa creencia pensamos que los lugares terapéuticos, sean una comunidad terapéutica antipsiquiátrica o una unidad de intervención en crisis, deben devolver rápidamente al paciente a la red social, al tejido social, evitando constituirse en universos paralelos.

La psicoterapia de grupo

Ya hemos dicho anteriormente que el registro-cuidado de la cura, incluía la relación de unos pacientes con otros, y de éstos con el equipo terapéutico. Esto nos lleva a considerar la necesidad del tratamiento del grupo de psicóticos, y cuando se trata de pacientes ingresados, la conveniencia de integrar en la estructura terapéutica al grupo tratante.

Como lo atestigua la etimología, la palabra grupo remite a una noción espacial. Sin un lugar real es imposible mantener una reunión. Ahora bien, la vivencia del espacio es mediada por la primera relación espacial que es la del cuerpo vivido y la de este cuerpo con el cuerpo de la madre. Esto lleva a R. KAES a postular que todo grupo es soporte de una representación del cuerpo, y también, que cuando nos referimos a organización del grupo, estamos figurando una relación orgánica, es decir, la relación de las distintas partes con el todo. Este autor describe varias etapas en la organización del espacio, al constituirse un grupo amplio. Vamos a tomar las dos primeras que son las que nos interesan como problemática particular del grupo de psicóticos.

Primera fase: sería una fase de pérdida de los hitos del espacio corporal, con alternancia de sensaciones de pérdida de límites, como una especie de apertura a la nada; y sensaciones de fusión con el todo grupo. Durante esta etapa hay un predominio de angustia confusional, propia de la posición esquizo-paranoide descrita por M. KLEIN. Esta situación se agrava por una falta de representación en forma de fantasma grupal.

Segunda fase: la angustia pone en marcha los mecanismos de defensa de la posición esquizo-paranoide y se efectúa un cierre del grupo. Se constituye un grupo-saco con un adentro y un afuera.

Entre esta primera fase y la segunda, es donde creemos que se sitúa aquello que puede constituir al grupo, hacer que las

defensas entren en juego y se produzca la organización del grupo-saco, que deja de ser amasijo de individuos. Nos estamos refiriendo al establecimiento de los fenómenos de Ilusión y su relación con la especialización. WINNICOTT, ya señaló que los fenómenos de ilusión son una de las raíces naturales del comportamiento humano. Creemos que es del juego entre la ilusión y la especialización que nace la posibilidad de ser del grupo de psicóticos. Ahora bien, no es ilusión fácil y el terapeuta debe estar muy atento a que la ilusión, con características psicóticas en estos casos, deje de estar a medio camino entre lo real y lo imaginario, destruyendo así la espacialización.

Vamos a traer para ilustrar este inter-juego una secuencia de una sesión de grupo de psicóticos en tratamiento ambulatorio.

La fascinación de una madre imposible

Los terapeutas acaban de interpretar las dificultades que tenía el grupo en ese momento, como una velada petición de que se valorase el esfuerzo que estaba haciendo. Tras esta intervención dos pacientes, Berta y María empiezan a hablar de sus respectivas madres. Berta cuenta que su madre siempre la había considerado como una retrasada mental. Mientras que María cuenta que su madre sólo veía en ella, mala leche. Muy pronto las dos mujeres dejan de hablar al grupo y empiezan a hablarse entre ellas, el grupo queda como espectador y atiende fascinado. Aquí los terapeutas intervienen señalando que el grupo está mudo y fascinado por el nacimiento de dos niñas desde dos mujeres. Berta y María siguen hablando, cada vez más acopladas y el grupo más cautivado. El señalamiento no ha tenido ningún efecto.

Acto seguido y antes de que podamos referirnos a la exclusión, una de ellas, Berta, comienza a llorar, diciendo que se siente igual que cuando su madre la llamaba tonta. María queda muy sorprendida. Luego muy culpable, pasa al acto insultándola esta vez de verdad. Nuestros intentos de mediar, llegan demasiado tarde, no sirven para nada. María, cada vez más culpable, necesita negar toda la situación destruyendo al grupo madre y a los padres terapeutas, se va dando gritos y portazos.

En la sesión siguiente se restaura el grupo, María la paciente del portazo, trae el siguiente sueño: llega a un río que no puede cruzar por sí sola, no sabe nadar. El grupo asocia dos cosas: una, que necesita alguien que la lleve, otra que necesita un puente.

Aquí vemos cómo un supuesto básico de emparejamiento (BION) da enseguida paso a una fantasía psicótica de auto-engendramiento, con negación a la vez de la diferencia de sexos, de roles y de espacios. A nivel grupal, es una transferencia lateral psicótica, la más difícil de manejar por la facilidad vertiginosa con que genera una contra-identificación en el objeto (es muy posible que María haya realmente llamado tonta a Berta sin darse cuenta) y una contra-identificación en el objeto-grupo que queda siderado ante el surgimiento del fantasma de la madre fálica (en el sentido de la pareja combinada). Quedan borrados de una misma vez, los límites, el espacio del grupo, la función terapéutica, así como la diferencia entre la palabra y lo que representa. Estamos en plena ecuación simbólica.

Hablarle a María de culpabilidad, era como darle un puñetazo en la boca.

Pensamos que nuestro error estuvo en un olvido. Digamos que llevados por nuestro afán de abastecer un narcisismo deficiente, olvidamos la necesidad de pudor. Nuestra interpretación fue vivida como una invitación a no esconder, en definitiva una seducción. Dicho en otras palabras, no atendimos al registro-cuidado del tratamiento, no pudimos mantener la espacialización, es decir, una organización del grupo y el espacio intermedio que genera, y lo que nació como ilusión psicótica (necesaria en tanto que ilusión, psicótica en cuanto que impacta lo real) terminó en actuación psicótica. Por eso decíamos que *la posibilidad de tratamiento grupal de la psicosis se juega entre la ilusión como fenómeno cargado libidinalmente y la espacialización como estructura de soporte*. Vemos que relación guarda con todo lo que hemos dicho sobre técnica psicoanalítica con los psicóticos. Las demás leyes de la dinámica de grupo, en particular toda la teoría de los supuestos básicos de BION son válidos, lo que ocurre es que si la relación ilusión-espacio no se mantiene, no hay posibilidad de trabajo, el acting-out bloquea cualquier posibilidad de elaboración.

Para terminar vamos a citar algunas técnicas especiales que nos hemos visto llevados a articular para el manejo de situaciones extremas en un grupo de psicóticos en plena crisis.

1) El grupo-orgia canibalítica.— Esto se da sobre todo cuando hay en el grupo un maná en plena crisis. El grupo

suele tolerar bastante bien al maníaco que se alimenta de su propia verborrea, que es la palabra robada a los demás. El maníaco no lo tolera tan bien, porque este robo aumenta su culpabilidad inconsciente y le lleva a aumentar sus medidas defensivas de control, triunfo y desprecio. Aquí actuamos a dos niveles, primero procuramos mantener un contacto físico, piel con piel, atendiendo la necesidad del maníaco de sentirse vivo. Segundo, establecemos un contrato modulando su intervención y obligándole a dar paseos fuera del grupo de vez en cuando. Si esto no funciona, la terapia grupal es francamente iatrogénica.

2) El grupo —ataque envidioso— cuando los esquizofrénicos mejoran, ahora al espacio interrelacional una enorme cantidad de envidia, esta exteriorización adquiere además un tinte exhibicionista. En esta situación no hay conexión en el grupo que no sea atacada, buscando la nadficación. Desde la consideración de que la envidia conlleva una demanda de contención de una pulsión de muerte no ligada, toleramos este tipo de ataque, pero preservando al grupo, manteniendo su propio discurso. Es un esfuerzo que sólo puede ser asumido por un equipo de terapeutas. Contratransferencialmente la sensación es de ser policías de tráfico.

3) El grupo Nadficante. — Esta situación se da cuando el equipo no ha podido manejar la situación anterior. Es un grupo silencioso. Se destruye cualquier cosa que se mueva. Incluso aparecen maniobras de descalificación o bien fenómenos de reduplicación proyectiva —conjuratorios— es decir, repetir como un eco lo que se dice. Aquí intentamos dar constancia de que seguimos vivos, el equipo terapéutico comenta en voz alta, por ejemplo, dirigiéndose un terapeuta a otro, lo insoportable que está el ambiente, etc... Por otro lado, siendo ellos el objeto de nuestra preocupación, les significamos que están vivos y que habrá que esperar tiempos mejores.

Pensamos que el trabajo en grupos con psicóticos tiene varias dimensiones terapéuticas directas e indirectas.

Algunas de las directas son conocidas y ya las hemos mencionado al hablar de la terapia analítica clásica. Habría que agregar que algunos pacientes que se sienten incómodos en la sesión individual por el peligro de fusión, pueden movilizarse mejor en el grupo (caso Teodora). Lo que nos parece más específico del grupo es la posibilidad de que los pacientes se ayuden unos a otros, y de esa manera se están ayudando a sí mismos.

Las indirectas tienen que ver con el trabajo en equipo y la coterapia. Al estar presentes los auxiliares en el grupo adquieren su verdadero lugar terapéutico. Además pueden cotejar su modelo de intervención con el de los terapeutas, aclarándose así el espinoso tema de los roles y las funciones en los equipos terapéuticos, y todo esto desde la clínica, es decir, desde la tarea.

Terapia de familia

Llama la atención que la técnica de la terapia de familia siga siendo considerada entre importantes sectores profesionales como algo novedoso cuando en realidad —las investigaciones y conceptos fundacionales se remontan a los años cincuenta— su historia casi es tan larga como la de los neurolepticos. La diferencia estriba en que mientras el descubrimiento de estos últimos parece venir a confirmar alguna de las ilusiones de la tradición psiquiátrica más ligada a las grandes mentalidades de la medicina del siglo diecinueve y su uso permite situar al psiquiatra en el lugar que la medicina positivista reclamaba para él, la primera proclama la necesidad de un descentramiento epistemológico que la hace aparecer extraña a nuestros ojos pero no por su «novedad» sino porque aparece en otro sitio. No vamos a detenernos aquí en los detalles e implicaciones de este descentramiento más que en la medida en que informa, ilustra y forma parte de una concepción general de la cura a la que nos estamos refiriendo y se inscribe en nuestra práctica concreta.

Está generalmente aceptado que el enfoque familiar se origina casi simultáneamente en tres equipos que, desde presupuestos teóricos absolutamente diferentes trabajan por separado en los EE. UU. en los años cincuenta. El grupo de Palo Alto, reunido bajo la égida del antropólogo Gregory Bateson (Ruesch, Jackson, Halley, Weakland, Watzlawick, Veron Sluzky, Minuchin...) que trabaja desde la teoría general de sistemas de VON BERTALAFFI y la teoría de los tipos lógicos de WITTHEHEAD y RUSSELL, que quiere entender la conducta humana como comunicación y cuyas principales aportaciones giran alrededor de los conceptos de paciente designado y la teoría del doble vínculo, es el primero en dar a conocer sus hallazgos. Por otro lado el grupo de THEODORE LIDZ en Yale parte del psicoanálisis y, tras una reflexión

sobre el intercambio entre los distintos terapeutas de varios miembros del grupo familiar, optan por tomar como unidad de análisis la familia o diadas de esta entendíendolas en una perspectiva psicoanalítica. Finalmente, el grupo del N.I.M.H. (Murray Bowen, Lyman C. Wynne) desde la psicología social aplica al campo de la vida familiar conceptos como socialización e identidad.

El intercambio entre estos grupos originales fue intenso hasta el extremo de que tal origen apenas si se refleja en el panorama actual de la terapia de familia. Pero nos interesa señalar que en tal intercambio es la escuela comunicacional de Palo Alto el principal «exportador» y el más claro y radical exponente del descentramiento epistemológico del que hablamos. Esta pretende diseñar un entorno con el que la única conducta congruente fuera calificada por un psiquiatra de esquizofrénica. A continuación se trata de verificar si tal entorno existe alrededor de las personas que han sido calificadas de ese modo. Resaltaremos dos implicaciones inmediatas del intento. Primero un descentramiento a nivel de objeto: se abandona la tentativa de buscar la explicación de la psicosis en el marco del sujeto o del organismo, para investigar el de las relaciones intersubjetivas (el sujeto pasa a ser epifenómeno de estas relaciones, pierde sustantividad). El segundo descentramiento se produce a nivel de nuestro conocimiento: frente a la concepción lineal de la causalidad heredada del siglo diecinueve (y cuya crisis se ha hecho manifiesta, por ejemplo, en la física contemporánea) se impone un modelo circular. Explicar algo no será ya remitirlo a una causa de la que es manifestación, sino poner de manifiesto sus implicaciones mutuas con lo que rodea. Con ello se pasa de un tratamiento centrado en la corrección de la etiología o la patogenia a postular una teoría del cambio. Técnicas de reestructuración y contraparedoñas entran en acción. Y una implicación técnica: no hay «neutralidad» del terapeuta.

La familia M.L. acude a consulta tras la cuarta fuga de su hijo José Luis —a quien contaban «las nucleares esta mitad de la cabeza y el sol esta otra» y «le detienen el tiempo»— de otro hospital psiquiátrico. La madre advierte que «todo lo que José dice desde que cayó así —hace tres años— es producto de su enfermedad» y, en consecuencia pasa a narrarnos ella misma el desarrollo de esta y los trastornos que ocasiona en la convivencia familiar manifestando una increíble capacidad

de desoir los intentos de precisar o negar sus afirmaciones efectuadas por José Luis, porque «Vds. —los terapeutas— tendrían cosas que hacer y no podrán perder el tiempo con nosotros». Los terapeutas deben —en opinión de la familia— convencer a José de que tome «las pastillas que los otros médicos le han mandado» —a lo que José Luis dice preferir la muerte— porque ella no quiere que las tome «para darnos la razón» sino «por su propia voluntad». Cada una de sus afirmaciones da lugar a una verdadera batalla campal con las dos hijas mayores —hay además dos hermanos de cinco y ocho años— con las que parece imposible establecer otro acuerdo diferente de lo afortunado de la circunstancia de que el padre esté momentáneamente fuera por motivos de trabajo y lo referente a la situación de José Manuel. La mayor, María, dice «yo hasta hace poco aún hablaba con él y trataba de entenderle, pero ahora ya sé que es una enfermedad». Acuerdo este último en el que José Manuel participa como tenemos ocasión de comprobar cuando en una inocente maniobra de los terapeutas en la que éstos le piden su versión sobre un episodio acaecido por un conflicto sobre qué canal de la TV debía ser conectado, en el transcurso del cual el mobiliario había salido bastante mal parado y hubo de intervenir la policía —maniobra que, por cierto, desencadenó sobre los terapeutas un torrente de guiños y veladas señas proveniente del resto la familia— dice que «no comprenden que estoy enfermo».

Entendemos que la familia viene a pedir un diagnóstico y un tratamiento, es decir, la confirmación de que es «la enfermedad» la que ha venido a turbar la paz familiar y que, de aquí en adelante, será la incapacidad de los terapeutas para convencer a José Manuel de que tome las pastillas «por su propia voluntad y no porque se lo digan Vds.», la única responsable de lo que pueda suceder. Entre tanto cualquier palabra o acto de José Manuel será manifestación de esta enfermedad y las de los demás miembros de la familia mera respuesta a esta presencia extraña e incontrolable.

Tras hora y media de interesarse concienzudamente los terapeutas por el plano de la vivienda y los recientes movimientos del mobiliario y, una vez efectuada «la pausa en la entrevista en la que tenemos costumbre de ponernos de acuerdo los terapeutas», les comunican entre otras cosas que no acertarían a comprender qué es lo que está sucediendo entre ellos aunque uno de los terapeutas que les ha estado

observando desde detrás del espejo unidireccional cree intuir que la situación produce tal dolor a los implicados que sólo puede ser hablada en el curso de las peleas. Creer, por tanto, útil que cada uno de los miembros de la familia sea capaz de realizar el sacrificio de contribuir a ponerlas en marcha y dar así ocasión al resto de hablar a fin de que ellos —los terapeutas— tengan material sobre el que trabajar. Mientras tanto y, desde su actual desconocimiento del tema —les dicen— no se creen capaces ni de hablar de tratamiento.

La familia—que siguió una terapia de un año pasando luego José Luis a integrarse en un grupo en el que lleva otros dos— volvió a su cita a las dos semanas manifestando, entre triunfante y atemorizada, su fracaso en el intento de llevar a cabo tales prescripciones. No habían encontrado ocasión de organizar nuevas refriegas y tenían «poco más que añadir» sobre la enfermedad de José Luis quien por otra parte llevaba, por alguna misteriosa razón, los quince días tomando la dosis de Haloperidol prescrita por sus anteriores consultantes—. Lamentablemente hubo que emplear la hora en hablar de lo que la presencia y las frecuentes ausencias del padre suponían para el grupo familiar.

La intervención de los terapeutas se ha limitado a convertir la escena que se desarrollaba cada día en algo significativo en lugar de una mera amenaza a la identidad de sus autores que no podían aparecer más que en su papel. No nos interesa aquí a qué nos remite esto a nivel del significado sino el hecho de que el *terreno* sobre el que el proceso terapéutico puede desarrollarse ha hecho su aparición.

Con ello estamos —y gentes de las dos escuelas se han empeñado muy a fondo de demostrarlo— en las antipodas, no ya del modelo médico positivista, sino de la aproximación psicodinámica al problema. (Hay, es cierto, y posteriormente nos referiremos a ellas, acepciones psicoanalíticas de la terapia de familia, pero nos centramos a esta porque no queremos eludir la discusión de fondo y porque la referencia a los conceptos de FREUD de aquellas, a través, la mayoría de las veces, de la psicología del Yo, no las convierte a nuestros ojos en más psicoanalíticas). Pero para nosotros esta discusión es, en sí, tan inútil como la —ciega— contraposición en estudios doble ciego de la psico y farmacoterapia a que tan aficionados son algunos contemporáneos. Porque ¿Cuál es, en última instancia la propuesta comunicacional? Nos parece

que se trata de un intento de lectura de ese espacio intersubjetivo al que hacemos referencia al hablar de la entrevista, con una especial referencia a la espacialización de la que habíamos al tratar del registro cuidado y una deliberada actitud de silencio ante la emergencia del sentido que no vendría sino a confirmar la sospecha de que tal emergencia tiene poco que ver con el hecho de que no nombres lo significado (por otro lado tal fenómeno no es negado por los teóricos de la escuela: es sencillamente englutido en la obscuridad de la «caja negra» del nivel intrapsíquico). Todo ello se organiza, en su versión original, en el marco de una epistemología que toma como punto de partida la Teoría General de Sistemas y como referencia filosófica el neopositivismo en su acepción más anglosajona.

En nuestra práctica hemos tenido ocasión de comprobar que esta técnica, inscrita en el marco de la cura al que estamos haciendo referencia, puede permitir afrontar situaciones en las que el descentramiento de la demanda (a nivel de objeto y de sujeto) hace difícil el inicio del tratamiento, evitar ingresos, evitar el peligro de resignificaciones negativas del hecho del tratamiento, impedir descompensaciones subsiguientes a la reestructuración del equilibrio familiar sobre el presupuesto de la cura del paciente «designado», y convertir el entorno de éste de mantenedor del trastorno que dice querer atajar, en soporte de lo que hemos dado en englobar en el registro-cuidado, permitiendo que el proceso terapéutico transcurre sin constituirse en un paréntesis de desajuste social y sin que la dinámica de la institución de internamiento psiquiátrico añada sus lacras al problema. Todo ello utilizando un modelo tan radicalmente sistémico como radicalmente químico es el haloperidol o radicalmente represiva la contención física, que también hemos utilizado, si consideramos estos instrumentos fuera de contexto.

La evolución de la terapia de familia que siguió al trasvase de conceptos y experiencias al que hacemos referencia determinó un mapa de la terapia familiar que bosquejaremos a continuación aunque no sin antes hacer constar que al margen de lecturas más a gusto del consumidor, no aporta nada sustancial a lo que decíamos al principio. En primer lugar habría que referirse a los grupos estrictamente sistémicos entre los que cabe citar además de los grupos originales de Palo Alto y BOWEN. (Aquí la mutua asimilación alcanza todos los sentidos de término), la escuela estructural de

SALVADOR MINNUCHIN y, en Europa, el grupo de MARA SELVINI en Milán. En segundo lugar estarían los grupos de «síntesis» entre los que hay que destacar a KARL WHITAKER y, en Europa, a caballo éste con una lectura radical de la fenomenología el grupo inaugurado por LAING y ESTERSON. Por fin existen grupos predominantemente psicoanalíticos como el de ACKERMAN, BOSZARMENYI NAGI o STERLIN. En nuestro país la técnica es de introducción reciente y falta experiencia sobre todo en el ámbito institucional, pero si se consiguiera pasar por encima de la política de capillas cabe esperar de su introducción un fuerte impulso a la desinstitucionalización y el cuidado de la psicosis.

Las unidades de internamiento

Al exponer nuestra conceptualización de los lugares de encuentro, de los espacios y los tiempos, escenarios del juego, de la representación, de la figuración y de la repetición, no nos detuvimos a precisar arquitecturas, pues, en verdad, poco importaban para desarrollar nuestras ideas. Será la forma de estructurar esos momentos, las reglas que los vertebran y la actitud del terapeuta o del equipo terapéutico ante la locura quienes determinarán esos lugares para la fantasía. Mas en mor de una mayor precisión, para evitar equívocos, nos detendremos, al igual que hemos hecho con el grupo y la familia, en algunos aspectos del internamiento psiquiátrico, de la hospitalización a veces necesaria o inevitable. En este supuesto, las unidades de internamiento deben constituirse en un marco, en un campo organizado, donde el equipo terapéutico constituye la piedra angular de todo el montaje. Un equipo claramente definido, con sus propios espacios y momentos, con la posibilidad de intercambio y resolución de conflictos propios. La unidad de internamiento y el equipo se configuran a través de un objetivo: la creación de un espacio donde la simbolización sea posible. Un espacio y una actuación que permita al psicótico no confundirse con el otro, resignificar las palabras. Dicho de otro modo: la labor del equipo de una unidad de admisión es favorecer la reconstrucción o la resignificación del campo de las representaciones del psicótico. Nos referimos a la actuación del todo que es el equipo, con su reparto de funciones, ensambladas en un objetivo común. La interpretación, el cuidado, el análisis de

una transferencia que trasciende los estrechos límites de la relación dual y privilegiada del *diván*, que, más aún, desborda la palabra, incluyendo los *acting out*, brutal emergencia pulsional no simbolizada.

La experiencia clínica de quienes hacemos este trabajo nos enseña que al inicio del ingreso, en buen número de ocasiones, el psicótico es incapaz de verbalizar cuanto le sucede. Actúa, dramatiza, pasa de una representación al acto pro-piamente dicho: emergencia pulsional y fantasmática, a veces violenta, casi siempre imprevisible, brutal en su aparición, sin mediación alguna, comportamiento minuciosamente descrito en la fenomenología psiquiátrica, de KRAEPELIN a BLEULER y MINKONSKY, de MAYER GROSS a KAPLAN. Actos bizarros, absurdos, chocantes, agresivos y provocadores para una clínica basada en una lógica cartesiana. Emergencia inconsciente, no analizable, situada fuera de la transferencia, y por tanto, comportamiento negativo, para el psicoanálisis, pues «el individuo que lleva a la acción los conflictos fuera de la cura sería menos accesible a la toma de conciencia de su carácter repetitivo, y capaz, fuera de todo control y de toda interpretación del analista, de satisfacer hasta el final, hasta el acto completo, sus pulsiones reprimidas (...)». Una de las tareas del psicoanálisis sería intentar basar la distinción entre transferencia y *acting out* en criterios diferentes a los puramente técnicos o meramente espaciales (lo que ocurre en el despacho del analista o fuera del mismo); esto supondría, sobre todo, una nueva reflexión sobre los conceptos de acción, de actualización y sobre lo que define los diferentes modos de comunicación» (27).

Es a partir de la escuela kleiniana cuando empieza a considerarse el *acting* como positivo, con efectos reestructurantes. En cualquier caso, hoy sabemos que no es posible atender un brote psicótico sin considerar el *acting*, sin interpretar esa actuación impulsiva, sujeta en apariencia a los caprichos y rarezas del enfermo, tal vez única forma de comunicarse, de expresar su angustia, su perplejidad, su desmembramiento. Sería inútil dar ejemplos: todo profesional de la salud mental ha tenido que afrontar *acting out* de psicóticos. En un tiempo, y aún para muchos, suponía la puesta en marcha de toda una ingeniería de medios de contención física. Para quienes hacemos esta ponencia el

(27) R. KAËS—«El aparato psíquico grupal. Construcciones de grupo». Gramica, París, 1976.

acting out debe ser valorado, aceptado, recogido, asumido y, en definitiva entendido, por el terapeuta o el equipo terapéutico. Otra cosa sería igual a callar la boca al paciente que nos cuenta sus sueños o ignorar sus actos fallidos.

NOTAS FINALES

1.— Todas las páginas anteriores han tenido, independientemente de los conceptos y teorías en ellos formulados, un eje que los sostiene: la fundamentación del trabajo psicoterapéutico más allá de los límites de un tratamiento de la neurosis. Los márgenes, los esquemas referenciales tradicionales, los cuadros patológicos y hoy acceden a la experiencia terapéutica personas, estados y estructuras psíquicas que no se ajustan a los cuadros patológicos en los que y para los cuales tuvo su origen el tratamiento psicoanalítico.

2.— La experiencia terapéutica con los llamados psicóticos supone, una posibilidad al tiempo que un riesgo. Posibilidad en la medida que permite, como hemos advertido una y otra vez en las páginas anteriores, la eclosión de la palabra y del deseo que la sustenta. Riesgo en tanto en cuanto que la relación intersubjetiva presenta aquí, características propias donde las posibilidades de remover en el terapeuta sus propias estructuras es mayor.

3.— Naturalmente que la palabra de los llamados psicóticos, la lógica de su discurso, ha estado presente en la historia del psicoanálisis y de la psiquiatría no convencional, pero lo estaba, aun con frecuencia lo está, como un texto aparte, no vivo, a la manera de un no-síntoma, carente de significación aunque con posibilidades de explicación. La negación de la posibilidad del tratamiento a los cuadros psicóticos ha sido la última gran barrera para hacer realidad la asunción plena de las teorías freudianas que se inscriben de pleno derecho en las teorías del valor; valor del signo lingüístico de SAUSSURE, lógica de la mercancía de MARX y valor del síntoma en la lógica de la pulsión en FREUD.

La relación intersubjetiva en los llamados psicóticos, podría pensarse por lo que al analista se refiere, como por un lado sustentadora y espejo, en definitiva supuesto saber de un

deseo y por otro lado cronista, espectador de un relato. Entrar y salir en esa situación escindida es la habilidad de un trabajo que, a nuestro juicio, tiene todas las características de lo artesanal: pericia, empiria, dificultad en conceptualizarse y sobre todo «afición» y paciencia, porque en definitiva el tiempo todo «lo cura».

5.— Y al final una deuda: el relato. La expresión de un duelo que tiene una variable morfológica: sueños anticipatorios de curación, salto a la salud, en ocasiones un brote, etc. En una de estas expresiones quisieramos detenernos: la grafía, el relato escrito, elaborado con las notas tomadas pacientemente durante el proceso terapéutico. Notas de deuda y notas de enseñanza. Un vacío debe llenarse, algo debe quedar de la dinámica, de la lógica del deseo, que dicho sea de paso, se gasta en el intento: *memorias* de SCHREBER. MARY BARNES o BERKE. WINNICOTT o GARCIA BADARACCO... Memoria, en definitiva, de una relación: testigos y actores de un proceso, de la aventura por lograr una subjetividad.

	Págs.
APROXIMACION AL TRATAMIENTO DE LA PSICO-	
SIS, por <i>Felix Blanco, Valentín Corcés, Manuel Des-</i>	
<i>vial, Alberto Ferrández Liria y Ana Isabel Romero</i>	
	165
Del momento de una instauración	169
De la necesidad de una metamorfosis	172
De la legitimación	175
La entrevista	177
De las vicisitudes de un proceso: la cura	186
La transferencia	199
Un espacio para la fantasía: los lugares de en-	
cuentro	204
La psicoterapia de grupo	207
Terapia de familia	211
Las unidades de internamiento	216
Notas finales	218

© ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRIA.
C/. Villanueva, 11. Madrid-1

Este libro ha sido presentado como ponencia al
XVI Congreso de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría.

I.S.B.N.: 84-398-0356-7
Depósito legal: M. 36.370-1983

Imprime: MARIARSA, Impresores - Tomás Bretón, 51 - Madrid-7

*Cuando en a
Jaén nos otorg
«Introducción i
enfrentábamos*

*Por un lado
reto y una difi
cualquiera de s
discurso psiqui
Deshilvanar la
psicoanálisis ha
cabo en estos m
concretos del te
sean los más i
en la medida q
psiquiátrica.*

*Consecuen
trabajos, inde,
embargo, ma
posible identia
reflexiones sol
reunían las co*

*Otro grup
trabajo colecti
párrafo anteri
tiene de inter
técnicos que v
ubicarse en pe*

*A nuestro i
largo periodo
estos problem
elaborada pa.
pesar del inte.
los textos, es s
nes que no so
necesaria par
futuras reflex.
estamos adve
como un texto
algunas conc*

© ASOCIACION ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA.
C/. Villanueva, 11. Madrid-1

Este libro ha sido presentado como ponencia al
XVI Congreso de la Asociación Española de
Neuropsiquiatría.

Quando en diciembre de 1982, la Asamblea General de A.E.N. celebrada en Jaén nos otorgaba su confianza para la presentación de una ponencia, «Introducción a la Psicosis», en el XXII Congreso de la Asociación nos enfrentábamos a un problema que se sustentaba en múltiples raíces.

Por un lado el tema de la psicosis, su amplitud y problematización, ofrece un reto y una dificultad al mismo tiempo. Reflexionar sobre la psicosis, sobre cualquiera de sus aspectos, significa ante todo introducirse en el corazón del discurso psiquiátrico, en sus fundamentos y, por que no, también, en sus efectos. Deshiviar la gran madeja que la psiquiatría y en gran medida también el psicoanálisis han elaborado sobre la psicosis es una tarea imposible de llevar a cabo en estos momentos. Por ello optamos por delimitar algunos aspectos muy concretos del tema de que nos hicimos responsables. Probablemente éstos no sean los más importantes pero si fueron para nosotros altamente sugestivos en la medida que nos introducían de lleno en el conjunto de la problemática psiquiátrica.

Consecuentemente hemos articulado nuestra ponencia alrededor de tres trabajos, independientes entre sí en su elaboración formal pero que, sin embargo, mantienen vínculos conceptuales en numerosas ocasiones. La posible identidad del concepto de psicosis, la problemática edípica y algunas reflexiones sobre el tratamiento han sido las temáticas que, a nuestro juicio, reúnan las condiciones antes reseñadas.

Otro grupo de problemas tiene su origen en la necesidad de vertebrar un trabajo colectivo; dificultad mayor aún si tenemos en cuenta lo expuesto en el párrafo anterior. El trabajo en equipo —claramente gratificante por lo que tiene de intercambio de conocimientos— supone un sin número de escollos técnicos que van desde la diferencia de estilos en la redacción hasta el de ubicarse en posiciones teóricas similares.

A nuestro entender sólo el trabajo de reflexión teórica elaborado durante un largo periodo de tiempo y con referencia explícita a la práctica puede sortear estos problemas. La necesidad de concretizar nuestro trabajo en una redacción elaborada para presentarlo al Congreso, ha traído como contrapartida que a pesar del intenso trabajo de discusión, recolección de material y pulimento de los textos, es seguro que éstos, aquí presentados, reflejen algunas contradicciones que no son más que el resultado de un compromiso transitorio —actitud necesaria para poder trabajar en equipo— hasta que llegue el momento de futuras reflexiones. Queda claro pues, que los firmantes de los diversos trabajos estamos advertidos de este problema pero creemos, al considerar la ponencia como un texto abierto, que no constituye un obstáculo importante para alcanzar algunas conclusiones aunque éstas sólo tengan el título de provisionales.

I.S.B.N.: 84-398-0356-7

Depósito legal: M. 36.370-1983

Imprime: MARIARSA, Impresores - Tomás Bretón, 51 - Madrid-7