

Unidad Académica

Facultad de Psicología

Universidad Nacional de Mar del Plata

Título del Proyecto

Una Aproximación al Proceso Transferencial en la Institución Psiquiátrica

Apellido y Nombre de los Alumnos

- Chaparro, Rodrigo
- Minniti, Mirian

Matrícula y Año

- 6468/04
- 2922/93

Tipo y Número de Documento de Identidad

- D.N.I. 28.424.715
- D.N.I. 23.970.438

Apellido y Nombre del Supervisor

Lic. Martinez, Horacio



N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
t-ps ch	
	N° INVENTARIO:
	R-1009

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
UNA APROXIMACIÓN AL PROCESO TRANSFERENCIAL EN LA
INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA
Mirian Minniti y Rodrigo Chaparro

Colegas, como el trabajo -para mí- está aprobado les propongo algunas cuestiones para charlar luego de vuestra exposición en la Defensa del trabajo

* Ustedes enfatizan en la página 47 y en la 74 que para Lacan la *prepsicosis* equivale al desencadenamiento. Hasta donde yo sé no es así; justamente el desencadenamiento es el pasaje de la *prepsicosis*, latente, enmascarada, disfrazada muchas veces de neurosis leves, como lo señala Freud, siempre con fenómenos elementales desapercibidos para los que no los buscan, una especie de *psicosis normal*, a la psicosis franca, en crisis, a la locura. Quizá pueda llevarles alguna bibliografía al respecto, pero, bueno, me gustaría conversar el tema y me gustaría conocer textos que argumenten lo que ustedes plantean.

* Percibo una oposición, casi contradictoria, entre lo que ustedes, *sin comentario ni crítica*, citan de Castilla Pino en la página 19 y lo que terminan afirmando de una manera muy fuerte en las conclusiones sobre el modelo psiquiátrico, en las páginas 78-79 ¿es así?

* Un tema que me interesa y que investigué un poco, a partir de un Trabajo de Investigación que dirigí, es el de las *Neurosis Narcisistas*. No recuerdo haber encontrado en esa oportunidad ningún lugar donde Freud afirme claramente que la *única* neurosis narcisista es la melancolía, sí encontré ambigüedades pero nada tajante ni definitivo al respecto. Ustedes lo afirman en la página 28 ¿pueden hablar un poco más respecto de esa afirmación?

* Disfruté sus referencias a la obra de Foucault ¿se pronuncia respecto a la antipsiquiatría, saben algo más al respecto?

* Hasta donde sé, es Lacan quien plantea que la angustia no es sin objeto, no sabía que Freud también lo había sostenido, tal como escriben ustedes en la página 34. Me gustaría leer la referencia.

Nos vemos en la defensa.



Alfredo Cosimi
Diciembre 2010

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Chaparro Rodrigo y Minniti Mirian, de la Facultad de Psicología de la Universidad nacional de Mar del Plata, y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores”.



“El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Chaparro Rodrigo y Minniti Mirian, matrículas N° 6468/04 y 2922/93, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los ²⁵ días del mes de ^{octubre} del año 2010”.

Firma del Supervisor:



Aclaración del Supervisor:

Martinez Rodrigo

Sello del Supervisor:

“Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Chaparro Rodrigo y Minniti Mirian, matrículas N° 6468/04 y 2922/93”.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora:

Fecha de aprobación: 20/12/10

9 (nueve)



Martínez H.



Plan de Trabajo de la Investigación de Pre-Grado

- Apellido y Nombre de los alumnos
 - Chaparro, Rodrigo
 - Minniti, Mirian

- Matrícula y Año
 - 6468/04
 - 2922/93

- Cátedra o Seminario de radicación
Modelos en Psicopatología

- Supervisor
Lic. Martinez, Horacio

- Título del proyecto
Una Aproximación al Proceso Transferencial en la Institución
Psiquiátrica.

- Descripción resumida

El Modelo de Internación Psiquiátrico presenta características que condicionan el accionar del psicoanalista en una institución psiquiátrica. El objetivo del presente trabajo es exponer tanto las características del Modelo de Internación Psiquiátrico como del Modelo Psicoanalítico, para luego particularizar la dinámica de la relación transferencial que se establece entre el psicoanalista y las personas internadas diagnosticadas como psicóticas, en instituciones que se rigen por el Modelo Psiquiátrico.

- Palabras clave

Institución Psiquiátrica – Modelo Psicoanalítico – Modelo Psiquiátrico – Transferencia

- Descripción detallada

- Motivo y antecedentes

Este proyecto se propone investigar la manera en que los psicoanalistas desarrollan su labor en las instituciones psiquiátricas, los condicionantes que la institución psiquiátrica pone en juego y el modo en que estos facilitan o dificultan la tarea del psicoanalista.

El planteo de las problemáticas se fundamenta en las inquietudes e interrogantes despertados a lo largo de las materias cursadas que se relacionan con las mismas y que han suscitado una conciencia crítica en cuanto: al quehacer del psicoanalista dentro de la institución psiquiátrica y cómo se desarrolla la dinámica transferencial

en la misma, mediante una investigación que confronte distintas miradas dentro de la Teoría Psicoanalítica.

Con este trabajo, nos proponemos obtener resultados aplicables a la práctica cotidiana del psicoanalista en el ámbito psiquiátrico.

- **Objetivos generales y particulares**

Este trabajo está orientado hacia una investigación bibliográfica, que aborde las relaciones entre el Modelo Psiquiátrico y el Modelo Psicoanalítico. En función de esta orientación y habiendo delimitado, de esta manera, el terreno de investigación, se postula el siguiente objetivo general: delimitar las posibilidades de realización de un tratamiento psicoanalítico dentro de una institución psiquiátrica, enfatizando sólo en las personas diagnosticadas como psicóticas así como los condicionamientos que la institución psiquiátrica pone en juego y el modo en que esto incide en la concreción de la cura. Si bien dentro de una institución psiquiátrica pueden presentarse diversos cuadros patológicos, en este trabajo abordaremos la psicosis, basándonos en la concepción etiológica freudiana y lacaniana de la misma.

De este objetivo general se desprenden los siguientes objetivos particulares:

1. Explicitar el modo en que tanto, el Modelo Psiquiátrico como el Modelo Psicoanalítico conciben la psicosis, sus aspectos etiológicos y las propuestas terapéuticas en relación a la misma, caracterizando cada uno de estos modelos.

2. Caracterizar la Técnica Psicoanalítica (sus supuestos metodológicos y epistemológicos) y en particular las posibles aplicaciones de esa técnica al campo de la psicosis, dentro del ámbito de la salud mental.
3. Delimitar la dinámica vincular terapéutica dentro de la institución psiquiátrica. Con esto nos referimos a conceptos como transferencia – contratransferencia, mecanismos de defensa, regla fundamental, etc., en la psicosis.

- Métodos y técnicas

La presente es una investigación exploratoria en la que se utilizará como técnicas la lectura de textos y la confrontación de modelos teóricos.

- Lugar de realización del trabajo

Universidad Nacional de Mar del Plata – Facultad de Psicología.

- Cronograma de actividades

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8
Objetivo 1								
Objetivo 2								

Objetivo 3								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

▪ Bibliografía básica de referencia:

Alonso, F. y Martínez, T. (1995). *Prácticas de historia de la Psicología*. Valencia: Promo Libro.

Basaglia, Franco. (1970). *La institución negada: Informe en un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barrales S. A.

Cacciari, A., Pioletti, P., Rubinovich, V., Martínez, H. (2005). *Introducción epistemológica al campo de la psicopatología*. Cuadernillo de la cátedra de Modelos en Psicopatología de la UNMP.

DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). (2001). Barcelona: Plaza, primera edición.

Freud, Sigmund. (1894). Obras completas. *Las neuropsicosis de defensa*. Tomo 1. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.

Freud, Sigmund. (1896). Obras completas. *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*. Obras completas. Tomo 1. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.

Freud, Sigmund. (1916-17). *La angustia*. (En: *Lecciones introductorias al psicoanálisis*, Tercera Parte, Lección N° 25).

Freud, Sigmund. (1924). *La pérdida de realidad en neurosis y psicosis*. Bs. As.: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Bs. As.: Amorrortu.

Freud, Sigmund. (1932). *Nuevas lecciones introductorias al Psicoanálisis*. Bs. As.: Amorrortu.

Foucault, Michel. (1991). *Historia de la locura en la Época Clásica*. México: Brevarios.

Foucault, Michel. (1992). *Psiquiatría y antipsiquiatría: La vida de los hombres infames*. Montevideo: Nordam/Altamira.

Galende, Emiliano. (1992). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Cap. 2. Bs. As.: Paidós.

Lacan, Jacques. (1955-56). Seminario, Libro 3: *Las psicosis*. Barcelona: Paidós.

Lacan, Jacques. (1957-58). *Las formaciones del inconciente: El obsesivo y su deseo*. Cap. 23. Barcelona: Paidós.

Lacan, Jacques. (1957-58). *Escritos II*. Siglo XXI. México-España-Argentina: Editores S. A.

Lacan, Jacques. (1958). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Seminario XI. Barcelona: Paidós.

Sampieri, Róberto. (2006). *Metodología de la investigación*.
Madrid: Plaza, primera edición.

Szasz, T. (1960). *El mito de la enfermedad mental*. Bs. As.:
Ammorrortu.

Aprobada
UCA.SCOSIM/
3/jun/2009

Índice General

Introducción.....	1
Primer Objetivo Particular	
Primer Capítulo: Caracterización del Modelo Psiquiátrico, Concepción y Terapéutica de la Psicosis.....	9
Segundo Capítulo: Caracterización del Modelo Psicoanalítico, Concepción y Terapéutica de la Psicosis.....	20
Segundo Objetivo Particular	
Primer Capítulo: Concepción Freudiana de la Psicosis.....	26
Segundo Capítulo: Concepción Lacaniana de la Psicosis.....	43
Tercer Capítulo: Aplicaciones de la Técnica Psicoanalítica al Campo de la Psicosis.....	51



Tercer Objetivo Particular	
Delimitación de la Dinámica Vincular Terapéutica dentro de la Institución Psiquiátrica.....	63
Conclusiones.....	73
Consideraciones Finales.....	78
Bibliografía.....	81

Introducción

Si bien la institución psiquiátrica recibe y alberga una amplia diversidad de cuadros psicopatológicos (neurosis, perversiones, psicosis, patologías borderlines, entre otras) este trabajo abordará como tema principal la psicosis, realizando de este modo una delimitación más precisa, acotando la amplitud y alcance de esta investigación. Se tendrá en cuenta que en la institución psiquiátrica se trabajaría con una demanda y un encuadre que difieren de los de la clínica ambulatoria, y, a su vez, aparecen y tratan cuadros que en esta última muy rara vez se presentan y que se diferencian en su terapéutica.

Se procederá, a continuación, a mencionar algunos acontecimientos socio-históricos que dieron lugar al surgimiento del Modelo Psiquiátrico y le imprimieron sus características particulares, posibilitando así delimitar qué entendió la psiquiatría desde su nacimiento por enfermedad mental:

Michel Foucault¹ menciona cuatro formas que tomó la locura para la conciencia occidental. Ellas son:

1. Una conciencia crítica de la locura: reconoce y designa a la locura sobre el fondo de lo razonable, no define, sólo denuncia.
2. Una conciencia práctica de la locura: la locura se impone como una realidad concreta, como una elección inevitable pero falsa. Los que no se encuentran dentro de ella acusan a los que si lo están por haberla elegido.
3. Una conciencia enunciativa de la locura: se trata de señalar la locura, al *loco*.

¹ Foucault, Michel. (1991). *Historia de la locura en la Época Clásica*. México: F. C. E.

4. Una conciencia analítica de la locura: funda la posibilidad de un saber objetivo de la locura. Conciencia desplegada de las formas, fenómenos y modos de aparición de la locura. No entraña más peligros, no implica más separación.

Según este autor los criterios de locura y razón han atravesado tres grandes períodos, que son:

1. El Renacimiento: Supone el predominio de formas críticas, ya que no había una frontera bien definida entre locura y razón.
2. El Gran Encierro: En el que coexistieron formas críticas y analíticas (Época Clásica). Impone una práctica de segregación aún no clasificadora pero que establece las condiciones para el nacimiento de disciplinas de control social.
3. Siglo XIX: Predominio de formas analíticas, en el cual la locura es objetivada y separada. A principios de este siglo nace la psicopatología.

Tomando en cuenta el cuadernillo *Introducción epistemológica al campo de la Psicopatología* de la cátedra Modelos en Psicopatología de la UNMP, los hechos más significativos que posibilitaron el surgimiento de la psicopatología fueron:

1. El funcionamiento en muchas naciones europeas, desde mediados del siglo XVII hasta fines del siglo XVIII, de un aparato de control social, cuya función principal es la de asistir a los pobres "...de todos los sexos, lugares y edad, de cualquier calidad y nacimiento y en



cualquier estado en que se encuentren, válidos o inválidos, enfermos o convalecientes, curables o incurables...”².

2. La revolución industrial, con un febril desarrollo durante los siglos XVIII y XIX, irá lentamente modificando la distribución de la población. Las ciudades volverán a ocupar el lugar de centros económicos y de producción.
3. A partir de las revoluciones liberales que se suceden en Europa entre los siglos XVII y XIX, la burguesía, como nueva clase que toma el poder determinará otra política para el tema de la pobreza y la enfermedad mental: con el tiempo generará disciplinas científicas que se encargarán *racionalmente* de la cuestión, y así surgirán la Psiquiatría y la Psicopatología. De esta manera, la burguesía logrará instalar sus valores y creencias en el centro de las organizaciones sociales. De este modo, lo que hoy se conoce como enfermedad mental es el producto de la objetivación de una disciplina nacida en el seno de los acontecimientos sociales de fines del S XVIII y principios del S XIX, ha realizado sobre unos modos de comportamiento que han venido suscitando la atención, curiosidad y preocupación de las clases dominantes de la sociedad europea.

La objetivación de la locura permite la construcción del Modelo Psicopatológico, ya que este no surge de la observación directa de la realidad sino de una construcción teórica. Las enfermedades mentales son el producto de una formalización científica, que parte de identificar ciertos signos que dan cuenta de una patología, buscando luego establecer el

² Decreto Real de Fundación del Hospital General de París, 1656. Citado por Foucault, Michel. (1991). *Historia de la locura en la Época Clásica*. México: F. C. E.

origen de esta supuesta anormalidad. Así surge un primer Modelo Psicopatológico, el Modelo Médico.

“...el médico es considerado el *dueño de la locura*, el que la hace mostrarse en su verdad, quién la domina, la aplaca y la disuelve tras haberla sabiamente desencadenado...”³.

La práctica del internamiento a comienzos del S XIX coincide con el momento en que la locura era percibida en relación a la conducta regularizada y normal. Es decir, en tanto alteración en la manera de actuar, de querer, de sentir las pasiones, de adoptar decisiones y ser libre, se inscribe en el eje pasión-voluntad-libertad.

El manicomio tenía, básicamente, por funciones: permitir buscar la verdad en la enfermedad mental, alejar todo aquello que en el medio en que vive el enfermo puede enmascararla, confundirla, proporcionarle formas aberrantes, alimentarla y también potenciarla. Puede también considerarse al manicomio como un lugar de confrontación en que la locura, voluntad desordenada, pasión pervertida, debe encontrar en él una voluntad recta y pasiones ortodoxas.

En la época de Pinel (1800), el término neurosis era sinónimo de enfermedad del sistema nervioso, y por lo tanto, lo que inicialmente se llamó locura, luego vesania y finalmente psicosis, era una parte integrante del campo de las neurosis en tanto se suponía que la psicosis era una enfermedad del sistema nervioso asentada en el cerebro. Esto fue así durante casi todo el S XIX. A finales de este siglo, se hizo otra diferenciación por la cual la psicosis dejó de estar dentro del campo de la neurosis y empezaron a ser dos campos diferentes. La psicosis siguió siendo la enfermedad mental, y la neurosis pasó a ser una enfermedad del sistema nervioso que no implicaba que el cerebro estuviera afectado. De

³ Foucault, Michel. (1992). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. (resumen del curso de los años 1973-74). En: *La vida de los hombres infames*. Montevideo: Nordam/Altamira.

alguna manera, esto permitió en el S XIX que se repartieran el territorio, la psiquiatría por un lado y la neurología por el otro.

En base al recorrido socio-histórico hasta aquí desarrollado se delimita el nacimiento del psicoanálisis como otro modelo posible respecto al modelo psiquiátrico. Cuestionó tanto el objeto, el discurso, como las prácticas de la psiquiatría. Freud dará a las neurosis características particulares, diferentes a las que hasta ese momento venía dándole la neurología, y a partir de Freud la definición de neurosis va a empezar a suponer que las mismas teorías, los mismos conceptos que se aplican a la neurosis, pueden ser aplicados al campo de la psicosis.

Al decir de Galende, el objeto de la salud mental no es un objeto natural, es un objeto histórico-social. Este autor sostiene que:

...las estructuras generatrices de la enfermedad mental funcionan en todas las culturas y sociedades, y en los distintos momentos históricos, en el mismo campo semántico en que se constituye el discurso social...La enfermedad mental es un existente, pero desde el momento en que existe una disciplina los modos históricos de enfermar son indiscernibles de las disciplinas, históricas también ellas, que los conceptualizan...⁴.

Entonces, un modelo psicopatológico no partiría de observar una realidad (natural), pues su observación ya está determinada por un saber previo. Parte de suponer que existen realidades que toman la forma de enfermedades mentales.

⁴ Galende, Emiliano. (1992). *Psicoanálisis y Salud Mental: Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Bs. As. Barcelona-México: Paidós.

Como reacción a la psiquiatría, surge el movimiento antipsiquiátrico, cuestionando y poniendo en tela de juicio las prácticas, supuestos teóricos y resultados terapéuticos del primero.

Para tener una perspectiva acerca de la visión del enfermo mental sobre su propio lugar dentro de una institución psiquiátrica se recurre en el presente trabajo a las conceptualizaciones de Franco Basaglia, como uno de los representantes de este movimiento antipsiquiátrico. Dice el autor "...no somos objetos que sirven para cuidar a los enfermos, sino personas, y por lo tanto, estamos sujetos a repercusiones psicológicas y emotivas..."⁵.

En base a la concepción antipsiquiátrica de Basaglia se puede decir que los psiquiatras, por su parte, hacen inconscientemente el juego de la clase dominante. El enfermo mental se considera enfermo ante todo porque es un excluido. Entre ambos actores hay una relación de poder que supone una violencia ejercida por aquellos que están de parte del sistema (psiquiatras, enfermeros, etc.) sobre aquellos que están colocados bajo su dominio. Se produce una subdivisión de roles que expresa una relación de opresión y violencia entre poder y no poder. "La violencia y exclusión se hallan en la base de todas las relaciones susceptibles de instalarse en nuestra sociedad"⁶.

Para este autor, el psiquiatra, el psicólogo, entre otros

...son únicamente los nuevos administradores de la violencia del poder, en la medida en que (suavizando asperezas, disolviendo resistencias, resolviendo conflictos engendrados por las instituciones) se limitan a permitir, mediante su acción técnica aparentemente reparadora y no

⁵ Basaglia, Franco. (1970). *La institución negada: Informe en un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barrales S. A.

⁶ Basaglia, Franco. (1970). *La institución negada: Informe en un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barrales S. A.

violenta, la perpetuación de la violencia global. Su tarea (que se denomina terapéutica-orientadora), consiste en preparar a los individuos para que acepten sus condiciones de objetos de violencia, dando por sentado que, mas allá de las diversas modalidades de adaptación que puedan elegir, ser objeto de violencia es la única realidad que les está permitida...⁷.

Basaglia propone como única solución válida para el psiquiatra y el psicólogo que "...en lugar de tender hacia las soluciones ficticias, hacer tomar conciencia de la situación global en la que vivimos, actuando todos a la vez como excluidos y excluyentes..."⁸. La ambigüedad del rol de terapeutas subsiste mientras que el juego que se exige de estos profesionales pase inadvertido.

Si el acto terapéutico coincide con la prohibición, al enfermo, de tomar conciencia de su situación como ser excluido, al salir de su esfera persecutora particular (familia, vecino, hospital) para elevarse hasta una situación global (conciencia de ser excluido por una sociedad que, realmente, no quiere nada con él), sólo nos queda rechazar cualquier acto terapéutico siempre que tienda tan sólo a mitigar las reacciones del excluido hacia el excluyente⁹.

⁷ Basaglia, Franco. (1970). *La institución negada: Informe en un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barrales S. A.

⁸ Basaglia, Franco. (1970). *La institución negada: Informe en un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barrales S. A.

⁹ Basaglia, Franco. (1970). *La institución negada: Informe en un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barrales S. A.

Pero, para ello, es preciso que dichos profesionales tomen conciencia de que también son excluidos desde el instante en que son objetivados en el papel de excluyentes.

Segun Szasz "...la enfermedad mental no es literalmente una cosa u objeto físico y, por consiguiente, solo puede existir en la forma en que existen otros conceptos teóricos..."¹⁰.

¹⁰ Szasz, T. (1960). *El mito de la enfermedad mental*. Bs. As.: Amorrortu.

Primer Objetivo Particular

Primer Capítulo: Caracterización del Modelo Psiquiátrico, Concepción y Terapéutica de la psicosis

Con el fin de resumir lo expuesto en la Introducción, caracterizaremos el Modelo Psiquiátrico surgido en el siglo XIX resaltando los siguientes aspectos:

1. Surge como respuesta disciplinar a las demandas de la burguesía.
2. Crea su objeto de estudio: la enfermedad mental.
3. Sostiene discursos acerca del objeto basados en esquemas clasificatorios y en teorías etiológicas que privilegian lo orgánico, y que hacen del objeto un ente particular, y por lo tanto segregable en nombre del bien colectivo.
4. Implementa prácticas de control social con escasa motivación terapéutica y en la que se establece una firme distinción entre el que sabe y el que no, entre el que tiene poder y decisión y el que ha perdido ambas cosas¹¹.

¹¹ Cacciari, A., Pioletti, P., Rubinobich, V., Martinez, H. (2005). *Introducción epistemológica al campo de la psicopatología*. Cuadernillo de la cátedra de Modelos en Psicopatología de la UNMP.

Según Castilla del Pino, la psiquiatría del S XIX crea un modelo de la mente tomando las ideas de Kant y delimitando en él tres grandes áreas:

1. Entendimiento o razón: se refiere a las funciones superiores, dentro de las cuales se pueden describir la memoria, el juicio.
2. Voluntad: asociada a lo que nos lleva a realizar acciones, no como reacción automática, sino como consecuencia de la razón.
3. Sensibilidad: está asociada al campo de la percepción, donde también están ubicados los afectos.

En base a estas funciones psíquicas, la psiquiatría toma criterios para tratar de situar signos posibles de comportamientos de las personas para establecer el diagnóstico. Por ejemplo, el delirio es un signo que indicaría un déficit en la razón. A partir de estas funciones psíquicas, la psiquiatría se encargará de elaborar los cuadros nosológicos.

Martinez, en su texto *Concepciones etiológicas*, realiza un desarrollo de los principales autores de la psiquiatría clásica.

Pinel (1800) sostuvo hipótesis etiológicas, basándose en la observación directa de sus objetos de estudio, y las organizó de la siguiente manera:

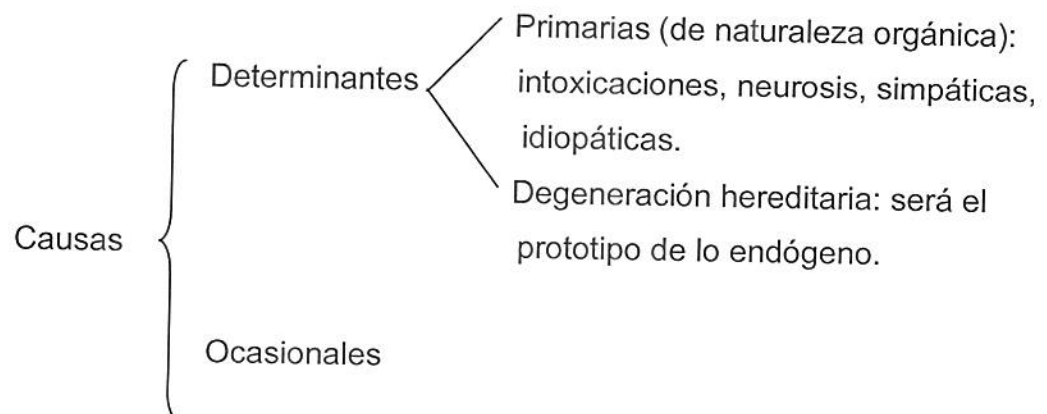
1. Causas físicas (golpes, malformaciones del cráneo, ebriedad, menopausia).
2. Herencia.
3. Causas morales (pasiones intensas, excesos). Origen exógeno, por lo tanto curables mediante el tratamiento moral.



Con la ley francesa de 1838 sobre los alienados, el manicomio empieza a ser considerado como un lugar de curación de personas enfermas, la reclusión se convierte en internamiento y el aislamiento del loco en condición de posibilidad del tratamiento moral. Esa ley fue el resultado del nuevo orden jurídico y social de la Revolución Francesa, nuevo orden que permitió el nacimiento de la psiquiatría, pues el loco dejó de ser objeto de segregación para convertirse en objeto de estudio. Un siglo después, serán los psiquiatras mismos quienes cuestionarán la función terapéutica del manicomio, denunciándolo como el lugar en el que se deposita la miseria del mundo, producida por el nuevo orden económico, el capitalismo¹².

A mediados del S XIX, la psiquiatría comienza a preguntarse acerca de las causas de las enfermedades mentales.

Morel, por primera vez, elabora un esquema sobre las causas de la enfermedad mental, en base al cual puede postular una teoría etiológica:



¹² Gallano, Carmen. (1993). Revista mundial de psicoanálisis. *La salud mental y la clínica del sujeto*.

Moebius será quien retraduzca las teorías etiológicas de la psiquiatría del S XIX en endógeno y exógeno. En las enfermedades exógenas las causas pueden ser de distinto tipo (alcohol, plomo, toxinas, etc.); en las enfermedades endógenas sólo hay una causa: la predisposición. Las enfermedades exógenas poseen fronteras bien definidas; en cambio, las enfermedades endógenas sólo se diferencian en su graduación. En las últimas, lo dominante es la degeneración, o sea, la dañina degeneración de la norma y la imposibilidad de la exacta separación. La clase de enfermedad endógena que se padece depende del grado de degeneración.

La obra de Kraepelin (1895-1913) imprimió a la psiquiatría signos que continúan hoy marcándola. El primer signo importante es el sistema clasificatorio de enfermedades. Enfatiza en la oposición endógeno-exógeno. El segundo se refiere al énfasis que puso en la importancia y necesidad de una revisión permanente, idea que la psiquiatría contemporánea ha retomado.

En su *Tratado de Psiquiatría* (8º edición, 1909-13), Kraepelin presenta la siguiente clasificación:

1. Causas exógenas:

- I. Locura de las heridas del cerebro.
- II. Locura de las enfermedades del cerebro.
- III. Intoxicaciones.
- IV. Locuras infecciosas.
- V. Debilitamientos sifilíticos.
- VI. Demencia paralítica.
- VII. Locuras seniles y pre-seniles.

2. Causas oscuras: (exógenas con componente endógeno)

- VIII. Locuras tiroidógenas.

- IX. Demencias endógenas: demencia precoz, parafrenias.
- X. Epilepsia.

3. Causas endógenas:

XI. Locura maníaco depresiva.

XII. Enfermedades psicógenas:

1. Neurosis de actividad: neurastenia, neurosis de espera.

2. Psicosis de relación: folie a deux, delirio de persecución de los sordos.

3. Psicosis de destino: neurosis traumática, psicosis de los prisioneros, delirio de querulancia.

XIII. Histeria.

XIV. Paranoia.

XV. Estados patológicos constitucionales.

XVI. Personalidades psicopáticas.

XVII. Detención del desarrollo psíquico (oligofrenias).

En 1913 aparece la primera edición de la *Allgemeine psychopathologie*, de Karl Jaspers (1883-1969), obra que ha de tener una profunda significación durante tres décadas en el ámbito de la psiquiatría de habla e influencia germana. La psicopatología de Jaspers supone: (a) La superación de la investigación netamente positiva en psicología, en última instancia de carácter mecanicista...para comprender el síntoma psíquico... (b)...la división en síntomas procesales y de desarrollo habrá de subsistir

aun hoy... (c) Proceso y desarrollo son por sí creadores de un *mundo* o *universo* por parte de la persona que lo padece¹³.

Jaspers distingue dos grandes formas de evolución de la enfermedad: por un lado los procesos (orgánicos), que pueden ser físicos o psíquicos.

...se determinan a partir de lo incomprensible de su evolución. Surge de improviso, allí donde nada los hacía esperar, y evolucionan hacia un estado del cual no es posible regresar a la situación anterior. En el caso de los procesos físicos, es el daño orgánico el que determina las características del cuadro (duración, intensidad, etc.)...¹⁴.

Por otro lado los desarrollos, que incluyen las reacciones.

...implican la idea de despliegue y desenvoltura de un núcleo disposicional acorde con la personalidad premórbida, lo que da al cuadro su característica de comprensibilidad. Incluyen las *reacciones*, en las cuales el punto de origen (es decir, el acontecimiento que causa la reacción) comanda la dinámica del cuadro...¹⁵.

¹³ Martínez, Horacio. (2005). *Concepciones etiológicas*. Material de la cátedra de Modelos en Psicopatología de la UNMP.

¹⁴ Martínez, Horacio. (2005). *Concepciones etiológicas*. Material de la cátedra de Modelos en Psicopatología de la UNMP.

“La dinámica de la enfermedad se reúne así con la intención comprensiva, dando lugar al nacimiento de la psiquiatría fenomenológico-existencial”¹⁶.

Si queremos dar una síntesis, tras este esquema histórico, de la situación actual de la psiquiatría, quizás podamos decir que ese sino, al que en los comienzos de estas páginas hacíamos referencia, merced al cual su nota característica había sido la dispersión, ha sido en buena parte superado. No hay que confundir la división del trabajo y la necesidad de la sub-especialización, con la dispersión. El psiquiatra clínico va adquiriendo una imagen cada vez más semejante a la del internista en el hospital general. Una visión totalista y una praxis totalizadora componen el rasgo fundamental de la psiquiatría y del psiquiatra de hoy. Es cierto que aún existen tendencias parciales que actúan sin conciencia de su unilateralidad. Pero puede afirmarse, sin embargo, que en todo caso un psiquiatra escolástico es cualquier cosa menos un psiquiatra actual¹⁷.

¹⁵ Castilla del Pino, Carlos. (1978). *Vieja y nueva psiquiatría*. Madrid. Alianza editorial.

¹⁶ Martínez, Horacio. (2005). *Concepciones etiológicas*. Material de la cátedra de Modelos en Psicopatología de la UNMP.

¹⁷ Castilla del Pino, Carlos. (1978). *Vieja y nueva psiquiatría*. Madrid. Alianza editorial.



Autores posteriores a Jaspers plantearon que si la reacción es muy grave habría que llamar a esa personalidad, psicopatía, en tanto estado de una persona que aún no es patológico pero podría desarrollar una patología.

El término psicopatía es propio del S XX. Sufrió una doble deformación, por un lado pasó a ser un nombre que nombra un cuadro clínico, y originariamente hacía referencia a una personalidad inestable que no desarrolla una patología salvo accidentalmente.

...la psiquiatría postkraepeliana supone el límite de lo que una descripción somática o psicopatológica, puede llevar a cabo aplicada con el máximo rigor. Hablar con posterioridad...de nuevos criterios que presiden la psiquiatría del presente, no supone invalidar lo que de definitivo y preciso fue hecho, sino reconocer tan sólo que el tiempo de su plena vigencia debe considerarse históricamente sobrepasado. Frente al estatismo del proceder descriptivo se ven aparecer, cada vez con mayor evidencia, el valor de los criterios dinámicos y funcionales, muchos de los cuales resultan aún de difícil integración con aquella parte del saber tradicional que todavía reputamos válido...¹⁸.

Castilla del Pino reseña las líneas generales de la investigación psiquiátrica actual, intentando mostrar cómo cada una de ellas marca un tipo de pensamiento psiquiátrico:

1. Investigaciones técnicas (comprenden tres perspectivas):

1. La neurofisiológica: es de carácter integralista, dinámico.

¹⁸ Castilla del Pino, Carlos. (1978). *Vieja y nueva psiquiatría*. Madrid. Alianza editorial.

2. La bioquímica y metabólica: los conocimientos acerca del metabolismo de la célula nerviosa y de la bioquímica de la transmisión sináptica abrieron una vía a la investigación psiquiátrica. Aportan una solución a la explicación difícil con anterioridad (aparición tardía de una psicosis de naturaleza hereditaria), gracias a la enzimología y al concepto actual de enzimopatía congénita.
3. La farmacológica: ofrece dos frentes distintos; por un lado la psiquiatría experimental y experimentable. Por otra, el de la terapéutica psiquiátrica como primaria fuente de investigación.
2. El punto de vista psicodinámico: implica desde una teoría de la persona hasta una teoría de los síntomas. Desde una conducta terapéutica hasta la consideración del medio como patogenético.

Con respecto a las investigaciones técnicas dice el autor que

A una psiquiatría experimental se le exige, si ha de concedérsele rango científico, los siguientes requisitos: posibilidad de provocación de cuadros psicóticos susceptibles de análisis estructural y dinámico; parangón con cuadros psicóticos espontáneos; posibilidad de análisis de los mecanismos neurofisiológicos y bioquímicos que se ponen en juego; determinación de los radicales moleculares de los que depende la cualidad patógena, y, por último, el control terapéutico mediante sus antagonistas farmacológicos. A una terapéutica psiquiátrica se le exige, cuando menos, una acción positiva sobre los cuadros clínicos psiquiátricos, y, a ser posible, el conocimiento de los mecanismos de acción sobre los mismos. Sólo hasta

estos últimos años, y en medida desde luego distinta, se han podido cumplir tales exigencias. La psicofarmacología ha dejado de ser una curiosidad...para constituirse en capítulo imprescindible. Las psicosis agudas se han visto beneficiadas de esta investigación¹⁹.

En la terapéutica psiquiátrica se expresa, mejor que en ningún otro campo, cómo la evolución histórica no ha sido un continuum, sino un salto, que luego se ha revelado como de posibilidades geoméricamente progresivas. A partir de 1952, con la introducción de la clorpromazina y de la reserpina, se inicia la obtención sintética de derivados de mayor especificidad y menor toxicidad...por ejemplo, frente a la psicosis del grupo de las esquizofrenias, el psiquiatra ha de contar con drogas diversas en función de la morfología del cuadro clínico²⁰.

Dice Castilla del Pino que el psiquiatra toma una nueva imagen de sí mismo, gracias a la forma actual de la terapéutica psiquiátrica. Mientras en la era de los choques la actuación del psiquiatra era médica aunque tosca, en la actualidad el carácter médico tiene mayor precisión.

Se quiera o no, esto redundará en la mayor dignidad de su actuación, dignidad que cobra su máxima significación en la personificación del enfermo a que obliga la psicoterapia. El riesgo implícito en toda acción médica...de forma que todo problema manifestado por un enfermo era

¹⁹ Castilla del Pino, Carlos. (1978). *Vieja y nueva psiquiatría*. Madrid. Alianza editorial.

²⁰ Castilla del Pino, Carlos. (1978). *Vieja y nueva psiquiatría*. Madrid. Alianza editorial.

expresión de un proceso susceptible de tratamiento por choques, ha sido eliminado o está en trance de serlo²¹.

En referencia al punto de vista dinámico, el autor dice que

...la psiquiatría comienza a sustentarse, en última instancia, en algo más que en psicología y en algo más que sociología. Al estimar al hombre en consideración dinámica, motivacional, lo singulariza y personaliza. Al propio tiempo, al concebir la persona como inmersa siempre en la realidad de una situación, la enmarca en unas coordenadas extrapersonales, sociales. De aquí que el objeto propio de la psiquiatría no sólo sea la psicogenia, sino también la sociogenia de la persona. La psiquiatría actual se ha fundamentado de una vez para siempre sobre la relación hombre-medio; esto es, se ha fundamentado antropológicamente...²².

²¹ Castilla del Pino, Carlos. (1978). *Vieja y nueva psiquiatría*. Madrid. Alianza editorial.

²² Castilla del Pino, Carlos. (1978). *Vieja y nueva psiquiatría*. Madrid. Alianza editorial.

Segundo Capítulo: Caracterización del Modelo Psicoanalítico, Concepción y Terapéutica de la psicosis

Para comenzar el desarrollo de este capítulo es necesario referirse a la concepción histórica de las técnicas de interpretación y del lenguaje planteadas por Foucault, ya que estos son los instrumentos básicos con los que opera el psicoanalista.

Dice Foucault que el lenguaje hace nacer siempre, al menos, dos clases de sospechas:

1. El lenguaje no dice exactamente lo que dice. Transmite otro sentido más fuerte, que está por *debajo*.
2. El lenguaje desborda lo propiamente verbal, hay otras cosas en el mundo que *hablan* que no son lenguaje.

El autor declara que, más precisamente después del S XIX, se estuvo atento al discurso más esencial que estaría bajo las palabras. Cada cultura ha tenido su sistema de interpretación, sus técnicas, sus métodos, sus formas de sospechar del lenguaje.

Si estas técnicas de interpretación del S XVI han sido dejadas en suspenso, por la evolución del pensar occidental en los S XVII y XVIII, si la crítica baconiana, la crítica cartesiana de la semejanza jugaron en verdad un gran papel para su puesta entre paréntesis, el S XIX, y en especial Marx, Nietzsche y Freud superando las técnicas de interpretación, fundando nuevamente la posibilidad de una nueva hermenéutica...Esto nos colocó en

una postura incómoda, ya que estas técnicas de interpretación nos conciernen a nosotros mismos, puesto que nosotros, intérpretes, nos pusimos a interpretar por estas técnicas²³.

A partir del S XIX, los signos se escalonaron en la dimensión de la profundidad, no entendida como interioridad, sino como exterioridad. En el S XVII, los signos se remitían unos a otros, porque la semejanza es limitada. A partir del S XIX, los signos se encadenan en una red inagotable, infinita, no porque la semejanza sea sin límites, sino porque posibilitan una diversidad de interpretaciones.

La interpretación se caracterizará por lo inacabado, porque no hay nada primario, originario, a interpretar. Todo es interpretación, cada signo es interpretación de otros signos.

Del mismo modo Freud no interpreta signos sino interpretaciones. En efecto, bajo los síntomas, ¿qué es lo que Freud descubre? No descubre, como se dice, *traumas*, sino que saca a la luz *fantasmas*, con su carga de angustia, es decir, un núcleo que ya es él mismo en su ser más propio, una interpretación...Es por esto que Freud no puede sino interpretar en el mismo lenguaje de sus pacientes lo que sus propios pacientes le ofrecen como síntomas; su interpretación es la interpretación de una interpretación, en los términos en que esta interpretación está dada²⁴.

Nietzsche...afirma que las palabras fueron siempre inventadas por las clases superiores; ellas no indican un significado, sino que imponen una interpretación. En consecuencia, no es porque haya signos primeros y

²³ Foucault, Michel. (1970). *Nietzsche, Freud, Marx*. Editorial Anagrama. Barcelona.

²⁴ Foucault, Michel. (1970). *Nietzsche, Freud, Marx*. Editorial Anagrama. Barcelona.

enigmáticos que estamos ahora abocados a la tarea de interpretar, sino que lo hacemos porque no deja de haber interpretaciones por debajo de lo que se habla en la gran trama de las interpretaciones violentas²⁵.

Dice Foucault que la primacía de la interpretación en relación al signo, la idea de que la interpretación precede al signo, es lo decisivo de la hermenéutica moderna.

Foucault expresa que Freud, Nietzsche y Marx cambiaron la naturaleza del signo y el modo en que puede ser interpretado. Los signos son máscaras que cumplen la función de ocultamiento de la interpretación. A partir de esta visión, en el interior del signo coexisten la contradicción, oposición y el conflicto.

La interpretación será siempre interpretación por el *quién* ha interpretado (intérprete). A su vez, será circular; es decir, volverá sobre sí misma.

La vida de la interpretación, por el contrario, depende de que se crea que no hay sino interpretaciones. Me parece que es necesario comprender esto que muchos de nuestros contemporáneos olvidan, que *la hermenéutica y la semiología son dos tristes enemigas*. En efecto, una hermenéutica que se repliegue sobre una semiología debe creer en la existencia absoluta de los signos: abandona por tanto la violencia, lo inacabado, la infinitud de las interpretaciones, para hacer reinar el terror del índice y la sospecha del lenguaje²⁶.

²⁵ Foucault, Michel. (1970). *Nietzsche, Freud, Marx*. Editorial Anagrama. Barcelona.

²⁶ Foucault, Michel. (1970). *Nietzsche, Freud, Marx*. Editorial Anagrama. Barcelona.



Si la piedra angular del psicoanálisis es el inconsciente, el método necesario para abordar este constructo teórico es la interpretación. Foucault considera a Freud uno de los maestros de la sospecha justamente por el empleo de este método: mediante la interpretación se devela un contenido oculto inconsciente. El Psicoanálisis va más allá de la simple interpretación de los sentidos ocultos; se dirige también a la explicación de las causas de estos contenidos latentes, deformados.

Si bien su concepción del psiquismo permanece estable a lo largo de su obra, Freud presenta diferentes modelos tópicos y algunas reformulaciones de conceptos.

El psicoanálisis pone en cuestión la relación natural y dada entre el significante y el significado. Para Freud, todo síntoma, en tanto signo de enfermedad, toma la forma de un enigma, a los ojos del psicoanalista. Ya no delata claramente presencia de enfermedad. Para este autor, el síntoma encierra un sentido, él se pregunta por este sentido del síntoma, yendo un paso más allá de la psiquiatría. Se propone un trabajo que permita que este sentido oculto emerja.

El movimiento psicoanalítico surge como anti-modelo al modelo dominante: el modelo psiquiátrico:

1. Surge como *reacción* al modelo oficial, cuestionando su objeto, sus discursos y sus prácticas.
2. Recrea el objeto: inconsciente.
3. Sostiene un discurso acerca de su objeto a partir de un principio general: en la medida en que el inconsciente es el resultado del

interjuego entre sexualidad y lenguaje, es una dimensión humana. La *enfermedad mental* deviene así *conflicto psíquico*.

4. Promueve una terapéutica que busca dar solución al conflicto psíquico a través de su *expresión hablada*. Devuelve por ello el poder de la cura al paciente, en tanto habrá de ser su discurso el que determina la forma de la cura. Así mismo, el saber no queda del lado del médico, sino del paciente mismo²⁷.

En base al *Cuadernillo introductorio* de la cátedra de Modelos en Psicopatología de la UNMP (2007), se puede decir que Freud construyó una nueva semiología, como resultado de múltiples movimientos:

1. Descentramiento de la mirada que permite tomar como signos elementos pasados por alto, generalmente por la observación, como tales. Un método de observación que propone Freud prescinde de la impresión global y enfatiza los detalles secundarios, que permite acceder a lo subyacente, encubierto.
2. Se pregunta por el sentido de los síntomas, siendo éste la causa de diversos cuadros psicopatológicos.

El Modelo Psicoanalítico privilegia la palabra como instrumento de la cura. Debe facilitarse la expresión del síntoma, para develar su sentido

²⁷ Cacciari, A, Pioletti, P, Rubinovich, V, Martinez, H. (2005). *Introducción epistemológica al campo de la psicopatología*. Cuadernillo de la cátedra de modelos en Psicopatología de la UNMP.

oculto y descifrarlo en tanto enigma. Requiere del establecimiento de un vínculo transferencial, que supone el inter-juego de contenidos latentes y manifiestos. La libido, ligada al síntoma, será trasladada a la figura del analista y a la situación analítica para ser reconducida al sujeto de modo que este elabore su propio conflicto psíquico, haciendo consciente lo inconsciente. Esta sería la vía de la cura analítica. Privilegia la singularidad (estudia caso por caso).

La enfermedad sería el resultado de un desequilibrio personal en el que se vislumbran vicisitudes del vivenciar infantil, siendo el Yo la instancia que representa al individuo, sufriendo y causando el desarrollo de la enfermedad al ceder a presiones del pasado y del presente.

Segundo Objetivo Particular

Primer Capítulo: Concepción Freudiana de la Psicosis

Para arribar a la concepción Freudiana de la psicosis, en primer lugar es necesaria la lectura de su concepción de las neurosis, debido a que este autor concibe a la psicosis a partir de su caracterización y clínica de las neurosis. En la obra de Freud se pueden encontrar distintas conceptualizaciones de las neurosis, ubicadas por época:

1. Primera época (1894). Freud escribe las *Neuropsicosis de defensa*, bajo las cuales agrupa diversas entidades clínicas, tales como: histeria, fobias, representaciones obsesivas y ciertas psicosis alucinatorias, postulando para las mismas la existencia de un mecanismo psíquico.
2. Segunda época (1896-1905). Las neurosis como un campo general, dividido en dos subgrupos: las neurosis actuales (neurastenia y neurosis de angustia) y las psiconeurosis (histeria de angustia y de conversión, y neurosis obsesiva). Ambos grupos comparten la etiología sexual, elemento que da unidad al grupo de las neurosis. La diferencia entre ellos radica en si tienen o no un mecanismo psíquico, que es lo que genera el cuadro clínico en el caso de las psiconeurosis. En el caso de las psiconeurosis se trata de la represión, además de suponer toda una historia que en ese momento Freud entendía como un trauma sexual infantil, es decir la aparición de la excitación sexual en un momento de la vida donde no debería haber excitación sexual (aún no había postulado



la existencia de la sexualidad infantil). En las neurosis actuales no opera un mecanismo psíquico, se trata de una perturbación de la economía de la vida sexual de la persona en ese momento.

3. Tercera época (1910-1915). Freud introduce la noción de narcisismo y suma una tercera clase de neurosis, que son las neurosis narcisistas. Estas se caracterizan por la regresión de la libido al Yo, lo cual en este momento implica ampliar el campo de las neurosis, incluyendo cuadros clínicos que luego formarán parte de otro campo, que es el de la psicosis. Freud aún no lo denomina psicosis, sino de las neurosis narcisistas. Llama a este campo así para enfatizar que en tanto hay una etiología sexual pertenecen al campo de las neurosis.
4. Cuarta época (1915-1917). Neurosis actuales, neurosis de transferencia y neurosis narcisistas. En esta época, Freud llama a las psiconeurosis, neurosis de transferencia. El motivo de esta modificación es que éstas son las únicas capaces de transferir la libido que estaba en el síntoma a la situación analítica. En la conferencia titulada *Teoría de la libido y narcisismo* Freud sostiene que las neurosis narcisistas no pueden ser tratadas psicoanalíticamente, en la medida en que la libido no se moviliza. Él entiende que en las neurosis narcisistas no hay transferencia.
5. Quinta época (a partir de 1923). A partir de la segunda tópica Freud distingue más firmemente entre neurosis y psicosis. Prácticamente ya no habla de neurosis actuales. Dentro de las neurosis mantiene dos grandes cuadros: histeria y neurosis obsesiva, y dentro de la histeria aparecen dos formas, que son la

histeria de conversión y la histeria de angustia. El síntoma de esta última es la fobia. Dentro de la psicosis ubica a la paranoia y la parafrenia (nombre que da a la esquizofrenia). Dentro de las neurosis narcisistas queda un solo cuadro, que es la melancolía, según Freud una afección narcisista porque los elementos que entran en conflicto son el Yo y el Superyó, que es una parte diferenciada del Yo. El conflicto está enteramente situado en el Yo. De ahí en adelante, esta distinción entre psicosis y neurosis se ha mantenido, dentro y fuera del psicoanálisis.

Freud crea un tratamiento analítico pensando en las neurosis. La psicosis es un tema inconcluso en la obra del autor, de ahí que no haya propuesto un tratamiento posible.

Este autor, en 1894, aún no habla de represión, sino de defensa y de la disociación de la conciencia de un grupo de representaciones que están excluidas del proceso asociativo, porque despertarían un afecto penoso.

Defensa (1894): intento de reprimir una representación inconciliable que entra en oposición con el Yo del sujeto.

En el texto freudiano *La represión* (1915) se distinguen cuatro destinos de la pulsión:

1. Transformación en lo contrario.
2. Orientación hacia la propia persona.
3. Represión.



4. Sublimación.

Si la satisfacción de la pulsión siempre produce placer, entonces ¿por qué uno de sus destinos es la represión? Porque la satisfacción de la pulsión reprimida sería siempre posible, pero inconciliable con otros principios y aspiraciones. Supone placer en un lugar y displacer en otro, por lo que es condición de la represión que el displacer sea mayor que el placer (el placer producido por la satisfacción).

La función de la represión es evitar el displacer o la angustia, por lo que puede considerarse fracasada cuando no lo consigue, aunque haya logrado que la idea desapareciera de la conciencia (si era conciente) o no haya accedido nunca a la conciencia. Es decir, que el destino del monto de afecto es más importante que el de la idea. Por esto Freud dice que "Al describir un caso de represión tendremos que diferenciar lo que la represión ha hecho de la idea y de la libido a ella ligada"²⁸.

La represión es el proceso propio de las neurosis, en el que un acto susceptible de devenir conciente, deviene inconsciente. Ella es precondition para la formación de síntomas.

La represión no es un mecanismo de defensa originariamente dado, sino que, no puede surgir hasta después de haberse establecido una precisa separación entre la actividad anímica conciente e inconsciente del alma, y su esencia consiste en rechazar algo de la conciencia y mantenerlo alejado de ella²⁹.

En las psiconeurosis, dice Freud, el retorno de lo reprimido crea formaciones sustitutivas y síntomas, estos últimos como sustitutos de algo

²⁸ Freud, Sigmund (1915). *La represión*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.

²⁹ Freud, Sigmund (1915). *La represión*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.

que la represión impide su manifestación. Todos los síntomas neuróticos obedecen a la misma tendencia: sustituyen a la satisfacción de los deseos sexuales del sujeto, cuando el sujeto no la posee en su vida normal. A veces, estos síntomas procuran la satisfacción sexual al sujeto (como en la histeria), y otras veces, lo preservan contra la misma (carácter ascético como en la neurosis obsesiva). Esto se explica porque surgen de una transacción entre tendencias opuestas y expresan tanto lo reprimido como lo que causó dicha represión. Los síntomas en las psiconeurosis son sustitutos de representaciones reprimidas, expresiones simbólicas de conflictos inconscientes: son formaciones del inconsciente que, como implican un simbolismo, es posible interpretarlos.

Los síntomas psiconeuróticos son el resultado del conflicto entre exigencias morales, sociales y deseos reprimidos que retornan.

En la metapsicología freudiana se pueden encontrar dos tópicos. La teoría o punto de vista tópico se basa en la idea de un aparato psíquico diferenciado en instancias; lugares psíquicos de distinta naturaleza y con un modo de funcionamiento diferente.

En *Proyecto de una psicología* (1895), *Cartas a Fliess* (1896) y el Capítulo 7 de la *Interpretación de los sueños* (1900), Freud desarrolla una primera tópica en la que distingue inconsciente, preconsciente y conciencia, como los tres sistemas que componen el aparato psíquico. Cada una de estas instancias posee una función, un tipo de proceso y una energía de investimento particulares, que se especifican por contenidos representativos. Entre estos sistemas aparecen censuras que inhiben y controlan el pasaje de energía de uno hacia otro. Dicho pasaje seguirá un orden de sucesión determinado. Cada función en particular se atribuye a las diversas partes del aparato.

En los textos *Más allá del principio de placer* (1920) y *El Yo y el Ello* (1923), Freud propone una nueva concepción del psiquismo. El aparato psíquico aparece ahora conformado por otras tres instancias diferentes: Ello,

Yo y Superyó. Los motivos principales de esta modificación son el mayor énfasis puesto por el autor en las defensas inconscientes y el descubrimiento del papel desempeñado por diversas identificaciones en la constitución del psiquismo y de las formaciones permanentes que subyacen en ellas (ideales, instancias críticas, imágenes de sí mismo). Freud encuentra que no todo lo reprimido es inconsciente y que, no siempre, el Yo coincide con el sistema preconciente-conciente.

A partir de esta segunda tónica, Freud postula la existencia de una energía única en las vicisitudes de la pulsión sexual: la libido. Esta es una fuerza que tiende a la unión (Eros), para la constitución y manutención de unidades vitales. Su antagonista es la pulsión de muerte (Thanatos), que funciona según el principio de descarga total; tiende a la reducción completa de las tensiones, a reducir al ser vivo al estado inorgánico. Esta pulsión de muerte se dirige inicialmente hacia el interior y tiende a la autodestrucción; secundariamente se dirige al exterior, manifestándose como pulsión agresiva o destructiva. La libido tiene por misión tornar inofensiva esta pulsión autodestructiva.

El Ello, polo pulsional de la personalidad, es el reservorio de las pulsiones de vida (supone no solo las pulsiones sexuales, sino también las pulsiones de autoconservación), y de muerte.

El Yo representa la totalidad de los intereses de la persona y, como tal, es investido de libido narcisista. Sus funciones son:

1. Criterio o prueba de realidad.
2. Juicio de realidad.

3. Síntesis.

Además, moviliza las defensas inconscientes que regulan a las fuerzas pulsionales. Desde el punto de vista tópico, se encuentra en dependencia del Ello, del Superyó y de la realidad. Desde el punto de vista dinámico, en el conflicto, representa el polo defensivo de la personalidad, poniendo en juego las defensas ante un afecto desagradable (angustia, señal de alarma). Desde el punto de vista económico, liga los procesos psíquicos (proceso secundario). En cambio, las defensas actúan según el proceso primario. Dirá Freud que el Yo representa a la realidad, está destinado a garantizar el dominio progresivo de las pulsiones. Se esfuerza por hacer reinar la influencia del mundo exterior sobre el Ello. Procura colocar el principio de realidad en lugar del principio de placer. La percepción desempeña para el Yo el papel que para el Ello tiene la pulsión. Su energía proviene del Ello. El Yo es ante todo un Yo corporal. El Yo, dentro de esta segunda tópica, se adecua mejor que en la primera teoría, a las modalidades del conflicto psíquico.

El Superyó, instancia que juzga y critica, está constituido por la interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales. Freud diferencia, en el mismo, al Ideal del Yo y a la Conciencia Moral. El Superyó es una instancia que se va diferenciando del Yo, a partir de las identificaciones con:

1. Los ideales: configuran el núcleo de la sub-instancia denominada Ideal del Yo.
2. Las normas de los padres y figuras significativas: constituyen el núcleo de la sub-instancia denominada Conciencia Moral.

En la segunda tónica, las instancias son las partes intervinientes en el conflicto psíquico: el Yo, como agente de la defensa; el Superyó, como sistema de prohibiciones; el Ello, como polo pulsional.

La angustia, dentro del campo de las neurosis, es un concepto fundamental, tanto para la clínica como para la psicopatología.

En 1895, Freud empieza a conceptualizar la noción de angustia. El autor llama a lo pulsional, libido. Considera que el representante y la libido no tienen el mismo destino como efecto de la represión. Para las representaciones hay un único destino posible, que supone que algo pase a lo inconsciente o nunca acceda a la conciencia. Lo pulsional, que llamará monto de afecto, puede tener tres destinos posibles: sofocación completa de la pulsión, hay algo que sale a la luz como afecto coloreado cualitativamente, y el tercer destino posible es la transformación en angustia. De esta manera, en principio liga la angustia a una parte de lo que cae bajo represión. La concibe como un estado afectivo y separa la angustia de las neurosis. Freud sostiene que no necesariamente toda presencia de angustia supone que se trata de una neurosis y viceversa, no hay homología entre ambas. Luego diferenciará la angustia del síntoma.

En su clínica, se encuentra con dos tipos de angustia: angustia realista y angustia neurótica. La angustia realista es la reacción a la percepción de un peligro externo, y supone lo que denomina *reflejo de huida*. Junto con este apronte aparece la angustia. Freud denominará *apronte para el peligro* a una especie de angustia inicial que llama *señal*, que anoticia al sujeto del peligro y que luego da lugar a la huida. Sin embargo, si se desarrolla la angustia en lugar de operar sólo como señal, el sujeto se paraliza, no hay lugar para la huida.

A la angustia neurótica, en cambio, la concibe como una angustia libremente flotante, que en principio no está ligada a ninguna representación, pero que está siempre dispuesta para ligarse a cualquier representación que le convenga. Freud piensa en comparar la angustia neurótica con la vida de



los hombres para diferenciar lo neurótico de lo no neurótico. Sostendrá que cuando la angustia sea excesiva se irá ligando a todos los pensamientos de un sujeto. Esa angustia libremente flotante conformará lo que él llama la *expectativa angustiada*. Entonces, planteará tres cuadros que suponen este tipo de angustia: neurosis de angustia, angustia de las fobias y fobias.

A partir de la represión aparece la libido transformada en angustia, debido a que la misma no pudo ser aplicada donde debía. Aquí ya se sitúa en el terreno de la sexualidad. Este autor, para explicar la relación entre angustia y libido, se basa en lo que pensaba para la angustia realista. La angustia neurótica supone una huida del Yo ante un peligro interior: la libido. Sostendrá que esta angustia es el camino privilegiado para lo que denominará *formación de síntoma*, porque donde se forma el síntoma se ligará la angustia; donde se forme el síntoma cederá la angustia. El síntoma es un modo de responder a lo insoportable de la angustia.

Freud distingue a la angustia del miedo y del terror: el miedo tiene un objeto preciso, y esto no significa que la angustia no lo tenga; el autor luego dirá que la angustia no va a ser sin objeto. El terror es un peligro que no es percibido con apronte angustiado, no hay señal que como apronte angustiado prepare para responder al peligro. El origen de este monto de afecto es concebido por Freud, en ese momento, como la repetición de una determinada vivencia significativa, que va más allá de lo individual y tiene que ver con la trasmisión de generación en generación, no en el sentido de la herencia biológica, sino de lo que se transmite genealógicamente, de una generación a otra. Para Freud, el nacimiento es el arquetipo de toda forma posterior de angustia.

En cuanto al afecto de angustia, creemos conocer cual es esa impresión temprana que él reproduce en calidad de repetición. Decimos que es el acto del nacimiento, en el que se produce ese agrupamiento de sensaciones displacenteras, mociones de descarga y sensaciones

corporales que se ha convertido en el modelo para los efectos de un peligro mortal y desde entonces es repetido por nosotros como estado de angustia³⁰.

Hasta este momento, Freud se manejó con esta primera teoría de la angustia. En la clínica comenzaron a aparecer insuficiencias en la explicación de la formación de los síntomas en las fobias. En 1926 Freud publica *Inhibición, síntoma y angustia*, texto en el cuál explicita un cambio en la concepción de la angustia en base a la reinterpretación del historial *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* (1909). A partir de esta revisión, esboza una segunda teoría de la angustia.

En base a evidencias clínicas, sostendrá que la angustia mueve al aparato psíquico a la represión. En esta segunda teoría de la angustia, la angustia como señal va a ser la que dispare el mecanismo de la represión y uno de los efectos puede ser la formación de síntoma.

Frente a lo insoportable de la angustia, Freud ubica un síntoma. Ya no liga el origen de esta angustia al acto de nacimiento, ahora dirá que siempre es angustia de castración.

A partir de la segunda tópica y con esta segunda teoría de la angustia, plantea tres tipos de angustia:

1. Angustia realista: con respecto al mundo exterior.
2. Angustia neurótica: en relación al Ello.

³⁰ Freud, Sigmund. (1916-17). *La angustia*. (En: *Lecciones introductorias al psicoanálisis*, Tercera Parte, Lección N° 25). Ediciones Amorroutu. Bs.As.

3. Angustia de la conciencia moral: en referencia al Superyó.

El Yo es el único que puede producirla y sentirla. Es una defensa del Yo ante el peligro pulsional (peligro de realización del deseo, el Complejo de Edipo como núcleo de las neurosis).

La angustia es, como estado afectivo, la reproducción de un evento peligroso; la angustia está al servicio de la auto-conservación y es la señal de un nuevo peligro; se genera a partir de una libido que se ha vuelto inaplicable; lo hace también a partir del proceso de represión; la formación de síntoma la releva, la liga psíquicamente, por así decir³¹.

Freud reconduce la angustia a la situación de peligro de separación que hay tras ella. La angustia de castración, que sobreviene en la etapa fálica, corresponde al peligro de separación de los genitales; no importa que el hecho no ocurra, sino que se presente la amenaza y el sujeto crea en ella como peligro.

Si bien la angustia frente a la castración no es el único móvil de la represión, es el más fuerte y lleva a la formación de síntoma. Freud sostendrá que la angustia es una premisa necesaria para la formación de síntoma; no hay síntoma sin que haya primero angustia. El síntoma es un modo de tramitación de lo psíquico que en principio evita la indeterminación de la angustia.

Hasta aquí se desarrolló la concepción freudiana de las neurosis. A partir de este punto se comenzará a describir y explicar la concepción de la psicosis para este autor.

³¹ Freud, Sigmund. (1932). *Nuevas lecciones introductorias del Psicoanálisis: Angustia y vida pulsional*. Bs. As.: Amorrortu.

Freud basa toda su teoría en una concepción energética (pulsional), dinámica, del psiquismo humano. Para situar con precisión el origen de la psicosis se pueden extraer tres dimensiones de lo que este autor dice en teoría de la libido y narcisismo:

...cuando un determinado proceso obliga a la libido a abandonar los objetos, nos hallamos ante un caso muy distinto, la libido devenida narcisista, no puede ya encontrar de nuevo el camino que conduce a los objetos y esta disminución de su movilidad es lo que resulta patógeno...³².

1. Freud habla de un mecanismo psíquico de rechazo enérgico de la relación con la realidad, previo a la represión en el caso de la psicosis, pero no avanza luego en su obra en caracterizar y circunscribir mejor este mecanismo.
2. Freud postula la existencia de una energía única en las vicisitudes de la pulsión sexual: la libido. El autor distingue entre libido del Yo y libido objetal. En la primera (narcisismo), el Yo es tomado como objeto por la libido. La segunda se concentra en los objetos, se fija a ellos o los abandona. Se mantiene próxima al deseo sexual, que requiere satisfacción. Entonces Freud, con estos términos, distingue dos modalidades de investimento de la libido: esta puede tomar como objeto a la propia persona (libido del Yo o narcisista); o puede tomar como objeto un objeto exterior (libido objetal). La libido objetal disminuye cuando aumenta la narcisista y viceversa. Dice este autor que la libido comienza por investirse

³² Freud, Sigmund. (1922). *Teoría de la libido y el narcisismo*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.

en el Yo (narcisismo primario) y luego es enviada hacia objetos exteriores. Pero siempre el investimento del Yo persiste.

La fijación le parece a Freud un dato determinante para explicar porque en un caso se desarrolla neurosis y en otro psicosis. La psicosis se explica diciendo que la libido regresa al narcisismo; una vez que se desprende del objeto se transforma en libido narcisista. Hay una fijación que hace que se dé una neurosis y no una psicosis. Es decir, en el esquema de la evolución de la libido se han producido puntos de fijación, que hacen que la misma, cuando regresiona, lo haga específicamente a un punto y no a otro.

En *Tres ensayos de una teoría sexual* formulé la opinión de que cada estadio de desarrollo de la psicosexualidad ofrece una posibilidad de *fijación* y, así, un lugar de predisposición. Personas que no se han soltado por completo del estadio del narcisismo, vale decir, que poseen allí una fijación que puede tener el efecto de una predisposición patológica, están expuestas al peligro de que una marea alta de libido que no encuentre otro decurso someta sus pulsiones sociales a la sexualización, y de ese modo deshaga las sublimaciones que había adquirido en su desarrollo. A semejante resultado puede llevar todo cuanto provoque una corriente retrocedente de la libido (*regresión*)³³.

³³ Freud, Sigmund. (1910-11). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*. Bs. As.: Amorrortu.

3. La disminución de la movilidad de la libido es lo que finalmente resulta patógeno, es decir, postula la idea de una libido que tiene menor movilidad, que tiene una adherencia mayor a los objetos; es lo que Freud llama *viscosidad* de la libido. Este carácter de la libido hace que cuando regresiona al Yo quede a él adherida y luego no pueda retornar a los objetos (narcisismo secundario).

Teniendo en cuenta estos tres puntos, se puede decir que la clave del origen de la psicosis estaría en un mecanismo que diferencie neurosis de psicosis, o bien en el punto de fijación al que regresa la libido o el carácter viscoso de la misma, que supondría un aspecto constitucional de la psicosis, debido a que el psicótico *nace* con una mayor viscosidad en su libido.

En otra serie de textos (*Neurosis y Psicosis* y *Pérdida de la Realidad en Neurosis y Psicosis*) Freud introduce como nuevo criterio para diferenciar la neurosis de la psicosis la forma que toma el conflicto con la realidad; ambos cuadros parten de una frustración, suponen una represión inicial defensiva e implican dos movimientos:

1. Ruptura con la realidad: según Freud, en la neurosis nos encontramos con un circuito que supone: angustia, que pone en marcha a la represión (actúa como una señal de alarma para que el Yo se defienda), luego se producen inhibiciones definidas en su sentido más amplio como falta de acto. Así, el sujeto retira la libido objetual alojándola en el mundo de la fantasía, donde encuentra satisfacciones sustitutivas; es decir, donde mantiene el vínculo con la realidad, el criterio de realidad (se diferencia Yo de Objeto). En cambio, en la psicosis el sujeto retira, ante la frustración, la libido

objetal y la deposita en su Yo, movimiento que conduce a un narcisismo secundario patológico y la libido se transforma en libido narcisista. No mantiene el vínculo con la realidad (no hay distinción Yo-objeto).

2. Retorno hacia la realidad: en la neurosis la libido encuentra el camino de retorno a la realidad a través de la formación de síntoma, que siempre tiene que ver con el mecanismo de la trasposición. El síntoma para Freud es una transacción, una negociación entre las exigencias del Ello y los intentos represivos del Yo. Una negociación que supone que haya una satisfacción y esta última se tolera en la medida en que esté lo suficientemente alejada de su punto de origen como para que el Yo no se dé cuenta de qué se trata. La configuración del síntoma dependerá del tipo de representación sustitutiva a la que la libido se adhiera. En el caso de la psicosis, el mecanismo mediante el cual la libido retorna a los objetos es la proyección. Por medio de este movimiento una moción libidinal homosexual que se vuelve hiperintensa es depositada (proyectada) en un objeto externo adquiriendo características opuestas a las que inicialmente poseía. Este movimiento es el que constituye el delirio. Se habla de una moción homosexual no porque el sujeto sea un homosexual reprimido, sino porque expresa la lógica del punto evolutivo al que la libido ha regresado (narcisismo secundario, prototipo del amor homosexual: relación del Yo consigo mismo).

Se puede apreciar claramente la concepción freudiana de la psicosis en su texto *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, escrito entre 1910 y 1911, y publicado en el verano de 1911. Si bien las *Memorias de un enfermo*



nervioso, de Daniel Paul Shreber, se publicaron en 1903 y fueron discutidas ampliamente por psiquiatras, no atrajeron la atención de Freud hasta el verano de 1910.

Freud sitúa la especificidad de la paranoia en la particular forma de manifestarse los síntomas: “Diríamos que el carácter paranoico reside en que para defenderse de una fantasía de deseo homosexual se reacciona, precisamente, con un delirio de persecución de esa clase”³⁴.

“...supondremos que los paranoicos conllevan una *fijación en el narcisismo*, y declaramos que *el retroceso desde la homosexualidad sublimada hasta el narcisismo* indica el monto de la regresión característica de la paranoia...”³⁵.

En la psicosis la represión no opera como debería hacerlo, se niega la realidad y se procuran percepciones acordes a la nueva realidad.

Desde una perspectiva clínica psicoanalítica, toda enfermedad atraviesa tres momentos:

1. Trauma: conflicto inicial. El Yo reprime ante el enfrentamiento con la libido.

³⁴ Freud, Sigmund. (1910-11). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*. Bs. As.: Amorrortu.

³⁵ Freud, Sigmund. (1910-11). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*. Bs. As.: Amorrortu.

2. Angustia: la libido, desligada de la representación (como efecto de la represión) se manifiesta en la conciencia bajo la forma de afecto.

3. Formación de síntoma: es la forma de resolver el estado de angustia. El síntoma como forma de satisfacción sustitutiva de la pulsión.

En la psicosis la pérdida de la realidad es condición; el sujeto niega la realidad y busca sustituirla por otra. En la neurosis se evitaría. Acerca del síntoma en la psicosis, se puede decir que el delirio tiene por función restituir la realidad perdida.

En la neurosis, el retorno de lo reprimido genera la formación de síntomas, realización desfigurada del deseo, a expensas del sufrimiento causado por la culpa.

De distintas formas, ambas expresan la rebelión del Ello ante la realidad.

Segundo Capítulo: Concepción Lacaniana de la Psicosis

Jacques Lacan puede ser considerado como uno de los autores más significativos dentro del movimiento psicoanalítico debido a que, por su formación psiquiátrica, realizó una conceptualización estructural de la psicosis que en Freud se encontraba ausente. Su obra se basa en la relectura de la obra freudiana. A partir de allí, este autor abre un camino hacia la posibilidad de un tratamiento analítico de la psicosis.

En base al material consultado durante la cursada de Modelos en Psicopatología de la Facultad de Psicología de la UNMP, se puede decir que este autor postula, al menos, tres formulaciones sobre las psicosis. La primera de ellas se encuentra en su tesis de doctorado del año 1932, donde sitúa a la paranoia dentro del grupo de las psicosis, y ubica la etiología de estas últimas en una perturbación de la síntesis psíquica. Las otras dos formulaciones sobre las psicosis se pueden encontrar ya a partir de su enseñanza oral. La segunda de las formulaciones se encuentra en su seminario de 1955/56, donde introduce la noción de *Significante del nombre del Padre* para comprender tanto el Complejo de Edipo freudiano como la organización de las neurosis. Allí define a las psicosis por la falta de este significante. La tercera y última formulación acerca de las psicosis la presenta en su seminario del año 1975/76. A partir de la teoría de los nudos, redefine la función del *Nombre del Padre*, en base a lo que reformula su concepción de psicosis.

La concepción lacaniana de la psicosis, desarrollada en el seminario *Las psicosis*, en los años 1955/56, es estructural. En este seminario, el autor explica la etiología de la psicosis como una falla, un *accidente* en la estructura, que, como toda estructura humana, es simbólica y por lo tanto corresponde al lenguaje. De acuerdo con esta idea, la psicosis no es considerada constitucional. Por ende, la etiología de la psicosis se encontraría en el lenguaje.

La confianza que tenemos en el análisis del fenómeno es totalmente diferente a la que le concede el punto de vista fenomenológico...Desde el punto de vista que nos guía, no tenemos esa confianza a priori en el fenómeno, por la sencilla razón de que nuestro camino es científico, y que el punto de partida de la ciencia moderna es no confiar en los fenómenos, y buscar algo más sólido que lo explique³⁶.

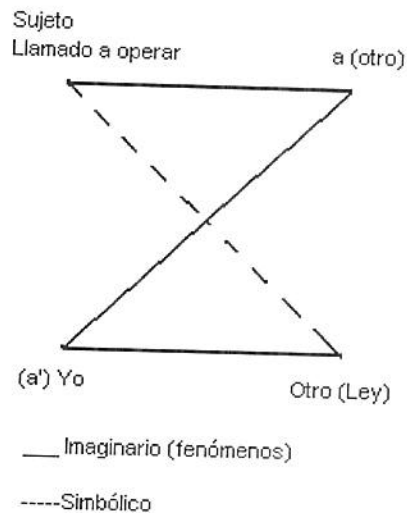
Para conceptualizar el registro de lo simbólico, Lacan se basa en los postulados lingüísticos de Ferdinand de Saussure. Este último plantea que la lengua es un sistema compuesto de signos. Los signos resultan de la unión del significante (imagen acústica) y del significado (concepto). Esta relación es arbitraria, pero, una vez establecida, da lugar al signo como elemento estable, sobre el que se soporta la comunicación.

Lacan, a diferencia de Freud, plantea un modelo estructural del psiquismo humano. Su abordaje de la psicosis, como de la neurosis, parten de una misma estructura; sin embargo, se trata de dos cuadros clínicos diferentes que requieren de una clínica diferente. Su idea era establecer una teoría que dé cuenta del origen de la psicosis, y en función de ella pensar el tratamiento posible. La estructura de la psicosis es simbólica y coincide con el lenguaje. Ella determina los fenómenos de la psicosis, que corresponden, fundamentalmente, al campo de lo imaginario.

Una diferencia fundamental entre Freud y Lacan es que el primero ha descrito muchas de las cosas que se pueden ver de las psicosis, pero no ha dado cuenta de qué cosa del universo simbólico determina la psicosis, siendo este el objetivo fundamental de Lacan.

³⁶ Lacan, Jacques. (1955-56). *El seminario, libro 3, las psicosis*. Editorial Paidós, Barcelona, 1984.

En su tercer seminario, Lacan expone la existencia de tres registros de experiencia humana: Real, Imaginario y Simbólico. Grafica sus relaciones por medio del esquema lambda, explicando a la psicosis como una falla en la estructura.



Lacan distingue entre estructura de la psicosis y pre-psicosis o desencadenamiento de la misma.

La estructura de la psicosis supone la forclusión del significante del Nombre del Padre en el lugar del Otro, que Lacan describe como un accidente en este registro y no como algo constitucional. Cierta falla en la estructura supone que en el lugar del Otro falte el significante Nombre del Padre y que, por lo tanto, la Metáfora Paterna no opere, no produciéndose la sustitución significativa. Por lo tanto, no se cuenta con tal significante ni tampoco con las significaciones o significados:

1. El significante de la Falta en el Otro.

2. El Falo (significante que sexúa, representa la falta, poniendo en juego la significación).

Según la concepción Lacaniana, es fundamental el papel que el significante Deseo de la Madre cumple para la constitución del Yo del niño, colocando a este último en el lugar de Falo materno. Es un lugar de pasaje necesario, por eso es una Ley (materna, caprichosa, narcisista). Es necesario un segundo movimiento que opera mediante la función *padre*. Debe aparecer un significante del Nombre del Padre que desaloje al niño de ese lugar de completud fálica, donde lo ubica el Deseo de la Madre. Aquí está llamada a operar la Metáfora Paterna, la cual permite el ingreso del sujeto al mundo simbólico y a su estatuto de sujeto deseante; el significante Deseo de la Madre queda barrado. El niño *deja de ser el Falo* para la madre, y el Falo pasa a ser un elemento del campo simbólico. Al operar la metáfora los significantes establecen una cadena, remiten unos a otros y establecen discurso. Se alcanza el significado.

En la psicosis, al no operar la Metáfora Paterna, los significantes remiten a nada, y el significado permanece desconocido para el sujeto. Este es el agujero en el significado, ante la pregunta (la cual es la misma para la neurosis y la psicosis que se refiere al rol sexual: ¿qué soy?, ¿qué es ser una mujer?, ¿qué es ser un padre?) el sujeto no tiene con qué responder, el significante Nombre del Padre forcluído es llamado a operar en oposición simbólica al sujeto, desde una posición tercera en una relación que tiene como base a la pareja imaginaria Yo-otro. Se produce una descomposición imaginaria, que supone la perplejidad, el anodamiento del sujeto ante el agujero en el significado y confusión pánica (está aterrado), y se presentan los fenómenos elementales, como por ejemplo la alucinación. Estos serían los fenómenos que acontecen por el lado del Yo. Por el lado del otro, por el lado del objeto, también aparecen otros fenómenos porque el objeto ya no está protegido por lo especular. Ante el llamado no hay nada que venga a



responder desde el Otro, y la imagen del otro no se sostiene y aparece la dimensión de otredad, a través de lo que Lacan denomina los fenómenos elementales, que tienen que ver con la irrupción que ocurre desde el campo del otro (alucinación). Lacan llamó pre-psicosis al momento del desencadenamiento, momento por el cuál de una situación aparentemente normal comienza a desencadenarse una psicosis. Este autor no denominó pre-psicótico a aquel que por estructura es psicótico y aún no desarrolló una psicosis. El sujeto admite hasta cierto punto lo irreal de estos fenómenos pero tiene la certeza absoluta de que sólo le conciernen a él, lo que de alguna manera lo deja solo en el mundo. De este modo, se realiza un movimiento reparador mediante la creación de la Metáfora Delirante, que tiene como función restituir el significado. En ella, significante y significado se estabilizan. Ante la ausencia de la Metáfora Paterna, el psicótico construye la suya: la Metáfora Delirante, que da un sentido, justamente, delirante a la realidad.

Si bien Lacan parte de las concepciones Saussureanas, realiza sobre el signo una modificación singular, que acarrea una serie de consecuencias. En primer lugar, sostendrá que significante y significado son dos órdenes que no tienen una relación pre-establecida. Es decir que, de entrada, Lacan desconstruye el signo saussureano. Este no será ya un dato de partida, sino algo a lograr como efecto de la comunicación. Es por eso que los elementos que destacan la estructura son significantes (Deseo de la Madre, Nombre del Padre), y sólo a partir de su interrelación puede alcanzarse la significación. Si esta interrelación se interrumpe (por preclusión de uno de los elementos), la significación no se logra. La construcción del delirio tendrá entonces la

función de restituir la significación a partir de la introducción de una metáfora delirante³⁷.

Así, el sujeto será llamado a responder a través del Otro y no a partir de su propio deseo. Es Otro el que habla por medio de él.

Esta distinción entre el Otro con mayúscula, es decir el Otro en tanto que no es conocido, y el otro con minúscula, vale decir el otro que es yo, fuente de todo conocimiento, es fundamental. En este intervalo, en el ángulo abierto entre ambas relaciones, debe ser situada toda la dialéctica del delirio. La pregunta es la siguiente: en primer término ¿el sujeto les habla?; en segundo, ¿de qué habla?³⁸.

“La recusación (forclusión) del Nombre del Padre en el lugar del Otro y en el fracaso de la Metáfora Paterna, es donde designamos el efecto que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis”³⁹.

Freud dice que el delirio en la psicosis, “...en el cual vemos el producto de la enfermedad, es en realidad la tentativa de curación, la reconstrucción...”⁴⁰. Por su parte, Lacan expresa que el sujeto psicótico realiza un movimiento restitutivo, que busca recomponer el *orden simbólico roto* a partir de la introducción de la Metáfora Delirante, es decir, algo que ocupe el lugar del significante ausente y permita, a partir de él, reconstruir el

³⁷ Martínez, Horacio. (2008). *El papel del lenguaje en la etiología de las psicosis*. Material de cátedra de Modelos en Psicopatología de la UNMP.

³⁸ Lacan, Jacques. (1955-56). *El seminario, libro 3, las psicosis*. Editorial Paidós, Barcelona, 1984.

³⁹ Lacan, Jaques. (1957-58). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Escritos II. Siglo XXI. México-España-Argentina: Editores S. A.

⁴⁰ Freud, Sigmund. (1910-11). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente*. Bs. As.: Amorrortu.

universo simbólico. Es decir, que tanto para Freud como para Lacan, el delirio es una forma de retorno de la libido a la realidad, por lo tanto debe permitírsele fluir y manifestarse en su máxima expresión. Según Freud, tanto en el campo de las psiconeurosis como en la psicosis opera la represión; se diferencian, principalmente, por el mecanismo de formación de síntoma. El proceso de curación anula la represión y reconduce la libido nuevamente al mundo. En la neurosis la libido se desprende del síntoma y en la psicosis lo interiormente reprimido retorna desde lo exterior.

Lacan ha trabajado varias cuestiones referentes a la psicosis a partir del paradigmático caso *Schreber*. Schreber fue presidente de la suprema corte, estaba casado, llevó una vida *normal*, y a los cuarenta años, aproximadamente, comenzó a desarrollar una paranoia, razón por la cuál fue internado en varias ocasiones.

La paranoia es considerada por Kraepelin un cuadro de comienzo insidioso, supone un delirio sistematizado que se va construyendo de a poco, sucesivamente. Se va ampliando cada vez más y haciéndose cada vez más potente. El delirio es el síntoma básico y fundamental de la paranoia, y puede ser la única alteración que tenga el paciente. Tiene un carácter muy focalizado, no ocupa todos los intereses del paciente. Por ejemplo, Schreber desarrolló un delirio muy sistematizado, y, sin embargo, podía hablar de música, economía, política, etc., de manera muy interesante y con perfecta lucidez, pero bastaba con tratar un tema acerca de ese delirio para que el mismo se disparase. Que el delirio se sistematice significa que ya no se deshace, que no hay recuperación de la salud ni de algún estado previo. La paranoia de Schreber comienza con alucinaciones corporales, que Freud califica de hipocondríacas. A partir del episodio alucinatorio, el paranoico comienza a organizar las ideas delirantes, para poder explicarlas. Según Lacan, Schreber era un psicótico, que desencadenó la psicosis pasados los cuarenta años. Antes también era psicótico, pero no había fenómenos psicóticos. Estos últimos se desencadenan porque algo convoca a la operatoria de los significantes, que al no estar ya no pueden sostener la

dimensión imaginaria, entonces aparecen fenómenos que Lacan denomina de desencadenamiento.

...para que la psicosis se desencadene es necesario que el Nombre del Padre forcluído, es decir, sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto...Búsqese en el comienzo de la psicosis esta coyuntura dramática...se la encontrará siempre, y se la encontrará más fácilmente si se guía uno por las *situaciones* en el sentido novelesco de este término...⁴¹.

Lacan describe el período de pre-psicosis de Schreber como una vivencia cuya índole es la perplejidad, estado determinado por lo esencial de la pregunta del neurótico. Es invadido por extraños presentimientos, por la imagen de que *debe ser muy agradable ser una mujer en el acto sexual*. A la idea de perplejidad se suma la de confusión pánica. Según Lacan, no estaría angustiado, sino aterrado. Aparece lo que este autor llama *fenómenos elementales*, relacionados con la irrupción desde el campo del otro y que básicamente toma la forma de la alucinación. Habla de *certeza absoluta* del psicótico en relación a estos fenómenos. Schreber *oía voces* con la certeza absoluta de que se dirigían a él porque sólo a él le concernían, pretendían algo exclusivamente de él.

⁴¹ Lacan, Jaques. (1957-58). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Escritos II. Siglo XXI. México-España-Argentina: Editores S. A.



Tercer Capítulo: Aplicaciones de la Técnica Psicoanalítica al Campo de la Psicosis

El tratamiento de este tercer capítulo se basará, principalmente, en las propuestas de Contardo Calligaris, Elida Fernández y Benjamín Domb. Estos autores parten de premisas lacanianas para concebir la psicosis y proponen una terapéutica posible sobre la misma. Se deberá tener en cuenta que estos son sólo algunos de los modelos de abordaje posibles de la psicosis dentro de la corriente lacaniana.

Los aportes de Contardo Calligaris sobre la psicosis son incluidos en el presente trabajo debido a que este autor es citado a lo largo de la carrera de Licenciatura en Psicología de la UNMP como uno de los más importantes continuadores de la obra lacaniana.

En relación al trabajo con la psicosis en la Argentina se tomarán algunos desarrollos de Elida Fernández, como una de las autoras más reconocidas a nivel local, así como también se decidió incluir la experiencia de un psicoanalista, también argentino, que trabaja con pacientes psicóticos en una institución psiquiátrica.

Calligaris plantea en su libro *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis* que la clínica psicoanalítica es estructural, ya que el diagnóstico se establece en la transferencia, lo que no quiere decir que será el diagnóstico de la transferencia del sujeto.

Para el autor, el psicótico *ideal* sería un sujeto errante

...sería un sujeto cuyo horizonte de significaciones no estuviera apoyado alrededor de una unidad de medida posible...Se trata de un horizonte de significaciones que no se organiza alrededor de una significación central que organizaría todas las otras, de ahí que el sujeto

tenga que errar entre todas las significaciones posibles en un recorrido infinito, ya que no estaría instaurado como organizador principal el Nombre del Padre, al cual remitirían todas las significaciones...⁴².

El psicótico, al estar inserto en un mundo de significaciones, no deja de ser sujeto.

Cualquier tipo de estructuración del sujeto, sea neurótica o psicótica, es una estructuración de defensa...en la medida en que subjetivarse, existir como sujeto...es necesario para que el sujeto sea distinto de lo real de su cuerpo, algo Otro...Por eso el sujeto se estructura en una operación de defensa...contra ser el objeto de una demanda imaginaria del Otro, perderse como objeto de goce de Otro⁴³.

Dice Calligaris que en el psicótico no hay referencia a un sujeto supuesto de saber, aunque haya referencia a un saber de defensa. Este saber no posee sujeto supuesto en quien confiar, por lo tanto, el sujeto mismo construye el tejido de este saber.

Un sujeto psicótico que es *llevado* o derivado por otro a la terapia, ya sea por familiares o por otros profesionales de la salud, no busca un desafío.

⁴² Calligaris, Contardo (1991). *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.

⁴³ Calligaris, Contardo (1991). *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.



“En el encuentro con un paciente psicótico hay poca razón para que el analista haga algo más que acompañarlo en ese camino que forma parte de su errancia”⁴⁴.

El analista acompañará al psicótico en una *vuelta* por el psicoanálisis, en tanto saber universal.

Este pedido de paseo en un saber, por un paciente fuera de crisis, va a acabar necesariamente en una crisis si el analista lo recibe como un pedido terapéutico, porque el analista va a producir una imposición...al referirse al Nombre del Padre. Esta es la primera posibilidad. Pero en una crisis parece haber un tiempo, antes del crepúsculo del saber del sujeto, pero después de la imposición, en que el sujeto, sin saberlo, puede prever la crisis ya desencadenada, aunque todavía silenciosa, y consultar a un analista⁴⁵.

Retomando lo anterior, para el psicótico no hay un sujeto supuesto del saber (padre), el sujeto mismo tiene que sostener ese saber con su certeza yoica.

...a partir del momento en que existe transferencia el habla de un sujeto desdobra experimentalmente su estructura y en esta estructura esta incluido el analista. Él se encuentra en la estructura del sujeto, y a partir de esta posición en la que está ubicado por el habla del paciente en la

⁴⁴ Calligaris, Contardo (1991). *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.

⁴⁵ Calligaris, Contardo (1991). *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.

transferencia, puede, a partir de allí, eventualmente, formular una idea diagnóstica...⁴⁶.

De esto se trata la transferencia de la psicosis fuera de crisis. Distinta será la transferencia en el crepúsculo. La única transferencia posible aquí es la de "...una relación directa, mortal, con la demanda del Otro. Porque en una situación crepuscular, en cuanto tal, no hay ningún tipo de defensa que pueda asegurar una posición subjetiva, una significación subjetiva, sea cual fuere..."⁴⁷.

En este punto, el paciente psicótico buscaría en la transferencia compañía para atravesar la crisis, para poder enfrentar así la exigencia paterna que ya está interrogando su saber.

Una de las particularidades de la transferencia psicótica está dada por la imposición del analista en forma de alucinación auditiva, que sería la instancia paterna que vuelve en lo real. Calligaris postula a este lugar que ocupa el analista, como esencial, estratégico, para la cura. El habla del analista opera desde lo simbólico, pero para el psicótico tiene efectos en lo real. Aún así, este habla, puede modificar algo de la constelación que está en lo real y a partir de aquí facilitar o no el trabajo del delirio. Por esto, la palabra, en tanto herramienta fundamental del psicoanálisis, para el paciente psicótico, supone un riesgo absoluto. En la crisis ya desencadenada, este autor propone dos posiciones transferenciales posibles:

⁴⁶ Calligaris, Contardo (1991). *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.

⁴⁷ Calligaris, Contardo. (1991). *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.

1. Lugar paterno, que para el paciente en crisis volvió en lo real.

...lo que está forcluído para el paciente psicótico es la función paterna, pero...el tejido de lo que va a resolver en lo real es un tejido simbólico e imaginario; ciertamente hay una posibilidad de trabajar analíticamente en ese tejido...⁴⁸.

2. La encarnación del otro imaginario.

“...al cual el paciente va a entregarse en la medida en que la constitución de la metáfora delirante no se logre...el analista puede encontrarse oscilando de una posición a otra...”⁴⁹.

Con respecto a la primera posición transferencial posible, si el terapeuta logra encarnar este polo paterno en lo real, deberá hacerlo siempre. De esta manera, tiene una gran oportunidad para dirigir la vida del paciente, para normalizarlo.

⁴⁸ Calligaris, Contardo. (1991). *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.

⁴⁹ Calligaris, Contardo. (1991). *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.

Si se tratara de una institución psiquiátrica, esta tendría que asegurar la permanencia del terapeuta. Además, esta misma institución psiquiátrica, que no muere, puede cumplir esta misma función de polo paterno.

Calligaris se pregunta: ¿puede terminar la cura de un psicótico?. El fin del análisis de un psicótico, según este autor, sería aquel "...en el cual el analista tenga la posibilidad accidental de destituir la exigencia paterna o al otro imaginario que lo encarnaría..."⁵⁰.

Elida Fernández, en su libro *Diagnosticar las psicosis*, dice que "Si analizar es bordear permanentemente el no saber, con los psicóticos el no saber es, la mayoría de las veces, un no entender, es la imposibilidad de traducción y lo arduo de soportarlo. La angustia aparece del lado del analista"⁵¹.

En todo análisis, la palabra va a tener efectos sobre el paciente psicótico. La labor analítica va a consistir en acotar el padecimiento del mismo.

Según Fernández, cada paciente psicótico requeriría de una particular propuesta de intervención. La labor analítica con el mismo tendría, básicamente, dos metas:

1. Escuchar la verdad en el delirio.
2. Intentar acotar el delirio.

⁵⁰ Calligaris, Contardo. (1991). *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.

⁵¹ Fernández, Elida. (2001). *Diagnosticar las psicosis*. Editorial Letra Nueva. Bs. As.



Menciona esta autora que, en ocasiones, el paciente puede estar medicado, pero en el tratamiento con el analista el trabajo será:

1. Entretejer un imaginario posible que acote el agujero.
2. Dirigir al paciente a posibilitar una palabra entre él y las voces alucinadas.

Sostiene Fernández que, efectivamente, hay transferencia en la psicosis. Dice que

...es por sufrimiento en lo real, sin malla imaginaria, que reconstruye este agujero, sin simbolizaciones que reglen este goce sin límites, que el psicótico accede al tratamiento, vez a vez, por este horror al que queda arrojado por ser el objeto de la transferencia de Otro sin tachar. Por ser el objeto de un goce sin coto, por no tener el instrumento de la castración, viene a pedir que cese el sufrimiento...⁵².

“El psicótico no nos toma por objeto, nos toma por palabra, palabra excluida de la estructura del lenguaje...nos trata como signos”⁵³.

“El delirio pensado como respuesta a las preguntas que el psicótico no llegó a formular es la transferencia con ese Otro, que se anudará al analista como palabra”⁵⁴.

⁵² Fernández, Elida. (2001). *Diagnosticar las psicosis*. Editorial Letra Nueva. Bs. As.

⁵³ Fernández, Elida. (2001). *Diagnosticar las psicosis*. Editorial Letra Nueva. Bs. As.

⁵⁴ Fernández, Elida. (2001). *Diagnosticar las psicosis*. Editorial Letra Nueva. Bs. As.

Esta autora propone que la relación entre el terapeuta y el paciente psicótico debe ser

...de un amor de uno o más sujetos en relación a una idea, un primer amor al semejante salido de la relación al Otro que goza, en la psicosis. Es este el lugar posible para el analista en el tratamiento, el secretario del alienado, el lector de un lector, el testigo de un testigo. Amor posible fuera de la dialéctica de la castración...⁵⁵.

Elida Fernández ilustra cabalmente como se trabaja con un paciente psicótico a través de la transferencia. En relación al delirio dice que "...cuando la transferencia funciona, nos lo puede relatar como confesión o como advertencia pero (y esto es lo dilemático) es motor de su accionar..."⁵⁶.

Describe esta autora que para poder intervenir es necesario aguardar por parte del psicótico algún lugar señalado dentro del delirio. Se deberá intervenir en la lógica del delirio, que no implicará confrontarla con la lógica del supuesto sujeto *normal*.

"Operar en la lógica del delirio es operar confrontando al delirante con sus propios dichos para situar allí la imposibilidad, la contradicción, la ruptura, al agujero dentro del propio sistema de significación"⁵⁷.

⁵⁵ Fernández, Elida. (2001). *Diagnosticar las psicosis*. Editorial Letra Nueva. Bs. As.

⁵⁶ Fernández, Elida. (1996). *Intervenir en el delirio*. Periódico de divulgación psicológica: Actualidad Psicológica. Delirios y alucinaciones. Bs. As.

El psicótico no puede, no tiene con qué decir que No al Otro, no se le puede oponer, justamente como efecto fundamental de la no inscripción del significante de la falta y la ubicación como objeto de goce del Otro. No hay operación de separación⁵⁸.

La del psicótico, es una lógica sin No, ante la cuál este crea un sustituto: el delirio, que produce una barrera entre el individuo y el Otro. A partir de este intento de denegación, de separación, el psicótico se nombra y diferencia.

Por lo menos en su decir, en su texto, se constituye dueño de algo, se erige en alguien que posee algo muy valioso por lo cual es perseguido, merece y clama ser reivindicado o amado...Pero la necesidad de sostenerse en este precario intento hace que el enemigo se recorte como tal y retorne a las condiciones que condujeron al psicótico a necesitar de la construcción delirante para poner un separador entre él y ese Otro. Ese Otro lo devora. Debe matarlo o desaparecer...Aquí el delirio fracasa, en tanto no puede evitar que lo forcluído retorne desde lo real imponiéndole un desafío en el que el psicótico se derrumba. El delirio no puede nombrar la falta, sólo puede erigir una pared de signos detrás de la cual parapetarse⁵⁹.

⁵⁷ Fernández, Elida. (1996). *Intervenir en el delirio*. Periódico de divulgación psicológica: Actualidad Psicológica. Delirios y alucinaciones. Bs. As.

⁵⁸ Fernández, Elida. (1996). *Intervenir en el delirio*. Periódico de divulgación psicológica: Actualidad Psicológica. Delirios y alucinaciones. Bs. As.



El delirio constituiría una certeza subjetiva, y una parte de verdad cifrada en esa certeza. A partir de esa verdad es que opera la intervención del analista. Desde el lugar de palabra que el psicótico le otorga al analista es posible intervenir para la construcción de un No entre el Otro gozador y quien está siendo gozado. Un No que formará parte del delirio, con la estructura del objeto, destinado a una suplencia simbólica.

En su artículo *Tratamiento de las psicosis y el hospital de día*, de la revista *Psicoanálisis y el Hospital n°11*, el analista argentino Benjamín Domb (miembro de la Escuela Freudiana de Bs. As.) describe un tratamiento posible de la psicosis en la institución hospitalaria.

Un sujeto que no produce transferencia al estilo neurótico, es decir, no ama el saber ni supone al sujeto, no quiere decir esto que no sea muy sensible al ser amado, él por el otro. Del amor hay al menos dos vertientes, una se desprende del amor al padre, que no se produce en la psicosis; la otra es efecto del amor en tanto que Eros unificante, el ser amado. Muchos pacientes psicóticos son muy sensibles a esto, y muchas mejorías transitorias se producen por efecto de este amor, de todos modos insuficiente, aunque necesario...Dar lugar es que quienes atiendan a este tipo de pacientes estén interesados en ellos...esta es una forma de amor. Por supuesto esto es sólo el marco donde se produce el tratamiento⁶⁰.

Este autor plantea que se intentará encontrar en cada paciente cuál es su falla y se tratará de anudar esa estructura, a partir del orden de lo que

⁵⁹ Fernández, Elida. (1996). *Intervenir en el delirio*. Periódico de divulgación psicológica: Actualidad Psicológica. Delirios y alucinaciones. Bs. As.

⁶⁰ Domb, Benjamín. (1997). *Tratamiento de las psicosis y hospital de día*. Psicoanálisis y el hospital n°11. Ediciones del Seminario. Bs. As.

se podría llamar la artesanía, la salud por el arte, el artesano. Este será un camino lleno de obstáculos, dificultades, debido a que, generalmente, no se cuenta con la ayuda familiar y los hospitales no están preparados para la mencionada tarea. La mayor parte de los enfermos no manifiesta deseos de tratamiento, es decir no lo demanda.

“Se tratará, entonces, de producir un nombre a partir de encontrar un objeto de goce que pueda, decimos, anudar esa estructura. Nos proponemos encontrar algo con lo cual hacer un lazo para anudarla”⁶¹.

Domb habla de sujetos psicóticos

...que hacen de su labor algo absolutamente imprescindible...que no pueden dejar de hacer, gozan con lo que hacen, ya sean carpinteros, pintores, herreros, etc. En muchos casos se trata de anudamientos espontáneos de este oficio que ejercen. Lo que quisiera transmitir como tratamiento posible es que si la psicosis consiste en la forclusión del Nombre del Padre, de un padre que no nombre, se tratará de la posibilidad de que el paciente mismo produzca su nombre...⁶².

La propuesta del autor es alcanzar este nombre por la vía de un goce acotado y necesario con un objeto que en el correr del tratamiento se convierta en el medio de vida del sujeto y para que de esta manera pueda

⁶¹ Domb, Benjamín. (1997). *Tratamiento de las psicosis y hospital de día*. Psicoanálisis y el hospital n°11. Ediciones del Seminario. Bs. As.

⁶² Domb, Benjamín. (1997). *Tratamiento de las psicosis y hospital de día*. Psicoanálisis y el hospital n°11. Ediciones del Seminario. Bs. As.

sostenerse de él: hacer del enfermo un artesano. Esto se lograría mediante la presencia de un hospital de día organizado en torno a distintos talleres, donde cada paciente elija su tarea, es decir, puede elegir qué quiere hacer, qué le puede llegar a interesar. Aquí el analista operaría facilitando el lazo del enfermo con su objeto. Si esto se logra, a partir de allí, la tarea será sacar de dicho lazo el provecho necesario para transformarlo en esa suplencia que sostenga su estructura.



Tercer Objetivo Particular

Delimitación de la Dinámica Vincular Terapéutica dentro de la Institución Psiquiátrica

Para comenzar con este tercer objetivo particular parece pertinente tomar en consideración las premisas que Freud brinda para llevar a cabo un análisis, en sus textos *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*, de 1912, *Sobre la iniciación del tratamiento*, de 1913, y *Recordar, repetir y reelaborar*, de 1914.

En relación a las condiciones de atención, Freud dice que "...uno debe escuchar y no hacer caso si se fija en algo..."⁶³. En este punto, se hace referencia a la regla fundamental del analista: atención flotante, para no fijar la atención en nada en particular. El analista escuchará cosas cuyo significado discernirá más tarde, cuando el analizado aporte otros elementos para asociar.

La regla fundamental del analizado consiste en que "...refiera todo cuanto se le ocurra, sin crítica ni selección previa..."⁶⁴.

Otra indicación del autor será el advertirle de entrada al paciente que el tratamiento será prolongado y que no deberá interrumpirlo. De lo contrario se tratará de una operación incompleta. Cada inconsciente tiene un tiempo particular.

⁶³ Freud, Sigmund. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.

⁶⁴ Freud, Sigmund. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.

Los honorarios representan también un punto importante a tener en cuenta en el análisis. "...En la estima del dinero coparticipan poderosos factores sexuales...Es notorio que no se eleva en el enfermo la estima por el tratamiento brindándosele demasiado barato..."⁶⁵.

Freud recomienda someter el material recogido al trabajo sintético del pensamiento sólo una vez que el análisis se encuentre concluido.

El inconsciente del analista será su propio instrumento, de ahí la importancia del propio análisis. El analista "...debe volver hacia el inconsciente emisor del enfermo su propio inconsciente, órgano receptor..."⁶⁶.

Freud propone realizar un sondeo previo, se podría decir, un período de prueba, que durará algunas semanas, para determinar si el caso en cuestión es psicoanalizable y también con motivación diagnóstica. Este sondeo está sujeto a las mismas reglas fundamentales del psicoanálisis. Es importante tomarse todo el tiempo necesario para un correcto diagnóstico, el cuál tendrá un límite, debido a que alargar este período trae otras dificultades de tipo transferencial.

Es en este momento donde emerge el concepto de transferencia en psicoanálisis.

Freud llega a este concepto a través del método catártico creado por Breuer. Este interpretará que los sentimientos de sus pacientes iban dirigidos hacia él; en cambio, Freud descubre y conceptualiza a la transferencia a partir de la interpretación de que estos sentimientos serían

⁶⁵ Freud, Sigmund. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.

⁶⁶ Freud, Sigmund. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.

actualizaciones en el presente y sobre la figura del analista de sucesos vivenciados en la infancia.

Con respecto a la técnica afectiva, Freud comenta que "...con ella uno abandona el terreno psicoanalítico y se aproxima a los tratamientos por sugestión..."⁶⁷.

El analista debe proceder con frialdad de sentimiento; "...para el lado del médico, el muy deseado cuidado de su vida afectiva; para el enfermo, el máximo grado de socorro que hoy nos es posible prestarle..."⁶⁸.

Freud dice que el paciente es quien "...enhebra al médico en una de las imagos de aquellas personas de quienes estuvo acostumbrado a recibir amor..."⁶⁹.

Este autor dirá que es el paciente el que dará el rol al analista.

Él menciona que "...mientras que las comunicaciones y ocurrencias del paciente afluyan sin detención, no hay que tocar el tema de la transferencia. Es preciso aguardar para este...hasta que la transferencia haya devenido resistencia..."⁷⁰.

⁶⁷ Freud, Sigmund. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.

⁶⁸ Freud, Sigmund. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.

⁶⁹ Freud, Sigmund. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.

⁷⁰ Freud, Sigmund. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.



Dirá Freud que se hablará de psicoanálisis propiamente dicho "...unicamente si la transferencia ha ampliado la intensidad para vencer las resistencias..."⁷¹.

En los puntos de resistencia algo reprimido se repite. Se trata de la transferencia como repetición, en tanto satisface la resistencia.

El analista no deberá proceder enfocando un momento o problemas determinados. Estudiará la superficie psíquica que el analizado presenta cada vez, valiéndose de la interpretación para discernir resistencias en el paciente y hacérselas conscientes. Agrega el autor que una vez dominadas estas resistencias, el paciente relata fácilmente nexos y relaciones olvidados.

Dice Freud que

...no tardamos en advertir que la transferencia no es por sí misma más que una repetición y la repetición, la transferencia del pretérito olvidado, pero no sólo sobre el médico, sino sobre todos los demás sectores de la situación presente. Tendremos, pues, que estar preparados a que el analizado se abandone a la obsesión repetidora que sustituye en él el impulso a recordar...⁷².

El autor menciona que es oportuno revelar el significado de las ocurrencias del paciente "...no antes de que se haya establecido en el paciente una transferencia operativa, un rapport en regla..."⁷³.

⁷¹ Freud, Sigmund. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.

⁷² Freud, Sigmund. (1914). *Recordar, repetir y reelaborar*. Tomo III. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.

Según Freud el tiempo de la cura es el tiempo del inconsciente, por eso no se le puede imponer un tiempo arbitrario a la cura. A pesar de esto, la variable tiempo, referida al horario, duración y frecuencia de las sesiones, posee relevancia fundamental durante el análisis. Debido a esto, Freud indica mantener constante un determinado horario de trabajo, aunque el paciente no lo utilice.

Habiendo realizado esta introducción a las condiciones fundamentales para que pueda realizarse un análisis, en especial el concepto de transferencia, se procederá a explicitar las particulares vicisitudes institucionales y la dinámica transferencial dentro del hospital psiquiátrico a partir de la experiencia profesional de Mario Pujó, en hospitales como el Argerich y el Castex. Parece pertinente incluir en este trabajo las experiencias de este reconocido profesional argentino debido a la manera en que transmite sus años de trabajo en distintos escritos, permitiendo obtener un claro panorama acerca del lugar que tiene el tratamiento psicoanalítico dentro de las instituciones públicas de salud mental y, consecuentemente, como influye esto en la relación transferencial. Se tomarán dos escritos de Pujó, *La duración de la cura e Institución y transferencia*.

Dice Pujó que la institución de salud mental es un ámbito propicio para que se dé una demanda de curación que le brinda al psicoanalista un campo de intervención clínico. Dicha demanda, confiere al hospital un lugar para la aplicación del psicoanálisis, por supuesto, siempre que la respuesta de la institución permita a esa demanda dar un espacio al deseo del analista.

Por otro lado, comenta que siempre se producen tensiones entre los valores, sistemas de autoridades, objetivos, etc., de la institución y el vacío, la suspensión de todo saber previo, exigible a la puesta en juego de la singularidad del sujeto.

⁷³ Freud, Sigmund. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.

La duración del tratamiento, el manejo del tiempo en la cura, demuestra ser una cuestión particularmente sensible respecto de lo que se podría llamar la *funcionalidad social* del psicoanálisis. Su *excesiva* prolongación, la ponderable lentitud de sus progresos, es probablemente un criterio exterior al campo del psicoanálisis, pero desde el cuál suelen formularse las objeciones mayores...En nuestro medio, la mayor parte de los servicios hospitalarios de psicopatología, aún fundando en el psicoanálisis su abordaje terapéutico, suelen proponer un límite preestablecido ante lo que temen el riesgo de su prolongación indefinida...Hay...cierta equivalencia entre la dedicación, la hora, los minutos comprometidos en cierto trabajo, y lo que se presume su retribución razonable...Existen...las citas que organizan los encuentros entre analista y analizante...que exige una regularidad y una constancia que no puede reposar en los vaivenes de las *ganas de venir* y requiere establecerlas con anterioridad⁷⁴.

A partir de estos dichos del autor, se pueden extraer tres características que la modalidad de trabajo propia de cada institución de salud mental impone al tratamiento psicoanalítico:

1. Duración del tratamiento.

2. Duración de cada sesión.

⁷⁴ Pujó, Mario. (1993). *La duración de la cura*. Psicoanálisis y el hospital nº 3. Ediciones del Seminario. Bs. As.

3. Frecuencia de las sesiones.

De lo expuesto, se desprende que la transferencia en la institución adopta ciertas particularidades que esta última le impone y, por lo tanto, esto se reflejará en el proceso de cura.

A esta incidencia, siempre presente, de la institución, Pujó la ordena bajo una doble rúbrica:

1. El discurso institucional. Más allá de las características particulares que adopte en cada institución, lo invariante es que éste siempre precede a la demanda.

El hospital decide así la derivación de los pacientes en función de una rutina que hace a su funcionamiento, regula la gratuidad de la atención o el arancel a pagar, a la vez que normativiza el tiempo de duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, acentuando la orientación terapéutica que da cuenta de su finalidad social. Dispone asimismo la exigencia de informes, seguimientos, registros clínicos, mejor o peor archivados, para una anónima lectura posterior⁷⁵.

2. La transferencia institucional. Se refiere a la transferencia que el paciente anuda con la institución. Aquí entran en juego las singularidades de la historia del sujeto, es decir aquellos

⁷⁵ Pujó, Mario. (1996). *Institución y transferencia*. Psicoanálisis y el hospital nº 8. Ediciones del Seminario. Bs. As.



acontecimientos que vinculan el hospital a representaciones sociales, prejuicios, como por ejemplo la muerte de un ser querido o la salvación de otro. Entonces, la consulta tendrá lugar en determinadas coordenadas simbólicas e imaginarias, propias de la demanda en la institución, que indican a quién se dirige.

...se puede incluir aquí la transferencia que el sujeto mantiene con la medicina...Si la figura del médico conserva cierta relación con lo sagrado, el hospital constituye una suerte de santuario, digno de respeto y de peregrinación. El saber de la medicina inspira una reconocida veneración, al ocuparse de cuestiones relativas a la vida, la muerte, la normalidad, la enfermedad, la locura, el sexo...⁷⁶.

Por otro lado, esta transferencia institucional designa el lazo que el analista mantiene con la institución, es decir, con sus principios, valores y prejuicios. Representa para el analista su pertenencia a la institución.

...el rasgo en que el analista experimenta el orgullo, cuando no el pesar, la obligación, de formar parte de una institución; el punto donde espera aprender de ella, o la cree garantía de alguna seguridad. De modo más intangible, el vínculo que el analista sostiene con un grupo analítico, aunque a veces este vínculo se actualice solamente por el sesgo de una lectura; el instante en que

⁷⁶ Pujó, Mario. (1996). *Institución y transferencia*. Psicoanálisis y el hospital n° 8. Ediciones del Seminario. Bs. As.

el grupo de supervisión se introduce en la sesión próxima a supervisar...⁷⁷.

En este punto es donde el analista debe aceptar que lo estatuido regule su relación con el sujeto.

Agregaré Pujó que el analista en la institución está inmerso en ciertas circunstancias, casi como un empleado, que manifiestan el circuito del dinero, el cuál incidirá sobre la posibilidad de crear un espacio transferencial.

Es condición del análisis la *falta de saber* por parte del analista, debido a que se da lugar a la producción de un saber inconsciente que le concierne al sujeto analizante.

Dice el autor que para que haya análisis

...el surgimiento del sujeto supuesto saber, se expresa, paradójicamente, allí donde el analizante percibe que *ese traje* de saber no le queda a su analista del todo bien, ya que, para que opere en tanto tal, debe mantenerse como constituyente ternario, es decir, en una posición de terceridad respecto de los dos participantes de la experiencia...⁷⁸.

De lo anterior se deduce que el saber, la valoración entre lo normal y lo anormal, entre lo sano y lo enfermo, que se le atribuyen a la institución médica, deben poder ser puestos en cuestión por el analista, para que advenga la verdad del sujeto a través de su palabra. En este sentido, el

⁷⁷ Pujó, Mario. (1996). *Institución y transferencia*. Psicoanálisis y el hospital nº 8. Ediciones del Seminario. Bs. As.

⁷⁸ Pujó, Mario. (1996). *Institución y transferencia*. Psicoanálisis y el hospital nº 8. Ediciones del Seminario. Bs. As.

terapeuta opera como un promotor de cambio, con una mirada crítica, desde dentro de la propia institución de salud mental.

Es decir, proponer un descompletamiento del discurso institucional que dé chance al sujeto de articular su deseo, poniendo en suspenso el saber que en la institución psiquiátrica le preexiste. Como ese que, compediado en actualizados DSM, aspira, de manera cada vez más generalizada, a convertir su palabra en un simple signo codificado⁷⁹.

⁷⁹ Pujó, Mario. (1996). *Institución y transferencia*. Psicoanálisis y el hospital nº 8. Ediciones del Seminario. Bs. As.

Conclusiones

En la introducción de este trabajo se formuló la idea de que los modelos de salud-enfermedad que se sucedieron a lo largo de la historia son una construcción histórico-social. Estas distintas concepciones responden al saber- poder dominante de una época. El modelo Anti-Psiquiátrico fue la reacción al Modelo Médico-Psiquiátrico en el siglo XX.

Con respecto al primer objetivo particular se puede decir que el Modelo Psiquiátrico se caracteriza, básicamente, por surgir como respuesta disciplinar a las demandas de la burguesía, creando su objeto de estudio: la enfermedad mental, a la cual considera desde concepciones puramente orgánicas, promoviendo la diferenciación entre el que sabe y el que no, el que se guía por la razón y el que la ha perdido, aplicando prácticas de segregación para estos últimos. La enfermedad mental estaría determinada y producida por causas puramente orgánicas, ya sean estas endógenas o exógenas. Para este modelo la terapéutica se basaría en aplacar el síntoma, mediante el encierro y distintos tratamientos sobre el sustrato biológico (por ejemplo, los psicofármacos). A lo largo del tiempo, las clasificaciones psiquiátricas puramente descriptivas agregaron los aspectos fenomenológicos en sus consideraciones. El Modelo Psicoanalítico surge como anti-modelo al modelo dominante: el Modelo Psiquiátrico, cuestionando sus discursos y prácticas. Recrea el objeto de estudio: el inconsciente. La enfermedad mental estaría determinada por un particular conflicto psíquico, en relación a las vivencias del sujeto, entrando la historia de sus relaciones vinculares a jugar un papel principal en la configuración de tal enfermedad. Este modelo propone una terapéutica basada en la resolución del conflicto psíquico a través de la palabra, devolviendo el saber-poder para la cura al paciente, para lo cual será indispensable el establecimiento del vínculo transferencial. Se pregunta por el sentido de los síntomas, considerados como enigmas a develar.



En relación al segundo objetivo particular se puede ver como Freud desarrolló su teoría de la psicosis a partir de su conceptualización de las neurosis. Este autor propone que tanto las neurosis como la psicosis serán resultantes de particulares configuraciones estructurales del aparato psíquico, que dependen de las vivencias vinculares de la historia de un sujeto, determinando su característica relación con la realidad. Esquematiza el aparato psíquico a partir de tres instancias: Ello, Yo y Superyó. La dinámica que se establezca entre ellas dará por resultado una determinada conflictiva, combinando aspectos conscientes e inconscientes de la historia del sujeto. El Yo será el mediador entre el Ello, el Superyó y la realidad, instrumentando ciertos mecanismos defensivos para mantener una relativa homeostasis en el aparato. Según Freud, el inconsciente resulta del interjuego de la sexualidad y el lenguaje. La neurosis o psicosis será determinada de acuerdo al punto de evolución de la libido en el que se produjeron las fijaciones a la que esta retorna. En la psicosis resulta patógeno la inmovilidad de la libido en los puntos de fijación a los que esta regresiona. En esta última se produce, primero, una ruptura con la realidad que supone el retiro de la libido de los objetos, luego, hay un retorno hacia la realidad a través de la formación de síntoma, que en el caso de la psicosis estará representada por el delirio. Aquí la represión no opera como debería hacerlo, se niega la realidad y se procuran percepciones acordes a la nueva realidad. En la neurosis la realidad es evitada.

Lacan ubica la etiología de la psicosis en el lenguaje, en una falla en la estructura simbólica. Este autor basa su teoría de la psicosis en los postulados freudianos, pero a diferencia de este sostiene que la neurosis y la psicosis son dos cuadros clínicos diferentes, aunque ambos parten de la misma estructura. Lacan distingue entre estructura de la psicosis (que supone la forclusión del Significante del Nombre del Padre) y la pre-psicosis o desencadenamiento (que implica que el Nombre del Padre forcluido sea llamado a operar en oposición simbólica al sujeto). El psicótico busca recomponer el orden simbólico roto a partir de la introducción de la Metáfora

Delirante, es decir, algo que ocupe el lugar del significante ausente y permita reconstruir el universo simbólico. Tanto para Freud como para Lacan el delirio es una forma de retorno de la libido a la realidad, y por lo tanto debe permitírsele fluir y manifestarse.

Calligaris retoma la concepción lacaniana de la psicosis, proponiendo una terapéutica posible. Para este autor, el psicótico no deja de ser sujeto, debido a que cualquier estructuración del sujeto, sea neurótica o psicótica, es una estructuración de defensa, en la medida en que subjetivarse es necesario para que la persona sea algo distinto de lo real de su cuerpo, algo Otro. En el psicótico no hay referencia a un sujeto supuesto de saber (padre), por lo tanto el sujeto mismo es quien construye el tejido de este saber, sosteniéndolo a partir de su certeza yoica. Calligaris sostiene que en la transferencia que se da en la psicosis fuera de crisis el habla del psicótico desdobra experimentalmente su estructura y en la misma está incluido el analista. A partir de esta posición en la que está ubicado por el habla del paciente en la transferencia, puede formular una idea diagnóstica. El habla del analista opera desde lo simbólico, pero para el psicótico tiene efectos en lo real; la imposición del analista sería la instancia paterna que vuelve en lo real. Este lugar que ocupa el terapeuta es estratégico para la cura. Diferente es la transferencia en el crepúsculo; aquí la única transferencia posible es la de una relación directa con la demanda del Otro, porque no hay defensa alguna que asegure una posición subjetiva.

Fernández sostiene que, a partir de las premisas lacanianas, es por el sufrimiento en lo real que el paciente psicótico accede al tratamiento, vez a vez, por la constante demanda como objeto de goce sin límites de Otro sin tajar. El psicótico, toma al analista no como objeto, sino como palabra, y a partir del lugar que el paciente le otorga al mismo dentro de su delirio, es que va a operar la posible cura. Se debe intervenir en el delirio, construyendo un No, ausente hasta entonces, entre un Otro gozador y quien es gozado. Al constituirse esta lógica del No, la certeza subjetiva que sostenía al delirio se

rompe, posibilitando que el psicótico pueda confrontar la falta del significante ausente con el sostén en lo real del analista.

Domb, siguiendo también a Lacan, propone una terapéutica posible de la psicosis. Dice que si la psicosis implica la forclusión del Nombre del Padre, la terapéutica posible consiste en que el paciente mismo produzca su nombre por la vía de un goce acotado con un objeto en el que pueda sostenerse subjetivamente a lo largo del tratamiento. Propone hacer del psicótico un artesano, mediante un hospital de día organizado en función de distintos talleres. El analista operaría facilitando el lazo del paciente con el objeto, de manera que este se transforme en la suplencia que sostenga su estructura.

En referencia al tercer objetivo particular se toman como punto de partida los consejos que da Freud para poder delimitar el tratamiento psicoanalítico. Este autor propone como condiciones fundamentales para un análisis: la atención flotante por parte del analista, la asociación libre por parte del analizado, el establecimiento de un encuadre de trabajo (horarios, frecuencia, duración y honorarios), la importancia del análisis del analista y un sondeo diagnóstico previo, el cual tendrá un límite porque alargarlo supondría dificultades de tipo transferencial. Freud explicita que la transferencia implica repetir. El paciente repite en vez de recordar, entonces en el proceso de cura se deberán superar las resistencias del sujeto, hacerlas conscientes mediante la elaboración, poniendo así en palabras sus recuerdos.

Pujó describe a la institución de salud mental como un ámbito propicio para que se dé una demanda de curación que le brinda al psicoanalista un campo de intervención clínico, pero con ciertas tensiones y limitaciones entre el proceder característico de la institución y el del psicoanálisis. El proceso de cura es afectado al verse modificado el encuadre del operar analítico, en relación a la duración del tratamiento, de las sesiones, frecuencia de las mismas, el pago de honorarios y las características de la demanda de

tratamiento. De esto se desprende que la transferencia dentro de la institución adopta ciertas particularidades que esta le impone. Nombra dos tipos de transferencia por parte del sujeto: la transferencia con el analista y la transferencia con la institución. El psicoanalista deberá aceptar que lo estatuido regule su relación con el sujeto, pero también deberá asumirse como promotor de cambio, cuestionando el discurso institucional, el cual valora entre lo normal y lo anormal, dando lugar al sujeto para articular su deseo. Recuerda que el tiempo de la cura es el tiempo del inconsciente y no el tiempo de la institución.



Consideraciones Finales

A partir del recorrido realizado en esta investigación sobre la práctica psicoanalítica en una institución de salud mental, en particular de la psicosis, es que se explicitarán las siguientes consideraciones finales, que no pretenden ser un cierre del tema sino, a partir de una mirada crítica de la situación actual de las prácticas institucionales y del rol del psicoanalista en las mismas, plantear algunos interrogantes que sirvan como punto de partida para futuras investigaciones.

Dentro de las instituciones de salud mental de nuestro país se mantiene una constante tensión entre el Modelo Médico-Psiquiátrico y el Psicoanalítico. Ambos modelos están vigentes y operan en la práctica clínica cotidiana, pero con supuestos y prácticas diferentes.

Siguiendo al Modelo Médico, el sujeto que acude al servicio de salud mental, en tanto pasivo, demanda el saber que el psiquiatra posee para poder curarlo. La verdad médica aparece como incuestionable, casi con un tinte sagrado. El paciente no sabe, es ignorante frente a su propio malestar. La cura psiquiátrica aplaca los síntomas padecidos por el sujeto mediante la medicación psicofarmacológica, y, según el caso, la opción será la internación o no de la persona. Cuando tal institucionalización tiene lugar, esta no resulta ser beneficiosa, sino que agrega más efectos nocivos sobre la subjetividad, más allá de los que la propia enfermedad puede producirle a quien la padece. Si bien esta práctica aparenta ser en beneficio del paciente, obedece en realidad a la lógica del encierro, en tanto seguridad y control social. El sujeto, de esta manera, es etiquetado, clasificado, rotulado como *loco* porque tiene conductas que lo hacen *diferente* y *peligroso*. A los efectos de esta práctica, es privado de todos sus derechos como ciudadano y sus derechos como ser humano son vulnerados. El efecto de las prácticas cotidianas a las que se ve sometido el paciente psiquiátrico, generan en él la vivencia de despersonalización. La terapéutica, en estos casos, no es

programada atendiendo a las particularidades de cada persona, sino que se aplica indiscriminada y masivamente a todos por igual. Esta terapéutica, por otro lado, obedece a los tiempos de la institución y, en consecuencia, impone un tiempo a la cura.

El Modelo Psicoanalítico opera ante la demanda del sujeto, allí donde algo del sufrimiento se manifiesta. El sujeto expresa su malestar y es necesario su compromiso y participación activa para que, conjuntamente con el psicoanalista, transite el camino hacia la cura. La persona, en este caso, tiene el rol principal en el tratamiento, es el que posee, sin advertirlo, el saber para su cura. Para que esta última sea posible, el sujeto será reconocido en su discurso singular, en especial mediante la palabra como medio privilegiado de acceso al inconsciente, donde yace este saber latente. Para este modelo, el tiempo de la cura es el tiempo del inconsciente, y no el de la institución. Cada sujeto está determinado por particulares vicisitudes inscriptas en su psiquismo, que serán las que condicionarán los tiempos de la cura. Según el Modelo Psicoanalítico, cuando el sujeto acude a estas instituciones de salud mental, no se le debe imponer un tratamiento predeterminado, sino construirlo junto con él. A diferencia del Modelo Psiquiátrico, el síntoma aquí no es aplacado, sino que se propone y facilita la libre expresión del mismo, con el objetivo de descifrar para luego resignificar el conflicto psíquico subyacente. Este desciframiento y resignificación del síntoma, a través de lo que el sujeto dice y hace, lo realizan conjuntamente el psicoanalista y el analizado, por medio de la singular dinámica transferencial que se despliega en ese particular espacio terapéutico. Aquí se encuentra uno de los más importantes puntos de tensión entre los dos modelos desarrollados. Por un lado, siguiendo al Modelo Psiquiátrico, en la práctica se aplaca al síntoma de la enfermedad mediante la medicación como una forma de ejercicio del saber-poder sobre el paciente, encubierto esto último en la premisa de que *se lo medica para que este no sufra*. Por otro lado, de acuerdo al Modelo Psicoanalítico, el síntoma debe expresarse en toda su verdad, el sujeto deberá asumir que el mismo es algo que le

pertenece, que forma parte de la historia de su constitución subjetiva, y que trabajando activamente sobre él es que se va a facilitar el develamiento de contenidos inconscientes que expresarán su verdad hasta entonces oculta.

Otro punto importante a tratar en este apartado es el de la subjetividad del psicótico.

Para el Modelo Médico, el psicótico será diagnosticado como tal en base a los signos que manifiestan su psicosis, de acuerdo con manuales diagnósticos de la salud mental. Según el Modelo Psicoanalítico, el diagnóstico de la psicosis se basará en la transferencia. Se tendrá en cuenta la manifestación sintomática como expresión de la subjetividad del sujeto. Se reconoce al psicótico como sujeto, en tanto está atravesado por el lenguaje. Si bien el psicoanálisis no propone una cura para el sujeto psicótico, plantea un abordaje terapéutico que le permita desarrollarse y desplegar sus potencialidades dentro de la sociedad. El ser humano, en tanto tal, es un ser social. Privarlo del lazo con los otros es privarlo de su humanidad.

De lo anterior se desprende que el psicoanalista que trabaja dentro de una institución de salud mental, desde su rol de intérprete de lo oculto a partir de lo manifiesto, cuestionará la realidad institucional en pos de mejorar la práctica clínica de los sujetos que allí acuden, principalmente revirtiendo el modelo social de la institución psiquiátrica como depósito humano.

Bibliografía

- Alonso, F. y Martínez, T. (1995). *Prácticas de historia de la Psicología*. Valencia: Promo Libro.
- Basaglia, Franco. (1970). *La institución negada: Informe en un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barrales S. A.
- Cacciari, A., Pioletti, P., Rubinobich, V., Martínez, H. (2005). *Introducción epistemológica al campo de la psicopatología*. Cuadernillo de la cátedra de Modelos en Psicopatología de la UNMP.
- Calligaris, Contardo. (1991). *Introducción a una clínica diferencial de las psicosis*. Ediciones Nueva Visión. Bs. As.
- Castilla del Pino, Carlos. (1978). *Vieja y nueva psiquiatría*. Alianza editorial. Madrid.
- Domb, Benjamín. (1997). *Tratamiento de las psicosis y el hospital de día*. Psicoanálisis y el hospital nº11. Ediciones del Seminario. Bs. As.
- DSM IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). (2001). Barcelona: Plaza, primera edición.

- Fernández, Elida. (1996). *Intervenir en el delirio*. Periódico de divulgación psicológica: Actualidad Psicológica. Delirios y alucinaciones. Bs. As.
- Fernández, Elida. (2001). *Diagnosticar la psicosis*. Editorial Letra Nueva. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1894). *Las neuropsicosis de defensa*. Obras completas. Tomo 1. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- Freud, Sigmund. (1895). *Proyecto de una psicología*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1896). *Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa*. Obras completas. Tomo 1. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- Freud, Sigmund. (1896). *Cartas a Fliess*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1900). *La interpretación de los sueños*. Capítulo 7. Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1909). *Análisis de la fobia de un niño de cinco años*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1910-11). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia)*

- paranoides) descrito autobiográficamente.* Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico.* Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1913). *Sobre la iniciación del tratamiento.* Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1914). *Recordar, repetir y reelaborar.* Obras completas. Tomo III. Editorial Biblioteca Nueva. Madrid.
- Freud, Sigmund. (1915). *La represión.* Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1916-17). *La angustia.* (En: *Lecciones introductorias al psicoanálisis*, Tercera Parte, Lección Nº 25). Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1918). *De la historia de un caso de neurosis infantil: El hombre de los lobos.* Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1920). *Más allá del principio del placer.* Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1922). *Teoría de la libido y narcisismo.* Ediciones Amorrortu. Bs. As.

- Freud, Sigmund. (1923). *El Yo y el Ello*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1924). *La pérdida de realidad en neurosis y psicosis*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Freud, Sigmund. (1932). *Nuevas lecciones introductorias al Psicoanálisis*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.
- Foucault, Michel. (1970). *Nietzsche, Freud, Marx*. Editorial Anagrama. Barcelona.
- Foucault, Michel. (1991). *Historia de la locura en la Época Clásica*. México: Brevarios.
- Foucault, Michel. (1992). *Psiquiatría y antipsiquiatría: La vida de los hombres infames*. Editorial Nordam/Altamira. Montevideo.
- Galende, Emiliano. (1992). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Cap. 2. Editorial Paidós. Bs. As.
- Gallano, Carmen. (1993). *La salud mental y la clínica del sujeto*. Revista mundial de psicoanálisis.
- Lacan, Jacques. (1955-56). *El seminario, libro 3, las psicosis*. Editorial Paidós. Barcelona.

- Lacan, Jaques. (1957-58). *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Escritos II. Siglo XXI. México-España-Argentina: Editores S. A.
- Martinez, Horacio. (2005). *Concepciones etiológicas*. Material de la cátedra de Modelos en Psicopatología de la UNMP.
- Martinez, Horacio. (2007). *Cuadernillo introductorio a la cursada 2007*. Material de la cátedra de Modelos en Psicopatología de la UNMP.
- Martinez, Horacio. (2008). *El papel del lenguaje en la etiología de las psicosis*. Material de cátedra de Modelos en Psicopatología de la UNMP.
- Pujó, Mario. (1993). *La duración de la cura*. Psicoanálisis y el hospital nº 3. Ediciones del Seminario. Bs. As.
- Pujó, Mario. (1996). *Institución y transferencia*. Psicoanálisis y el hospital nº 8. Ediciones del Seminario. Bs. As.
- Szasz, T. (1960). *El mito de la enfermedad mental*. Ediciones Amorrortu. Bs. As.