



1. Unidad Académica: Facultad de Psicología
Universidad Nacional de Mar del Plata

2. Título del Proyecto: "Esquizofrenia"

3. Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente a requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

4. Apellido y Nombres de la Alumna:
MOSQUERA, Adriana Valentina - Matrícula nº 1321/88 - DNI nº 14.568.596

5. Apellido y Nombre del Supervisor: Lic. MARTÍNEZ, Horacio

6. Cátedra de Radicación: Modelos en Psicopatología

7. Fecha de Presentación: 12.10.05

Nº CLASIFICACION:	PROVISORIO:
TPG II	Derivación
	Nº INVENTARIO:
	1029

T-ppm

psicoanálisis
esquizofrenia
psicopatología
psiquiatría
psicosis.

Uso del Trabajo de Investigación:

“Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la Alumna: MOSQUERA, Adriana Valentina, 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 la autora”.

Página de Aprobación del Supervisor y/o Co-Supervisor:

1. "El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por la Alumna: MOSQUERA, Adriana Valentina, matrícula nº 1321/88, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautados, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los..... días del mes de..... del año 200...."

2. Firma, aclaración y sello del Supervisor y/o Co-Supervisor:


Lic. Martínez

Informe de Evaluación del Informe Final:

El presente trabajo resulta un excelente relevamiento de las producciones teóricas contemporáneas dentro del psicoanálisis de orientación lacaniana relativas al tema de la esquizofrenia, relevamiento que hace hincapié en las concepciones psicopatológicas y clínicas (semiología, etiología, transferencia, tratamiento).

Al mismo tiempo realiza un análisis histórico de la construcción de la categoría nosográfica, y un entrecruzamiento entre las investigaciones provenientes del campo del psicoanálisis con los desarrollos actuales de la psiquiatría.

Resulta, de este modo, un estudio exhaustivo que puede servir de referencia a otros estudiantes y profesionales que deseen incursionar en este difícil campo.

AM
Luis Martínez

Plan de Trabajo

1. Búsqueda de Información bibliográfica.
2. Búsqueda de Información en Internet.
3. Consultas con Psicólogos que trabajen con pacientes psicóticos.
4. Lectura de bibliografía recomendada por dichos profesionales.
5. Análisis de datos y elaboración del Informe.
6. Reuniones periódicas con el Supervisor o comunicación por e-mail.

Índice General

	Páginas
Introducción	1
PSIQUIATRÍA CLÁSICA	
Los Aportes de Eugene Bleuler	7
Definición y Nuevo Nombre	8
Síntomas	9
Los Subgrupos	12
Etiología	14
Curso de la Enfermedad	15
Tratamiento	17
PSIQUIATRÍA ACTUAL	
Definición de Esquizofrenia	19
Manifestaciones Clínicas	19
Subtipos Clínicos	25
Curso y Pronóstico	28
Diagnóstico - <i>Criterios Diagnósticos del DSM IV-</i>	30
Etiología	32
Tratamiento	34
Tratamiento Farmacológico	35
Tratamiento Farmacológico en Distintas Fases de la Esquizofrenia	39
Cuidados Integrales del Paciente con Esquizofrenia	40

PSICOANÁLISIS

LOS APORTES DE LACAN

El Retorno a Freud	43
La Elaboración Lacaniana sobre las Psicosis	45
Desencadenamiento de la Psicosis	60
Fenómenos Elementales	63
Certeza, Autorreferencia y Realidad	69
Diagnóstico Estructural	70
El Sujeto de las Psicosis	74

ESQUIZOFRENIA

Etiología	79
Diagnóstico Diferencial	87
Tratamiento, Transferencia y Lugar del Analista	93

CONCLUSIÓN	105
------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA	124
-------------------------------	-----

BIBLIOGRAFÍA GENERAL DE CONSULTA	128
--	-----

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN – REQUISITO CURRICULAR

PLAN DE ESTUDIOS: O.C.S. 586/85 - O.C.S. 143/89.

NOMBRES Y APELLIDO: ADRIANA VALENTINA MOSQUERA

MATRÍCULA Y AÑO: 1.321 / 88

CÁTEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN: MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA

SUPERVISOR: LIC. HORACIO MARTÍNEZ – **CO-SUPERVISOR:** _____

CONSIGNAR SI EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO: SÍ NOX.....

TÍTULO DEL PROYECTO: "ESQUIZOFRENIA"

PALABRAS CLAVE (Hasta Cinco): *esquizofrenia, alucinación, delirio, diagnóstico, tratamiento.*

DESCRIPCIÓN RESUMIDA (Antecedentes, Marco Teórico, Finalidad. En no más de 120 palabras, escrito a máquina o P.C y luego pegado): *El presente trabajo es una exploración bibliográfica que pretende dar cuenta de cómo entienden actualmente la Psiquiatría y el Psicoanálisis a la Esquizofrenia y de las contribuciones de ambas disciplinas en la teorización y el abordaje de dicha patología. Para ello incluiré los aportes realizados, desde la psiquiatría clásica, por Eugene Bleuler. También desarrollaré el concepto y características de la Esquizofrenia, diagnóstico, etiología y tratamiento concebidos por la Psiquiatría actual tomando en cuenta la información ofrecida por DSM IV y la información de diversos autores que completan o amplían las referencias del manual citado. Finalmente, desarrollaré la propuesta del Psicoanálisis con relación a etiología, diagnóstico diferencial y tratamiento de la Esquizofrenia, a partir de los desarrollos de Lacan y algunos de los autores actuales que siguen su teoría acerca de las Psicosis.*

OBJETIVOS GENERALES Y PARTICULARES (Alcances de la Investigación: exploratoria, descriptiva y/o explicativa):

Objetivo General: *Explorar la concepción actual de la Esquizofrenia, desde la Psiquiatría y desde el Psicoanálisis y los aportes de ambas disciplinas en cuanto a su teorización y abordaje.*

Objetivos Particulares: *Indagar las propuestas actuales, tanto de la Psiquiatría como del Psicoanálisis, acerca de la etiología, diagnóstico y tratamiento de la Esquizofrenia. Explorar acerca del rol del psiquiatra y el analista entorno a esta problemática.*

MÉTODOS Y TÉCNICAS (Fuentes, Procedimientos y Análisis de Datos): *A partir de la lectura de fuentes bibliográficas, artículos de Internet y consulta a profesionales que trabajen con esta problemática, intentaré realizar el análisis y la síntesis de los datos con la finalidad de cumplir con los objetivos generales y particulares planteados.*

LUGAR DONDE REALIZARÁ EL TRABAJO: *En el ámbito particular consultando bibliografía propia, de la Biblioteca Central de la UNMDP, la Biblioteca de la Facultad de Psicología de Mar del Plata, la Biblioteca Municipal y la biblioteca del Centro Médico de Mar del Plata y artículos de Internet.*

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES: (las mismas comenzaron en Diciembre del 2001)

1. *Búsqueda de Información bibliográfica.*
2. *Búsqueda de Información en Internet.*
3. *Consultas con Psicólogos que trabajen con esta problemática.*
4. *Lectura de bibliografía recomendada por dichos profesionales.*
5. *Análisis de datos y elaboración del Informe (a partir de Septiembre del 2003).*
6. *Reuniones periódicas con el Supervisor o comunicación por e-mail.*

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA DE REFERENCIA:

- BLEULER, EUGENE (1911): *"Demencia Precoz o el Grupo de las Esquizofrenias"*. Ed. Hormé. Bs. As. 1993.
- CALLIGARIS, CONTARDO: *"Introducción a una Clínica Diferencial de las Psicosis"*. Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1991.
- FERNÁNDEZ, ÉLIDA: *"Diagnosticar las Psicosis"*. Ed. Letra Viva. Bs. As. 2001.
- IDEM: *"Las Psicosis y sus Exilios"*. Ed. Letra Viva. Bs. As. 1999.

- LACAN, JACQUES: "Seminarios". Versión Electrónica basada en versiones completas de Escuela Freudiana de Buenos Aires, Escuela Freudiana Argentina y Editorial Paidós.
- "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM IV). Ed. Masson. Versión Electrónica.
- MAZZUCA, ROBERTO: "Las Psicosis (Fenómeno y Estructura)". Ed. Eudeba. Bs. As. 2001.
- NASIO, JUAN. D: "Los Ojos de Laura". Ed. Amorrortu. Bs. As. 1988.
- Artículos de Internet.

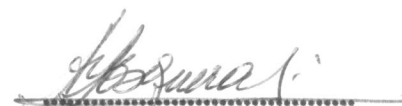
BIBLIOGRAFÍA GENERAL DE CONSULTA:

- FREUD, SIGMUND: "Puntualizaciones Psicoanalíticas sobre un Caso de Paranoia (Dementia paranoides) Descrito Autobiográficamente" (1911[1910]), en: "Obras Completas", vol. XII. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1993.
- IDEM: "Lo Inconciente" en "Obras Completas", vol. XIV. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1992.
- IDEM: "La Negación" (1925), en: "Obras Completas", vol. XIX. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1990.



Firma Supervisor

Firma Co-Supervisor



Firma del Alumno

☐

.....
Comité de Investigación

Aprobado
1/3/105

.....
Comité de Investigación

FECHA CONFORMIDAD:

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es una entidad que forma parte del grupo de las psicosis. A partir del siglo XIX la esquizofrenia fue objeto de estudio y de debates relacionados con su etiología, evolución, diagnóstico y tratamiento, tanto para la psiquiatría como para la psicología en general y el psicoanálisis en particular.

En el seno de la psiquiatría las perspectivas de Kraepelin y Bleuler, con relación al tema, son representativas de estos debates. Originalmente la esquizofrenia fue denominada *demencia precoz* por Kraepelin debido a que este autor consideró la edad de inicio de la enfermedad -en la juventud- y su evolución deficitaria. Atribuye su etiología, a daños cerebrales, "su terminación deficitaria hace sospechar la existencia de lesiones cerebrales, sin duda todavía desconocidas, pero muy verosímiles. El terreno en general intacto en que aparece, sus formas de inicio ... hacen probable un factor tóxico, sin duda auto-tóxico (metabólico)" (Bercherie, 1986, p. 111-112).

El término *esquizofrenia* es posterior al psicoanálisis y data de 1911, año en que Bleuler publica su obra "La demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias". Bleuler critica la denominación de demencia precoz porque entiende que no todas las entidades clínicas que la conforman evolucionan hacia la demencia y además, no acuerda con la edad de inicio propuesta por Kraepelin. Influido por las ideas de Freud, Bleuler aplicó algunos conceptos freudianos al estudio de la esquizofrenia. Esta concepción psicodinámica le sirvió para comprender los síntomas de la enfermedad pero considera que

es una perturbación cerebral la que determina su etiología y sus síntomas primarios.

Dentro del psicoanálisis, Freud, su creador, estudia la esquizofrenia, pero prefiere denominarla *parafrenia* y lo explica en su estudio sobre las *Memorias de Schreber*, "estimo bien justificado el paso que dio Kraepelin al fusionar en una nueva entidad clínica, junto con la catatonía y otras formas, mucho de lo que antes se llamara "paranoia", aunque fue un desacierto escoger para esa unidad el nombre de "*dementia praecox*". También a la designación de "esquizofrenia" propuesta por Bleuler para ese mismo grupo de formas cabría objetarle que sólo parece utilizable si uno no recuerda su significación literal;* además, prejuzga demasiado, pues emplea para la denominación un carácter postulado en la teoría y que ... no le es exclusivo y, a la luz de otros puntos de vista, no puede ser declarado el esencial. . . . Entiendo que lo más adecuado es bautizar a la *dementia praecox* con el nombre de "*parafrenia*", que ... expresa sus vínculos con la paranoia (que conservaría su designación) y además recuerda a la hebefrenia incluida en ella" (Freud, 1912, vol. XII, p. 69-70).

En la misma obra, Freud se refiere a su etiología y evolución y, también, la distingue de la paranoia: "Abraham ha expuesto ... cómo se destaca ... en la *dementia praecox* el carácter del alejamiento de la libido del mundo exterior. A partir de ese carácter inferimos nosotros la represión por desasimiento libidinal. Y en cuanto a la fase de las alucinaciones tormentosas, ... la aprehendemos ... como fase de la lucha de la represión

*{"mente escindida"}" (Freud, 1911, vol. XII, p. 70)

contra un intento de restablecimiento que pretende devolver la libido a sus objetos. . . . Ese intento de recuperación, que el observador tiene por la enfermedad misma, no se sirve, empero, de la proyección como en la paranoia, sino del mecanismo alucinatorio (histérico). He ahí una de las grandes diferencias respecto de la paranoia, susceptible de un esclarecimiento genético desde otro lado. El desenlace ... es, en general, más desfavorable que el de la paranoia; no triunfa, como en esta última, la reconstrucción, sino la represión, la regresión no llega hasta el narcisismo exteriorizado en el delirio de grandeza, sino hasta la liquidación del amor de objeto y el regreso al autoerotismo infantil. Por tanto, la fijación predisponente debe situarse más atrás que en el caso de la paranoia ... “ (Freud, 1911, vol. XII, p. 71).

En 1915 Freud escribe “Lo Inconciente” y dedica el capítulo VII del mismo al análisis del lenguaje esquizofrénico.

Freud ya desde 1894 se interesó por el estudio de las psicosis, estableciendo así la pertinencia del psicoanálisis para dar cuenta de las psicosis, aunque es escéptico respecto de la cura psicoanalítica de las mismas, por considerar inadecuado el dispositivo analítico para su tratamiento debido a que el mismo fue creado para tratar las psiconeurosis de transferencia. En ellas la transferencia es crucial para lograr la cura. Pero las psiconeurosis narcisistas -parafrenia y paranoia- no pueden lograr el vínculo transferencial porque su característica es la retracción de la libido al autoerotismo en la parafrenia y al narcisismo en la paranoia. Por ello Freud duda de su cura a través del método analítico.

A partir de las teorizaciones de Freud acerca de las psicosis, dentro del psicoanálisis se producen distintas posturas sobre el tema. Sin intención de cubrir todo el espectro de los diversos autores que aportaron al debate, citaré como hitos de esta discusión a Melanie Klein y Jacques Lacan.

Para M. Klein las psicosis son una especie de núcleo común a todas las estructuras. Todos los sujetos atraviesan por las posiciones esquizo-paranoide y depresiva. Éstas corresponden a distintos momentos del desarrollo de los individuos. Las neurosis serían una defensa contra las psicosis, además se sugieren estadios intermedios, con lo que existiría un continuum cuantitativo entre psicosis y neurosis.

Según Lacan, psicosis y neurosis son dos estructuras distintas, es decir que existe una diferencia cualitativa entre las estructuras con relación al mecanismo que se pone en juego, por lo que entiende que alguien es psicótico o no lo es. Pero ello no implica que todo psicótico padezca crisis. Para Lacan la dirección de la cura en el análisis de psicóticos es diferente a la del análisis de neuróticos.

Aunque Klein y Lacan conciben a las psicosis de manera diversa, ambos abrieron el camino hacia un posible tratamiento de las mismas.

A partir de la lectura de los diferentes argumentos desarrollados dentro de la psiquiatría clásica y dentro de la historia del psicoanálisis, y de los debates que ello originó, comencé a preguntarme: *¿ cómo conciben hoy la psiquiatría actual y el psicoanálisis a la esquizofrenia?. ¿Cuáles son sus aportes teóricos y de abordaje?. ¿Qué rol cumplen el psiquiatra y el*

psicoanalista en el tratamiento de los pacientes afectados por esta patología?

Dichos interrogantes dieron origen a esta investigación en la cual realizaré un recorrido bibliográfico, que sin pretender ser exhaustivo, tendrá como objetivo hallar alguna respuesta a los mismos. Para ello, este trabajo estará conformado de la siguiente manera:

1)- Los aportes, desde la psiquiatría clásica, de Eugene Bleuler, como antecedente de la psiquiatría actual.

2)- Los desarrollos de la psiquiatría actual dentro del marco teórico del DSM IV, complementado con datos obtenidos de otra bibliografía de psiquiatría, lo que permitirá incluir información que el DSM IV no proporciona.

3)- Las contribuciones del psicoanálisis que surgen a partir de los estudios de Lacan, acerca de las psicosis, y de analistas actuales que siguen sus enseñanzas.

La finalidad es conocer cómo entiende cada disciplina lo referido a las características de la esquizofrenia, su etiología, diagnóstico y tratamiento y cuáles son sus aportes.

La Psiquiatría

LOS APORTES DE EUGENE BLEULER

En 1896 E. Kraepelin reunió bajo el término *demencia precoz*, una diversidad de síndromes psicóticos que anteriormente se consideraban enfermedades separadas. La descripción que hizo de la demencia precoz incluía: la edad de comienzo en la primera juventud, el factor pronóstico de un deterioro final y ciertos fenómenos clínicos observables, como: alucinaciones, delirios, estereotipias y trastornos del afecto. Estos fenómenos conformaban un aporte sustancial al diagnóstico, pero para llegar al diagnóstico definitivo, el médico debía esperar varios años para observar el resultado en la demencia y para confirmar la presunción diagnóstica de demencia precoz.

E. Bleuler pudo superar esta dificultad con su nueva conceptualización del problema y con la introducción del término *esquizofrenia* para sustituir al de demencia precoz. Esquizofrenia significa *mente dividida* y Bleuler consideró esta escisión de la mente como el rasgo central de la enfermedad y no su evolución, tomada en cuenta por Kraepelin.

Bleuler expone sus ideas en su extensa monografía de 1911 redactada en 1908. Según P. Bercherie “el punto de partida es la aplicación a la demencia precoz ... de las concepciones freudianas, ya usadas en el análisis de las paranoias ...”, también agrega que “la originalidad de las concepciones de Bleuler se debe a su enfoque psicoanalítico de los síntomas esquizofrénicos” (Bercherie, 1986, p. 154).

Esta influencia teórica marca una importante diferencia con los autores anteriores quienes atribuían los síntomas esquizofrénicos al azar o a una lesión. Bleuler “transforma de este modo a los síntomas en expresión de un movimiento psicológico: deseo, en particular sexual, aversión, temor, negación de una realidad penosa, reacción ante un acontecimiento vivido o esperado, ante una relación interpersonal, ante un medio específico” (Bercherie, 1986, p. 155).

Bleuler, en el prólogo de su obra, se refiere a lo que se conoce hasta ese momento como *dementia praecox* describiéndolo como un término “demasiado fluido, incompleto y provisorio” (Bleuler, 1911, p. 7).

También reconoce los aportes de Kraepelin: “La idea de la *dementia praecox* deriva en su totalidad de Kraepelin. A él le debemos también, casi exclusivamente, el agrupamiento y descripción de los diversos síntomas ...” (Bleuler, 1911, p. 7). Enfatiza las importantes contribuciones de Freud al perfeccionamiento y ampliación de los conceptos de la psicopatología y su aplicación a las ideas sobre la demencia precoz.

Definición y Nuevo Nombre

Bleuler entiende que los conceptos de demencia y de precocidad no definen adecuadamente a la patología porque ésta no siempre deriva en el deterioro total de las facultades y, además, su comienzo puede producirse en forma tardía y no sólo en la primera juventud.

Con el nuevo término procura evitar confusiones aunque reconoce sus desventajas debido a que es un concepto en desarrollo. “Llamo a la

demencia precoz “Esquizofrenia” porque (espero demostrarlo) el “desdoblamiento” de las distintas funciones psíquicas es una de sus características más importantes” (Bleuler, 1911, p. 14).

Caracteriza con el nombre de *esquizofrenia* “a un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que pueden detenerse o retroceder en cualquier etapa pero que no permite una completa restitutio ad integrum. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, los sentimientos y la relación con el mundo exterior ...” (Bleuler, 1911, p. 15). En el sujeto sano los complejos psíquicos “se combinan en un conglomerado de esfuerzos con un resultado unificado ...”, en la esquizofrenia se produce un desdoblamiento de las funciones psíquicas y la personalidad pierde su unidad en diversos grados, la integración de los complejos e impulsos puede ser insuficiente o estar totalmente ausente. Ciertos complejos psíquicos dominan la personalidad por un tiempo, mientras que otros son separados, las ideas se elaboran parcialmente y se combinan de manera ilógica por lo cual se producen asociaciones extrañas y la interrupción del proceso de pensamiento. En casos graves se observa total ausencia de las expresiones emocionales y afectivas, en los casos más leves la intensidad de las reacciones emocionales no se relacionan con los acontecimientos que las provocan.

Síntomas

En cuanto a los *síntomas*, diferencia entre *fundamentales o permanentes* y *accesorios*. Considera a los amplios complejos de síntomas como un todo y subraya la importancia de reconocer “que ellos existen en grados y matices diversos en toda la escala que va de lo patológico a lo normal ...” (Bleuler, 1911, p. 20).

1. *Síntomas fundamentales o permanentes*: característicos de la esquizofrenia, están presentes en todos los casos y en todos los períodos de la enfermedad. “Consisten en trastornos de la asociación y la afectividad, la predilección por la fantasía en oposición a la realidad, y la inclinación a divorciarse de la realidad (autismo)” (Bleuler, 1911, p. 21).

El autor indica la ausencia de trastornos primarios de la percepción, la orientación, la memoria, la conciencia y la movilidad.

Las perturbaciones principales son:

- Las *asociaciones* pierden su continuidad, se interrumpen las vías asociativas que guían el pensamiento, lo cual produce un pensamiento ilógico y extravagante característico de la esquizofrenia.

- En cuanto a la *afectividad*, el deterioro emocional ocupa el primer lugar del cuadro clínico, la cronicidad del mismo está determinada por la desaparición de las emociones.

- *Ambivalencia*, es “la tendencia de la psique esquizofrénica a otorgar a los psiquismos más diversos un índice positivo y otro negativo al mismo tiempo ... (Bleuler, 1911, p. 61), es decir que se caracteriza por la presencia de pensamientos o sentimientos contradictorios y simultáneos. Por ser

consecuencia de los trastornos asociativos, siempre está presente aunque a veces no sea evidente. Puede ser afectiva, volitiva o intelectual.

-*Autismo*: “testimonia sobre la predominancia de la esfera del deseo sobre la percepción de la realidad” (Bercherie, 1986, p. 156). Este síntoma es considerado como fundamental y tal vez, como el que expresa mejor la esencia del cuadro sintomático de la esquizofrenia. La tendencia autista está determinada porque en el paciente esquizofrénico se altera la relación entre mundo interior y exterior, predominando el primero sobre el segundo hasta llegar a un absoluto desapego de la realidad. “Del autismo dependen numerosos síntomas “accesorios” que tienen una estructura “catatímica” ... : alucinaciones, ideas delirantes, perturbaciones mnésicas, perturbaciones del lenguaje y de la escritura, estados histeroides crepusculares, estuporosos u oníricos” (Bercherie, 1986, p. 156).

2. *Síntomas accesorios*: pueden estar ausentes durante ciertos períodos o durante todo el curso de la enfermedad, aunque es frecuente que estas manifestaciones permitan determinar el cuadro. Se presentan de manera aleatoria en algunos períodos de la enfermedad o en forma sostenida en todo su curso. Los más conocidos son las *alucinaciones e ideas delirantes*, además las *perturbaciones de la función de la memoria y los cambios de personalidad*. También se alteran de manera irregular pero típica, *el habla, la escritura y ciertas funciones físicas*. El *síndrome catatónico*, es la expresión del autismo y de la perturbación asociativa en las áreas ideomotriz y volitiva.

No es habitual que los síntomas fundamentales se manifiesten de manera tan marcada como para determinar la hospitalización del paciente. Son los síntomas accesorios los que hacen imposible la permanencia del mismo en su hogar o demuestran la existencia de la psicosis y obligan a solicitar auxilio de la psiquiatría.

Los Subgrupos

“Para Bleuler ... es la concepción psicopatológica la que constituye la clave del concepto de esquizofrenia, proceso mórbido que puede presentarse bajo aspectos clínicos multiformes pero de estructura análoga” (Bercherie, 1986, p. 158). Si no se tiene en cuenta el proceso etiopatogénico que produce un cuadro se pueden confundir el diagnóstico sindrómico-clínico y el diagnóstico de la patología. Por ello entiende que en el ámbito clínico la subdivisión sólo responde a una necesidad práctica.

“Bleuler retoma a título de “agrupamientos sintomáticos” estadísticamente frecuentes las clásicas subdivisiones kraepelinianas” (Bercherie, 1986, p. 158).

Subgrupo paranoide: se caracteriza por un sentimiento de persecución que invade toda la vida del sujeto afectado. Se inicia con ideas de autorreferencia que se van convirtiendo en delirios. El paciente cree en conspiraciones, saboteos, descrédito e insultos hacia su persona, a veces acompañados de alucinaciones generalmente auditivas y sensaciones corporales. Consta de ciclos de excitación y agresión y etapas de

tranquilidad, pero sin que cesen las ideas delirantes. En la mayor parte de los casos, la patología se desarrolla con oscilaciones.

Subgrupo catatónico: Comienza con excitación, habitual en la esquizofrenia, unida a síntomas catatónicos como formas de estupor - disminución de la actividad intelectual- combinadas con síntomas catalépticos -pérdida de la movilidad muscular voluntaria- e hiperkinesia - exceso de movimiento- La agitación combina estados maníacos y melancólicos de confusión y estupor. Luego de una de estas fases sobreviene un período de calma que en la mayoría de los casos coincide con una mejoría del paciente: finalizan o disminuyen los delirios y las alucinaciones. Algunos síntomas catatónicos permanecen y es frecuente la repetición de los ataques agudos, lo que provoca un progresivo deterioro hacia la demencia.

Subgrupo hebefrénico: "... comprende a) las formas no catatónicas ... de comienzo agudo, en cuanto no se transforman en estados crónicos paranoides o catatónicos; b) todos los casos crónicos con síntomas accesorios que por sí mismos no dominan completamente el cuadro clínico" (Bleuler, 1911, p. 246). La característica de este grupo es la demencia. Comprende todas las psicosis agudas con deterioro que carecen de síntomas catatónicos o paranoides. Aunque no refiere síntomas específicos en este subtipo, incluye las formas simples de demencia secundaria de comienzo agudo y los cuadros en los que la excitación y la agitación aparecen posteriores al inicio del deterioro.

Subgrupo simple: Carece de síntomas accesorios. Se encuentra muy poco en los hospitales y es muy frecuente fuera de ellos. Bleuler entiende que si se realiza un examen detallado se encontrará en quienes la padecen, signos de debilitamiento asociativo, además su evolución vital culmina en la apatía y exclusión asilar. Incluye en este grupo una amplia gama de características.

Etiología

Como posible origen de la esquizofrenia, Bleuler elabora las siguientes hipótesis:

- La *herencia* es considerada como causa de la patología, pero no puede determinar sus alcances y el tipo de influencia. Asevera que el inficionamiento hereditario -antecedentes familiares con enfermedades nerviosas o mentales- es un rasgo casi general en la esquizofrenia.

- La *adolescencia* podría ser una etapa de particular predisposición debido al desencadenamiento de la afección en edades tempranas. Sin embargo no apoya esta hipótesis porque la misma depende de la confiabilidad de la anamnesis.

-Afirma que existe una *predisposición individual* que no se relaciona con la inteligencia ni con circunstancias exteriores como condiciones socioeconómicas o ubicación geográfica.

Asume la idea de que ciertas perturbaciones cerebrales o traumas cerebrales pueden originar cuadros clínicos similares a la esquizofrenia. No la vincula con procesos infecciosos o estados febriles.

No resuelve la cuestión de la etiología psíquica. Los eventos externos como guerras, conflictos sentimentales o socioeconómicos, por sí mismos, no producen la patología. Plantea que con frecuencia, las experiencias y los acontecimientos desagradables influyen como estímulos que desencadenan la enfermedad y que al manifestarse la misma, su mejoría o cronicidad son determinadas por el psiquismo del sujeto.

Bleuler postula que en el individuo con esquizofrenia se presenta una patología psíquica generada por un núcleo patógeno. Ese núcleo patógeno, origen de la enfermedad, está conformado por *perturbaciones cerebrales anatómicas o químicas*. “La enfermedad sólo se desarrollará si la enfermedad ya está de un modo latente en esos individuos” (Bleuler, 1911, p. 360).

Curso de la Enfermedad

Según Bleuler “sólo la dirección general del curso de esta enfermedad conduce a una deterioración esquizofrénica (demencia)”, pero en cada caso particular la afección puede seguir un curso “que será tanto cualitativa como temporalmente muy irregular. Constantes progresos, oscilaciones, recrudescencias o mejorías, son posibles en cualquier momento” (Bleuler, 1911, p. 258).

Según el autor, es habitual que en muchos pacientes la esquizofrenia se manifieste con una excitación aguda durante la que se pueden presentar alucinaciones o ideas delirantes crónicas. Las agudizaciones pueden repetirse reduciendo la inteligencia del paciente y deteriorando las

capacidades mentales en general. El proceso de deterioro puede continuar, aun después de finalizada la fase aguda, hasta llegar a la demencia. La duración de los episodios agudos puede ser de horas o años. Si se hospitaliza al paciente dicha fase remite en pocos meses y es posible que no se reitere.

La *esquizofrenia simple* evoluciona de manera insidiosa y puede desarrollarse a lo largo de varios años. No presenta síndromes agudos.

La *esquizofrenia paranoide* tiene un comienzo subagudo y luego tiende a seguir un curso crónico estable. Aunque existen casos que evolucionan irregularmente en los cuales se manifiestan síntomas propios de la patología en forma moderada, luego cesan y reaparecen por largos espacios de tiempo, cronificándose en algunos casos. También suele suceder que después de un extenso período en el cual padece distintos síntomas, el paciente logra estabilizarse y volver a sus actividades.

Bleuler señala que los casos crónicos mejoran con el paso de los años, los sujetos afectados logran adaptarse a la realidad de alguna manera.

Con relación al curso de los síntomas esquizofrénicos afirma que en todos los casos, éstos pueden incorporarse o desaparecer, aunque “la mayoría de los pacientes mantiene durante todo el curso de la enfermedad pautas muy consecuentes y típicas” (Bleuler, 1911, p. 263).

Considera que la remisión se puede observar en un alto porcentaje de pacientes y que la misma está determinada por el cese de cierta cantidad de síntomas. Asimismo agrega que es más probable que las recaídas se

produzcan cuando las mejorías son súbitas que cuando ocurren gradualmente.

Tratamiento

Bleuler, refiriéndose a su época, expresa en su libro: “digámoslo abiertamente, ... en la actualidad no conocemos ninguna medida que cure la enfermedad como tal, o que produzca siquiera una detención del proceso” (Bleuler, 1911, p. 487). Entiende que se pueden sugerir los mismos métodos utilizados en la terapéutica de las enfermedades mentales en general.

Desestima el uso de los diversos procedimientos terapéuticos aplicados en su época, tales como drogas para aliviar la patología, castración, tratamiento ginecológico, inducción de fiebre artificial para la remisión de síntomas, purgas, entre otros, por carecer éstos de efectividad salvo en pocos casos.

Para los casos leves propone la terapéutica ocupacional. También destaca los efectos terapéuticos de las tareas al aire libre.

Con relación a la internación, considera que se debe indicar cuando se hace imposible la contención del paciente en su hogar. La hospitalización no logra la cura del sujeto pero es necesaria para atenuar los estados agudos. El tratamiento en la institución consiste en educar al paciente para que restablezca el contacto con la realidad, es decir que pueda superar el autismo. También agrega que los riesgos de la internación pueden ser el exceso de aislamiento y el acostumbramiento a la vida hospitalaria. Según Bleuler “en general, es preferible tratar a estos pacientes bajo sus

circunstancias usuales y dentro de su medio ambiente habitual. No se debe admitir al paciente en el hospital sólo porque sufre de esquizofrenia sino cuando hay una indicación definida de hospitalización” (Bleuler, 1911, p. 489).

Juzga fundamental el juicio del médico a cargo y expresa: “Debe dejarse a criterio del médico la manera a tratar a cada caso individual. Se debe considerar no sólo a la propia personalidad del paciente sino también a la del mismo médico. Un método que ha demostrado ser valioso en manos de un médico, puede fracasar en manos de otro” (Bleuler, 1911, p. 496).

Propone al *psicoanálisis* como único tratamiento serio para la esquizofrenia, refiriéndose al mismo con el concepto de *método psíquico*.

LA PSIQUIATRÍA ACTUAL

Definición de Esquizofrenia

Actualmente la psiquiatría considera a la esquizofrenia como: “una enfermedad o un grupo de trastornos, que comprende una desorganización severa del funcionamiento social, así como alteraciones características de tipo cognoscitivo, afectivo y del comportamiento. Su importancia en el campo de la psiquiatría actual depende no tanto del número de personas afectadas sino de la gravedad del fenómeno, pues su comienzo en plena juventud y sus manifestaciones residuales o recidivantes influyen negativamente en la escolaridad, el trabajo productivo y la vida familiar” (González, en Toro y Yepes, 1997, p. 104).

Manifestaciones Clínicas

“Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad y la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia; el diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social” (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM IV], 1995, p. 280).

Para la psiquiatría actual adquirió importancia, desde hace más de una década, la división de los signos y síntomas en dos grupos: positivos y negativos. Esta distinción es de gran interés tanto desde el punto de vista teórico, como para el tratamiento y pronóstico de la esquizofrenia. Se elaboraron escalas para su evaluación objetiva y de éstas se pudo deducir que dichos síntomas no representan dimensiones excluyentes, pues la mayoría de los pacientes presentan una combinación de ellos.

1. *Síntomas positivos*: representan una distorsión o aumento de algunas funciones mentales. Comprenden trastornos perceptivos y del pensamiento, trastornos del lenguaje y la comunicación -lenguaje desorganizado- y de la organización del comportamiento -comportamiento gravemente desorganizado o catatónico-, que a continuación se detallan:

- *Trastornos perceptivos*. Las *alucinaciones* son “experiencias sensoriales o percepciones sin estímulos externos correspondientes ... ” (Kaplan y Sadock, 1987, p. 213). Se presentan con bastante frecuencia en los sujetos esquizofrénicos. Las más comunes son las auditivas, luego las cenestésicas y con menor frecuencia las visuales. Las *alucinaciones auditivas* son percibidas en forma de dos o más voces que hablan entre sí acerca del paciente o se dirigen a él de manera crítica, acusatoria, insultante, amenazante, burlona o imperativa. Las frases son persistentes y continuas, pueden proceder de lugares distantes o cercanos, del propio cuerpo del sujeto, de la radio, el televisor o de otras personas. La conducta del paciente es influida por las alucinaciones, por lo que su actitud puede ser de escucha, de obediencia u oposición a las órdenes y también puede

establecer soliloquios. El *pensamiento sonoro* es una forma típica de alucinación, el paciente dice oír sus propios pensamientos formulados externamente en palabras o repetidos en voz alta *-eco del pensamiento-*.

Las *alucinaciones cenestésicas*, aluden a “sensaciones de estados alterados en los órganos del cuerpo, sin que un aparato receptor especial explique las sensaciones, por ejemplo, sensación de quemadura en el cerebro ...” (Kaplan y Sadock, 1987, p. 214).

- *Trastornos del pensamiento*. La *percepción delirante* “consiste en una intuición especial como respuesta a una percepción normal” (Toro y Yepes, 1997, p. 107). Generalmente está precedida o acompañada de un estado emocional denominado *humor delirante* y que es la impresión angustiosa de que algo puede suceder pero no es comprendido. La percepción delirante intenta dar significado a ciertas situaciones reales. Primero aparece la percepción y luego la explicación con un sentido de clarividencia, revelación o mensaje oculto, “por ejemplo ... las estrellas que titilan anuncian la venida del Mesías ...” (Toro y Yepes, 1997, p. 107). Las *ideas delirantes* forman parte de los trastornos del pensamiento y son definidas como ideas falsas, dotadas de convicción, irreductibles, y con un tono afectivo que suele orientar la conducta. No se pueden corregir mediante el razonamiento y son idiosincrásicas para el paciente, es decir, que no forman parte de su ambiente cultural. Una persona que no padece psicosis puede tener una idea falsa en la cual cree firmemente *-convicción-*, pero no ser irreductible, puede reconocer su error si se le presentan argumentos. Las ideas delirantes pueden ser precedidas por los fenómenos predelirantes

antes descriptos. Entre las más frecuentes se encuentran las *ideas delirantes de influencia* por las que el sujeto tiene la convicción de estar influido por fuerzas mágicas u ocultas que dirigen su conducta a distancia. Pueden tener un matiz religioso o demoníaco. *Ideas delirantes de persecución*: “la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada” (DSM IV, 1995, p. 281), también cree que lo pueden asesinar. *Ideas delirantes de autorreferencia*: “la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella” (DSM IV, 1995, p. 281). Un grado mayor del fenómeno autorreferencial es la *idea delirante de alusión* por la que el paciente interpreta toda situación con significado directamente personal. La *idea delirante de difusión del pensamiento* consiste en la impresión subjetiva de que los pensamientos son divulgados hacia otras personas por medio de micrófonos, radios, etc., lo cual da lugar a interpretaciones secundarias acerca de las actitudes de quienes rodean al paciente.

“Si bien las ideas delirantes extrañas son consideradas especialmente típicas de la esquizofrenia, la «rareza» puede ser difícil de juzgar, especialmente a través de diferentes culturas. Las ideas delirantes se califican como extrañas si son claramente improbables e incomprensibles y si no derivan de las experiencias corrientes de la vida. Generalmente, se consideran extrañas las ideas delirantes que expresan una pérdida del control sobre la mente o el cuerpo ... éstas incluyen la creencia de que los pensamientos han sido captados por alguna fuerza exterior («robo del

pensamiento»), que pensamientos externos han sido introducidos en la propia mente («*inserción del pensamiento*») o que el cuerpo o los actos son controlados o manipulados por alguna fuerza exterior («*ideas delirantes de control*») ... (DSM IV, 1995, p. 281)¹. Algunos autores incluyen a las ideas delirantes extrañas dentro de lo que denominan “*experiencias de pasividad*” (Toro y Yepes, 1997, p. 108).

- *Trastornos del lenguaje y la comunicación -lenguaje desorganizado-*. “El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede «perder el hilo», saltando de un tema a otro («*descarrilamiento*» o *pérdida de las asociaciones*); las respuestas pueden tener una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas («*tangencialidad*»); y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar tan gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística («*incoherencia*» o «*ensalada de palabras*»)” (DSM IV, 1995, p. 282)². Estas diversas formas de expresión del sujeto esquizofrénico sumadas al empleo de palabras completamente originales -*neologismos*-, hacen este lenguaje parcialmente incomprensible. Aunque algunos autores como Bleuler consideran que el *pensamiento desorganizado* -pérdida de las asociaciones, trastorno formal del pensamiento- es la característica simple más importante de la esquizofrenia, el DSM IV especifica que “debido a la dificultad intrínseca para establecer una definición objetiva del «trastorno del

¹ La letra cursiva es mía.

² Ídem anterior.

pensamiento» y puesto que en el contexto clínico las inferencias acerca del pensamiento se basan principalmente en el lenguaje del sujeto, en la definición de esquizofrenia utilizada en este manual se ha puesto énfasis en el concepto de lenguaje desorganizado ... “ (DSM IV, 1995, p. 281). Sin embargo Toro y Yepes (1997) incluyen los trastornos del lenguaje dentro del ítem *trastornos ideoverbales* entendiendo que el lenguaje desorganizado es producto de “la pérdida o laxitud de asociaciones que van a manifestarse como desorganización conceptual, expresión fragmentaria y ausencia clara de significación ... “ (Toro y Yepes, 1997, p. 109).

- *Comportamiento gravemente desorganizado o catatónico*. “El comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse en varias formas, que comprenden desde las tonterías infantiloides hasta la agitación impredecible” (DSM IV, 1995, p. 282). Se pueden observar problemas en cualquier tipo de conducta dirigida a un fin, lo cual ocasiona dificultades en la ejecución de actividades de la vida cotidiana como organizar las comidas, mantener la higiene, cuidar su peinado y su vestimenta. Los comportamientos motores catatónicos comportan una significativa disminución de la reactividad al entorno y se presentan como: *estupor catatónico* -grado extremo de falta de atención-, *rigidez catatónica* -postura rígida y resistencia a la fuerza ejercida para ser movido-, *negativismo catatónico* -resistencia activa a las órdenes o los intentos de ser movido-, *posturas catatónicas* -posturas inapropiadas o extrañas- o *agitación catatónica* -actividad motora excesiva sin propósito ni estímulo provocador-.

Los síntomas catatónicos no son específicos de la esquizofrenia y pueden ocurrir en otros trastornos mentales.

2. *Síntomas negativos*: representan una disminución o pérdida de algunas funciones mentales, “constituyen una parte sustancial de la morbilidad asociada con el trastorno. Tres síntomas negativos — aplanamiento afectivo, alogia y abulia— están incluidos en la definición de esquizofrenia ... ” (DSM IV, 1995, p. 282). El *aplanamiento afectivo* es particularmente frecuente y se caracteriza por inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. La *alogia*, pobreza del habla, se manifiesta a través de réplicas breves, lacónicas y vacías. El sujeto con alogia parece tener una reducción de los pensamientos que se expresa en un descenso de la fluidez y la productividad del habla. La *abulia* se caracteriza por la incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. “El aislamiento social o el lenguaje empobrecido pueden no considerarse síntomas negativos cuando son consecuencia de un síntoma positivo (p.e., una idea delirante paranoide o una alucinación importante)” (DSM IV, p. 283).

Subtipos Clínicos

“El diagnóstico de un subtipo en particular está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación o el ingreso más recientes y, por tanto, puede cambiar con el tiempo. Es frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un subtipo” (DSM IV, 1995, p. 292).

Subtipo paranoide: su característica principal es la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas, con conservación de las capacidades cognitiva y afectiva. Predominan los delirios de persecución y de grandeza aunque pueden presentarse delirios con otra temática. Las ideas delirantes pueden ser múltiples pero pueden estar organizadas entorno a un tema coherente. Las alucinaciones habitualmente están relacionadas con el contenido de la temática delirante.

El inicio suele ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo. El deterioro cognoscitivo es mínimo por lo que este subtipo tiene buen pronóstico, en especial en lo referido a la actividad laboral y a desarrollar una vida independiente.

Subtipo desorganizado: sus características principales son lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado y aplanamiento afectivo. En el caso de presentar ideas delirantes y alucinaciones, éstas son fragmentadas y no están organizadas en torno a un tema coherente.

Se asocia con una personalidad premórbida, a un inicio temprano y a un curso continuo sin remisiones significativas. Históricamente y en otras clasificaciones, este subtipo se denomina *hebefrénico*.

Subtipo catatónico: su característica principal es “una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo, peculiaridades del movimiento voluntario, ecolalia o ecopraxia” (DSM IV, 1995, p. 294). En estados de estupor o agitación catatónica graves, el sujeto suele requerir una cuidadosa

supervisión para evitar la malnutrición, el agotamiento y el daño a sí mismo o a terceros.

Subtipo indiferenciado: presenta un conjunto de síntomas que cumplen el criterio A de esquizofrenia pero no reúne las pautas de diagnóstico de otros subtipos.

Subtipo residual: se utiliza cuando hubo al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es evidente la existencia de síntomas psicóticos positivos. Las manifestaciones continuas de la alteración son: la presencia de síntomas negativos o dos o más síntomas positivos atenuados. Si existen ideas delirantes o alucinaciones, carecen de una carga afectiva fuerte. Su curso puede ser limitado en el tiempo y representar una transición entre un episodio agudo y la remisión completa, aunque también puede persistir durante muchos años, con o sin exacerbaciones agudas.

Subtipo simple: este subtipo no está incluido en la clasificación del DSM IV pero lo toman otros autores³. Se caracteriza por su desarrollo insidioso pero progresivo, con un comportamiento extravagante, incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y una disminución del rendimiento general -apatía, indiferencia y desinterés marcados-. No presenta evidencias de alucinaciones ni de ideas delirantes. Pueden

³ Borra, C; Vázquez Barquero, J y otros. (1999). "Esquizofrenia y trastornos relacionados", en Vázquez Barquero, J. "Psiquiatría en atención primaria" (pp. 215-216). Ed. Grupo Aula Médica.

Kaplan, H; Sadock, B. (1987). "Compendio de Psiquiatría" (p. 223). Ed. Salvat.

Maureso, P. (2001) "Las psicosis desde la observación psiquiátrica". En Fernández, E. "Diagnosticar las psicosis" (p. 92). Ed. Letra Viva.

aparecer síntomas negativos sin haber sido precedidos por claros síntomas positivos. El afecto está embotado, con escasa respuesta emocional y pobreza afectiva. Progresa hacia un agravamiento de la inafectividad y el desinterés. Ante la ausencia de signos floridos, este cuadro es difícil de diagnosticar.

Curso y Pronóstico

Según Toro y Yepes (1997) la esquizofrenia comienza con una *fase prodrómica* que a veces dura un tiempo prolongado -puede ser hasta un año-. Sus manifestaciones son retraimiento social, descuido en el aseo personal y en el vestir, afectividad embotada, ideación extraña, experiencias perceptivas poco comunes y falta de iniciativa o energía. A ésta le sigue una *fase activa* que se caracteriza por la aparición de síntomas alucinatorios, delirantes y del comportamiento que alertan al contexto familiar y generalmente llevan a la intervención médica. Finalmente, la *fase residual* es similar a la prodrómica. Los síntomas psicóticos pueden persistir pero con menor intensidad. Puede haber, sin embargo, una remisión total o una manifestación de síntomas depresivos que constituyen la *depresión post-psicótica*.

“La edad media de inicio para el primer episodio psicótico de la esquizofrenia es a mitad de la tercera década de la vida en los varones y al final de esa década en las mujeres. El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica

manifestada por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas ...” (DSM IV, 1995, p. 288).

La edad de inicio de la esquizofrenia puede tener significación pronóstica y fisiopatológica. En los varones, suele tener un inicio a edad más temprana. Éstos también presentan peor adaptación premórbida, más evidencias de anormalidades cerebrales, signos y síntomas negativos más evidentes, mayor deterioro cognoscitivo y peor evolución. En las mujeres el inicio suele ser más tardío, muestran menos evidencias de anormalidades cerebrales, menor deterioro cognoscitivo y presentan mejor evolución.

El curso de la patología es variable con exacerbaciones y remisiones en algunos sujetos mientras que en otros se cronifica. La remisión completa no es habitual. En cuanto a los pacientes que siguen padeciendo la enfermedad, algunos parecen tener un curso relativamente estable, mientras que otros exhiben un empeoramiento progresivo asociado a una incapacidad grave.

Los síntomas negativos pueden aparecer en la fase prodrómica. Los síntomas positivos aparecen después y como son sensibles al tratamiento suelen disminuir, pero en muchos sujetos los síntomas negativos persisten entre los episodios de síntomas positivos. Es posible que los síntomas negativos puedan volverse progresivamente más evidentes en algunos sujetos a lo largo del curso de la enfermedad.

Diversos estudios señalan que existen varios factores asociados a un mejor pronóstico, los cuales son “buen ajuste premórbido, el inicio agudo, una edad más avanzada de inicio, sexo femenino, acontecimientos

precipitantes, alteraciones del estado de ánimo asociadas, duración breve de los síntomas de la fase activa, buen funcionamiento entre los episodios, síntomas residuales mínimos, ausencia de anormalidades cerebrales estructurales, función neurológica normal, historia familiar de trastorno del estado de ánimo y no tener historia familiar de esquizofrenia” (DSM IV, 1995, p. 288).



Diagnóstico

Criterios Diagnósticos del DSM IV

A. *Síntomas característicos*: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):

(1) ideas delirantes, (2) alucinaciones, (3) lenguaje desorganizado (p.e., descarrilamiento frecuente o incoherencia), (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado, (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: Sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

B. *Disfunción social/laboral*: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al

inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

C. *Duración*: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p.e., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

D. *Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado de ánimo*: El trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.

E. *Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica*: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.e., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.

F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).

Clasificación del curso longitudinal:

-Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.

-Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.

-Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); especificar también si: con síntomas negativos acusados.

-Episodio único en remisión parcial; especificar también si: con síntomas negativos acusados.

-Episodio único en remisión total.

-Otro patrón o no especificado: menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa (DSM IV, 1995, p. 291-292)⁴.

Etiología

Aunque se señalan diversos factores como causantes o precipitantes de la esquizofrenia, ninguna hipótesis tiene aceptación plena hasta el momento, defendiéndose actualmente la idea de que para explicar las

⁴ La letra cursiva es mía.

causas de esta enfermedad es necesario utilizar modelos etiopatogénicos multifactoriales.

Lo que aporta la psiquiatría son *hallazgos*. El DSM IV (1995) no presenta un apartado específico sobre la etiología de la esquizofrenia, pero hace referencia a *hallazgos de laboratorio y patrón familiar*. En lo concerniente a los hallazgos menciona que “hay datos de laboratorio que son anormales en grupos de sujetos con esquizofrenia en relación con sujetos normales” (DSM IV, 1995, p. 286). En sujetos con esquizofrenia se pudo demostrar, de manera consistente, la existencia de *anormalidades estructurales del cerebro*, además algunos sujetos pueden tener un *flujo sanguíneo cerebral anormal* o una *anormal utilización de la glucosa* en áreas específicas del cerebro; y agrega, que *hallazgos neuropsicológicos* incluyen tiempos de reacción lentos, anormalidades en el seguimiento ocular y deterioro de la transmisión sensorial. Con relación al patrón familiar afirma que “a pesar de que numerosos datos sugieren la importancia de los *factores genéticos* en la etiología de la esquizofrenia, la existencia de una discordancia sustancial de la frecuencia en gemelos monocigotos también indica la importancia de los *factores ambientales*” (DSM IV, 1995, p. 289)⁵.

En los libros de psiquiatría consultados, además de mencionar las hipótesis etiológicas citadas por el DSM IV, agregan que algunos investigadores postulan como posibles causas de la esquizofrenia, *alteraciones tempranas del neurodesarrollo*. Según esta hipótesis una noxa en los primeros meses de gestación, llevaría a alteraciones en la migración y

⁵ La letra cursiva es mía.

la organización neuronal en áreas específicas del cerebro. Estas alteraciones serían inicialmente compensadas por otros sistemas y sólo se hacen evidentes en la adolescencia o adultez temprana, cuando aumentan las exigencias de adaptación al medioambiente. Otra hipótesis etiológica se fundamenta en diversas pruebas que indican que los síntomas de la esquizofrenia están relacionados con *anomalías neuroquímicas*. La explicación más aceptada es la *hipótesis dopaminérgica* que sugiere que los síntomas de la esquizofrenia se deben principalmente a una hiperactividad del sistema dopaminérgico. Se ha comprobado que las sustancias que producen estimulación de los receptores dopaminérgicos centrales, como la L-Dopa o las anfetaminas, pueden producir síntomas similares a los descritos en la esquizofrenia. Además la evidencia más importante a favor de esta hipótesis es la correlación entre la eficacia clínica de los fármacos antipsicóticos y su capacidad de bloquear los receptores dopaminérgicos -en especial los D2-. Sin embargo, los antipsicóticos atípicos no muestran esta relación, lo cual indicaría que hay otros sistemas de neurotransmisores implicados en la génesis de la esquizofrenia, posiblemente la noradrenalina, la serotonina, el ácido glutámico y el GABA.

Actualmente son objeto de investigación, la importancia de los *activadores ambientales* de la esquizofrenia entre los que se toman en cuenta los factores psicosociales, orden de nacimiento, edad de la madre y complicaciones perinatales.

Tratamiento

El DSM IV no dedica ningún apartado al tema del tratamiento. Otros autores (Kaplan y Sadock, 1987; Rovner, n/d (s/f); Toro y Yepes, 1997; Vázquez Barquero, 1999) coinciden en que la tendencia actual en la terapéutica aplicada a los sujetos con esquizofrenia debe contemplar: *administración de psicofármacos y cuidados integrales como: tratamientos psicosociales, psicoterapia y rehabilitación.*

“El paciente debe ser hospitalizado en caso de presentar pérdida notable del sueño, alucinaciones auditivo-verbales imperativas, ideas delirantes persecutorias intensas o peligro para sí o para terceros. De lo contrario debe preferirse el tratamiento ambulatorio” (Toro y Yepes, 1997, p. 118). Otros autores coinciden con esta observación y expresan que la hospitalización “ha de ser breve ... ” y que la estrategia terapéutica se debe acercar “al modelo de intervención en crisis, según el cual se favorece un rápido retorno del paciente a su medio habitual” (Vázquez Barquero, 1999, p. 218).

Tratamiento Farmacológico

Debido a que la esquizofrenia es una enfermedad mental con tendencia a la cronicidad, los objetivos de establecer esta terapéutica a largo plazo son:

1. Permitir la desinstitucionalización de los pacientes en los que este objetivo es alcanzable.

2. Tratar al paciente en episodio agudo con gradual reducción de alucinaciones y delirios, eventualmente lograr la reducción de los trastornos del pensamiento y mejoría de un amplio rango de síntomas negativos.

3. Mantener la mejoría y el funcionamiento entre los episodios agudos.

4. Prevenir la aparición de nuevos episodios y en caso de una recaída psicótica, tratarla con energía y rapidez.

5. Mejorar los síntomas del humor y cognitivos del paciente.

6. Intentar evitar que el paciente, en casos puntuales, se haga daño o dañe a terceros o que tome decisiones que lo perjudiquen personal, familiar o socialmente.

7. Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

De modo general se puede destacar, dentro del tratamiento farmacológico, el uso de *antipsicóticos*, *ansiolíticos* -en casos de agitación marcada- y *anticolinérgicos* -cuando se presentan efectos adversos de los antipsicóticos y cuando persisten los efectos extrapiramidales después de disminuir las dosis de los mismos-.

Los *antipsicóticos* se dividen en *típicos* y *atípicos* y *de depósito*. Los *antipsicóticos típicos*, -también llamados *neurolepticos* por sus efectos secundarios-, en su mayoría fueron introducidos entre los años 1950 y 1970. Las drogas más utilizadas son Haloperidol, Clorpromazina, Levomepromazina y Trifluoperazina. La mayoría son útiles en el tratamiento del episodio agudo. Actúan bloqueando los receptores de dopamina, por lo que intervienen en la reducción paulatina de los síntomas positivos. Sus *efectos adversos* son tan frecuentes y notables que constituyen una de las

causas de abandono del tratamiento. Entre ellos se pueden citar: (a) *síntomas extrapiramidales*, que remiten al suspender la medicación y se manifiestan por alteraciones en la marcha y la postura. En este grupo de efectos adversos se incluye la *distonía aguda* que consiste en movimientos incoordinados, por espasmos musculares, y posturas anormales de las extremidades, de aparición más o menos brusca; la *acatisia* que cursa con agitación e inquietud motora de miembros inferiores con dificultad para permanecer sentado; y el *pseudoparkinsonismo* que presenta marcha lenta, temblor de reposo, rigidez postural, etc., (b) *disquinesia tardía* que se manifiesta con movimientos estereotipados e involuntarios y tics orales, de inicio insidioso y que llevan a trastornos en la deglución y el habla, problemas respiratorios, anomalías en la marcha y en las posturas, disminución de peso, ansiedad y depresión. Aparece tras un tiempo de tratamiento -al menos tres meses-, suele ser irreversible y a veces el paciente puede llegar al suicidio, (c) *síndrome neuroléptico maligno -SNM-*, es potencialmente fatal, cursa con destrucción de fibras musculares, hipertermia, falla metabólica, insuficiencia renal aguda, deshidratación, coma y en algunos casos la muerte.

Estos antipsicóticos no eliminan los síntomas negativos y del humor y pueden empeorar la cognición de los pacientes esquizofrénicos.

Los *antipsicóticos atípicos*, como grupo, modificaron las perspectivas evolutivas y de pronóstico de la esquizofrenia, aunque existen diferencias entre ellos. Cubren la necesidad de atender todo el espectro sintomático de la enfermedad: síntomas positivos, negativos, cognitivos, depresivos y del

humor, producen menos efectos adversos y no provocan el síndrome neuroléptico maligno. Las drogas son Clozapina que es eficaz pero en nuestro país, debido a sus efectos adversos, su uso está restringido a pacientes con esquizofrenia refractaria a otros medicamentos y se debe administrar bajo un estricto control. Risperidona, de eficacia mediana en síntomas positivos y pobre en otros síntomas; puede producir síntomas extrapiramidales. Olanzapina, es eficaz en el tratamiento de todos los síntomas de la esquizofrenia y es el único de los atípicos aprobado para el tratamiento de mantenimiento de esta patología. Un efecto adverso reportado en pacientes predispuestos es el aumento de peso -característica común a todos los atípicos-. Es uno de los antipsicóticos de elección para la terapéutica de las distintas etapas de la esquizofrenia. Quetiapina y Ziprasidona, sus recientes introducciones y la escasa experiencia clínica, impiden una evaluación definitiva. La Ziprasidona podría provocar arritmias cardíacas que conducirían a la muerte súbita.

Los *antipsicóticos de depósito* fueron creados para los casos de pacientes reticentes a sostener el tratamiento. Mantienen una concentración estable en el organismo y se aplican cada tres o cuatro semanas.

Las drogas se eligen en función de la particularidad de cada paciente. Si se tienen en cuenta los efectos adversos, es importante que el médico realice una elección bien fundamentada del psicofármaco. Para ello es necesario conocer la patobiografía del paciente y los resultados de tratamientos previos -evaluando eficacia y seguridad de la medicación recibida-. También es conveniente individualizar la terapéutica en base a la

sintomatología presente en el paciente, su respuesta terapéutica y reacciones adversas al tratamiento. Además se debe tener en cuenta que el paciente y su familia necesitan un buen tratamiento en la fase aguda y en la fase de mantenimiento, que garantice los mayores estándares posibles de calidad de vida y reintegración social del paciente.

Tratamiento Farmacológico en Distintas Fases de la Esquizofrenia

Fase aguda: requiere una atención psiquiátrica especializada, hospitalización -si es necesaria- y la administración de antipsicóticos.

Una vez administrados los psicofármacos, los síntomas como agitación psicomotora, hostilidad e insomnio, tienden a desaparecer en los cinco primeros días. Las alucinaciones suelen disminuir en las primeras dos semanas para desaparecer a las cuatro semanas. Las ideas delirantes lo hacen más lentamente, al igual que algunos síntomas negativos. Cuando el paciente es tratado de manera ambulatoria, la sintomatología puede demorar más tiempo en mejorar.

Fase de mantenimiento o sostenimiento: su objetivo es prevenir o retrasar las recaídas. Es necesario que el tratamiento de mantenimiento se prolongue, a dosis adecuadas, durante un período de tiempo suficiente. La duración de esta fase depende de las características clínicas individuales, los antecedentes y las condiciones ambientales (p.e., después de un episodio agudo, se recomienda mantener el tratamiento entre uno y dos años; después de dos episodios agudos el tratamiento debería durar al menos cinco años; si hubo más episodios agudos se recomienda mantener

el tratamiento durante toda la vida). Se recomienda que la dosis de antipsicóticos administrada durante el episodio agudo, no se reduzca significativamente en los primeros seis meses porque existe el riesgo de recaídas tempranas. Otro factor implicado en las recaídas es la frecuente irregularidad o discontinuidad por parte del paciente al tomar la medicación. En estos casos se indican los antipsicóticos de depósito.

Cuidados Integrales del Paciente con Esquizofrenia

Tratamientos Psicosociales: sus objetivos se orientan a fortalecer la red de apoyo social del paciente, desarrollar sus habilidades sociales mediante el entrenamiento en técnicas de resolución de problemas y técnicas de manejo de la ansiedad, fomentar el desarrollo de conductas de autonomía y cuidado personal, estimular la participación en actividades de ocio y grupos psico-educativos, favorecer la integración en el ámbito laboral. Dentro de esta terapéutica se pueden citar la *psicoeducación* y la *terapia familiar educativa* que proporcionan información, al paciente y la familia, acerca de los síntomas, diagnóstico, problemas biológicos y ambientales y el tratamiento farmacológico de la esquizofrenia, con el fin de favorecer una actitud positiva del paciente frente al tratamiento y lograr el apoyo de su familia. Además se realiza el *entrenamiento en aptitudes sociales* por el cual se enseña a los pacientes, conductas sociales adecuadas que les permitan afrontar situaciones específicas. También se incluye la *terapia ocupacional*.

Psicoterapia: actualmente “se acepta en general que los pacientes esquizofrénicos pueden beneficiarse de la psicoterapia y que puede

establecerse ... una relación, aunque ésta se halle intensamente cargada y sea muy diferente de la hallada en el tratamiento de las neurosis” (Kaplan y Sadock, 1987, p. 230).

Rehabilitación: su objetivo consiste en la readaptación social y laboral del paciente, el uso del tiempo libre y el desarrollo de capacidades para el manejo de diversas situaciones familiares y sociales; y se trabaja con las condiciones creadas en los distintos tratamientos psicosociales. “Dada la alta reactividad a situaciones sociales de este tipo de pacientes, la rehabilitación debe establecerse de manera gradual, procurando evitar la exacerbación de síntomas agudos” (Toro y Yepes, 1997, p. 121). Suele estar a cargo del servicio de terapia ocupacional de las instituciones que asisten esta patología.

El Psicoanálisis

LOS APORTES DE LACAN

El Retorno a Freud

Según Mazzuca (2001), el trabajo de Lacan estuvo guiado por la consigna de un retorno a Freud, a sus conceptos y a su práctica. Aunque su enseñanza se considera original porque no se limitó a repetir sus enunciados, siempre tuvo el propósito de volver a lo esencial de los conceptos freudianos. Entiende que las perspectivas que Freud compartía con su época están superadas, en especial el punto de vista biologicista. Considera que Freud, estuvo limitado por el paradigma y los ideales dominantes en el medio científico en el cual elaboró su saber, aún cuando lo esencial de su creación estuviera en contradicción con los ideales de su época.

Lacan, desde otro punto de vista, intenta rescatar lo original del pensamiento de Freud que coincide con aquello en lo que Freud disintió con sus contemporáneos incluidos algunos de sus discípulos. Se propone recuperar la enunciación de Freud. De esta forma estudia los conceptos freudianos a la luz de otras disciplinas y teorías e introduce en el psicoanálisis, conceptos nuevos como el de *subjetividad*.

Lacan tenía un conocimiento sólido en cuanto a la teoría y la práctica sobre psicosis antes de vincularse con el psicoanálisis. En su formación como psiquiatra fue discípulo de De Clérambault de quien recibió las enseñanzas de la clínica francesa. También valoró y estudió los aportes de

la psiquiatría alemana, lo cual se refleja en su tesis de doctorado sobre la psicosis paranoica de 1932, en cuya elaboración siguió las ideas de Jaspers.

Al trabajar sobre dicha tesis, Lacan toma contacto con la obra de Freud, en especial el historial de Schreber. Considera que lo construido por Freud en el análisis de este caso tiene mayor valor que lo construido por la psiquiatría. Sin embargo no rechaza el saber aportado por la psiquiatría, lo conserva, pero a lo largo del tiempo en su obra se observa un desplazamiento desde su enfoque influido por las ideas de Jaspers a la valoración de las enseñanzas de De Clérambault. Así, en el Seminario 3, logra unificar las teorías de Freud con las de De Clérambault, con la mediación de la lingüística estructural.

Con relación a la clínica, Lacan distingue lo que denomina *estructuras freudianas: neurosis, psicosis y perversión*. Las cuales no son mencionadas por Freud pero Lacan las extrae de la lectura de sus textos. Neurosis y perversión, según Lacan, constituyen vicisitudes en el recorrido edípico y se ubican opuestas a la psicosis. La psicosis "responde a la ausencia del edipo. Sus formaciones ... transcurren por fuera del edipo, de sus instancias y mecanismos" (Mazzuca, 2001, p. 97).

La oposición neurosis-psicosis resulta decisiva para la clínica. De forma general se puede decir que "las distinciones clínicas que en Freud están planteadas en términos psicopatológicos, fundamentalmente como mecanismos de formación del síntoma, en Lacan se formulan en términos de posiciones subjetivas" (Mazzuca, 2001, p. 97). Para extender la práctica psicoanalítica al campo de las psicosis, Lacan tiene en cuenta dos

cuestiones: la respuesta inversa de las posiciones neurótica y psicótica en relación con la interpretación y la transferencia y, especialmente, las objeciones expuestas por Freud al tratamiento psicoanalítico de las psicosis, a las que Lacan denominó como la *cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis* y que necesariamente se deben resolver para afrontar su tratamiento. Así Lacan sienta las bases para el trabajo de los psicoanalistas con los psicóticos, camino que es continuado por los analistas que siguen sus enseñanzas.

La Elaboración Lacaniana sobre las Psicosis

Según Mazzuca (2001) y É. Fernández (1999, 2001), Lacan elaboró la teoría a lo largo de toda su obra, en la cual se pueden distinguir cinco momentos:

1. *Conceptualización acerca del estadio del espejo.* Lacan explica el mecanismo de la *identificación*. Existe una matriz simbólica que preexiste al yo y predetermina sus características formales. A la vez existe un desajuste entre el sentimiento de incoordinación -imagen fragmentada- que experimenta el bebé, antes de adquirir el lenguaje, y el efecto de completud que le concede la imagen del otro con la que se identifica. Son fundamentales, para el proceso de identificación, las diversas figuras del otro que en él participan: la del otro, partenaire imaginario con quien el yo se identifica y el Otro, matriz simbólica que lo preexiste. La falta de esta matriz simbólica tiene como consecuencias: la no constitución del cuerpo como propio -cuerpo fragmentado-, la ausencia de agresividad como respuesta a

la intrusión del otro, la desinvestidura libidinal del cuerpo. “El sujeto queda como cuerpo despedazado, queda como “a” resto caído y no causa de deseo” (Fernández, 2001, p. 33). Lacan trata así, de dar cuenta de la participación del yo en las psicosis y reconoce “en las formas mentales que constituyen las psicosis, la reconstitución de estadios anteriores del yo que se caracterizan, a su vez, por el estadio del objeto que le es correlativo” (Mazzuca, 2001, p. 100).

2. *La dialéctica hegeliana.* Influida por Hegel, en este período “Lacan define ... la posición del psicótico como la del sujeto que ha renunciado a la dialéctica de la palabra” (Mazzuca, 2001, p. 101). El sujeto está en el lenguaje pero no puede establecer una relación dialéctica con él, está fuera del discurso.

3. *La forclusión del significante del nombre del padre y la exclusión de la significación fálica y la metáfora paterna.* En el Seminario 3, dedicado a las psicosis, Lacan realiza un planteo estructural con la finalidad de ir más allá de la fenomenología de las psicosis y hallar qué la produce. Afirma que “... la confianza que tenemos en el análisis del fenómeno es totalmente diferente a la que le concede el punto de vista fenomenológico, que se dedica a ver en él lo que subsiste de la realidad en sí. 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 los explique” (Lacan, 1955-56, p. 207).

Toma el concepto de *estructura* del antropólogo Levi Strauss, quien la considera *una organización simbólica que establece leyes que determinan a los actores involucrados*. Lacan entiende que esta organización es proporcionada por el *complejo de Edipo*, el cual sería el intermediario entre la ley social y la transmisión individual de dicha ley. Además conjetura que en el origen de la sociedad humana existe una ley simbólica que organiza y determina lugares y funciones: “Si Freud insistió tanto en el complejo de Edipo que llegó hasta construir una sociología de tótemes y tabúes, es, manifiestamente, porque la Ley está ahí ab origine. Está excluido, en consecuencia, preguntarse por el problema de los orígenes: la Ley está ahí justamente desde el inicio, desde siempre, y la sexualidad humana debe realizarse a través de ella. Esta Ley fundamental es ... una ley de simbolización. Esto quiere decir el Edipo” (Lacan, 1955-56, p. 121-122). Tratando de establecer un criterio universal, recurre a la estructura del lenguaje por su universalidad, y estudia en ella sus tres registros: imaginario, simbólico y real. “Lo Simbólico es el campo del Otro Lo Imaginario, el campo de la representación, el campo del sentido, el campo del yo de las instancias freudianas; lo Real, aquello que ni lo Simbólico ni lo Imaginario, ni la palabra ni la representación, pueden cubrir” (Vegh, 1993, p. 78).

Lacan también desarrolla los conceptos de *significante* y *significado* de Saussure, y *metáfora* y *metonimia* de Jakobson, como las principales operaciones en la producción del significado. Lacan explica que el

significante "debe tomarse en el sentido del material del lenguaje", no se encuentra aislado sino que forma cadenas con otros significantes. El *significado* es "la significación ... que remite siempre ... a otra significación" (Lacan 1955-56, p. 51); es la articulación entre significantes lo que produce efectos de significado. Las funciones del significante, en tanto produce significado, son la metáfora y la metonimia. La *metonimia* alude a la cadena significante, a las relaciones de contigüidad entre significantes y a su articulación sintáctica, "designa la sustitución de algo que se trata de nombrar Se nombra una cosa mediante otra ... " (Lacan, 1955-56, p. 316). La *metáfora* permite la sustitución de un significante por otro y produce un sentido nuevo. En esta sustitución "no hay comparación sino identificación" (Lacan, 1955-56, p. 313). Según Lacan, la metonimia es condición de la metáfora, "... la metonimia es inicial y hace posible la metáfora" (Lacan, 1955-56, p. 327).

Así, Lacan explica y da cuenta de la estructura psíquica desde el campo de la lingüística y refiere que considerar al significante y a la metonimia es la condición para investigar los trastornos del lenguaje en la neurosis y la psicosis. Considera a los fenómenos de las psicosis como fenómenos de lenguaje, en especial los delirios, pero también neologismos, formas peculiares del lenguaje, etc. cuya determinación principal se explica por la estructura de la palabra y del significante y no por la comprensión del significado. Estudia la *paranoia*, debido a que en ella predominan las producciones delirantes. Explica a las psicosis por una falla a nivel del registro simbólico.

Expone que, en la *estructura neurótica*, el inconciente está estructurado como un lenguaje. El punto por donde el inconciente se estructura con la lógica de la metáfora y la metonimia es un significante, al que denomina *significante del Nombre del Padre*. Es un significante privilegiado cuya presencia en el registro simbólico -castración- imprime el orden de la ley, sin él ninguna significación sería posible. La consecuencia de este punto de anclaje es la aparición de un ordenador: el *falo simbólico*, *significante de la falta*. Al producir ese espacio de ausencia, se abre el juego de los significantes. Lo que se ordena es el campo de las significaciones, el campo del sentido. De esa falta el niño extrae su subjetividad.

En el texto "*De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*", Lacan postula que es por medio de la operación de la *metáfora paterna* -que como toda metáfora lingüística es la sustitución de un término por otro- que se inscribe el significante del nombre del padre, el cual reemplaza al deseo materno. La madre en su condición deseante, constituida por la falta, busca el falo que ella no tiene y su hijo adviene a ese lugar, lugar del falo imaginario. En un primer momento esto es válido y es un tiempo instituyente para el niño, pero para que esta situación no persista es necesario que el deseo de la madre u Otro Primordial (A) sea barrado por la eficacia del Nombre del Padre, lo cual inscribe al sujeto, ya no como prolongación del cuerpo materno, sino en un orden simbólico. Constituida la metáfora paterna, ésta genera un orden, una legalidad en el universo simbólico del sujeto, el niño tiene otro valor, se inscribe en lazos sociales, en un intercambio simbólico. "La metáfora paterna es una operación que

supone una primacía de la significación sobre el significante. De allí que resulte claro que podamos llamar metáfora paterna a la operación por la cual el neurótico instituyó en el campo de los significantes de su saber, una referencia privilegiada que distribuye en este campo las significaciones y, al mismo tiempo, le promete una significación. Esta significación que el sujeto neurótico obtiene de la referencia paterna es la ganancia de su filiación” (Calligaris, 1991, p. 23).

Lacan grafica la relación del sujeto con el Otro, por medio del esquema Lambda: “... la condición del sujeto S (neurosis o psicosis) depende de lo que tiene lugar en el Otro A. Lo que tiene lugar allí es articulado como un discurso (el inconsciente es el discurso del Otro), del que Freud buscó primero definir la sintaxis por los trozos que en momentos privilegiados, sueños, lapsus, rasgos de ingenio, nos llegan de él” (Lacan, 1966, p. 530-531).

El sujeto recibe del Otro su posición respecto de la ley y el resultado del interjuego de la ley edípica le debe permitir asumir su rol sexual, la alteridad. Según Lacan “... se plantea para el sujeto la cuestión de su existencia ... en cuanto pregunta articulada: “¿Qué soy ahí?”, referente a su sexo y su contingencia en el ser, a saber que es hombre o mujer por una parte, por otra parte que podría no ser ...” (Lacan, 1966, p. 531).

¿Cómo se conforma la estructura psicótica? En la relación entre el sujeto y el lenguaje acontece el rechazo de un significante primordial.

En el “*Seminario 3*” Lacan dice: “Previa a toda simbolización -esta anterioridad es lógica y no cronológica- hay una etapa ... donde puede

sucedir que parte de la simbolización no se lleve a cabo. Esta etapa primera precede a toda dialéctica neurótica Puede entonces suceder que algo primordial en lo tocante al ser del sujeto no entre en la simbolización, y sea, no reprimido, sino rechazado” (Lacan, 1955-56, p. 118). Por lo tanto en el origen de la estructura psicótica, según Lacan, no existiría simbolización primitiva, sino el rechazo de un significante privilegiado. “En la relación del sujeto con el símbolo, existe la posibilidad de una *Verwerfung* primitiva, a saber, que algo no sea simbolizado, que se manifieste en lo real” (Lacan, 1955-56, p. 119). Considera a la *verwerfung* como el mecanismo que está en la base de la paranoia y la define como el rechazo o la expulsión “de un significante primordial a las tinieblas exteriores ... proceso primordial de exclusión de un interior primitivo, que no es el interior del cuerpo, sino el interior de un primer cuerpo significativo” (Lacan, 1955-56, p. 217). En la clase 25 del mismo seminario, propone utilizar el concepto de *forclusión* en lugar del concepto *verwerfung*: “No retorno a la noción de *Verwerfung* de la que partí, y para la cual, luego de haberlo reflexionado bien, les propongo adoptar definitivamente esta traducción que creo la mejor: la *forclusión*” (Lacan, 1955-56, p. 456)⁶.

La *forclusión* del Nombre del Padre resulta de la *forclusión* primordial.

“El rechazo del Nombre del Padre, ... tiene como consecuencia la no

⁶ Nota del Traductor: “*Forclusión*. Clásicamente este término tenía dos acepciones en francés:

1) En derecho: Vencimiento de una facultad o derecho no ejercido en los plazos prescritos.

2) Figurativamente: Exclusión forzada, imposibilidad de entrar, de participar.

En castellano no existe ningún equivalente exacto. Por otra parte, su difusión ha precedido la publicación del presente seminario, y *forclusión* se ha vuelto de uso habitual en el ambiente psicoanalítico. En base a esta difusión y al hecho de que el *Petit Robert* (1978), del cual están tomadas las dos acepciones anteriores, incluye una tercera acepción:

3) Psicoanálisis: Mecanismo que está en el origen de los estados psicóticos.

Hemos decidido mantener el término *forclusión*, que aparece pues como un vocablo específicamente psicoanalítico y vinculado a la teoría de Jacques Lacan” (Seminario 3, p. 457).

operación de la metáfora paterna y, por lo tanto, la no constitución y estabilización de la significación fálica ...” (Mazzuca, 2001, p. 102).

4. *El fantasma y el goce y el objeto a*. Según Lombardi (2001), en el texto “*De una cuestión preliminar ...*” Lacan elabora el esquema *R* en el que explica el campo de la realidad en el neurótico para luego explicar la transformación de la realidad en el caso Schreber. Lacan expone que el esquema *R*, “representa las líneas de condicionamiento del *perceptum*, dicho de otra manera del objeto, por cuanto estas líneas circunscriben el campo de la realidad ...” (Lacan, 1966, p. 534-535). Lombardi agrega que la realidad se inscribe entre los dos triángulos de lo simbólico y lo imaginario y que dentro de esa zona se sitúan los objetos del mundo, los objetos perceptibles. Las líneas a las que alude Lacan definen el límite de lo visible y audible. Esto señala que la realidad no es lo real. “La realidad es lo que está en lugar de lo real por la textura que lo simbólico y sus efectos imaginarios imponen a la percepción” (Lombardi, 2001, p. 89).

Fuera de la realidad, Lacan presenta al *objeto a*: “Ubicar en este esquema *R* el objeto *a* es interesante para esclarecer lo que aporta en el campo de la realidad (campo que lo tacha)” (Lacan, 1966, p. 535). Según Lombardi, lo que aporta el objeto *a* es la constitución de la realidad misma, debido a que él se extrae de ella, es decir que el campo de la realidad “sólo se sostiene por la extracción del objeto *a* que sin embargo le da su marco” (Lacan, 1966, p. 535). Este objeto, que condensa el goce, está fuera del alcance de los sentidos y debe permanecer en lo real, fuera de la realidad

perceptible, dejándola libre de goce ya que no pertenece a ella. Pero en lo inconciente, tiene una función organizadora. En el *Seminario 10* Lacan plantea al objeto *a* como “causa del deseo” (Lacan, 1962-63, Seminario 10, clase del 16.1.63)⁷. Es la esencia del sujeto en tanto el objeto *a* aparece en el primer encuentro del sujeto con el Otro, se va constituyendo a medida que se va constituyendo el sujeto. El objeto *a*, “en la relación del sujeto con el Otro, se constituye como resto” (Lacan, 1962-63, Seminario 10, clase del 23.1.63)⁸, queda fuera del lenguaje, sin simbolizar, en el inconciente. Vegh (1993), expresa que si la operatoria de la metáfora paterna se logra, el conjunto de los significantes que Lacan denomina S2, pasa bajo la barra de la castración “y es lo que llamamos el Saber inconciente. ... A condición de que en el conjunto de los elementos que llamo S2, aparezca un elemento fuera del conjunto que llamo S1. Lacan utiliza ... una escritura mínima: S1 y S2 quiere decir: ... que todos los significantes se inscriben como S2 en tanto batería y S1 es el significante en más que muestra que este conjunto carece al menos de uno” (Vegh, 1993, p. 77). Agrega que ese trazo, el S1, es el que representa al sujeto neurótico. El S1 es el significante que representa la falta en el campo del Otro y que nombra al conjunto de S2. Es un significante sin sentido que inaugura la cadena significativa, y al relacionarse con el conjunto de S2 -saber inconciente- obtiene sentido. En el intervalo de la relación S1-S2, cae el objeto *a* que queda fuera de toda simbolización.

Según Lombardi el esquema *R* amplía al esquema *L* porque incluye, además de la relación especular, al *fantasma* que “es lo imaginario

⁷ Seminarios de Lacan, versión electrónica.

⁸ Ídem anterior.

inconciente” (Lombardi, 2001, p. 91). La fórmula del fantasma “designa la identificación en lo inconciente del sujeto con el objeto *a* imaginado en el Otro, identificación que le permite desconocer la pérdida del objeto *a*, su pérdida de la captura de los sentidos” (Lombardi, 2001, p. 91). El fantasma sustituye al objeto *a* por objetos visibles que tienen que ver con el erotismo de cada sujeto. Se crea así la realidad tal como la libidiniza el neurótico, que cubre el agujero producido por la extracción del objeto *a*. Por esto Lacan dice que es la pantalla del fantasma lo que permite funcionar a la realidad, “... este campo sólo funciona obturándose con la pantalla del fantasma ...” (Lacan, 1966, p. 535). Sin esa pantalla que vela el agujero no hay realidad. Para Lacan la realidad es la *realidad psíquica*, es decir lo que el neurótico vé sobre la pantalla del fantasma: “Es pues ... como sujeto originalmente reprimido, como el ... S tachado del deseo, soporta aquí el campo de la realidad, y éste sólo se sostiene por la extracción del objeto *a* que sin embargo le da su marco” (Lacan, 1966, p. 535).

En las psicosis, ante el fracaso de la operación de la metáfora paterna, el sujeto no logra producir el S1 porque “el Otro que lo habita no se descompleta ...” (Vegh, 1993, p. 77). Los significantes S1-S2 se presentan en bloque, sin intervalo por lo cual no hay extracción del objeto *a* y no hay fantasma, “... el sujeto se ve confrontado al objeto real, ajeno al significante ...” (Fernández, 2001, p. 133). Por la falta de represión primaria no hay constitución del sujeto dividido, ni constitución deseante que posibilite el lugar de un objeto de deseo. El sujeto se ubica donde tendría que faltar el S1, por ello realiza esfuerzos para extraerse del campo del Otro, los cuales

pueden ser la elaboración de una metáfora delirante que lo represente, o el pasaje al acto.

Según Fernández (2001) cuando no hay falta, en la relación del sujeto con el Otro, este Otro aparece como un Otro gozador, sin ley, puro capricho a quien sólo se lo puede enlazar con el goce. "Otro que induce a un goce, más allá de lo fálico, a un goce femenino. El goce transexualista, el empuje a la Mujer, lo ubica en una posibilidad de suplir aquello que la castración no inscribió" (Fernández, 2001, p. 157). El sujeto como objeto del goce del Otro, oscila entre "fusionarse con el objeto *a* como excrecencia y con el lugar del Otro sin tachar" (Fernández, 2001, p. 157).

El concepto de *goce*, se refiere a lo pulsional, lo real, lo que no entró en la cadena significativa. Fernández (2001) explica que es: (a) aquello que está más allá del principio de placer y del principio de realidad, (b) la satisfacción de la pulsión donde el sujeto está tan fusionado con el objeto que desaparece.

Nasio expresa que "establecida la anterioridad lógica de un cuerpo palpitante de vida es preciso enseguida, ... extraer, sacar el goce de ese cuerpo. ... el goce -y por recurrencia ... el objeto *a*- necesita ... de lo previo de una vida, pero está excluido de esa vida, fuera del cuerpo vivo y sexuado del que toma empero su fuente" (Nasio, 1987, p. 69-70).

Así, Lacan recupera la teoría de la libido de Freud y la aplica a las psicosis, definiendo de manera más precisa los modos de retorno del goce: en el campo del Otro en la paranoia y como intrusión en el cuerpo en la esquizofrenia.

5. *La teoría de los nudos*. Con el fin de ir más allá de la lógica lineal del discurso, Lacan elabora una *topología* a la que denomina *nudo borromeo* y lo presenta en el *Seminario 19*: “ ... quiero decir una cadena de tres, y tal que, de separar uno de estos anillos de esta cadena, los otros dos ya no pueden mantenerse juntos ni un instante. ... Viene a ser una cuestión concerniente a lo que es condición para el discurso del inconciente, es decir una cuestión planteada a lo que es el lenguaje ... ” (Lacan, 1971-72, Seminario 19, clase del 3.3.72)⁹. Con esta topología Lacan representa a los tres registros: *real, imaginario y simbólico*. “El nudo borromeo no puede estar hecho sino de tres. Lo Imaginario, lo Simbólico no bastan, hace falta el elemento tercero, y yo lo designo como lo Real” (Lacan, 1973-74, Seminario 21, clase del 11.12.73)¹⁰. Estos tres registros se relacionan por un anudamiento que lo caracteriza, por lo tanto la psicosis clínica se produce por desanudamiento: “¿Quieren un ejemplo que les muestre de qué puede servir esa hilera de nudos plegados que vuelven a ser independientes con sólo cortar uno?. No es muy difícil encontrarlo, y no por nada, en la psicosis” (Lacan, 1972-73, Seminario 20, clase del 15.05.73)¹¹.

El nudo borromeo se caracteriza por su homogeneidad, los tres registros tienen igual jerarquía. Lacan considera que la estructura psicótica se produce por formas específicas de anudamientos no borromeos de los registros y no por una falla en el registro simbólico como lo exponía en el *Seminario 3*.

⁹ Versión electrónica.

¹⁰ Ídem anterior.

¹¹ Ídem anterior.

En el *Seminario 22*, Lacan incluye un cuarto término que anuda a los otros tres, “... sin el cuarto término ... nada es puesto en evidencia ... de lo que es verdaderamente el nudo borromeo” (Lacan, 1974-75, Seminario 22, clase del 13.5.75)¹². El nombre del padre ya no es un significante, su función “es representada por un anudamiento, y la forclusión se piensa entonces como no anudamiento, inconsistencia de la cadena borromea” (Martínez, 2003, p. 15). “El Nombre del Padre, pasa a ser los Nombre del Padre (Real, Simbólico e Imaginario) y finalmente, desde RSI, su carácter esencial es ser nominante, constituyendo a partir de esto la cuarta consistencia que borromeiniza los otros tres registros en su anudamiento” (Fernández Tuñón, 1993, p. 32)¹³. Con el cuarto elemento que anuda, al ser nominante introduce la diferencia, el nudo pierde homogeneidad. Dice Lacan, “De las tres consistencias, no se sabe nunca cuál de las tres es real, es precisamente por eso que es necesario que sean cuatro” (Lacan, 1974-75, Seminario 22, clase del 15.4.75)¹⁴.

En el *Seminario 23*, Lacan propone el nudo *de trébol* para la paranoia, en el cual se corresponden escritura y clínica ya que la continuidad y única consistencia de los registros representan la univocidad, el único sentido que caracteriza la lógica del paranoico. “En tanto que un sujeto anuda de a tres lo Imaginario, lo Simbólico y lo Real, no es soportado más que por su continuidad. Lo Imaginario, lo Simbólico y lo Real son una sola y misma

¹² Versión electrónica.

¹³ En Rodríguez, S y otros, “*Lacan...Efectos en la Clínica de las Psicosis*”.

¹⁴ Versión electrónica.

consistencia y es en eso que consiste la psicosis paranoica” (Lacan, 1975-76, Seminario 23, clase del 16.12.75)¹⁵.

En este nudo, según Lacan, existe un *lapsus*, entendido como falla o error en uno de los cruces. Esta falla puede ser reparada por un cuarto nudo al que denomina *sinthome* y que suple la función paterna.

En la clase del 11.5.76 del mismo seminario Lacan señala una falla específica localizada en el cruce de lo simbólico con lo real por la cual se desprende el anillo de lo imaginario, “ ... la relación imaginaria no tiene lugar” (Lacan, 1975-76, Seminario 23, clase del 11.5.76)¹⁶. Esta falla es corregida sobre el mismo cruce por un *sinthome*, así queda amarrado el nudo de lo imaginario restituyendo parcialmente el carácter borromeico, ya que por el mal cruce de S-R ambos registros quedan interpenetrados. En el caso del escritor Joyce lo que funciona como *sinthome* es la escritura, cuya función es reparadora de su ego y al respecto Lacan expresa, “ ... la escritura es completamente esencial a su ego ...” (Lacan, 1975-76, Seminario 23, clase del 11.5.76). Esta suplencia le permite a Joyce *hacerse un nombre* y suplir, así, la carencia del nombre del padre, cuya ausencia no determinó en él el desencadenamiento de la psicosis clínica.

Al proponer esta topología, Lacan introduce modificaciones de algunos conceptos introducidos por él en la década del '50.

1- La *función del nombre del padre*, en la neurosis es el cuarto lazo que anuda y nomina a los otros tres diferenciándolos en real, imaginario y simbólico. La función paterna es anudar borromeicamente los registros,

¹⁵ Ídem anterior.

¹⁶ Ídem anterior.

limitándolos en su enlace. El cuarto nudo posibilita un anudamiento estable de los tres registros. En las psicosis, el *sinthome* actúa como el cuarto nudo que repara la falla en el cruce de los registros y está ligado a la función del nombre del padre. Su característica es que “no es ni metafórico, ni demanda sentido, ni se dirige al Otro; es nominante. Introduce una distinción, ese sujeto se distingue de los demás y ocupa un lugar, adquiere un nombre propio, producto de su invención y de su creación” (Fernández, 1999, p. 154).

El *sinthome* puede ser una producción como una pintura o una obra literaria, pero también puede ser la fabricación de artesanías o alguna ocupación que permita al sujeto, hacer lazo social. El *lazo social* se define “...tal como lo teoriza Lacan, ... como efecto del discurso por el cual el sujeto hace pasar su palabra al Otro como lugar de la lengua” (Rabinovich, N., 1993, p. 72)¹⁷. Desde esta perspectiva, el *sinthome* operaría como “una posibilidad de inclusión en el Otro, de hacer marca” (Fernández, 1999, p. 153).

2- La *forclusión* es entendida como una falla en el anudamiento. Esta puede ser reparada con diferentes consecuencias clínicas. En el *Seminario 23*, Lacan expresa: “Lo que yo propongo aquí es considerar el caso de Joyce como respondiendo a algo que sería una manera de suplir a este desanudamiento Su deseo de ser un artista ... ¿no es lo compensatorio de este hecho, que, digamos, su padre no ha sido jamás para él un padre?”

¹⁷ En Rodríguez, S y otros, “Lacan...Efectos en la Clínica de las Psicosis”.

...” (Lacan, 1975-76, Seminario 23, clase del 10.2.76)¹⁸. Aquí Lacan introduce el concepto de *suplicia* el cual indica que lo no dado por la función paterna puede ser reparado o suplido por el *sinthome*. Por lo tanto, si antes la forclusión determinaba el desencadenamiento de la psicosis clínica, ahora, si hay *sinthome* puede haber estructura psicótica sin desencadenamiento.

Además, si se produce el desencadenamiento clínico y, en caso de poder lograr la estabilización, ésta se podría alcanzar no sólo por la metáfora delirante, sino también, por otros *sinthome*.

Según Fernández Tuñón (1993), si el nombre del padre ya no es un significante, porque el efecto de RSI conlleva tres formas del nombre del padre, se puede pensar que la forclusión afecta alguno de los tres registros, lo cual permite una *clínica diferencial de las psicosis*. A partir de la propuesta del nudo borromeo, la heterogeneidad clínica en el campo de las psicosis encuentra diferentes posibilidades de escritura.

Desencadenamiento de la Psicosis

En el texto “*De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*”, Lacan expone: “Para que una psicosis se desencadene, es necesario que el Nombre-del-Padre, *verworfen*, precluido, es decir sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto.

¹⁸ Versión electrónica

Es la falta del Nombre-del-Padre en ese lugar la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario, hasta que se alcance el nivel en que significante y significado se estabilizan en la metáfora delirante” (Lacan, 1966, p. 558-559).

Según Lacan el significante rechazado de lo simbólico reaparecerá en lo real y cuando el sujeto psicótico sea interrogado acerca de ese significante que fundamenta su posición como ser sexuado, no podrá responder ya que en su lugar hallará un agujero, ésto desencadenará la psicosis que presentará diversos fenómenos como *formas de retorno en lo real*, denominados *fenómenos elementales*. Esta fenomenología se manifiesta en el registro imaginario debido a que la pregunta, que proviene de otro y no del sujeto mismo, recae sobre su Yo.

Según É. Fernández la función del Nombre del Padre “es el *punto de almohadillado* en el orden simbólico, es el significante que detiene el deslizamiento de la significación. Sin él nos encontramos con la *cascada significante por asonancia* o con la *puntuación de un significante cualquiera* que haciéndose signo detiene arbitrariamente la significación de la insistencia significante en un lugar cualquiera” (Fernández, 2001, p. 125).

Lacan establece etapas sucesivas en el desencadenamiento de la psicosis clínica:

1. Una etapa previa sin indicios de enfermedad, que se sustenta en una compensación imaginaria del significante que falta y que Lacan compara con

el mecanismo del “como si” que Helene Deutsch describió con relación a la esquizofrenia.

2. El momento de *pre psicosis* que es “... la sensación que tiene el sujeto de haber llegado al borde del agujero ...” (Lacan, 1955-56, p. 289). Esta etapa se origina por la formulación de la pregunta proveniente del campo del Otro. El sujeto tiene la sensación de haber llegado al borde del agujero, se enfrenta al agujero, a lo que le falta en la dimensión simbólica. Algo sucede pero no sabe qué es. En este momento se presentan los *fenómenos de franja* y el sujeto es invadido por la *perplejidad*. “La perplejidad lacaniana ... no remite a la ausencia del significado, sino de un significante. Se trata no sólo de la falta de un significante, sino de la experiencia de esa falta de un significante” (Mazzuca, 2001, p. 178).

3. El momento del *desencadenamiento* en el cual se cuestiona todo el orden simbólico, “... la falta de un significante lleva necesariamente al sujeto a poner en tela de juicio el conjunto del significante” (Lacan, 1955-56, p. 289). El mundo del sujeto se derrumba y se pone “... en juego todo el aparato significante: disociación, fragmentación, movilización del significante en tanto palabra, palabra jaculatoria, insignificante o demasiado significante, plena de insignificancia, descomposición del discurso interior, que marca toda la estructura de la psicosis” (Lacan, 1955-56, p. 457).

4. La etapa de *acción restitutiva* que intenta recomponer el orden simbólico roto. El sujeto construye una *metáfora delirante* en el lugar del significante ausente, con el fin de reconstruir el universo simbólico. La metáfora delirante estabiliza las significaciones e introduce una fijación y

localización del goce. La metáfora delirante “viene a suplir la ausencia de metáfora paterna estabilizando bajo una forma inédita el significante y el significado” (Fernández, 2001, p. 125).

Según Calligaris (1989), la metáfora delirante es análoga a la metáfora paterna, porque funciona como un amarre central que distribuye todas las significaciones subjetivas, pero se considera delirante, no por inverosímil, “... sino por una razón estructural, pues el lugar central de ese amarre no está simbolizado ...; entonces va a quedar en lo Real” (Calligaris, 1989, p. 40).

Godoy (2001)¹⁹, refiere que la metáfora delirante no se confunde con la metáfora paterna, porque la metáfora delirante “constituye un orden de hierro que contrasta, en su fijeza, con la movilidad y dialecticidad de la significación fálica producida por la metáfora paterna” (Godoy, 2001, p. 126-127)

Fenómenos Elementales

Según Mazzuca (2001), aunque Miller propone el uso de este término en neurosis y psicosis, en la enseñanza de Lacan el concepto de *fenómeno elemental* “se aplica casi exclusivamente al campo de las psicosis, debido a lo cual es prácticamente equivalente a *fenómeno elemental psicótico*” (Mazzuca, 2001, p. 185-186). Lacan se refiere al *fenómeno psicótico* como “la emergencia en la realidad de una significación enorme que parece una nadería -en la medida en que no se la puede vincular a nada, ya que nunca entró en el sistema de la simbolización- pero que, en determinadas

¹⁹ En Mazzuca, R. “Las Psicosis. Fenómeno y Estructura”.

condiciones puede amenazar todo el edificio” (Lacan, 1955-56, p. 124). Lo que no fue simbolizado se manifiesta en lo real.

Lacan toma el concepto de fenómeno elemental de De Clérambault, quien lo elabora para dar cuenta de los fenómenos de las psicosis. De Clérambault explica que el fenómeno elemental es aquello que rompe cierta continuidad en el sujeto, aquello que viene de afuera y constituye el *fenómeno psicótico*. Según el autor, se puede encontrar en todas las psicosis.

Algunos fenómenos elementales toman la forma de lo que De Clérambault denominó *automatismos mentales*, los cuales se sitúan en el inicio de todas las psicosis, excepto en la paranoia. Poseen tres rasgos esenciales: son *anideicos* o *atemáticos* porque no tienen ni significan ninguna idea; *neutros* porque carecen de tonalidad afectiva; y *no sensoriales*, es decir que no son captadas por los órganos de los sentidos. Su carácter anideico es esencial para el diagnóstico. Estas tres características definen su cualidad específica que es su carácter mecánico. Son automáticos, intrusivos, se le presentan al sujeto como algo extraño y autónomo. Ante ellos el sujeto es pasivo, le ocurre algo de lo cual no es agente. El sujeto percibe algo en los acontecimientos, le concierne a él, pero no sabe qué es. “Esta sensación de ajenidad y de no control forma parte esencial del fenómeno mismo” (Mazzuca, 2001, p. 191). Algunos automatismos son: eco del pensamiento, ideorrea o hipermnesia, pensamiento anticipado, juegos verbales, vacío del pensamiento, sensaciones cenestésicas u olfativas, etc.

De Clérambault postula que la construcción del delirio es secundaria a los fenómenos elementales y que los fenómenos de automatismo mental son de origen orgánico y por ello son mecánicos. Lacan no está de acuerdo con ambas cuestiones.

Lacan, en el *Seminario 3*, toma de De Clérambault el término de fenómenos elementales, demostrando su diferencia con cualquier deducción ideica. También indica que se puede prescindir de la concepción etiológica orgánica de De Clérambault, estableciendo que el rasgo mecánico de los fenómenos de automatismo se debe a “que responden a la estructura del lenguaje, es decir que se trata de significantes” (Mazzuca, 2001, p. 194).

Además disiente con la concepción que toma al fenómeno elemental como un fenómeno primario alrededor del cual se construye el delirio. “Los fenómenos elementales no son más elementales que lo que subyace al conjunto de la construcción del delirio. ... encontramos estructuras análogas a nivel de la composición, de la motivación, de la tematización del delirio y a nivel del fenómeno elemental. ... siempre la misma fuerza estructurante ... está en obra en el delirio, ya lo consideremos en una de sus partes o en su totalidad. ... El delirio no es deducido, reproduce la misma fuerza constituyente, es también un fenómeno elemental. Es decir que la noción de elemento no debe ser entendida ... de modo distinto que la de estructura, diferenciada, irreductible a todo lo que no sea ella misma” (Lacan, 1955-56, p. 33).

Según Mazzuca, Lacan, en su Tesis de Doctorado (1932), sostiene la existencia de fenómenos elementales específicos de la paranoia y distintos

del automatismo mental y los fenómenos alucinatorios. Fenómenos anteriores a la formación delirante. “Si los fenómenos del automatismo mental se manifiestan ... en el registro del significante - ... son anideicos-, los fenómenos elementales de la paranoia se producen ... en el registro del significado” (Mazzuca, 2001, p. 197). Tienen que ver, previamente o en el momento del desencadenamiento, con una vivencia de transformación del mundo. No es una alteración perceptiva, es una experiencia de extrañamiento en la que de repente pierden validez los significados conocidos hasta el momento. En el sujeto surge una posición de interrogación y espera, acompañada de inquietud y, a veces, perplejidad. Se la denomina *experiencia enigmática*.

Mazzuca explica que Lacan menciona en su tesis otros fenómenos, pero le da mayor importancia al fenómeno de *interpretación delirante*. Éste es un fenómeno íntimamente ligado a los procesos de construcción del delirio, corresponde al registro de la percepción, es del orden de la intuición y no del pensamiento, es un acto instantáneo en el que se presenta abruptamente la nueva significación. Según este autor, Lacan, en su tesis, describe a la interpretación delirante como un trastorno de la percepción, por lo tanto “no la diferencia de las otras alteraciones en ese registro, sean las alucinaciones o los fenómenos de automatismo mental” (Mazzuca, 2001, p. 199).

Los fenómenos elementales son índices de estructura, por lo tanto cumplen una función esencial en el diagnóstico de las psicosis y en especial en psicosis no desencadenadas. Además “... no se trata sólo de reconocer

fenómenos ya identificados. ... la formación en este tema ... debe conducir a reconocer fenómenos no ... descritos previamente cuando resultan ser invención singular de un sujeto" (Mazzuca, 2001, p. 231).

Dentro de los fenómenos elementales también se incluyen las alucinaciones y los fenómenos de franja.

1. *Alucinación*. Lombardi la define como "la desorganización de la realidad por la intrusión del objeto que no debía ser percibido. La alucinación no es entonces percepción sin objeto, sino la percepción del objeto que no debería ser percibido" (Lombardi, 2001, p. 95). Esta se produce cuando el objeto pulsional y no fantasmático retorna en lo real, es la presencia misma del objeto. Nasio (1987) concibe a la alucinación como el paradigma de las formaciones del objeto *a* producidas por forclusión. El sujeto se identifica con el objeto y con la especie que surge en la alucinación: voz, mirada, etc. Éstos son objetos pulsionales. En esta realidad producida por forclusión el sujeto no sólo se identifica con el objeto *a*, sino que también lo percibe en la alucinación. "Una cosa es el objeto *a*, y otra las especies en las cuales se presenta: pecho, voz, mirada, etc. Una cosa es el objeto *a* en tanto hecho de gozar, y otra la especie en tanto presentación de ese hecho. De manera general, el objeto *a* designa ... el acontecimiento mismo de la alucinación, es decir, el hecho de la identificación sujeto-objeto en su conjunto, tanto como la especie con la cual el sujeto se identifica" (Nasio, 1987, p. 110). El sujeto goza de ser el objeto y en este gozar desaparece como sujeto, pero "paradójicamente, aunque permanezca borrado, es ... capaz de percibir el objeto" (Nasio, 1987, p. 111).

2. *Fenómenos de Franja o de Borde*. Este es un concepto generado por Lacan, y da cuenta de ellos como una intersección de lo simbólico con lo real, es un efecto del significante que aparece directamente en lo real sin articularse con lo imaginario. Aparecen en el borde de la estructura del lenguaje, en relación directa con lo real y no donde esta estructura produce significado. Estos fenómenos pueden ser de orden visual o auditivo pero se producen por fuera de la captura de los sentidos y comprenden “las alucinaciones llamadas extracampinas (el sujeto “ve” algo por detrás suyo, fuera del campo visual), y que para Lacan incluye también las “perturbaciones” de las que hablaba Schreber, “eclosiones próximas en la zona oculta del campo perceptivo, en la habitación vecina, en el pasillo y otras manifestaciones que, sin ser extraordinarias se le imponen al sujeto como concerniéndole” ...” (Lombardi, 2001, p. 101). Lacan sitúa a los fenómenos de franja, en dos momentos:

1. El momento de la pre psicosis: “... quisiera hacerles notar cómo se manifiesta la aparición de la pregunta formulada por la falta del significante. Se manifiesta por fenómenos de franja donde el conjunto del significante está puesto en juego. Una gran perturbación del discurso interior, en el sentido fenomenológico del término, se produce, y el Otro enmascarado, que siempre está en nosotros, se presenta de golpe iluminado, revelándose en su función propia. Esta función ... es la única que retiene al sujeto a nivel del discurso, el cual amenaza faltarle por completo, y desaparecer. Este es el sentido del crepúsculo de la realidad que caracteriza la entrada en la psicosis” (Lacan, 1955-56, p. 292-293).

2. El momento de la desaparición o alejamiento del Otro en la psicosis desencadenada: Según Lacan, en el momento del delirio de Schreber, “la única presencia en el mundo que existe” es “la de ese Otro absoluto, ese interlocutor que ha vaciado el universo de toda presencia auténtica” (Lacan, 1955-56, p. 201). Cuando ese discurso se detiene, “se producen fenómenos que difieren del discurso continuo interior, enlentecimientos, suspensiones, interrupciones La retirada del Dios ambiguo ... se acompaña de sensaciones muy dolorosas ...” (Lacan, 1955-56, p. 201). Entre los fenómenos que analiza Lacan, está el *fenómeno del alarido*, “un grito que es significativo pero se presenta aislado, solo, sin relación con otros significantes ... separado de la producción de significación” (Mazzuca, 2001, p. 229). Este alarido surge en el momento en que el sujeto es víctima del sufrimiento que le produce la vivencia de que el Otro, Dios en este caso, se retira, lo abandona, lo deja caer. Según Mazzuca, este alarido no se puede considerar como lenguaje articulado. Se puede entender como un intento de retener al Otro que se aparta pero “no es ésta la vivencia del psicótico que no se siente agente. Por el contrario, el alarido invade intrusivamente y se adueña de su cuerpo. ¿Es del orden del lenguaje?. Es en este punto donde Lacan considera que este fenómeno tiene la estructura del significante, pero directamente en lo real, por fuera de todo componente imaginario” (Mazzuca, 2001, p. 229).

Certeza, Autorreferencia y Realidad

Según Lacan la *certeza* y la *autorreferencia* son características que distinguen a los fenómenos de las psicosis y deben ser distinguidos de la

realidad. "Lo que está en juego no es la realidad. El sujeto admite ... que estos fenómenos son de un orden distinto a lo real, sabe bien que su realidad no está asegurada Pero, a diferencia del sujeto normal para quien la realidad está bien ubicada, él tiene una certeza: que lo que está en juego -desde la alucinación hasta la interpretación- le concierne.

En él, no está en juego la realidad, sino la certeza. Aun cuando se expresa en el sentido de que lo que experimenta no es del orden de la realidad, ello no afecta su certeza, que es que le concierne. Esta certeza es radical. ... Pero significa para él algo inquebrantable. Esto constituye lo que se llama,... fenómeno elemental, o también -fenómeno más desarrollado- la creencia delirante" (Lacan, 1955-56, p. 110-111).

Diagnóstico Estructural

Según Herreros (1998), para el psicoanálisis el diagnóstico se fundamenta en dos ejes, el de la *estructura* y el de la *posición subjetiva*, esta última se refiere a la relación del sujeto con lo que padece y con el analista. Ambos ejes se relacionan con el mecanismo causal en juego. Coincide con Calligaris (1991), para quien la clínica psicoanalítica es estructural porque el diagnóstico se establece *en* la transferencia. "Se trata del hecho de que *en* la transferencia que el discurso del paciente organiza, a partir del lugar en el que el paciente ubica al "terapeuta", hay un diagnóstico posible, hay una clínica de psicosis posible" (Calligaris, 1991, p. 9-10).

Explica Godoy (2001)²⁰, que al definir sus tipos clínicos por la estructura, el psicoanálisis reconoce la misma estructura en fenómenos de apariencia muy diferente. Por lo tanto el diagnóstico diferencial se fundamenta, según Lacan, en la singularidad de cada caso y en la “eficacia del buen corte” (Godoy, 2001, p. 108). Éste es el que revela la estructura, se trata de reconocer la estructura aún en los más pequeños elementos. Se trata de leer aquello que queda por fuera y discordante del conjunto.

Un mismo carácter estructural puede presentarse bajo distintos aspectos. Lacan da el ejemplo de la planta en la que el pecíolo y el tallo tienen la misma estructura, la cual continúa en las nervaduras de la hoja. De manera tal que se puede seguir su estructura desde la raíz hasta las nervaduras. Así la estructura se encuentra en los fenómenos.

La estructura de la Psicosis está determinada por la forclusión del nombre del padre, lo que se verifica por la irrupción del significante en lo real, fuera de la cadena significativa, en otro lado y sus consecuencias en el plano de la significación y del goce. Así el retorno es la *nervadura de la planta* que constituye la psicosis, el detalle que permite reconocer su estructura. “La estructura ... no subyace al fenómeno, sino que él mismo es la presentación de la estructura” (Godoy, 2001, p. 121). Los fenómenos de las psicosis pueden ser muy diferentes -una alucinación es distinta que un delirio desplegado-, pero se tiene que poder distinguir la *nervadura del significante* que los define: la presencia del significante que no se encadena,

²⁰ En Mazzuca, R. “Las Psicosis. Fenómeno y Estructura”.

la cadena rota, que se impone en lo real, lo cual hace al diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis.

Según Lacan, la condición para el diagnóstico de psicosis es la presencia de *trastornos del lenguaje*. Estos incluyen: neologismos, intuiciones y estribillos, las distintas formas en que procede la interpretación delirante. No se describe un fenómeno psicótico con el lenguaje sino que éste está en el fenómeno mismo.

Lacan expone que muchas veces el sujeto no puede sostener sus ideas delirantes pero esto no reduce su *certeza*, esto implica una relación entre vacío de significación y certeza a la que Lacan denomina *significación de significación*, es decir significa que significa, aunque no se sepa qué, eso quiere decir algo que concierne al sujeto. Aunque luego el paciente elabore alguna construcción justificativa, para Lacan "es la *base interpretativa* lo que el examen debe sacar al desnudo y lo que fundamentará el *diagnóstico*" (Godoy, 2001, p. 115)²¹

Aunque tanto en la neurosis como en la psicosis se trata de la estructura del lenguaje, las nevaduras, el retorno, son distintos. La neurosis se rige por el retorno de lo reprimido en lo simbólico y su retorno es en el mismo lugar -in loco-, en la cadena significante. En la psicosis, el retorno es en otro lugar -in altero-, en lo real. Secundariamente se podrá distinguir, en la psicosis, qué tratamiento hace el sujeto de los fenómenos que lo habitan -según las posibilidades que le brinda su estructura-, y también diferenciar

²¹ Tomado de Lacan, J. "Estructura de las Psicosis Paranoicas", en "El Analicón", nº 4. Correo / Paradiso. Barcelona. 1987, p. 11.

momentos en la diacronía de la psicosis, pero es esencial aislar la lógica sincrónica que define una estructura subjetiva.

“Es importante distinguir las intuiciones e interpretaciones delirantes que operan en tanto retorno en lo real como S1 y la metáfora delirante como tratamiento de ese S1 a través de la elaboración de saber del delirio como metáfora (S2), que estabiliza las significaciones e introduce una fijación y localización del goce” (Godoy, 2001, p. 126).

Según Godoy, Lacan explica que se deben tener en cuenta las experiencias iniciales que determinaron el delirio, así se podrá observar que las mismas presentaron, al principio, un carácter enigmático y de significación personal. El sujeto percibe algo en los acontecimientos que le concierne a él, pero no sabe qué es. Se trata de aislar los *fenómenos elementales* más iniciales y mínimos para saber si el delirio es psicótico. Es decir que el delirio psicótico no se distingue por su contenido sino por su estructura y por el modo en que el sujeto queda situado en ella. Así se podrán reconocer los S1 que retornan en lo real, la falta de dialecticidad, la significación que irrumpe intuitivamente en lo real, la certeza, “y su orden de jerarquía cuando la elaboración delirante constituye un S2 que intenta reinstaurar una cadena” (Godoy, 2001, p. 127).

El valor diagnóstico de los fenómenos elementales no se reduce al momento del desencadenamiento y posterior despliegue de la psicosis clínica. También pueden presentarse fenómenos muy sutiles antes del desencadenamiento, que pueden pasar desapercibidos.

Calligaris (1991), sostiene que es posible que una estructura psicótica sin desencadenar no presente fenómenos elementales, por lo cual propone, para arribar a un diagnóstico, que una estructura psicótica fuera de la crisis, se puede evidenciar en un *sujeto errante*, que circula y para quien cualquier dirección es posible, sin medir las diferencias de valor y de significación de las diversas actividades que desarrolla. El sujeto está inmerso en un recorrido infinito que no está idealizado como búsqueda. Y en este contexto el tratamiento analítico, para él, es un camino más. Sus elecciones carecen del drama del neurótico, todas son, para él y en su discurso, triviales.

Este autor refiere esta errancia a la falta de inscripción del significante del nombre del padre. La función del nombre del padre, que es la de ordenar el campo de las significaciones, está abolida y no existe una "organización centralizada de su saber y de su mundo" (Calligaris, 1991, p. 16), por lo tanto el sujeto erra sin privilegiar dirección alguna. Para este sujeto todo tiene significación pero no existe una significación privilegiada que distribuya a las demás.

El Sujeto de las Psicosis

Fernández (2001), propone concebir al *sujeto de las psicosis* como distinto del sujeto de la neurosis, debido a que el mecanismo que subyace a la conformación de la estructura psicótica es diferente al mecanismo que origina la estructura neurótica.

Explica que en la neurosis "la realidad psíquica es una relación organizada entre una y todas las representaciones. Es la relación del Uno

con el todo, todo al cual le falta ese Uno (relación Uno - no todo o S1 - S2, S2', S2)" (Fernández, 2001, p. 124). Esta relación no es estática, está en constante movimiento, es decir que al haber uno afuera, los otros permanecen juntos y al mismo tiempo se suceden de manera tal que siempre en el extremo de la cadena está el lugar del sucesor que espera ser ocupado. Es el S1 el elemento excluido, el que hace entorno a los otros S dándoles consistencia y garantizando el movimiento del conjunto hacia el puesto del sucesor. En este movimiento se van "tejiendo distintas realidades por metáfora y metonimia" (Fernández, 2001, p. 124). Esta relación organizada de S1-S2 se origina por la operación de la metáfora paterna, movimiento de sustitución que produce al significante del nombre del padre cuya función es introducir un orden simbólico y asegurar la conformación de la cadena significante. De esta manera se constituye el sujeto de la neurosis, sujeto dividido por el significante, considerado sujeto del inconciente, el cual es representado por un significante para otro significante, el del par S1-S2.

En las psicosis debido al fracaso de la metáfora paterna y, como consecuencia de ello la no inscripción del significante de la falta, el *sujeto de las psicosis* no está representado por el par S1-S2. Por la ausencia de represión primaria que divide consciente e inconciente, el lenguaje del inconciente se convierte en un exterior amenazante, una voz que le viene de afuera. La organización simbólica y el movimiento de metáfora y metonimia están abolidos. En lugar de la cadena significante S1-S2, se encuentra la *holofrase* que es la "captación en masa de los significantes primordiales, sin intervalo entre ellos" (Fernández, 2001, p. 156), la pareja S1-S2 se solidifica.

Ésto ocasiona diversos efectos en el sujeto, entre ellos, la ausencia de separación del objeto, que no puede caer en su intervalo, por lo tanto al no operar el significante de la falta en el Otro, el objeto permanece incluido en el sujeto y ésto lo impulsa a deshacerse de él mediante pasajes al acto como mutilaciones o suicidio, es decir que la búsqueda de la falta lleva al sujeto “a marcar en lo real lo que no se inscribió en lo simbólico” (Fernández, 2001, p. 134). Si no hay falta no hay posibilidad de deseo y el psicótico queda a merced del goce, único lazo del sujeto con el Otro cuando no hay falta. Así el sujeto de las psicosis “es un sujeto sujetado al objeto del goce del Otro” (Fernández, 2001, p.157), y “oscilará entre identificarse a la excrecencia o al Otro (ser Dios)” (Fernández, 2001, p. 137).

Otro de los efectos que genera el fenómeno de la holofrase es que “... ese tomar en conjunto la cadena significativa primitiva, es lo que impide la abertura dialéctica que se manifiesta en el fenómeno de la creencia. ... En el fondo de la misma paranoia reina ... la ausencia de uno de los términos de la creencia, del término en el que se designa la división del sujeto” (Lacan, 1964, Seminario 11, clase del 10.06.64)²². El sujeto barrado no está representado en la holofrase, es decir que el psicótico es un sujeto sin falta, que no cree en su delirio o alucinación sino que se sitúa frente a ellos en una posición de certeza. El *neologismo* es un signo clínico producido por la toma en masa de S1-S2 y constituye un núcleo de inercia dialéctica donde al sujeto ya no le es accesible la duda. Según Lacan, en cuanto al significante, el neologismo se presenta como una “forma especial de discordancia con el

²² Seminarios de Lacan, versión electrónica.

lenguaje común”, es la palabra que corta la cadena significante; y con relación a la significación, se caracteriza por ser “una significación que ... no remite más que a sí misma, que permanece irreductible ... significa en sí misma algo inefable ...” (Lacan, 1955-56, p. 52). Este autor refiere “dos tipos de fenómenos donde se dibuja el neologismo: la *intuición delirante* y la *fórmula*²³. La intuición delirante es un fenómeno pleno que tiene para el sujeto un carácter inundante, que lo colma. ... En el extremo opuesto, tenemos la forma que adquiere la significación cuando ya no remite a nada. Es la fórmula que se repite, se reitera, se machaca con insistencia estereotipada. ... Podemos llamarla ... el estribillo. Ambas formas, la más plena y la más vacía detienen la significación, son una especie de plomada en la red del discurso del sujeto. Característica estructural, que en el abordaje clínico, permite reconocer la rúbrica del delirio” (Lacan, 1955-56, p. 52-53).

Fernández, expone que en esta inercia dialéctica y por estar a merced del goce del Otro, el sujeto psicótico aparece atravesado por mensajes en ráfagas, por un lenguaje que habla solo, espiado y sometido a órdenes e inhibiciones “cuya producción no puede anexar hasta que no arme un delirio que le dé consistencia” (Fernández, 2001, p. 125). Además agrega que pensar a la psicosis como una estructura distinta a la neurosis obliga a pensar un sujeto distinto, por lo cual define al sujeto de las psicosis como un “sujeto pleno, no dividido, el sujeto de la certeza, de la increencia, ... solidificado en la holofrase, el que sabe demasiado, sujeto del goce, sujeto

²³ La letra cursiva es mía.

de un saber en exceso que no pasó por los avatares de la represión”
(Fernández, 2001, p. 132).

ESQUIZOFRENIA

Etiología

Lacan elaboró su teoría de la psicosis basada en el estudio de la paranoia como paradigma de la misma. Los psicoanalistas que continúan las ideas de Lacan entienden que la forclusión del significante del nombre del padre y la ausencia de metáfora paterna son una condición necesaria para la conformación de la estructura psicótica pero no suficiente para explicar las diferentes variedades de psicosis que se observan en la práctica clínica. A partir de esta observación construyen diversas hipótesis acerca de la etiología de la esquizofrenia. Estas hipótesis encuentran su fundamento en distintos conceptos elaborados por Lacan. A continuación se desarrollan las propuestas de cuatro autores:

1. Isidoro Vegh caracteriza a la esquizofrenia como “el fracaso del delirio, el dominio de los fenómenos de disgregación corporales y del discurso, fracasos de la sintaxis, fracasos en la semántica, abundancia del neologismo, ausencia inexorable por falla de lo imaginario ...” (Vegh, 1993, p. 80).

Según este autor, las psicosis se definen de manera precoz. En lo que él denomina las *grandes psicosis: paranoia, esquizofrenia y parafrenia*, “la falla fundante se encuentra en un fracaso primario en la identificación. La identificación primaria, necesaria como antecedente lógico para que la represión primaria se cumpla, determina el fracaso en las identificaciones siguientes. Que se van a resolver en estructuras diferenciables por el modo

de restitución” (Vegh, 1995, p. 11). En el caso específico de la esquizofrenia, el fracaso originario produce la fragmentación imaginaria, y el déficit yoico deja sin sostén el lugar del sentimiento, produciendo la imposibilidad del afecto que caracteriza a la esquizofrenia. Estas son manifestaciones de la falla en el registro imaginario.

Vegh explica que en la constitución de la estructura la referencia al Otro es fundante, ésto determina al sujeto y qué variante es posible para él. “El Yo, ... es la imagen que tenemos de nuestra estructura corporal, tal como se ofrece a la mirada del Otro” (Vegh, 1995, p. 36). El sujeto encuentra su imagen en el campo del Otro a condición de dejar una parte del goce fuera de ese campo. Este resto permite que el yo se anude con los registros real y simbólico, lo cual implica que una parte del goce queda fuera del ideal que el Otro propone al sujeto. Al no cumplirse las identificaciones, por la ausencia de identificación primaria el sujeto queda como objeto ante el Otro real y por la ausencia de identificación simbólica el sujeto queda, en lo simbólico, a merced del sentido del Otro. Por lo tanto, “para levantar la palabra cristalizada del Otro puede hacer neologismos, quedar la sintaxis con disgresiones, anacolutos, e hipérbaton” (Vegh, 1995, p. 22)²⁴. En el registro imaginario tampoco se produce la unificación, lo que se evidencia en los efectos de desrealización y despersonalización y el yo, que es la cubierta imaginaria, no se constituye, “tan sólo un carozo bajo el modo de un

²⁴ -Anacoluto: “Elipsis (supresión) que deja una palabra o un giro sin su debida concordancia con la frase” (Diccionario Larousse, 1972, p. 65).

-Hipérbaton: “Figura de construcción que consiste en invertir el orden de las palabras en el discurso. Inversión” (Diccionario Larousse, 1972, p. 543).

deshecho, objeto Real, carozo sin cubierta: es la esquizofrenia” (Vegh, 1995, p. 37).

2. Héctor López, a partir de los conceptos de deseo materno, goce femenino y pere-versión, plantea que el origen de la esquizofrenia, además de estar en relación con la falla estructural del significante del nombre del padre, está vinculado con “la patología del deseo materno y con la intrusión del goce femenino que desplaza al deseo materno” (López, 1996, clase 9)²⁵. Sostiene que en la esquizofrenia existe una falla en la constitución de la imagen del cuerpo y en ello está involucrada la función materna. Algunos de los fenómenos que se producen por esta falla son: extrañamiento, despersonalización, automutilaciones, insensibilidad al hambre, al calor y al frío, etc.

Según López, Lacan explica que el *deseo materno* es la operación simbólica que resulta del atravesamiento del Edipo materno, la *ecuación pene=niño*. Este deseo es constitutivo de la subjetividad, es decir que no hay niño si no hay deseo materno.

Al recorrer el Edipo, la mujer estará, “en lo que hace al deseo y al goce, engarzada en los registros de lo real, de lo imaginario y de lo simbólico ...” (López, 1996, clase 9). De esta manera, lo real se vincula con la femineidad de la mujer, lo simbólico es la ecuación que sustituye pene por niño y lo imaginario se relaciona con el falo imaginario. “La ecuación simbólica va a tener un efecto imaginario que va ser, en principio, la identificación del sujeto con el falo imaginario y, además, va a quedar en el horizonte del deseo de la

²⁵ Seminario dictado en Psicomundo.

mujer como única posibilidad simbólica: el deseo de la madre” (López, 1996, clase 9). Por lo tanto, el *goce femenino* queda reprimido o excluido y separado del deseo materno por la barra de la represión.

El deseo de la madre interviene en la conformación de la subjetividad del niño. Es una etapa previa a la castración y necesaria porque la madre con sus cuidados libidiniza el cuerpo del hijo y lo constituye sujeto, lo subjetiviza.

Pero en este recorrido pueden acontecer dos fallas:

2.1. La madre excluye el goce femenino de manera tal que su único objeto de deseo es el niño. El padre no puede ejercer la castración sobre la madre y el niño queda capturado como objeto en el goce del Otro, en el goce de la madre. “No puede establecer la precipitación final, simbólica del estadio del espejo, que es “o Yo o el Otro”” (López, 1996, clase 9). En las psicosis el sujeto es invadido por el discurso del Otro al que no puede acotar.

2.2. La intrusión del goce femenino que, insuficientemente reprimido, atrapa el cuerpo del niño y lo hace propio. Por ausencia del deseo materno el cuerpo del niño no es libidinizado. Este goce, para el niño, es desorganizante y aterrizante. En este caso, según López, falla la perversión del padre, a la cual define como “el deseo sexual del padre con respecto a la mujer, con respecto al goce femenino; función necesaria ... que satisface a la madre en aquello que tiene de mujer ... y que permite dirigirla hacia el hombre, de manera tal de soltar a ese hijo como objeto de goce” (López, 1996, clase 9).

Según el autor, ambas fallas intervienen en la esquizofrenia produciendo: la imposibilidad del sujeto de lograr la distinción yo-otro, y carencias en la constitución de la imagen del cuerpo, lo que se manifestará a través de la fenomenología que caracteriza a la esquizofrenia.

3. Juan D. Nasio (1987), analiza el mecanismo forclusivo y sus efectos en el sujeto. El autor postula que la forclusión es un mecanismo local que determina hechos locales. Explica que la realidad está organizada según la ley de la relación de S1 con S2. El elemento S1 está excluido y hace entorno al conjunto de S2 y le da consistencia. Al estar S1 afuera, los otros permanecen juntos y pueden sucederse uno después de otro. Por lo tanto la relación de esta matriz no es estática sino dinámica y conforma distintas realidades según un movimiento centrífugo que permite el desplazamiento “desde el centro de la red, S2, hacia su periferia, S1” (Martínez, 2003, p. 11). Según Nasio esta relación asegura que la cadena significativa esté en continuo movimiento sin desorganizarse.

De esta manera explica que la forclusión no es un rechazo sino la abolición del mismo, porque el buen funcionamiento de la cadena significativa implica que un significante -S1- haya sido excluido. Es decir que la forclusión es “la interrupción de un proceso” (Nasio, 1987, p. 97), es la “abolición de una función llamada represión freudiana, metáfora lacaniana o movimiento centrífugo, y no es el rechazo de un elemento” (Nasio, 1987, p. 102). Así, según este autor, la *forclusión del significante del nombre del padre* no significa que éste haya sido rechazado, sino que al no ser ocupado

el lugar del sucesor por un significante cualquiera en el momento del llamado, la realidad local se organiza siguiendo una lógica distinta.

De esta abolición del movimiento centrífugo que remite continuamente un significante a la periferia, resulta "la suspensión del desplazamiento y de la condensación puntual entre significantes. Y ... se borra así la diferencia entre el conjunto y su límite, entre S1 y S2" (Nasio, 1987, p. 102). Al desaparecer la diferencia, se deshace todo el encadenamiento significativo. Como consecuencia de ello, el intervalo del par significativo S1-S2 es suprimido y el par se solidifica, por el predominio de fuerza centrípeta, conformando un bloque indiscriminado, "los significantes parecen ahora obligados a atraerse mutuamente, a interpenetrarse y a condensarse sin discriminación en una masa singular" (Nasio, 1987, p. 104). Así, en la realidad conformada por el mecanismo de la forclusión, las modificaciones significantes se pueden presentar de dos maneras:

-*Unicidad en masa*: en la que domina S1 y los S2 pertenecientes a la cadena conforman una masa única. Los significantes se solidifican.

-*Dispersión en fragmentos*: el significante S1 estalla en múltiples fragmentos dispersos equivalentes a la cantidad de elementos que conforman S2. Cada elemento de la cadena se libera de su ligadura.

El autor propone que ambas hipótesis se confirman en la clínica. La hipótesis de compactación de los significantes, en la alucinación y la hipótesis de fragmentación de los significantes, en las identificaciones fragmentarias del yo esquizofrénico.

4. Jacques A. Miller (1982), expone que la referencia para considerar a la esquizofrenia desde el punto de vista lacaniano, son los conceptos de lenguaje, discurso y posición del sujeto. Siguiendo a Lacan enuncia que *hay sujeto como efecto del lenguaje* y que el lenguaje es un órgano que preexiste al sujeto. Introducir la función del sujeto implica que la cuestión de las psicosis, incluida la esquizofrenia, no se puede entender en términos de déficit o disociación del yo, sino “en términos de falta de significante” (Miller, 1982, p. 22). Entonces, en la concepción de Lacan, en la esquizofrenia la falla no está en el yo como función interna de síntesis, sino en el discurso como armazón significante del sujeto. El psicótico y el esquizofrénico están dentro del lenguaje pero fuera del discurso. En el esquizofrénico se trata de un cuerpo sin discurso. Miller hipotetiza que en la esquizofrenia “lo que aparece desde el principio comprometido es la representación del sujeto por el significante” (Miller 1982, p. 23), hay una dispersión de los significantes que representan al sujeto por efecto de la forclusión, mecanismo que, según Miller, impide la representación unificada del sujeto. Por ello en la esquizofrenia se produce una fragmentación de identidades y se manifiestan fenómenos de dispersión.

Según Miller, la particular relación del esquizofrénico con su cuerpo se debe a que sus órganos quedan “fuera de toda referencia a un discurso establecido” (Miller, 1982, p. 29). El orden simbólico es lo que hace de un organismo un cuerpo y “la palabra le da el sentido de agrupamiento y de articulación” (Miller, 1982, p. 26). Es decir que su unificación depende de la articulación significante. Cuando el cuerpo es tomado por lo simbólico el

goce se separa de él. El autor explica que el goce, sea referido al objeto a o al falo, son goces separados del cuerpo "a los cuales el sujeto se liga como puede ..." (Miller, 1982, p. 26). "El cuerpo esquizofrénico aparece como una consecuencia de una dialéctica desviada del sujeto ... en la que un significante esencial es forcluído. El problema es cómo debe ser esta forclusión para llegar a repercutir sobre el sentimiento del organismo" (Miller, 1982, p. 27). Ante este planteo el autor expone que el fracaso de la metáfora paterna produce el fracaso de la operación de separación. Esta separación, en la teoría de Lacan, implica la normalización fálica del goce del objeto y así el sujeto, al operar con su propia falta, se engendra a sí mismo. El fracaso de la separación, por lo tanto, deja al sujeto en esquicia, y el goce del objeto a, al no estar coordinado con el semblante fálico, queda a la deriva. Según el autor, Lacan entiende que el discurso implica una barrera al goce, pero en la esquizofrenia el goce atraviesa esa barrera y retorna al cuerpo y es por ello que la esquizofrenia se ubica fuera del discurso.

Miller cita a Lacan quien considera que "para todo sujeto el cuerpo es pasible de separarse de sus órganos y sólo después ... el sujeto que habla ... les inventa una función significante" (Miller, 1982, p. 28), por lo tanto Miller entiende que en la neurosis habría una significantización generalizada de los órganos, lo cual los separa del cuerpo y el ejemplo de ello es el falo que se significantiza y se separa de la realidad corporal por la castración. Según este autor este proceso no se produce en la esquizofrenia y expresa que "se puede plantear que el paso de los órganos al significante es lo que, faltando su localización como castración sobre el falo, se generaliza en lo que

designamos aproximativamente como esquizofrenia. Se podría hablar de una significación generalizada del cuerpo” (Miller, 1982, p. 28).

Diagnóstico Diferencial

Contardo Calligaris (1991), partiendo de la idea de que neurosis y psicosis son dos estructuras diferentes, sostiene que el sujeto psicótico tiene una historia edípica pero ésta “no produjo una metáfora de tipo neurótico” (Calligaris, 1991, p. 48). Entonces la expresión *forclusión del nombre del padre* se refiere a la forclusión de la *función organizadora del nombre del padre*. Esto implica que lo forcluído “no son los significantes relativos al padre, al marco edípico Lo que está forcluído es el amarre en cuanto tal” (Calligaris, 1991, p. 48).

El desencadenamiento de una crisis se produce por una imposición que obliga al sujeto a referirse a la función paterna de la cual no dispone porque no fue simbolizada. Esta carencia provoca su entrada en la crisis psicótica. Lo que vuelve en lo real, son los significantes paternos evocados por la imposición, que en la neurosis cumplirían la función paterna. La función habla en lo real porque no fue simbolizada, “pero en esa función cada uno lidia con significantes ... que estaban en su saber singular” (Calligaris, 1991, p. 49). Por ello cada psicótico presenta una tipología diferente, paranoica, maniaco-depresiva o esquizofrénica.

El trabajo del delirio es constituir una metáfora que reorganice el saber del sujeto, entorno a la constelación de significantes que se impone como referencia paterna, pero que opera desde lo real como amarre central.

A partir de esta concepción, el autor propone una clínica diferencial de las psicosis y parte de la siguiente hipótesis: "En el momento del desencadenamiento de una crisis psicótica, lo que estaba forcluído vuelve en lo Real. Pero lo que vuelve no es Real, y sí una constelación fundamentalmente simbólica con sus corolarios imaginarios, por lo tanto, una constelación paterna, una constelación edípica. Lo que vuelve en lo Real no es una función abstracta, no es el universal de la función paterna, sino una constelación simbólica e imaginaria paterna definida" (Calligaris, 1991, p. 59). Esta constelación que vuelve en lo real, al ser específica, produce psicosis diferentes y por ser significantes edípicos podrían responder a las diferentes estructuras neuróticas, es decir que en la esquizofrenia lo que retorna en lo real es la constelación paterna histérica, en la paranoia retorna la constelación paterna obsesiva y en la psicosis maníaco-depresiva retorna la constelación paterna fóbica.

Calligaris entiende que partiendo de un diagnóstico de estructura psicótica y teniendo en cuenta lo que el paciente puede contar sobre su historia, se puede identificar qué tipo de constelación edípica retornó en lo real en un paciente en crisis y ésto permite definir qué psicosis padece el mismo.

Al referirse específicamente a la esquizofrenia, el autor expone que en dicha afección retorna en lo real una constelación de tipo histérico y lo fundamenta definiendo al padre de la histérica como un padre castrado por lo tanto un agente débil alrededor del cual el paciente tratará de constituir su delirio. Las consecuencias son: la dificultad para elaborar un delirio viable

“con el cual el sujeto pueda sustentarse en una significación” (Calligaris, 1991, p. 65), ésto deja al sujeto sin una defensa que lo estructure y por ello produce abundantes alucinaciones no auditivas en las que el sujeto surge en lo real como objeto de goce del Otro. También hay una escasa cantidad de alucinaciones auditivas debido a que estas expresan en lo real la voz del padre y en este caso se trata de un padre débil que se manifiesta poco.

Roberto Mazzuca, en el artículo *“El objeto mirada. (Un ejercicio de diagnóstico diferencial)”* (1999), analiza un caso y elabora un diagnóstico de esquizofrenia diferenciándola de la melancolía delirante, y aunque cada paciente es singular, el caso aporta pautas a tener en cuenta para realizar el diagnóstico de esquizofrenia. La secuencia de la enfermedad es la siguiente:

A los 13 años el paciente se masturba y mira películas pornográficas. El goce masturbatorio determina el comienzo del reproche de Dios que se constituye en autorreproche, y problemas de relación con sus amigos que derivará luego en el fenómeno *soy visto*. De los 14 a los 17 años, fase prepsicótica, se constituye el tormento de la mirada que invade su cuerpo. A los 18 años se desencadena la psicosis clínica, estuvo varios meses en cama lo que indica una posible experiencia de perplejidad. Logra salir de ese estado escuchando por radio a un pastor evangelista, lo que le procura una estabilización precaria construida alrededor de la figura del pastor y su palabra. Decrece el malestar y siente el gozo del espíritu santo que invade su cuerpo pero de manera placentera. Esboza un delirio místico. Luego surge la tentación de la blasfemia como pensamiento impuesto y los reproches de las voces por ser blasfemo, retorna el tormento al cual siente

insoportable. Finalmente construye un delirio por el que interpreta el malestar, la internación y los efectos de la medicación como un castigo divino por la blasfemia. El delirio se empobrece y se convierte en estribillo.

El autor identifica dos fenómenos elementales y analiza la estructura de los mismos. Uno de ellos es el *tormento de la mirada* que tiene que ver con el fenómeno *soy visto*. Hay una presencia masiva de la mirada que "indica que el objeto (a) no está extraído del campo de la realidad" (Mazzuca, 1999, p. 141). Este fenómeno es acompañado por la invasión del goce en el cuerpo que es concomitante a la no extracción del objeto y que produce sufrimiento al paciente. Otro fenómeno elemental es el de la *blasfemia* que se presenta como alucinación psíquica, no sensorial. Se le impone al sujeto pero éste asume ser responsable de la misma. El autor califica a este fenómeno como *palabras impuestas o pensamientos impuestos*.

También analiza el *delirio* cuyo contenido se apoya en ideas de pecado y castigo, pero considera que éste no es suficiente para calificarlo como melancólico. Indica que para lograr mayor precisión en el diagnóstico es necesario relacionar el contenido del delirio con los mecanismos de su construcción. "Sólo así los significados del delirio podrán encontrar su justo sentido y valor diagnóstico" (Mazzuca, 1999, p. 143). En la *melancolía* "el fenómeno primario ... es el dolor moral, la culpa o el sentimiento de inutilidad, y el delirio se constituye secundariamente como una extensión y justificación de esa indignidad moral" (Mazzuca, 1999, p. 144). En el caso del paciente que analiza el autor, el delirio de castigo "surge a partir de la alucinación verbal: las palabras impuestas de la blasfemia, es decir que se

trata de fenómenos de automatismo mental” (Mazzuca, 1999, p. 144). Las ideas de culpa y castigo como contenido del delirio provienen de la “transposición deformada de los reproches ante la masturbación. Ya no se trata de autorreproches sino que son las voces mismas de la gente que habla en su cabeza quienes los formulan” (Mazzuca, 1999, p. 144). El autor considera que en este delirio hay una interpretación. El delirio melancólico no presenta tal movimiento razonante, siempre afirma lo mismo y “la certeza recae sobre el ser: soy culpable (o soy una porquería, o soy un inútil: identificación con el objeto (a) como desecho)” (Mazzuca, 1999, p. 145). En el caso de esquizofrenia que analiza el autor, la certeza gira entorno a la idea de castigo, que se le impone tanto como la blasfemia, y al fenómeno de *soy visto* evidencia de “la multiplicación del objeto (a) mirada” (Mazzuca, 1999, p. 145). El paciente no se siente culpable, “sólo acude a una interpretación que le otorgue un sentido de castigo a un sufrimiento que perdura ... y no tiene fin” (Mazzuca, 1999, p. 145).

El autor completa su diagnóstico de esquizofrenia con la observación de la evolución de la afección que se dirige hacia un aplanamiento afectivo y volitivo y hacia el empobrecimiento del delirio que se reduce a frases hechas hasta llegar al estribillo.

En su libro “*Las Psicosis. Fenómeno y Estructura*” (2001), Mazzuca, aunque entiende que se pueden reconocer fenómenos elementales propios de cada sujeto, expone que en su opinión, existen fenómenos elementales específicos de cada psicosis y considera que en la *esquizofrenia* se pueden reconocer dos clases de fenómenos elementales: (a) unos relacionados con

la no extracción del objeto *a* como, por ejemplo, el fenómeno “soy visto” ya analizado anteriormente, (b) otros donde predomina la estructura metonímica del significante en los que se destaca una profunda perturbación y hasta la imposibilidad de la puntuación. Son sujetos que no pueden parar cuando desarrollan una acción, no pueden poner un límite y este patrón se repite en todas sus actividades. Lo ejemplifica con un paciente que en distintas áreas de su vida expresa el mismo fenómeno con la expresión “no puedo parar” (Mazzuca, 2001, p. 205), cuando come, lo hace hasta que se termina el alimento aunque no tenga apetito y dice: “mi único límite es la olla”, y en su trabajo como vendedor cuando tenía que distribuir mercadería, pasaba varios días sin dormir hasta que podía vaciar el depósito. El único límite era el depósito. Es decir que necesitan límites reales. Según el autor en este tipo de fenómenos “está en juego la subsistencia misma de aparato psíquico” e “implica ... el riesgo de la vida” (Mazzuca, 2001, p. 206).

Por su parte Sergio Rodríguez (1993) sostiene que hay fenómenos que pueden ser indicadores de una probable esquizofrenia sin desencadenar. Ellos son: estados de abulia, que se pueden confundir con depresión, que se alternan con presunciones fútiles. Períodos con poca producción significativa, grandes silencios o apego a las palabras. En los relatos del paciente la madre puede estar ausente pero el analista puede constatar que ella habla desde el paciente. Ante este tipo de relatos “es conveniente averiguar los mitos circulantes sobre la tercera generación precedente y si en ellos algún accidente en lo simbólico advierte sobre sus efectos en la generación del entrevistado” (Rodríguez, 1993, p. 79).

Tratamiento, Transferencia y Lugar del Analista

La psicosis está constituida por un mecanismo diferente al de la neurosis, lo cual produce sujetos diferentes y distintos modos de abordaje clínico. En la neurosis el mecanismo que conforma la estructura es la represión, por lo tanto hay división entre inconciente y conciente. El inconciente se rige por las leyes de la metáfora y la metonimia y lo reprimido, se evidencia en las formaciones del inconciente como los síntomas, los actos fallidos y los lapsus, los cuales son metáforas portadoras de un sentido nuevo que se debe descifrar. Por ello en la neurosis es posible la interpretación. Además el análisis se despliega en la transferencia y finaliza con su disolución. "La transferencia analítica se funda en la transferencia de sentido que se desplaza cuando un significante se sustituye a otro en la cadena. La operación metafórica añade a esta sustitución la génesis de un plus de significación nuevo y original que se empalma al saber de la lengua. El sujeto del inconciente opera por metáfora y se sitúa a nivel del efecto de creación o de metáfora" (N. Rabinovich, 1993, p. 72-73)²⁶.

En la psicosis el mecanismo que subyace es la forclusión. Al no haber sido afectada por la represión, no hay división entre conciente e inconciente, el sujeto según Lacan, es "... un mártir del inconciente, dando al término mártir su sentido: ser testigo. Se trata de un testimonio abierto. ..." (Lacan, 1955-56, p. 190). Por lo tanto en el tratamiento del sujeto psicótico el analista no debe interpretar pues "para el psicótico la verdad como desocultamiento

²⁶ En Rodríguez, S y otros, "Lacan...Efectos en la Clínica de las Psicosis".

no tiene función alguna, porque en la psicosis no hay latencia. . . . En consecuencia no hay goce reprimido. Interpretar en la psicosis equivale a inyectar un goce que no tiene para el sujeto ningún correlato de verdad, y que, por la impostura y el desconocimiento que implica, tiende a reproducir la situación del desencadenamiento” (Lombardi, 2001, p. 129-130). En cuanto a la transferencia, la dificultad que tiene el sujeto psicótico para establecer un lazo social hace que los autores la consideren como una transferencia diferente a la transferencia que se establece en la neurosis.

Lacan también sostiene que otra de las características del sujeto psicótico es la certeza. Es por ello que cuando el sujeto psicótico acude a un tratamiento no busca ningún saber y no interroga sobre la verdad o falsedad de su delirio o alucinación, se presenta dando testimonio de lo que le sucede.

Estas diferencias entre psicosis y neurosis marcan una concepción distinta en cuanto a la transferencia y a las intervenciones y el lugar del analista en el tratamiento de pacientes psicóticos.

Los autores citados en este apartado ofrecen distintas propuestas en el abordaje de pacientes psicóticos. Aunque sus formas de intervención son diferentes, coinciden en que el tratamiento presenta muchas dificultades y su objetivo es lograr la estabilización del sujeto por medio de una suplencia, la cual puede ser la producción de una metáfora delirante o el desarrollo de alguna actividad ligada a la creación, que acote el goce.

Élida Fernández (1999, 2001), explica que la relación del sujeto psicótico con el analista no es la misma durante la crisis o fuera de ella.

Durante la crisis el paciente se ubica en el lugar donde es hablado, interceptado o perseguido por el Otro. Transferencialmente, durante el delirio del sujeto, el analista queda ubicado en el lugar de la demanda del Otro, ese Otro que *le* habla, *lo* persigue o *lo* ama. "El sujeto que no pudo alojarse en el Otro delira que ese que no lo alojó lo busca, lo necesita (erotomanía) o necesita destruirlo por su enorme poder (paranoia)" (Fernández, 2001, p. 208). El analista debe procurar no ocupar este lugar que le es asignado.

Fuera de la crisis, el analista queda ubicado en el eje *a-a'*, en el lugar del pequeño otro, en el sentido de la amistad como amor al semejante.

Así en la transferencia del psicótico están presentes el amor de amistad y el odio como un intento fallido de separarse del campo del Otro, de horadar la falta en el Otro. El odio se presenta con la certeza de que el Otro es un enemigo. Por ello "el odio en la transferencia es una posibilidad a la que es necesario dar cabida y acotamiento" (Fernández, 1999, p. 133). La autora explica que se debe trabajar caso por caso, con cada paciente singularmente. En este trabajo a veces el silencio del analista es necesario para poder salir del lugar del enemigo o del enamorado y otras veces el paciente necesita de la mirada y la voz del analista, como la mirada y la voz de un semejante, un secretario o testigo, que no lo sabe todo, "pero puede anudar algo, y así pacificar" (Fernández, 1999, p. 146).

Según Contardo Calligaris, la estructuración del sujeto, neurótica o psicótica, es una operación de defensa porque "... subjetivarse, existir como sujeto (barrado por la castración, como en la neurosis, o no, como en la psicosis), obtener algún estatuto simbólico, alguna significación, es

necesario para que el sujeto sea algo distinto de lo Real de su cuerpo ...” (Calligaris, 1991, p.14). El sujeto se defiende, así, de “lo que sería, imaginariamente, su destino si no se defendiese estructurándose: ser - reducido a su cuerpo- el objeto de una Demanda imaginaria del Otro, perderse como objeto de gozo del Otro. La operación de defensa implica cierto tipo de metáfora, o sea, ... que la significación pueda prevalecer, que pueda sustituir al pedazo de carne una significación subjetiva. ... Hace falta que algo prevalezca sobre la Demanda imaginaria de la cual seríamos objeto y, de preferencia, un saber sobre esa Demanda misma. Así, referidos a la Demanda somos objetos de gozo. Referidos al saber sobre la Demanda tenemos una significación que nos mantiene defendidos como sujetos” (Calligaris, 1991, p. 14). El *saber* con el que el sujeto se defiende es diferente en la neurosis y en la psicosis. Entonces, el *sujeto neurótico* organiza su *saber* alrededor de la función paterna, polo central que ordena las significaciones. Hay una referencia a un sujeto supuesto al saber que es el padre. Hay “por lo menos uno que sabe lidiar con la Demanda del Otro” (Calligaris, 1991, p. 14).

El *saber del sujeto psicótico* carece de la referencia al padre como agente del saber, porque la función paterna no fue simbolizada y al no existir un amarre central, las significaciones no están organizadas. Su saber es sin sujeto supuesto por lo tanto es el sujeto mismo quien lo sustenta con su certeza. Por ello *el sujeto psicótico que nunca sufrió una crisis* es un sujeto errante en un saber metonímico, inmerso en un recorrido infinito que no está idealizado como búsqueda, por lo tanto, organiza una transferencia en la que

el analista es demandado como un saber sin agente. El sujeto consulta al psicoanálisis como parte de un saber total y no para organizar su propio saber. En este caso es necesario realizar el diagnóstico diferencial con la perversión. El perverso supone un sujeto del saber para desafiarlo, en tanto que la posición del sujeto psicótico no es desafiante y no supone un sujeto supuesto al saber. En este caso, el rol del analista consiste en acompañarlo en su errancia, "en una vuelta por el psicoanálisis" (Calligaris, 1991, p. 22), sin proponerse otro fin, porque si el analista interviene tratando de estructurar el saber del psicótico, puede provocar una crisis. El autor explica que sucede muy frecuentemente, que cuando el sujeto fuera de crisis necesita interpelar al analista, es porque ya comenzó el proceso de crisis y requiere un lugar "en el cual él pueda enfrentar en la transferencia, la exigencia paterna que ya está comprometiendo su saber" (Calligaris, 1991, p. 114).

El mismo autor expone que en el caso del *sujeto psicótico en crisis* y más específicamente en el *paciente esquizofrénico*, existen dos posiciones transferenciales posibles:

1. La posición del polo paterno que vuelve en lo real, conformada por una constelación simbólica e imaginaria. La constitución de la metáfora delirante "dependerá de las posibilidades del sujeto para lidiar con este lugar. El habla del analista, en una operación que él puede considerar como simbólica, a pesar de que se efectúa para el paciente en una constelación que está en lo Real, puede ... modificar algo en esta constelación y, desde ese punto de vista, facilitar o no el trabajo del delirio" (Calligaris, 1991, p. 90).

“Encarnar el polo paterno en lo Real que el terapeuta cree haber simbolizado para el paciente pero que, en realidad, tendrá que encarnar para siempre, es algo que puede producir resultados terapéuticos interesantes” (Calligaris, 1991, p. 118), como promover que el sujeto deje el hospital, que pueda trabajar y relacionarse. Pero ésto es posible si el analista o la institución aseguran una permanencia, es decir si aseguran en lo real la presencia del polo paterno que no está simbolizado.

2. La transferencia se organiza “en relación con la Demanda imaginaria del Otro y una posición fundamentalmente sacrificial del sujeto en relación con esa Demanda” (Calligaris, 1991, p. 94). Es una relación imaginaria con un Otro devorador con el que establece un vínculo mortal debido a que el sujeto carece de una defensa que lo proteja del Otro porque aún no organizó una metáfora delirante que le asegure una posición subjetiva. El sujeto recibe del Otro un pedido de entrega que no se tramita simbólicamente y responde con una entrega real o alucinada.

Aunque ambas posiciones transferenciales están en una dialéctica continua, en la esquizofrenia predomina la de la demanda imaginaria del Otro. Por esta razón en estos pacientes “difícilmente se constituye un delirio viable, ... con el cual el sujeto pueda sustentarse en una significación” (Calligaris, 1991, p. 65).

La oscilación que se produce entre ambas posiciones, en el sujeto esquizofrénico, constituye un riesgo para el analista porque no sabe si lo que él habla es escuchado desde el lugar paterno o desde el lugar imaginario de un pedido total del Otro. Lo que él puede decir desde el lugar paterno en lo

real no lo puede decir desde el lugar imaginario ya que las consecuencias serían diferentes. “Un corte producido a partir de la posición paterna en lo Real puede tener un efecto decisivo en la constelación simbólica que ocupa esta posición paterna. Mientras tanto, la misma intervención de corte producida a partir de la Demanda imaginaria del Otro puede ser recibida como el ... pedido de cortarse” (Calligaris, 1991, p. 92). Esto evidencia que el analista está continuamente “confrontando con algo que ... Lacan llama de carácter de riesgo absoluto de la palabra del analista” (Calligaris, 1991, p. 92), es decir que la palabra del analista tiene consecuencias y por ello, especialmente en las intervenciones con pacientes psicóticos en crisis, se debe evaluar cuidadosamente cada significante. La responsabilidad del analista, según el autor, es destituir la demanda imaginaria, “lo que no quiere decir destituirse de esta Demanda, en el caso de que esté encarnándola en la transferencia” (Calligaris, 1991, p. 120). Esta destitución tiene que ver con garantizar que el paciente experimente que el trabajo de elaboración de una metáfora delirante es una defensa contra lo imposible. “En efecto, que el gozo del Otro, la satisfacción de su Demanda imaginaria, sea imposible es una consecuencia de que este Otro no tiene estatuto real ninguno, es apenas un efecto imaginario de la estructura del lenguaje” (Calligaris, 1991, p. 120).

Colette Soler define el concepto de *trabajo de la psicosis* como la forma que tiene el sujeto psicótico de “tratar los retornos en lo real, de operar conversiones; manera que civiliza al goce haciéndolo soportable” (Soler, 1991, p. 16). Este trabajo se puede concretar de dos maneras: una es

recurriendo a “un simbólico de suplencia” (Soler, 1991, p. 16), que permita elaborar una ficción distinta de la edípica, como es la metáfora delirante. También, y dentro de lo simbólico, el sujeto puede apelar a la *sublimación creacionista* que recurre a la escritura, es decir la creación de una obra literaria que construya un nuevo simbólico que cumpla la función estabilizadora del delirio.

Otra manera de tratar los retornos en lo real, es recurrir “a una operación real sobre lo real del goce no apresado en las redes del lenguaje” (Soler, 1991, p. 18). Puede ser la creación de una obra pictórica o de algún objeto, acciones que se incluyen dentro de la sublimación creacionista pero que no se sirven del lenguaje. Consisten en la producción de un objeto nuevo que se impone como real, en el que se deposita el goce.

Dentro del tratamiento de lo real por lo real también se incluyen “los pasajes al acto auto -y hétero- mutiladores” (Soler, 1991, p. 18), que son contrarios a la sublimación creacionista pero no la excluyen.

A partir de esta concepción y con relación al lugar del analista, la autora expone que el pasaje al acto casi excluye al analista y la creación de objetos lo vuelven superfluo porque, aunque no contradicen “el imperativo de elaboración del psicoanálisis” (Soler, 1991, p. 20), las obras se realizan en soledad.

En cuanto a las elaboraciones simbólicas que compensan la carencia de significación fálica, incluyen al analista porque se despliegan entre dos, paciente y analista, y como producto de la relación analítica. En estos casos el analista presta su nombre de psicoanalista, y su presencia y capacidad

para soportar la transferencia delirante con la finalidad -cuando es posible- de acotar el goce por medio de la influencia de lo simbólico sobre ese real. Aquí el lugar del analista no es el de testigo o amigo porque ese lugar excluye la modificación del sujeto. El analista realiza su intervención desde el lugar del Otro, "que es el partenaire de las elaboraciones espontáneas del sujeto" (Soler, 1991, p. 51). En ese lugar, el analista será interpretado por el sujeto en sus palabras e intervenciones, pero desde allí y siguiendo la singularidad del paciente, podrá operar para orientar la construcción delirante.

Al referirse específicamente a la esquizofrenia la misma autora explica que el fenómeno esquizofrénico es un "obstáculo insalvable" (Soler, 1991, p. 51) que impide la intervención del analista desde el lugar del Otro, porque debido a que en el sujeto esquizofrénico lo simbólico es real, sus asociaciones no pueden conformar una cadena significativa del sentido y sus significantes no pueden acotar el goce que invade su cuerpo. Por ello se pregunta si "se los toma en las mallas del lazo con el semejante, sin reducir por ello los hechos de la psicosis" (Soler, 1991, p. 51).

Isidoro Vegh sostiene que "hay algo en la transferencia de la psicosis que reenvía a una operación instituyente que implica que el otro sostiene lo semejante" (Vegh, 1991, p. 39)²⁷. El sujeto psicótico establece una transferencia en la cual demanda la ayuda de un semejante, un amigo. El analista participa de esa relación amistosa aceptando que es el paciente quien lo guía y compartiendo los ideales del mismo. La relación se sostiene

²⁷ En Vegh, I., "Una Cita con las Psicosis".

si el analista acepta que el sujeto “encuentre el objeto de su goce más allá de su cuerpo” (Vegh, 1991, p. 40). Su función es propiciar que ese goce pueda encauzarse en el cuerpo real del Otro social. Ésto implica que el analista esté “abierto ... al campo de creación que el psicótico insinúa o ... propone para hacer lazo social” (Vegh, 1993, p. 83)²⁸.

Vegh manifiesta que una intervención posible en la esquizofrenia, cuyo origen está en una falla en los primeros tiempos de constitución del sujeto, sería trabajar con el sujeto en ciertas experiencias de ritmo, espacio y tiempo, como puede ser la música. Estas experiencias “se instauran, como en el ejemplo ... del Fort Da, en la posibilidad de alternar una presencia y un vacío ...” (Vegh, 1991, p. 41). Apelar a un ritmo implica una presencia y una caída del goce. Según el autor este tipo de intervención no apunta a lograr la cura pero puede producir algunos resultados que permitan acotar el goce.

Benjamín Domb, en el marco de la teoría de los nudos, plantea que en el tratamiento de pacientes psicóticos, los analistas intervienen para facilitar la producción de una suplencia o *sinthome* que anude “una estructura, la del psicótico, que ha padecido un lapsus en su anudamiento, con lo que ha quedado desanudada o mal anudada” (Domb, 1997, p. 50). Se trata entonces de encontrar cuál es la falla y con qué posibilidades cuenta cada paciente para buscar alguna forma de anudar la estructura. El autor sostiene que si la psicosis presenta la forclusión del nombre del padre, si es un padre que no nombra, entonces un tratamiento posible será procurar que el paciente mismo produzca su nombre “por la vía de un goce acotado y

²⁸ En Autores Varios, “*Las Psicosis*”.

necesario con un objeto que con el correr del tratamiento se convierta en el medio de vida de este sujeto y de esta manera pueda sostenerse de él" (Domb, 1997, p. 53). Las actividades que propone se ubican dentro del arte y de diversos oficios. Es lo que él denomina la "salud por el arte" o "hacer del enfermo un artesano" (Domb, 1997, p. 52-53). El analista interviene no interpretando, sino facilitando el lazo del paciente con el objeto. Si ésto se logra, la labor será trabajar sobre ese lazo para transformarlo en una suplencia que sostenga la estructura.

El autor agrega que el sujeto psicótico no produce una transferencia al estilo neurótico pero es sensible a ser amado por los demás. Por esta razón tratar a un psicótico ante todo implica darle un lugar, lo que no alude sólo al espacio físico. "Dar lugar es que quienes atiendan este tipo de pacientes estén interesados en ellos. Interesarse ... es ya una forma de amor" (Domb, 1997, p. 52).

Granon-Lafont, también siguiendo la teoría de los nudos, expone que en la psicosis, la función del *sinthome* es suplir el anudamiento no efectuado por el registro simbólico. Por lo tanto se produce una duplicación de lo simbólico por el *sinthome* que permite el anudamiento de los tres registros.

Según la autora, la suplencia pertenece "al orden de la creación de un sujeto" (Granon-Lafont, 1992, p. 126), consiste en una operación que se origina en el genio creador del mismo, es del orden de la sublimación y ofrece la posibilidad de estabilizar una psicosis desencadenada. El analista no debe obstaculizarla. Ante la certeza o la particular función de una suplencia "el analista debe mostrar *a*, siempre *a*, o sea una falta, un agujero,

en el “sentido” o en el goce” (Granon-Lafont, 1992, p. 126). Ésto facilita la construcción de una suplencia que anude las tres consistencias y produzca un borde para el objeto *a*, que aparte al sujeto de lo real del goce, lo acerque a descubrir algo de su deseo y le permita acceder a encontrar “un lugar ordinario en la sociedad de los hombres” (Granon-Lafont, 1992, p. 146).

CONCLUSIÓN

El interés que guió esta investigación fue llegar a conocer cómo entienden actualmente a la esquizofrenia, la psiquiatría y el psicoanálisis de orientación lacaniana, qué aporta a la teoría y al abordaje de dicha entidad cada disciplina y qué rol cumplen el psiquiatra y el psicoanalista. Para ello se realizó un recorrido bibliográfico de las ideas de Bleuler, dentro de la psiquiatría clásica, de los aportes del DSM IV y otros psiquiatras en lo relativo a la psiquiatría actual y, dentro del marco del psicoanálisis, se efectuó una síntesis de algunas de las ideas desarrolladas por Lacan relativas a las psicosis y de las conceptualizaciones acerca de la esquizofrenia desarrolladas por los autores actuales que siguen sus enseñanzas.

Como antecedentes influyentes se citó en la introducción de esta investigación, a Kraepelin y a Freud quien influyó no sólo en las ideas de Lacan sino también, en las teorizaciones de Bleuler.

En el marco de la psiquiatría clásica, Kraepelin denomina a la esquizofrenia, como *demencia precoz* porque entiende que sus características fundamentales son: el comienzo en la primera etapa de la juventud y su evolución hacia la demencia. Este proceso demencial determina que el autor considere que la etiología de la demencia precoz está relacionada con lesiones cerebrales, es decir causas orgánicas. Divide a la demencia precoz en distintos tipos: hebefrénica, simple, paranoide y catatónica.

Eugene Bleuler discute las ideas propuestas por Kraepelin. Decide denominarla *esquizofrenia* porque, según su criterio, la característica fundamental de la afección es la disociación -spaltung- de las funciones psíquicas, además sostiene que la esquizofrenia no es una sola enfermedad sino que está conformada por diversas entidades clínicas que conforman un grupo. Aplica el enfoque psicoanalítico para explicar los síntomas pero, continuando las ideas de la psiquiatría clásica, supone como causa de la enfermedad, una afección orgánica, una perturbación cerebral que puede ser anatómica o química. Considera que se produce en sujetos con cierta predisposición hereditaria y su desencadenamiento es provocado por acontecimientos desagradables. Mantiene la división de la esquizofrenia en los mismos subgrupos enunciados por Kraepelin. En cuanto al diagnóstico expresa que éste depende del conocimiento de las causas que producen la patología y no del síndrome. Con relación al tratamiento, sostiene que se debe tener en cuenta la singularidad de cada paciente pero es el criterio del médico el que prevalece. Propone la internación sólo en casos agudos pero una vez que remite este estado, el paciente debe ser externado para evitar su institucionalización, y porque es preferible que el paciente sea tratado en su medio habitual. Aunque no descarta la administración de sedantes y la educación del paciente, recomienda el tratamiento psicoanalítico como el único procedimiento serio.

En el ámbito de la psiquiatría actual se consultó el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM IV- y manuales de psiquiatría. El DSM IV clasifica a la esquizofrenia como trastorno psicótico y

la define como una alteración que tiene una duración de al menos seis meses incluyendo por lo menos un mes de fase aguda. Los síntomas que describe coinciden con la descripción hecha por Bleuler. Con relación a la etiología, tanto el DSM IV como los manuales consultados, al igual que Bleuler sostienen hipótesis orgánicas -anatómicas y químicas- y hereditarias, pero, a diferencia de Bleuler, agregan factores ambientales. El diagnóstico se realiza en base a un grupo de síntomas -síndrome- que debe durar un período de tiempo y por diferencia, es decir que se deben descartar otros trastornos. En cuanto al tratamiento, la psiquiatría recomienda la administración de psicofármacos en la fase aguda para lograr la remisión del cuadro y también dosis de mantenimiento para evitar nuevos brotes. También recomiendan tratamiento psicológico, aunque no psicoanalítico, y un tratamiento psicosocial y de rehabilitación que sugiere la educación del paciente como lo proponía Bleuler. También como este autor, señalan que es preferible la atención ambulatoria y que la internación debe ser breve y sólo en casos agudos.

Dentro del marco del psicoanálisis, Sigmund Freud, además de estudiar las neurosis, también estudia a las psicosis a través de su obra y establece así la incumbencia del psicoanálisis con relación al tema. En lo referente a la esquizofrenia, según Freud la escisión -*spaltung*-, indicada por Bleuler como característica fundamental de la misma, no es un mecanismo exclusivo de esta afección, debido a que el mismo se puede encontrar también en el fetichismo y en las neurosis. Prefiere denominarla *parafrenia* por su relación con la paranoia ya que, según Freud, ambas psicosis se

pueden combinar como lo demuestra el caso Schreber. Sin embargo mantiene la especificidad de cada una. El autor entiende que la etiología de la parafrenia no es orgánica, e influido por Abraham postula que su origen se halla en la regresión de la libido al autoerotismo infantil. El mecanismo de restitución es alucinatorio y su pronóstico es desfavorable.

Jacques Lacan ubica dentro del grupo de las psicosis a todos los cuadros que no tienen etiología orgánica, entre los cuales incluye a la paranoia y a la esquizofrenia. Elabora su teoría de las psicosis a través de toda su obra, estudiando la paranoia, en la cual fue aportando diversos desarrollos conceptuales para pensar los distintos aspectos de las psicosis que, aún en la actualidad, son aplicados por los analistas que trabajan con las mismas. Así en sus comienzos escribe su monografía sobre la paranoia de la cual realiza un análisis comprensivo, influido por las ideas de Jaspers. Entiende que la etiología de esta psicosis se encuentra en una perturbación de la personalidad, es decir que se produce por una anomalía constitucional por lo cual la considera como un desarrollo. En esta época Lacan ya toma contacto con la obra de Freud. El análisis comprensivo se extiende en otros textos entre los que se destaca *"El Estadío del Espejo"* en donde analiza el mecanismo de la identificación como forma de constitución del yo. La finalidad es estudiar de qué manera participa el yo en las psicosis. La fenomenología de la paranoia se manifiesta en el ámbito de las relaciones imaginarias del yo y sus semejantes. De esta manera explica que en el delirio se muestra la forma primitiva del yo. Este momento de teorización se caracteriza por un predominio del registro imaginario. A partir del *"Seminario*

3" y "*De Una Cuestión Preliminar ...*" abandona el estudio comprensivo de las psicosis y realiza un planteo estructural de las mismas con el fin de ir más allá de la fenomenología y encontrar su origen. Aplica la estructura del lenguaje al estudio y descripción de los fenómenos psicóticos, a los que explica en términos de estructura de la palabra y del significante. Formula el concepto de forclusión como el origen de la estructura psicótica. La forclusión implica un rechazo fuera de lo simbólico cuyo efecto es el retorno en lo real de lo forcluido. Por lo tanto explica a las psicosis por una falla en el registro simbólico que implica una forclusión primitiva que produce luego la forclusión del nombre del padre, significante primordial que organiza las significaciones, y que deriva en la no constitución de la metáfora paterna con la consecuente ausencia de significación fálica. De esta manera Lacan explica la posición del sujeto psicótico como fuera de la estructura del Edipo, ya que lo rechazado es la castración que queda excluida del registro simbólico. Esta falla es estructural y no implica el desencadenamiento de la psicosis. Lacan distingue mecanismos de identificación imaginaria que pueden compensar el Edipo ausente y mantener estable a la estructura psicótica. También describe las fases del desencadenamiento de la psicosis clínica desde los momentos previos al desencadenamiento hasta la restitución por la metáfora delirante que suple a la metáfora paterna ausente y le da una significación al sujeto, por la que éste encuentra su lugar. En este período aborda el estudio de los fenómenos psicóticos a los que clasifica como fenómenos elementales y dentro de los cuales incluye a los fenómenos de franja y la alucinación como formas de retorno en lo real, y al

delirio como modo de tratar los retornos en lo real desde lo simbólico porque por medio del mismo se reorganiza el campo de la significación. Postula a la estructura psicótica como diferente de la estructura neurótica y su tratamiento no implica el pasaje a la neurosis. Otra construcción importante para la teoría de las psicosis son los conceptos de *fantasma*, *goce* y *objeto a*, los que le permiten a Lacan definir más precisamente las formas de retorno del goce. El autor explica al objeto *a* como marco de la realidad y considera a la experiencia psicótica como la consecuencia de la no extracción de este objeto y la ausencia del fantasma, lo que produce alteraciones en la conformación de la realidad. El concepto de objeto *a* le permite explicar los fenómenos psicóticos. La condición para que en las psicosis no se extraiga el objeto *a*, depende de la misma conformación de la estructura y del mecanismo forclusivo que la origina. En el último tramo de sus enseñanzas, y desde el “*Seminario 19*”, Lacan desarrolla la denominada *teoría de los nudos* en la que explica que la neurosis se caracteriza por el anudamiento borromeo de los tres registros, imaginario, simbólico y real, lo que implica que desanudando uno de los registros se desanudan los otros dos. Los tres registros tienen el mismo status y un cuarto lazo que se identifica a la función del nombre del padre es el que anuda y nomina. En este contexto la forclusión se define por un lapsus en el anudamiento, de esta manera la estructura psicótica se origina en un anudamiento no borromeo y su desencadenamiento se produce por el desanudamiento de los registros. A partir de esta teoría; Lacan desarrolla la idea de que existen estructuras psicóticas que nunca desencadenan porque los sujetos pudieron

lograr una suplencia espontánea y duradera, por algún acto creador del mismo sujeto. A ésta suplencia la denomina *sinthome* y suple la función del nombre del padre que falta. Los autores que trabajan en la línea de Lacan, hacen notar que también hay suplencias espontáneas precarias que no pueden evitar la crisis que se produce ante un hecho puntual en la vida de un sujeto. Entonces en los casos de crisis la intervención apunta a la estabilización del paciente por medio de un *sinthome* que puede ser una metáfora delirante o una producción que permita al sujeto hacer lazo social y le dé un nombre.

En cuanto al diagnóstico, para el psicoanálisis es estructural y se efectúa en la transferencia, tomando en cuenta la posición del sujeto frente a su padecimiento y el lugar que otorga al analista. El diagnóstico de la estructura psicótica requiere que se tomen en cuenta los fenómenos elementales tratando de reconocer en ellos la estructura. Los fenómenos elementales se pueden presentar en psicosis sin desencadenar, en los momentos previos a la crisis y en la crisis misma. El delirio y la alucinación son fenómenos elementales pero no bastan para efectuar el diagnóstico de psicosis si no se tiene en cuenta su estructura -es decir con qué está armado, lo cual se relaciona con la historia personal del sujeto- y cómo queda el sujeto en relación a la estructura del delirio. También son índice de estructura los trastornos del lenguaje, como el significante que queda fuera de la cadena y retorna en lo real, y la certeza del sujeto de que es concernido -autorreferencia-. Contardo Calligaris agrega que ante la ausencia de fenómenos elementales en estructuras psicóticas que nunca

desencadenaron, se puede observar que el sujeto psicótico es un sujeto errante que refleja, en este comportamiento, la estructura metonímica que lo sustenta carente de la referencia a un significante privilegiado que organice su mundo y su saber.

Con relación a la *esquizofrenia*, Lacan al igual que Freud, no comparte la idea propuesta por Bleuler acerca de que la disociación -*spaltung*- es el mecanismo fundamental de la esquizofrenia, porque el mismo está presente en la estructura neurótica cuyo sujeto está dividido por efecto del significante, por lo tanto en su obra privilegia el estudio de la paranoia y hay pocas referencias a la esquizofrenia. Por ello se recurrió a textos de algunos de los analistas que continúan trabajando en la línea trazada por Lacan.

En cuanto a la *etiología*, Isidoro Vegh entiende que la esquizofrenia se constituye por una falla en la identificación primaria lo cual hace fracasar al resto de las identificaciones. De esta manera el yo no se conforma y no se anuda a los registros real y simbólico. Ésto produce: en lo real la no separación del objeto, es decir que el sujeto queda como objeto en el campo del Otro; en lo simbólico trastornos del lenguaje y fracaso del delirio y en lo imaginario fenómenos de disgregación corporal, despersonalización y desrealización y ausencia de afecto. Por su parte, Héctor López sostiene que la esquizofrenia debe su origen a una falla en el deseo materno y a la intrusión del goce femenino, situaciones en las que el padre no puede separar al niño de la madre, por lo tanto el niño no logra la distinción yo-otro y no se conforma su imagen corporal, lo cual produce fenómenos de extrañamiento, despersonalización, insensibilidad corporal y pasajes al acto.

Otra hipótesis etiológica es la que brinda Juan D. Nasio, quien explica el origen de la esquizofrenia por la teoría del par significante S1-S2. Por efecto de la forclusión se suspenden los movimientos de desplazamiento y condensación entre los significantes, produciendo la solidificación del par S1-S2, lo que se presenta de dos maneras: como compactación de los significantes y como dispersión en fragmentos de los mismos. En la clínica, según el autor, ambas hipótesis se confirman a través de los fenómenos de la alucinación y de las identificaciones fragmentarias del yo, respectivamente. Otra hipótesis es la que elabora Jacques A. Miller quien entiende que, por efecto de la forclusión, el sujeto queda fuera del discurso, cuya función es la de armazón significante, por lo que los significantes que lo representan están dispersos. De este modo, la falta de articulación significante impide la representación unificada del sujeto y se manifiesta en los fenómenos de fragmentación de identidades. Los órganos del sujeto esquizofrénico, excluidos del discurso, no se ensamblan conformando un cuerpo y al no ser afectados por el orden simbólico que pone un límite al goce, éste invade el cuerpo dejando al sujeto ante el caos de sus órganos y la función que les confiere el lenguaje. Además por la falla de la metáfora paterna fracasa la separación que implica la normalización fálica del goce, por lo tanto el sujeto carece de falta con la cual operar y esto produce su esquizia.

Se puede observar que estos autores sitúan la etiología de la esquizofrenia desde distintos conceptos de la teoría. Vegh y López coinciden en analizar el origen de la esquizofrenia en el marco de una falla en la

constitución del yo y la imagen corporal, en tanto que Nasio y Miller explican el origen de la afección ubicando el acento en lo simbólico. Miller coincide con Nasio en la hipótesis de la dispersión de los significantes. Por su parte, Nasio se diferencia de los tres autores restantes al considerar a la forclusión como un mecanismo local que crea realidades locales, de las que la psicosis sería un caso particular pero no el único. De este modo diferencia forclusión de psicosis.

Con referencia al *diagnóstico diferencial* de la esquizofrenia, Calligaris parte del supuesto que el sujeto psicótico tiene una historia edípica pero ésta no se resolvió en la metáfora paterna. La forclusión afecta a la función organizadora y de amarre del nombre del padre. Así cada psicótico tiene significantes paternos en su saber singular pero la función no fue simbolizada y es lo que, en la crisis, vuelve en lo real. Estos significantes edípicos que vuelven en lo real conforman una constelación simbólica e imaginaria y son específicos, por lo tanto producen diferentes psicosis, pero como son edípicos podrían corresponder a las distintas modalidades neuróticas. En el caso de la esquizofrenia lo que vuelve en lo real es el padre histérico, que por ser débil y castrado determina la abundancia de alucinaciones no auditivas y la dificultad del esquizofrénico en elaborar un delirio. De esta manera el autor propone una clínica diferencial por la cual, ante un paciente de estructura psicótica que entra en crisis, es la evidencia fenomenológica en relación con la historia del paciente lo que guiará el diagnóstico. Por su parte Roberto Mazzuca, a partir de un ejemplo, aporta algunos puntos importantes a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial.

Entre ellos presenta fenómenos elementales propios de la esquizofrenia y analiza su estructura, como el fenómeno soy visto y el retorno del goce en el cuerpo, que se relacionan con la no extracción del objeto *a*, y las alucinaciones psíquicas a las que denomina palabras o pensamientos impuestos. También explora la forma de comienzo, la fase prepsicótica y analiza el delirio, en el que toma en cuenta el contenido del mismo en relación con los mecanismos de su construcción para lograr mayor precisión en el diagnóstico. Por último examina el curso de la afección en el que señala el empobrecimiento del delirio y, recurriendo a la clasificación psiquiátrica, observa un aplanamiento volitivo y afectivo, los cuales son descriptos por la psiquiatría como síntomas negativos de la esquizofrenia. Diferencia a la esquizofrenia de la melancolía porque en esta última predominan el dolor moral, la culpa y los autorreproches porque el sujeto se identifica al objeto *a* como desecho. En la esquizofrenia los reproches provienen de las voces que escucha el paciente y éste no siente culpa o dolor moral. El autor también agrega en otro texto, que otro fenómeno elemental característico de la esquizofrenia tiene que ver con situaciones en las que los sujetos concluyen una acción cuando se les presenta un límite real, lo que evidencia la estructura metonímica del significante con dificultad o imposibilidad de la puntuación. Por su parte Sergio Rodríguez, dentro de lo que sería una esquizofrenia sin desencadenar, indica que hay fenómenos que pueden guiar el diagnóstico, como una pobre producción significativa, apego a las palabras o silencios, combinados con síntomas negativos como estados de abulia que se pueden confundir con depresión.

En lo referente al *tratamiento, transferencia y lugar del analista*, la finalidad del tratamiento es lograr la estabilización del paciente en crisis por medio de alguna suplencia, ésta puede ser una metáfora delirante o alguna producción que surja de la creatividad del sujeto. Al entender que neurosis y psicosis son estructuras diferentes constituidas por distintos mecanismos, represión y forclusión respectivamente, el concepto de transferencia en las psicosis es diferente y el analista queda en un lugar distinto también. Además éste no debe interpretar porque la función de la interpretación, en la neurosis, es cuestionar ciertas significaciones estables del sujeto sobre la base de la estabilidad que aporta la metáfora paterna, que sería la significación fálica, ausente en la psicosis. De este modo, si se interpretara en un caso de psicosis, el sujeto psicótico sería enfrentado con algo de lo cual carece, por ello el efecto de la interpretación en estos pacientes actúa como una imposición que puede reproducir la situación desencadenante de la crisis. Es el mismo sujeto el que interpreta y se presenta para dar un testimonio de lo que padece, no busca el saber en el analista. De esta manera, aunque el psicoanálisis trabaja con la singularidad de cada paciente, los autores consultados exponen algunas pautas generales para el tratamiento. Para Élide Fernández la transferencia antes de la crisis es como una relación de amistad con el semejante. En la crisis, el paciente ubica al analista en el lugar del gran Otro, lugar del cual el analista debe tratar de salir. Así el analista oscilaría entre diversas posiciones que van desde el silencio, para apartarse del lugar del gran Otro, hasta el lugar del testigo o secretario que no lo sabe todo, es decir que se ubica en el lugar de la falta,

para facilitar la construcción de una suplencia. En este último punto coincide con Jeanne Granon-Lafont quien sugiere que para promover la elaboración de una suplencia que anude los tres registros y acote el goce, el analista debe mostrarse desde el lugar de la falta. Por su parte Calligaris entiende que en las psicosis se observan dos tipos de transferencia. Una es la que produce el sujeto más acá de toda crisis; éste es un sujeto errante que carece de la referencia al padre como agente del saber, por lo tanto necesita construir el campo del saber en un recorrido sin fin por el psicoanálisis al cual interroga como parte de un saber universal. En este caso el lugar del analista es el de un compañero en su recorrido, semejante al lugar del amigo que propone Fernández en las psicosis sin desencadenar. Otro tipo de transferencia que puntualiza Calligaris es la que el paciente organiza durante la crisis y específicamente en la esquizofrenia, en la que predomina la demanda imaginaria del Otro. El analista debe destituir esa demanda propiciando el trabajo de la elaboración de una metáfora delirante, pero no puede salir de ese lugar si él está encarnando tal demanda transferencialmente. El autor plantea que el analista no puede apartarse del lugar que le asigna el paciente en la transferencia, lo cual marca una diferencia con la concepción de Fernández quien manifiesta que el analista debe tratar de abandonar la posición del gran Otro. Según Colette Soler, el rol del analista es acompañar al paciente en el trabajo de la psicosis, definiendo a éste como las distintas maneras en que el sujeto trata los retornos en lo real. El analista interviene en el trabajo del delirio o en el caso en que el sujeto realice algún trabajo creativo que recurra a la escritura,

porque son dos actividades que apelan a lo simbólico para tratar lo real y es un trabajo que se puede realizar entre dos y como producto de la relación analítica. La autora descarta que el lugar del analista sea el de un amigo o testigo porque considera que desde ese lugar no se logra la modificación del sujeto. El lugar del analista es el del gran Otro porque desde allí presta sus significantes para facilitar la construcción delirante. En ambos puntos su opinión es contraria a la de Fernández. También entiende que el analista tiene escasa injerencia cuando el paciente trata los retornos en lo real por medio de la creación de objetos reales, como una obra pictórica, porque las obras se realizan en soledad. Sin embargo para Vegh y Benjamín Domb, a diferencia de Soler, el lugar del analista en la transferencia es el de un amigo que interviene facilitando el lazo del paciente con el objeto de su creación para que el mismo actúe como suplencia que anude la estructura, tenga circulación social y sea su medio de vida de manera que el sujeto se sostenga de él. Por lo tanto para Vegh y Domb, el analista también acompaña al paciente en la creación de objetos reales.

Se puede ver que con relación al objetivo del tratamiento, los autores precedentes coinciden en que se trata de lograr la estabilización del paciente por medio de una suplencia, pero difieren sus opiniones acerca de la transferencia y el lugar que el paciente asigna al analista. Se infiere que las causas de las diferencias de criterios podrían depender: (a) de la complejidad de la teoría, (b) de la lectura e interpretación que cada analista hace de ella, (c) de que no existe un standard de intervenciones ya que cada caso es singular y además tanto en la teoría como en la práctica, en el

campo de las psicosis no existe un conocimiento acabado, por lo tanto cada analista difunde sus ideas en base a su experiencia clínica y al tipo de intervenciones que le proporcionaron buenos resultados.

De acuerdo a lo expresado por los autores con relación a la etiología, el diagnóstico y el tratamiento, si se compara a la esquizofrenia con la paranoia en la cual el sujeto puede conformar un yo, una fachada y puede elaborar un delirio pleno de sentido, se puede pensar que la esquizofrenia, ya sea concebida desde una falla en la conformación del yo o desde la ausencia del discurso como sostén del cuerpo, se caracteriza por que la falla se produciría en una etapa anterior a la paranoia, sería pre-especular, es decir que además de faltar el sostén simbólico, la falla se origina en el registro imaginario. Al fallar lo imaginario, éste no hace tope entre los registros simbólico y real, por ello en la esquizofrenia se toma lo simbólico como real. Por la falla en la conformación de la imagen corporal no puede sostener la afectividad, lo que se traduce en apatía. Padece fenómenos de disgregación, fragmentación y despersonalización. Lo imaginario carece del sostén de lo simbólico, por ello el sujeto siente que su mundo se derrumba, se producen fenómenos de lenguaje, el lenguaje está desorganizado, hay ausencia de sentido y fenómenos corporales. Además la fenomenología no se puede estabilizar en un delirio. Éste fracasa porque el sujeto carece de otros significantes que vengan a ocupar el lugar del nombre del padre ausente. Ésto conduce a pensar que lograr la estabilización en un paciente esquizofrénico presenta muchas dificultades y que, si se logra, es más

factible que sea apelando a la creación de algún objeto real que al uso de lo simbólico como la escritura o la elaboración de una metáfora delirante.

Aportes de la psiquiatría y el psicoanálisis. La psiquiatría clásica aportó una rica descripción de signos y del curso de la enfermedad, que la psiquiatría actual mantiene y a los que el psicoanálisis a veces apela para completar el diagnóstico diferencial. Los hallazgos etiológicos de la psiquiatría actual, aunque se mantienen en el campo de las hipótesis, favorecieron el desarrollo de psicofármacos, que administrados con precaución, pueden tener efectos positivos en el paciente, y ésto tiene que ver con la disminución de casos que evolucionan hacia la demencia, porque mantienen estables a los sujetos por un período mayor de tiempo entre crisis. Los autores psicoanalistas leídos para esta investigación admiten que, a veces es necesario acudir a la medicación con el fin de pacificar a los pacientes para poder encarar con ellos un análisis, con la salvedad de que las dosis suministradas no deben anular al sujeto.

Entre los aportes del psicoanálisis, se puede apreciar que Freud se interesó por las psicosis, teorizó acerca de ellas y buscó una etiología no orgánica de las mismas aunque dudaba de que el psicoanálisis sirviera para tratarlas. Lacan rescata la enunciación de Freud y elabora una teoría conformada por una vasta producción conceptual que permitió pensar en un tratamiento posible para las psicosis. Como Freud, pensó que el origen de las psicosis no es orgánico. Sin rechazar a la psiquiatría aplicó sus conocimientos psicoanalíticos y estructuralistas al estudio de la estructura de los signos descriptos por la misma, a los que denominó fenómenos porque a

través de ellos se manifiesta la estructura psicótica. Introdujo el concepto de subjetividad, la cual se constituye en la relación con un Otro, entendiendo que de las vicisitudes de esta relación depende el tipo de estructura que se conformará. A diferencia de la psiquiatría, el psicoanálisis propone un diagnóstico estructural y en transferencia, no es sindromático, sino que busca la estructura en el fenómeno, lo que daría mayor precisión al diagnóstico del cual depende la dirección de la cura y el lugar del analista. En cuanto al tratamiento, Lacan, propone ceder la posición de sujeto al psicótico y escuchar la verdad de su delirio, algo que ya había propuesto Freud. Los autores psicoanalistas que siguen aplicando los conceptos de Lacan, amplían el campo de estudio de las psicosis más allá de la paranoia y se interrogan acerca de las demás psicosis como esquizofrenia, parafrenia y manía y melancolía, lo cual los convoca a reflexionar que los conceptos de forclusión del nombre del padre y ausencia de la metáfora paterna explican la etiología de la estructura psicótica pero no explican por qué se producen distintas psicosis clínicas. En el quehacer clínico que se sustenta en la teoría van enriqueciendo a su vez la teoría, desarrollando hipótesis etiológicas, modos de operar en la clínica y buscando mayor precisión en la elaboración del diagnóstico diferencial de esquizofrenia.

Como comentario final, agrego que este recorrido bibliográfico despierta en mí más preguntas que respuestas y me hace reflexionar acerca de la responsabilidad ética al efectuar un diagnóstico, el cual debe servir para guiar el trabajo del analista pero no para estigmatizar al paciente. Además es necesario tener presente que en la atención de pacientes

esquizofrénicos y también en los que padecen otras afecciones, no se atiende a una entidad nosográfica o a *un esquizofrénico*, sino que se atiende a un *sujeto al cual el psicoanálisis propone escuchar para conocer su verdad*.

Otra cuestión a reflexionar se relaciona con el rol que le corresponde a la psiquiatría y al psicoanálisis en la terapéutica del paciente esquizofrénico. Aunque existen profesionales de ambas disciplinas que trabajan conjuntamente, aún es común escuchar o leer que existen algunos psiquiatras que desestiman a la psicología en general y al psicoanálisis en particular y viceversa, hay profesionales de la psicología o el psicoanálisis que se resisten a la psiquiatría y a las internaciones, que a veces son inevitables. Esta rivalidad entre psiquiatría y psicoanálisis, entre discurso médico y discurso psicoanalista, sólo refleja posturas egoístas de parte de cada disciplina, y deja de lado lo más importante, que es la atención del paciente con el fin de que éste logre, a través de un tratamiento adecuado, algún grado de autonomía dentro de lo que le permita su estructura.

Psiquiatría y psicoanálisis son modelos que provienen de planteos epistemológicos diferentes y como consecuencia de ello, conciben de manera diversa el origen de la enfermedad y el modo de curarla. La psiquiatría busca las causas en lo orgánico y el psicoanálisis en el lenguaje. Pero si se entiende que el ser humano está conformado de forma compleja por soma y psique, se debe admitir que ni la psiquiatría ni el psicoanálisis tienen todas las respuestas, por lo tanto lo más beneficioso para el paciente sería recibir la atención de ambas disciplinas, en la que cada una, desde su

lugar, contribuya al tratamiento. La psiquiatría medicando cuando sea estrictamente necesario y de manera tal que le permita al paciente acceder a un tratamiento analítico, y el psicoanálisis acompañando en el trabajo de la psicosis con el fin de tratar de lograr la estabilización del paciente. Porque aunque cada disciplina sigue investigando y no encontró aún respuestas concluyentes al problema de la esquizofrenia, los tratamientos que cada una ofrece pueden producir efectos positivos en el sujeto.

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA

- BERCHERIE, PAUL: *“Los Fundamentos de la Clínica. Historia y Estructura del Saber Psiquiátrico”*. Ed. Manantial. Bs. As. 1986.
- BERRETTONI, PABLO A.: “Cronología Histórica de los Conceptos Clínicos sobre Esquizofrenia - Parte I”, en *“Alcmeon 1 (Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica)”*. 1990. (www.alcmeon.com.ar).
- BLEULER, EUGENE (1911): *“Demencia Precoz o el Grupo de las Esquizofrenias”*. Ed. Hormé. Bs. As. 1993.
- CALLIGARIS, CONTARDO: *“Introducción a una Clínica Diferencial de las Psicosis”*. Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1991.
- CANCINA, P.; FERNÁNDEZ TUÑÓN, J.; GRANDINETTI, J.; IUORNO, R.; MENÉNDEZ, F.; RABINOVICH, N.; RODRÍGUEZ, S.; ZÖPKE, P.: *“Lacan...Efectos en la Clínica de las Psicosis”*. Ed. Lugar. Bs. As. 1993.
- CARBAJAL, EDUARDO; D'ANGELO, RINTY; MARCHILLI, ALBERTO: *“Una Introducción a Lacan”*. Ed. Lugar. Bs. As. 1992.
- DOMB, BENJAMÍN: “Tratamiento de las Psicosis y el Hospital de Día”, en *“Psicoanálisis y el Hospital”*, nº 11. Junio de 1997.
- FERNÁNDEZ, ÉLIDA: *“Diagnosticar las Psicosis”*. Ed. Letra Viva. Bs. As. 2001.
- IDEM: *“Las Psicosis y sus Exilios”*. Ed. Letra Viva. Bs. As. 1999.
- GRANON-LAFONT, JEANNE: *“Topología Lacaniana y Clínica Psicoanalítica”*. Ed. Nueva Visión. 1992. Bs. As.

- HERREROS, GERARDO R.: "La esquizofrenia en el psicoanálisis actual de orientación lacaniana", en "*Revista Acheronta*" nº 9. Julio de 1999. (www.acheronta.org)
- KAPLAN, H.; SADOCK, B.: "*Compendio de Psiquiatría*". Ed. Salvat. Barcelona. 1987.
- LACAN, JACQUES: "El Estadio del Espejo como Formador de la Función del Yo [JE] tal como se nos revela en la Experiencia Psicoanalítica" (1949), en: "*Escritos I*". Ed. Siglo XXI. Bs. As. 1988.
- ÍDEM: "*El Seminario. Libro 3. Las Psicosis*" (1955-1956). Ed. Paidós. Bs. As. 1991.
- ÍDEM: "De una Cuestión Preliminar a todo Tratamiento Posible de la Psicosis" (1966), en: "*Escritos II*". Ed. Siglo XXI. Bs. As. 2003.
- ÍDEM: "La Metáfora Paterna I y II" (1958), en: "*El Seminario 5*" (1957-1958). Traducción de Rodríguez Ponte, Ricardo para la Escuela Freudiana de Buenos Aires (E. F. B. A). Versión electrónica.
- ÍDEM: "*Seminario 10*" (1962-1963), clases del: 16.01.63 y 23.01.63. Traducción de Agoff, Irene con la supervisión técnica de Vegh, Isidoro y Cosentino, Juan C. Versión electrónica.
- ÍDEM: "*Seminario 11*" (1964), clase 18 (10.06.64). Versión comparada de Tarella, Jorge para la Escuela Freudiana Argentina. Versión electrónica.
- ÍDEM: "*Seminario 19*" (1971-1972), clase del 03.03.72. Traducción de Rodríguez Ponte, Ricardo para la Escuela Freudiana de Buenos Aires. Versión electrónica.

- ÍDEM: “Seminario 20” (1972-1973), clase del 15.05.73. Traducción de Rabinovich, Diana y cols. con el acuerdo de Miller, Jacques Alain. Versión electrónica.
- ÍDEM: “Seminario 22” (1974-1975), clases del 15.04.75 y 13.05.75. Traducción de Rodríguez Ponte, Ricardo. Versión electrónica.
- ÍDEM: “Seminario 23” (1975-1976), clases del 16.12.75, 10.02.76 y 11.05.76. Traducción de Rodríguez del Ponte, Ricardo. Versión electrónica.
- LOMBARDI, GABRIEL: “*La Clínica del Psicoanálisis 3. Las Psicosis*”. Ed. Atuel. Bs. As. 2001.
- LÓPEZ, HÉCTOR; MARTÍNEZ, HORACIO; CACCIARI, ANALÍA: “*Neurosis y Psicosis*”. Seminario dictado en el portal de internet Psicomundo. 1996. (www.edupsi.com/neuropsico).
- “*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*” (DSM IV). Ed. Masson. Versión Electrónica. 1995.
- MARTÍNEZ, HORACIO: “*Los Debates sobre la Esquizofrenia*”. Material de circulación interna de la cátedra “Modelos en Psicopatología” de la Facultad de Psicología de la UNMDP. 2001.
- ÍDEM: “*La Psicosis en la Obra de Lacan*”. Material de circulación interna de la cátedra “Modelos en Psicopatología” de la Facultad de Psicología de la UNMDP. 2003.
- MAZZUCA, ROBERTO; ALBAYA, PERLA; POLLAK, CLAUDIA; SCHEJTMAN, FABIÁN; TENDLARZ, EDIT; ZLOTNIK: “El Objeto Mirada”, en “*Revista de Psicoanálisis*” nº 1, Universidad de Buenos Aires. 1999.

- MAZZUCA, ROBERTO Y Cols.: *“Las Psicosis, Fenómeno y Estructura”*. Ed. Universitaria de Buenos Aires (eudeba). Bs. As. 2001.
- MILLER, JACQUES-ALAIN: “Esquizofrenia y Paranoia” (1982) en *“Psicosis y Psicoanálisis”*. Autores Varios. Ed. Manantial. Bs. As. 1993.
- NASIO, JUAN D.: “El Concepto de objeto a en la Teoría de J. Lacan”, en: *“Los Ojos de Laura”*. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1988.
- IDEM: *“Cinco Lecciones sobre la Teoría de Jacques Lacan”*. Ed. Gedisa. Barcelona. 1998.
- IDEM: *“Grandes Psicoanalistas”, vol. II*. Ed. Gedisa. Barcelona. 1996.
- RODRÍGUEZ, SERGIO: “Un Psicoanalista en la Frontera”, en *“Las Psicosis”*. Ed. Homo Sapiens. Rosario. 1995.
- SOLER, COLETTE: *“Estudios sobre las Psicosis”*. Ed. Manantial. Bs. As. 1991.
- TORO, R.; YEPES, L.: *“Fundamentos de Medicina”*. Ed. Corporación para investigaciones biológicas. Medellín. 1997.
- VÁZQUEZ BARQUERO, J. L.: *“Psiquiatría en Atención Primaria”*. Ed. Grupo Aula Médica. Madrid. 1999.
- VEGH, ISIDORO: “Estructura y Transferencia en la Psicosis”, en *“Las Psicosis”*. Autores Varios. Ed. Homo Sapiens. Rosario. 1993.
- ÍDEM: “Puntuaciones de un Recorrido en el Campo de la Psicosis”(1993), “El Campo de las Psicosis”, “Letra, Significante y Sentido en el Discurso de las Psicosis” (1993), “Estructura y Transferencia en el Campo de la Psicosis” (1991), en *“Una Cita con las Psicosis”*. Ed. Homo Sapiens. Rosario. 1995.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL DE CONSULTA

- FREUD, SIGMUND: "Puntualizaciones Psicoanalíticas sobre un Caso de Paranoia (Dementia paranoides) Descrito Autobiográficamente" (1911[1910]), en *"Obras Completas"*, vol. XII. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1993.
- IDEM: "Lo Inconciente" (1915), en *"Obras Completas"*, vol. XIV. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1992.
- IDEM: "La Negación" (1925), en *"Obras Completas"*, vol. XIX. Ed. Amorrortu. Bs. As. 1990.
- GARCÍA PELAYO Y GROSS, RAMÓN: *"Pequeño Larousse Ilustrado"*. Ed. Larousse Argentina. Bs. As. 1972.
- LAPLANCHE, J; PONTALIS, J. B.: *"Diccionario de Psicoanálisis"*. Ed. Labor. Barcelona. España. 1981.

