

Locura, enfermedad mental y psicosis en el contexto de las estructuras.

América Espinosa¹, Raffaella Perrella²

*El loco, por lo tanto, no puede ser loco para sí mismo,
Sino solamente a los ojos de un tercero,
que, tan sólo él, puede distinguir de la razón misma
el ejercicio de la razón.*

Michel Foucault

Este texto desarrolla uno de los ámbitos más polémicos en la construcción del saber sobre el pensamiento y el actuar humano; traducido a tres términos, desde donde se le ha referido; la locura, la enfermedad mental y la psicosis. El abordaje propone una mirada analítica, que muestra evidentemente una posición, que se construye con alocuciones propias y de autores que no necesariamente dan cuenta de sus posiciones ideológicas o filosóficas últimas, pero que sirven para realizar un escrito, que puede resultar fecundo para abonar a la producción de discurso sobre las estructuras clínicas y en su caso de la psicosis.

Hablar de estructura refiere a la condición de un orden que como mandato precede a la condición fundamental y fundante del pensamiento, que es la condición simbólica, soportada desde la conciencia de muerte. Lo simbólico se juega en el arbitrario en cuando ley y límite. El elemento de mayor complejidad en la producción del saber sobre lo humano, se instala justamente en la pregunta por lo originario, por lo que produce el saber sobre sí, la conciencia de sí y aquello que resulta ser el elemento que la aliena, en palabras de Freud, la represión y su consecuencia en lo inconsciente. La conciencia de sí no es posible sin la dimensión de reconocimiento de la otredad y en ese juego de reconocimiento se gesta también, la represión, lo inconsciente y la estructura. El sujeto depende de la instancia de lo simbólico para dar constancia de su

¹¹ Psicoanalista. Profesora-Investigadora de la Facultad de Psicología Universidad Veracruzana. Doctora en Fundamentos y Desarrollos Psicoanalíticos por la Universidad Complutense de Madrid. Maestría en Teoría Psicoanalítica.

² Psicóloga y autora. Profesora Investigadora de la Università degli Study della Campania Luigi Vanvitelli de Caserta, Italia.

vida frente a lo apodíctico de la muerte; lo simbólico es fundamentalmente una dimensión lingüística, por lo que el sujeto de lo inconsciente desde Lacan, queda entonces definido como efecto del lenguaje, que como tal, alude a lo simbólico, a lo imaginario y a lo real.

El discurso como lenguaje, designa posiciones, contextos de construcción, sentidos; el discurso nos coloca en tiempos y espacios; de él provenimos, desde una espiral que podríamos llamar *ontosimbólica/estructurante*, desde donde devenimos ser y nos proyectamos; en ese lapso, nos creamos, creemos, desistimos e insistimos.

Si somos producto de lo que llamaríamos una *ontolinguistería/estructurante*, es necesario pensar en cómo se han construido las formas de expresión en torno a los sujetos, sus relaciones, sus violencias discriminantes, en fin, todas esas diversas formas de manifestación de aquello que podría señalarse como lo humano del ser y específicamente aquello, que queda como interrogante por su desvarío, desvío o por su cercanía a lo que el pensamiento no puede traducir a través de su única posibilidad, la fantasía y lo simbólico.

Eso que ha sido denominado como locura y enfermedad mental; ambos conforman ámbitos de discurso que muestran las variantes subjetivas de los grupos, sus servidumbres y las formas de control para su sostenimiento.

Muchos de los saberes que se han producido de la locura como enfermedad mental, albergan apreciaciones ideológicas que han sido desveladas muchas de ellas, pero que, a pesar de ello, se mantienen por todo lo que estos saberes sostienen en términos políticos y económicos.

Siguiendo a Foucault, en cuanto a la desnaturalización del ser y la ruptura de los mitos del origen, podríamos señalar, que tanto la locura como la enfermedad mental, han sido lugares/depósito de imaginarios colectivos que han servido de referentes de exclusión y a la vez sostenimiento de los discursos imperantes y alienantes que tienen como trasfondo al poder y a su servidumbre. Sin embargo esta posición no puede quedarse en una radicalidad crítica, sino requiere de una apuesta analítica. Justamente se observa, que la

dimensión de poder se juega en la propia adscripción del saber y de lo que constituye lo simbólico como elemento fundacional del pensamiento.

Si lo humano del ser, está ligado al conocimiento y éste a su condición de representación vía el lenguaje, esto lo lleva a constituirse en pensamiento/palabra. Es pensamiento sostenido desde el imperativo y la determinación del mundo simbólico desde donde surge; sin embargo, ese campo simbólico alberga su contraparte, lo no simbólico como desconocimiento o no-conocimiento. Esa espiral *onto-simbólica/estructurante* posee además solo un tiempo, el de su constitución, esto es, se constituye como acontecimiento.

Foucault, leyendo a Nietzsche señala:

El conocimiento es un efecto o un acontecimiento que puede ser colocado bajo el signo del conocer, no es una facultad y tampoco una estructura universal.

...el conocimiento es siempre una cierta relación estratégica en la que el hombre está situado. Es precisamente esta relación estratégica la que definirá el efecto del conocimiento y, por esta razón, sería totalmente contradictorio imaginar un conocimiento que no fuese en su naturaleza obligatoriamente parcial, oblicuo, perspectivo.³

Es en este contexto, cuando al hacer un análisis en torno a lo que se ha denominado como “estructuras clínicas”, se hace obligatoria una profunda revisión sobre su pertinencia, su sentido a razón de su uso, sus implicaciones e impactos; y en este caso específico, sobre todo cuando de psicosis se hable.

Antes de abordar el tema de la psicosis, se propone la revisión de dos categorías que la antecedieron en el transcurso de su construcción, como connotación de estructura clínica, éstas son el término de “locura” y el de “enfermedad mental”.

Trazos y líneas sobre la *locura*

³ Foucault M. (1999) La verdad y las formas jurídicas. Ed. Gedisa. España. Pág.30

*...sin el loco, la razón se vería privada de su realidad,
sería monotonía vacía, aburrimiento de sí misma,
animal desierto que presentaría su propia contradicción.
La sinrazón se convierte en razón de la razón,
en la medida misma en que la razón
sólo la reconoce en el modo de tenerla.
Michael Foucault*

De principio, representada por el mal, ya sea como designio de los dioses o de los demonios; la locura fue vinculada a la insensatez, a la irracionalidad, al error, pero también a los excesos, a la no sujeción de las normas, de leyes.

La *locura* ha encarnado desde sus inicios las dimensiones amenazantes del pensamiento en relación a acciones vinculadas al desorden, al peligro, a la perdición, a los excesos, a la sexualidad y con ello al placer, a la destrucción y a la muerte. El cristianismo propuso como locura una concepción maligna, como pecado, como posesión diabólica, como pacto con el diablo.

La *locura*, colocó al loco en un lugar fuera de la palabra, fuera del derecho; exiliado de la protección de lo social; arrancado del circuito de lo humano, pero mostrando en lo latente siempre la condición disimulada de la perversidad de la sociedad. La *locura* muestra en sí misma el límite que la razón se impone para sostener su potestad o jurisdicción, pero al mismo tiempo es su sostén desde dónde definirse, Foucault señala:

La locura tiene una doble razón de ser ante la razón; está al mismo tiempo, del otro lado y bajo su mirada; del otro lado: la locura es diferencia inmediata, negatividad pura, aquello que se enuncia como no-ser, en una evidencia irrecusable; es una ausencia total de razón, que se percibe inmediatamente como tal, sobre el fondo de las estructuras de lo razonable.⁴

Será Foucault (1986) quien desvelará en la *locura*, la evidencia de un tipo de discurso generado a través de las prácticas institucionales y sociales que caracterizan a las épocas y a las relaciones de poder y dominación propias de la historia social.

⁴ Foucault Michel Historia de la Locura en la Época Clásica. FCE México.1986. Pág. 286

Como *locura*, se han tomado diferentes manifestaciones de la subjetividad que muestran el lado oscuro de la razón en sus formas y estructuras sociales; delincuencia, mendicidad, enfermedades incurables (lepra, enfermedades venéreas), sodomía, extravagancia, herejía, prostitución, criminalidad, son algunas de las manifestaciones humanas que fueron albergadas con ese nombre, y que poco a poco se desligaron de ella haciendo surgir nuevos discursos, en la constitución de también nuevos sujetos.

La locura bajo el dominio del cristianismo estaría ligada a lo maligno, como añadidura de la obra de Dios; la locura es posesión demoníaca y por ello habría que exorcizarla.

Si bien en los siglos XVIII y XIX la concepción de enfermedad mental restituye al interno su sentido humano, la psiquiatría aleja al enfermo del mundo de los sujetos supuestamente “sanos”.

La representación imaginaria de lo que se considera *locura* ha dependido siempre del contexto histórico y cultural, influido siempre como connotación de aquello que es reverso de lo que las ideas dominantes postulan, o como aquello que les favorece como estrategia de miedo, desde la perspectiva de un conservadurismo moral o simplemente económico. De tal manera que, no podría asignársele una entidad objetiva o menos aún, natural, sino una constitución discursiva con propósitos ideológicos discriminatorios o de control.

En la época clásica aquello que se propone como locura, aparece como despertando de un lugar desde donde no se le había reconocido, y justamente el lugar desde donde opera la constitución discursiva de los sujetos, tiene como insignia a la moral de su tiempo. Siguiendo con Foucault:

Cuando la época clásica internaba a todos los que, por la enfermedad venérea, la homosexualidad, el desenfreno, la prodigalidad, manifestaban una libertad sexual que había podido condenar la moral de las épocas precedentes, pero sin pensar jamás en asimilar, de lejos o de cerca, a los insensatos, se operaba una extraña revolución moral: descubriría un común denominador de sinrazón en experiencias que durante largo tiempo habían

permanecido muy alejadas unas de otras. Agrupaba todo un conjunto de conductas condenadas, formando una especie de halo de culpabilidad alrededor de la locura. La psicopatología tendrá una tarea fácil al descubrir esta culpabilidad mezclada a la enfermedad mental, puesto que habrá sido colocada allí precisamente por este oscuro trabajo preparatorio que se ha desarrollado a todo lo largo del clasismo. ¡Tan cierto es que nuestro conocimiento científico y médico de la locura reposa implícitamente sobre la constitución anterior de una experiencia ética de la sinrazón!⁵

Si bien en un tiempo la locura y la razón mantenían un estrecho diálogo donde las formas de *sinrazón* mostraban la propia insensatez de la razón misma; poco a poco el movimiento epistémico que dio lugar a la Modernidad, rompió ese diálogo exiliando a la locura como *sinrazón*, encarcelándola en los terrenos de la psicopatología, transformándola en enfermedad mental. La razón moderna se ha construido desde el imperio de un tipo de pensamiento donde la ciencia como verdad y saber se transformó en certeza física de las cosas humanas.

Enfermedad mental. Nosografías médicas y psiquiátricas. Un discurso político/científico/performativo.

En un brevísimo recorrido historiográfico, podríamos señalar que la psiquiatría nace en primera instancia como asilo, como estrategia de separación o internamiento de aquella personas que provocan repudio por sus carencias económicas, limitaciones físicas o rebeldías; mucho más adelante el fundamento científicista de la medicina configurará un escenario patológico del comportamiento excluido y le diseñará un modo descriptivo, taxonómico, que servirá como elemento performativo al nacimiento de una nueva disciplina donde el loco, el insano, se convertirá en un enfermo mental.

Si se considera el surgimiento del pensamiento científico vinculado al descubrimiento del principio de la causalidad y el desarrollo de métodos inductivos y deductivos por la filosofía griega, se podría afirmar que, siguiendo a Whitehead⁶ que en un principio, es interés fundamental de la medicina rechazar toda teoría de

⁵ Foucault Michel Historia de la Locura en la Época Clásica. FCE México.1986. Pág. 146

⁶ Citado por González de Rivera J.L. Evolución histórica de la Psiquiatría. Psiquis, 1998; 19 (5): 183-200 en www.psicoter.es/art/98_A155_02.pdf

influencia de espíritus, dioses o poderes no humanos y en su lugar plantear el desequilibrio humoral como responsable de los comportamientos anómalos. Será Hipócrates de Cos (460-377 a J.C.) quien realice esta tarea que poco a poco derivará en la especialidad médica de la psiquiatría.

Hipócrates estableció una primera clasificación sobre las enfermedades mentales, basada en la observación clínica:

1. *Frenitis: Trastornos mentales agudos con fiebre.*
2. *Manía: Alteración mental aguda sin fiebre*
3. *Melancolía: Enfermedades mentales crónicas.*
4. *Epilepsia:*
5. *Histeria: Caracterizada por disnea paroxística y convulsiones.*
6. *Enfermedades de los Escintios: Alteraciones sexuales abigarradas (transvestismo).⁷*

Otro autor, y a decir de González Rivera (1998), gran sincretizador fue Galeno (131-201), que aglutina la teoría humoral, el solidismo o metodismo⁸, el misticismo de Platón, el estoicismo y el epicureísmo;

Su teoría del Pneuma, fuerza vital que recorre internamente el organismo y es responsable de sus estados de salud y enfermedad, junto con su continuo reconocimiento a un Dios supremo, creador y fuente de toda vida, hacen a Galeno sumamente agradable ante las autoridades de la futura iglesia cristiano-romana, con profundas implicaciones para el desarrollo posterior de la psiquiatría y la medicina durante el largo periodo de la edad media.⁹

Una de las contribuciones de Galeno a la psiquiatría sería la falsa impresión de los sentidos (Phantasis) que consideraba patogenética. El alma estaría dividida en lo racional, lo irracional o irascible (relativo a los sentimientos) y lo concupiscible

⁷ Íbidem., pág. 3

⁸ Íbidem. Considera que los excesos de contracción o de relajación deben corregirse a través de una fisioterapéutica que provoque reacciones contrarias. Método de la doctrina patogenética de Asclepiades de Bithinia (124-52 a.c.)

⁹ Íbidem pág. 5

(buscadora de placer) y la salud sería entonces, el resultado del equilibrio de estas tres dimensiones del alma.

La medicina si bien optará radicalmente por un planteamiento científico fuera de la espiritualidad del discurso religioso, muchos médicos sortearán ambos caminos en su práctica médica. Aun cuando Hipócrates planteara una separación tajante con los supuestos religiosos en torno a la enfermedad, con Galeno no es clara esta separación, en virtud de que él mismo se adscribe al determinismo religioso.

Esta ha sido y sigue siendo una problemática para la medicina que finalmente traslada el carácter pecaminoso y abominable de la locura convertida en enfermedad mental, de lo religioso a lo moral. Al respecto Foucault señala:

La locura va a avecindarse con el pecado, y quizá sea allí donde va anudarse, para varios siglos, este parentesco de la sinrazón y de la culpabilidad que el alienado aun hoy experimenta como un destino y que el médico descubre como una verdad de naturaleza.¹⁰

Son los hospitales psiquiátricos, los centros de reclusión que serán partícipes y testigos mudos de la construcción de la locura y sus diferentes formas de manifestación según el discurso imperante.

En 1247 se funda el Priorato de la Nueva Orden de Santa María de Bethlem, obediente a la Iglesia de Belén, que más adelante entre 1357 y 1403 se convertiría en el primer Hospital psiquiátrico de Europa; que había surgido como estrategia de cooptación de fondos a través de la misericordia, donde los internos eran nombrados “reclusos” o “prisioneros” y que a través del tiempo tuvieron un trato inmisericorde, a punto de “morir de hambre” por la discriminación y el trato deshumanizante y por la corrupción imperante de sus encargados.

...ya en 1403, tenía allí la presencia de seis alienados que se mantenían con cadenas y hierros: en 1598, hay 20. Cuando las ampliaciones de 1642, se construyen doce cámaras nuevas, ocho de ellas expresamente

¹⁰ Foucault Michel Historia de la Locura en la Época Clásica. FCE México.1986. pág. 138

destinadas a los insensatos. Después de reconstrucción e 1676, el hospital puede contener entre 120 y 150 personas.¹¹

En 1630 fue que se les designó con el término de *pacientes*, término que aún prevalece y que connota precisamente la *pasividad, paciencia y obediencia* esperada frente al saber y poder del médico. Lo que se ofrecía como tratamiento estaba bastante alejado de lo que más adelante sería propuesto por la naciente psiquiatría.¹² La teoría de los humores predomina a lo largo de los siglos XI hasta el XVIII.

Hasta el siglo XVII eran los sacerdotes y abogados los que valoraban a los alienados a fin de determinar su responsabilidad.

Los futuros hospitales psiquiátricos fueron en principio, centros de reclusión de pobres, indigentes y vagabundos donde recibían un trato inhumano. Así lo señala la historia de la Salpêtrière dividida en La Pitié para niños; Bicêtre para hombres y La Salpêtrière para mujeres, en esta última fueron recluidas mujeres prostitutas. Sin embargo, un censo de 1690, señala Foucault (1986), enumera más de tres mil personas, de las cuales la pobreza no explica completamente su internamiento.

...en Saint-Théodore 41 prisioneros por cartas con orden del rey; 8 “gentes ordinarias” en la prisión; 20 “viejas chochas” en Saint-Paul; el ala de la Madeleine contiene 91 “viejas chochas o impedidas”; el de Sainte-Geneviève, 80 “viejas seniles”; el de Sainte-Levêge, 72 personas epilépticas; en Sainte-Hilaire se ha alojado a 80 mujeres en su segunda infancia; en Sainte-Catherine, 69 “inocentes deformes y contrahechas”; las locas se reparten entre sainte-Elizabeth, Sainte-Jeanne y los calabozos, según que tengan solamente el “espíritu débil”, que su locura se manifieste por intervalos o que se trate de locas violentas. Finalmente, 22 “muchachas incorregibles” han sido internadas, por esta razón misma en la correccional.¹³

¹¹ Foucault Michel Historia de la Locura en la Época Clásica. FCE México.1986. pág. 177

¹² docsetools.com/articulos-para-saber-mas/article_41712.html

¹³ Foucault Michel Historia de la Locura en la Época Clásica. FCE México.1986. pág. 130

En el Bicêtre los internos son igualmente variados, y para 1737 se pueden identificar en cinco lugares de reclusión: el primero (manicomio, calabozo, jaulas y celdas) para los encerrados por orden del rey; el segundo lugar y el tercero para los “pobres buenos” y los “paralíticos grandes y pequeños”; el cuarto sitio para los alienados y locos y el quinto para los que padecen enfermedades venéreas, convalecientes e hijos de la corrección.¹⁴

En 1792 se produjo la matanza de 34 mujeres internas. Para 1793 Philippe Pinel es nombrado jefe del Hospital de Bicêtre, será quien propondría un mejor trato, más humano a los locos, y la supresión de las cadenas.

Se funda para la Psiquiatría una nueva etapa que en apariencia estará revestida de un humanismo, pero que, sin embargo lleva a otros horizontes de segregación. Pinel construye entonces, una nueva nosografía psiquiátrica:

-Melancolías,
-Manías sin delirios,
-Manías con delirio y
-Demencia por deterioro o por idiotez¹⁵

Después de Pinel, vendrá Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840), que echará a la melancolía de la nosografía psiquiátrica y junto con él, Antoine Bayle (1799-1858) con su tesis titulada *Recherches sur les maladies mentales*, quien propuso el carácter generalizado de la lesión orgánica en la etiología de las enfermedades mentales, quedando así, la psiquiatría, vinculada estrechamente e incluso, dependiente de la neurología y confinada a la clínica nosográfica.

Otro autor que da continuidad a este planteamiento es R. von Kraft-Ebing (1840-1902) quien señala a la lesión anatomopatológica, como la determinante en la génesis de las llamadas psicosis.¹⁶

Emil Kraepelin (1856-1926) formado desde la psicología experimental de Wilhelm Wundt, llevó a cabo la integración de una gran nosografía psiquiátrica¹⁷. Fue quien

¹⁴ Foucault Michel Historia de la Locura en la Época Clásica. FCE México.1986. pág. 138

¹⁵ Marietán Hugo. Historia de la Psiquiatría. Alcmeon. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Año XIV, Vol 11, No.14 Octubre 2004.

¹⁶ Souza y Marchorro M. Sobre nosografía, polisemia y clínica psiquiátrica. Revista Mexicana de Neurociencia 2008;9(1):38-46. www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2008/rmn081g.pdf

¹⁷ Fue psiquiatra de Serguei Constantinovich Pankejeff (El famoso hombre de los lobos de Freud) que diagnosticó de maniaco –depresivo. www.historiadelamedicina.org/kraepelin.html

sistematizó el campo de la psicosis, término que incorporó al vocabulario médico en 1856. Kraepelin incluyó en su nosografía el término de *dementia praecox* que posteriormente fue sustituido por el de “esquizofrenia” acuñado por Eugen Bleuler (1857-1939)¹⁸ en 1911, este último propuso los términos de ambivalencia y autismo. A Bleuler puede considerársele un indisciplinado de la medicina de su tiempo, en cuanto a albergar la posibilidad de una etiología psicológica, vinculada a la orgánica en la causación de la esquizofrenia. Cuestión que fue rebatida y desechada por sus contemporáneos. Escribe en un informe para el Congreso de Médicos alienistas y neurólogos de Francia en 1926:

La esquizofrenia es una afección fisiógena, es decir de base orgánica, pero posee no obstante tal superestructura psicógena que la gran mayoría de los síntomas manifiestos de esta afección, como las alucinaciones, las ideas delirantes y toda la manera de comportarse del enfermo, conciernen a factores y mecanismos psicológicos...La esquizofrenia tiene en común con las psicosis orgánicas, por una parte, la existencia de síntomas que derivan directamente de un proceso cerebral; y con las neurosis, por la otra, la evolución de síntomas psicógenos sobre la base de una constitución particular.¹⁹

Es este justamente el tema nodal y problemático que ha sostenido a la psiquiatría y que le representa su propio infortunio, ya que su quehacer está sostenido justamente en un diagnóstico, basado en taxonomías sin mayor investigación que seguir el paradigma médico de la etiología causalista-orgánica como determinación de todo comportamiento supuestamente “anómalo”. Al respecto Braunstein señala lo siguiente:

La asombrosa correspondencia entre el sistema de Kraepelin y la subsiguiente CIE-8 de la OMS ha sido motivo de asombrosas y asombradas expresiones de júbilo relacionadas con la “estabilidad” del

¹⁸ Con respecto a la esquizofrenia, Bleuler intenta ir un poco más allá separándola de los cuadros orgánicos y relacionándola con los procesos afectivos y de asociación aunque finalmente no renuncia del todo a la etiología de la lesión orgánica. Señala al autismo como una alteración con la realidad. A Bleuler puede considerársele un pionero en el reconocimiento del psicoanálisis como herramienta en la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales. Liliana Elstein. Bleuler: un pionero. Documento electrónico independiente Pág 61. www.intercanvis.es/pdf/07/07-05.pdf

¹⁹ Íbidem. Pág 64

ordenamiento y el “genio” de su propulsor. Es habitual rotular a Kraepelin como “el Linneo de la psiquiatría”. Yace ahí uno de los mayores obstáculos epistemológicos de la clasificación: el que la taxonomía botánica haya sido el modelo inspirador. El sabio alemán describía sus entidades mórbidas basándose en la apariencia, al igual que su antecesor sueco, como si se tratase de plantas...La mirada psiquiátrica pretende introducir del mismo modo la “enfermedad” en una jerarquía de categoría, subcategoría y variedad, equivalente a la jerarquía de clase, género y especie.²⁰

Esta indisposición de la ciencia médica por abrir el escaparate epistemológico a otro tipo de paradigmas, ha sido el obstáculo fundamental para el desarrollo de saberes desde una inter y multidisciplinaria, que puedan enriquecer las intervenciones hacia el estudio de las problemáticas y sufrimientos humanos desde otros ámbitos de saber, como los propuestos por el psicoanálisis. No deja de suponerse un interés económico que está trasfondo y que conviene a las empresas farmacéuticas, que apoyan con grandes financiamientos las investigaciones y desarrollos de la ciencia médica-psiconeurológica que producen conocimientos a la manera de “enfermedades” para favorecer sus medicamentos. Así lo denuncia Braunstein N. (2013) en su interesante libro *Clasificar en Psiquiatría*.

Corría el año 1960, y yo era estudiante auxiliar en la docencia en la Facultad de Medicina...Constantemente recibíamos la visita de representantes de los laboratorios que promovían sus productos y nos ofrecían “muestras gratis” para “regalar” a los pacientes de la consulta externa y “literatura” promocional para nosotros. Un buen día llegó un “visitador” de Ciba-Geigy que nos entregó una serie de bellos pequeños libros editados por la empresa que trataban de la “depresión”... estos nuevos libros nos “informaban” de la enorme frecuencia de la depresión, de su existencia en todas las edades y como acompañante de todas las enfermedades físicas, de su presencia en todos los casos de enfermedades psicosomáticas que cubrían el amplio espectro de los “trastornos funcionales” en todos los aparatos y sistemas del organismo...y que había sido descubierta por serendipia, casi por casualidad...Había seis

²⁰ Braunstein Néstor A. Clasificar en psiquiatría. Siglo XXI. 2013. Pág 22-23

tomos dedicados a la depresión de los cuales el sexto se refería al Toframil y a la conveniencia, casi la necesidad, de recetarlo a todo el mundo. No tardamos mucho en descubrir y comentar entre nosotros la maniobra: había que promover la enfermedad para poder promover el remedio. Años más tarde las técnicas se perfeccionaron: congresos en sitios de playa con boletos gratis para el médico y su acompañante, participación en los beneficios de la empresa y hasta cuotas por receta²¹

Este ha sido el camino adoptado por la Psiquiatría, el de la clasificación diagnóstica por un lado y el de la somatoterapia por el otro. La dimensión de la “psique” queda recluida al orden de lo orgánico, dependiente de un solo órgano, el cerebro y sus funciones.

De ahí en adelante después de Kraepelin han aparecido Organizaciones e Instituciones que han tomado la batuta, y han continuado sin mayor crítica a sí mismas, el legado de los iniciadores y han mantenido como eje central la construcción de nomenclaturas para el tratamiento de lo que han denominado *Trastornos mentales* en un aparente giro al de *Enfermedades mentales*.

Surge así, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en su sección de “Trastornos mentales”, creada por la Organización Mundial de la Salud. Así como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- *Diagnostic and Statistic Manual*), desde el DSM-I de 1952 hasta el DSM-V publicado el 18 de mayo del 2013, todos elaborados por la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos (American Psychiatric Association), nomenclatura a la que la mayoría de los psiquiatras se basan para los diagnósticos y del que Néstor Braunstein realiza una destacada y muy argumentada crítica²², que es altamente recomendable y que en este texto se toma también como una de las referencias.

Esta condición descriptiva y nocional desde donde se sostiene la psiquiatría, la hace inconsistente y frágil frente a una crítica de garantía al derecho humano. Siguiendo con Braunstein, quien señala en forma radical:

²¹ Íbidem pág. 64-65

²² Braunstein Néstor A. Clasificar en psiquiatría. Siglo XXI. 2013.

Lo que fue un momento de sistematización de datos empíricos en la historia de la psiquiatría, correspondiente a la expansión capitalista y a la conveniencia de segregar a los locos en las sociedades disciplinarias, se ha actualizado como un nuevo movimiento epistemológico que corre detrás de la progresiva tecnificación, burocratización y medicalización de la especialidad que debe adecuarse a los fines de la sociedad de control: posmoderna, posindustrial, poscapitalista, según se prefiera. El objetivo es, hoy clasificar a todos los sujetos de esta posmodernidad encerrándolos en los cajones (pigeonholes) del espacio taxonómico regenteado por la “ciencia médica”.²³

Ahora bien, la psiquiatría junto con la neurología han producido en relación al tratamiento de las enfermedades mentales, un largo camino de intervenciones que pueden denominarse somatoterapéuticas, en virtud de su insistencia al considerar el pensamiento vinculado estrictamente a la dimensión orgánica del sistema nervioso central. Esta somatoterapia²⁴ ha consistido en tratamientos por medios físicos, químicos y quirúrgicos que iniciaron desde los baños de aguas frías y sus variantes, pasando por la introducción de morfina, bromuros e hidratos de cloral hasta procedimientos eléctricos, psicoquirúrgicos y psicofarmacológicos; llegando a crearse un campo sofisticado denominado la neuropsicofarmacología.

Consecuente a esto, se destaca el surgimiento de la psicocirugía que daría inicio con la “leucotomía prefrontal” luego llamada “lobotomía”, creada por el médico portugués Antonio Gaetano de Abreu Freire (1874-1955), auto nombrado Egas Moniz²⁵, según nos lo señala Alfredo Buzzi (2010), que tarde publicó trabajos sobre angiografía cerebral (1927) y psicosis tóxicas, a las que atribuía una etiopatogenia orgánica, que siempre defendió:

²³ ibidem Pág 25

²⁴ Ucha U.R., Salto Lidia S., Ben Thomas A. Historia de la Somatoterapia. ALCMEON Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Año XIII, vol 10, No. 4, Marzo de 2002.
www.alcmeon.com.ar/10/40/Ucha%20Udabe.htm

²⁵ Graduado con la tesis de doctorado titulada *Sobre la vida sexual*, que tuvo un gran éxito con 9 ediciones. El nombre de Egas Moniz refiere a un personaje del siglo XII quien fuera héroe de la resistencia contra los moros y un antepasado de su familia, en Buzzi, Alfredo E. RAR- Volumen 74- Número 1- 2010
<http://www.scielo.org.ar/pdf/rar/v74n1/v74n1a02.pdf> Pág. 33

Sólo mediante una orientación orgánica, la psiquiatría puede hacer progresos reales...Para curar a estos pacientes es necesario destruir las conexiones conectivo-celulares y, de ellas, consideramos como las más importantes aquellas relacionadas a los lóbulos frontales.²⁶

El campo de la psicocirugía le dio amplio reconocimiento y fue premiado en 1949 con el Nobel de medicina y fisiología “por el descubrimiento del valor terapéutico de la leucotomía en ciertas psicosis”²⁷. La lobotomía cayó en descrédito y fue sustituida por la psicofarmacología. Aunado a esta terapéutica, fue creada una técnica denominada electroconvulsiva por los italianos Ugo Cerletti y Lucio Bini en 1930; esta técnica consistente en el uso de electroshocks, para inducir convulsiones a las que se les suponían efectos benéficos sobre todo en las llamadas esquizofrenias, sin embargo, fueron varias las contraindicaciones, principalmente, el riesgo mayor se anudaría en la disminución de la memoria.²⁸ Esta práctica aunque sigue siendo defendida en el ámbito de la psiquiatría, poco a poco ha sido relegada y sustituida también por la psicofarmacología.

Psicocirugía y psicofarmacología con la más sofisticada innovación de drogas psicotrópicas, han sido los destinos terapéuticos de la psiquiatría a través de la neuropsicofarmacología, donde el argumento epistemológico se centra en la negación de una humanidad subjetiva; en la cosificación de los sujetos, sin entender el campo de representaciones y signos de lenguaje que desbordan al organismo constituyéndolo en cuerpo social y subjetivo que el psicoanálisis habrá de recuperar para los saberes de nuestra época.

La investigación de parámetros biológicos se sustenta en una esperanza, la de encontrar en el cerebro la razón de las anormalidades de la mente, la personalidad o el comportamiento, la de “objetivar” una base material y natural. El mayor obstáculo que se encuentra esa psiquiatría que pretende ser “organicista” es que el cerebro está involucrado, por supuesto, en la vida y en todas las actividades del ser humano (conciencia y conducta), pero él no es el productor sino el asiento de procesos que permiten y

²⁶ Íbidem. Página 39

²⁷ Íbidem.

²⁸ Totalmente contrario a lo que buscaría la técnica psicoanalítica de recuperar la memoria y el recuerdo para permitir aflorar lo inconsciente.

regulan la relación entre el organismo y el medio ambiente que le rodea, un *Umwelt* que es, siempre, un medio social. Es la relación del sujeto (el sujeto del inconsciente) con el Otro donde se encuentran las causas de su acuerdo o desviación respecto de la norma que no está en el cerebro sino en la estructura social, económica, antropológica, lingüística, política, etc., que son las “circunstancias”, eso que rodea y condiciona al cerebro viviente y meganeuronal.²⁹

Foucault nos dirá que solo en apariencia tanto la psicología como la psiquiatría “rescataron” al ser de la sinrazón, ya que contrario a ese “rescate” lo que surge es una nueva modalidad de exilio como lo es ahora el discurso de las enfermedades mentales, denominadas trastornos; que insisten en su *naturalización*, donde el ser queda compelido a su organicidad; sigue siendo concebido como enfermo, pero no de una enfermedad cualquiera; mortalmente enfermo de una enfermedad que lo coloca en una atemporalidad sin historia y sin cura. Es propósito de Foucault (1986) “desnaturalizar” la locura y en consecuencia a la “enfermedad mental”; pero más aún, Foucault propone a la “razón” y a la “sinrazón” como antinomias que contienen en sí mismas su contingencia. Antinomias que llevan a otras, tales como “inclusión”, “exclusión” o mejor aún a una consecuencia analítica, epistémica en cuanto a las relaciones entre saber y poder. Braunstein (2013) realizará un señalamiento crítico preciso a la ideología subyacente al discurso medicalizante, que ha pretendido en nombre de la salud, la ganancia para la prolongación de la vida y el control y manejo de las enfermedades, someter la vida misma a la regulación de todos los comportamientos humanos y sus manifestaciones; de tal manera que todo acto humano está ligado a los ámbitos de “salud” y “enfermedad” desde donde el dispositivo médico opera.

Será el psicoanálisis a través de Freud y Lacan quien enfrentará un desvelamiento de la dificultad del sostenimiento del discurso psiquiátrico en torno al padecer humano. Si bien Freud como hijo de la ciencia médica de su tiempo, en principio dio continuidad al trabajo nosográfico de la psicopatología, pronto desistió en su empeño y reformuló su pensamiento denunciando los atolladeros de la mirada

²⁹ Braunstein Néstor A. Clasificar en psiquiatría. Siglo XXI. 2013. Pág 27

psiquiátrica y proponiendo una forma diferente para pensar al sufrimiento humano. Freud en su conferencia sobre *Psicoanálisis y Psiquiatría* de 1917 señala:

Querrán ustedes saber por qué la psiquiatría científica no quiere darnos más referencias. Pero yo les respondo: ¡Maldito sea quien dé más de lo que tiene! Digamos que el psiquiatra, justamente, no conoce ningún camino que lo haga avanzar más en el esclarecimiento de un caso de esta índole. Tiene que conformarse con el diagnóstico y una prognosis del desarrollo ulterior, prognosis insegura por rica que sea su experiencia.³⁰

Tanto Freud como Lacan entendieron que las manifestaciones observables de los comportamientos tienen fundamentos precisos que más que mostrarse a la observación, dan cuenta de una condición subjetivante constituida desde el habla, con una infinita posibilidad de sentidos. Las descripciones de los comportamientos resultan meras pantallas engañosas que tienen como trasfondo subjetividades que habría que escuchar en una clínica de la escucha, una clínica ética.

I. Psicosis y estructura <clínica>.

El término psicosis fue introducido por Ernst von Feuchtersleben (1808-1849), en su *Manual de Psicología Médica* de 1845, para diferenciar a la neurosis que estaba relacionada con los nervios <sistema nervioso> y remplazar así al de locura. La psicosis reunió a los tres grupos de las enfermedades mentales: esquizofrenia, paranoia y la psicosis maniaco-depresiva³¹.

Proveniente del saber psiquiátrico, el término de psicosis fue incorporado paulatinamente al saber psicoanalítico. De principio aunque Freud se avocó al estudio de las neurosis siguiendo una línea de desarrollo, pero a la vez de investigación sobre su etiología, se observa en los primeros manuscritos de 1892 a 1899 un desarrollo interesante sobre la psicosis, primero, a través de la paranoia como neurosis de defensa cuyo mecanismo es la proyección, al respecto dice:

³⁰ Freud, Sigmund. 16ª conferencia. Psicoanálisis y psiquiatría. Obras Completas Vol. XVI Amorrortu Editores. Argentina. 1984. pág. 230

³¹ Roudinesco, E. Plon, M. Diccionario de Psicoanálisis. Paidós. Argentina 1998. Pág. 868

La paranoia tiene, por tanto, el propósito de defenderse de una representación inconciliable para el yo proyectando al mundo exterior el sumario de la causa que la representación misma establece.³²

La *idea delirante* es o bien el calco o bien lo opuesto de la representación que cayó bajo la defensa (delirio de grandeza). Paranoia y confusión alucinatoria son las dos *psicosis de <<desafío>> o de <<justamente es eso>>* {*Trotz- oder Justamentspsychosen*}. La <<referencia a sí propio>> de la paranoia es análoga a las alucinaciones de la confusión, que justamente quieren aseverar lo contrario del hecho que cayó bajo la defensa. Así, la referencia a sí propio quiere demostrar siempre que la proyección es correcta.³³

Para el estudio de la psicosis, Freud tomó de modelo la paranoia por encima de la esquizofrenia, o parafrenia <como él la llamaría>; esto es, la “construcción delirante” se le impuso en su investigación por encima de la “pérdida de la realidad”. La paranoia como fundamento de la psicosis, no estaba dentro de la demencia; la psicosis albergaba un tipo de locura en el *decir* del delirio. El asunto estriba desde el inicio de su observación, en lo que dice el sujeto delirante. Si las neurosis habían atrapado la atención de Freud por la ausencia y la dificultad en el recuerdo; en las psicosis el *decir*, está mostrado aunque desfigurado como delirio. La psicosis es para Freud un enigma; Lacan señala al respecto:

Freud tuvo el sentimiento profundo de que, en las relaciones del sujeto psicótico con su delirio, algo rebasa el juego del significado y las significaciones, el juego de lo que llamaremos, más tarde el *id*. Hay ahí una afección, una vinculación, una presentificación esencial, cuyo misterio sigue casi intacto para nosotros, el delirante, el psicótico se aferra a su delirio como a algo que es él mismo.³⁴

Freud elabora un escrito que llama *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia*, a partir de un documento autobiográfico publicado en 1903, por el Dr. Daniel Paul Schreber, titulado *Memorias de un enfermo nervioso*; caso

³² Freud, Sigmund. Manuscrito Fragmentos de la correspondencia con Fliess. Obras Completas Vol. I. Amorrortu Editores. Argentina. 1986. Pág.249

³³ Íbidem pág. 251

³⁴ Lacan Jacques. El seminario 3. Las psicosis. Paidós. Argentina. 1984 Pág. 310

paradigmático, donde confirma su premisa sobre la proyección en la paranoia. En dicho escrito refiere, que la intencionalidad del sentimiento es proyectada como un poder exterior, el sentimiento es convertido hacia lo contrario; observándose que la persona ahora odiada y temida es alguien que alguna vez fue amado y venerado; esto es, ese a quien el delirio atribuye un poder, el perseguidor, es el mismo que antes de contraerse la enfermedad, se le tenía con una peculiar inclinación afectiva. Pareciera que de principio existe en Freud una dimensión fenomenológica en la construcción del delirio, en relación a un “otro” vinculado a la vida del sujeto delirante; sin embargo, más adelante, este camino de Freud llevará a una connotación más allá de lo fenomenológico que planteará a partir del delirio la dimensión *estructural o posición* desde dónde un sujeto establece el áncora de su lugar en el lenguaje.

En el caso que revisa Freud para el estudio de la psicosis, analiza como núcleo del conflicto en la paranoia, lo que serían contradicciones que se desprenden de la frase pronunciada por Daniel Schreber: <<Yo[un varón] lo amo [a un varón]>>, que la contradice: <<Yo no lo amo – pues yo lo odio>>, esta última frase es sustituida por otra que viene de afuera y que se muda por proyección en: <<El me odia>> (luego, entonces, me persigue), podrá justificar después: <<Yo no lo amo – pues yo lo odio- porque Él me persigue>>. El perseguidor –dice Freud- no es otro que el amado.³⁵

El papel de perseguidor estaba depositado en la figura del Dr. Paul Emil Flechsig (1847-1929), a quien responsabiliza de un almicidio <el asesinato de su alma>. Freud propone que este lugar más tarde lo ocupa la figura de Dios y en este sentido puede construirse como un lugar del Padre <como significante primordial>, ese significante queda como marca o huella tangible en el lenguaje <a partir de la castración> y que en la neurosis toma la vía de la represión.

En el delirio se reconstruye la vida, los lazos endeble, las crisis relacionales; lo que podría plantearse como patológico, es para Freud, en realidad un intento de

³⁵ Freud, Sigmund. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente (1911[1910]) Obras Completas Vol. XII. Amorrortu Editores. Argentina. 1986pág. 58-59

restablecimiento, de reconstrucción, vía la palabra. El delirio habla del sujeto. En la psicosis el sujeto es hablado –el delirio, una de sus vías-. Lacan a propósito de esto refiere:

En mi discurso sobre Freud de hace quince días, hablé del lenguaje en tanto habitado por el sujeto, quien toma en él la palabra, más o menos, con todo su ser, es decir, en parte sin saberlo. ¿Cómo no ver en la fenomenología de la psicosis que todo, desde el comienzo hasta el final, tiene que ver con determinada relación del sujeto con ese lenguaje promovido de golpe a primer plano de la escena, que habla por sí solo, en voz alta, tanto en su sonido y furia, como en su neutralidad? Si el neurótico habita el lenguaje, el psicótico es habitado, poseído por el lenguaje”³⁶

Freud presume como base de la contracción de la enfermedad de Schreber el estallido de una moción homosexual, al respecto señala que todo ser humano oscila a lo largo de su vida entre un sentir heterosexual y uno homosexual, y una frustración o un desengaño en un lado, suele esforzarse hacia el otro³⁷. Cuando habla del mecanismo paranoico afirma, que el delirio de persecución se presenta como forma de defensa frente a una fantasía de deseo homosexual; en este texto adelanta lo que bien tratará posteriormente en 1914 en su *Introducción del narcisismo*; donde el sujeto se toma a sí mismo y a su cuerpo como objeto de amor <<autoerotismo>> y <<narcisismo>> para después pasar a la elección de objeto de una persona ajena. Una vez alcanzada la elección de objeto heterosexual –dice Freud-, las aspiraciones homosexuales no son canceladas ni puestas en suspenso, sino esforzadas a apartarse de la meta sexual y conducidas a nuevas aplicaciones <por la represión>.³⁸

En el escrito de 1914³⁹, hará referencia a la condición de extrañamiento de la realidad que se observa en los <<parafrénicos>> acompañado de un delirio de

³⁶ Lacan Jacques. El seminario 3. Las psicosis. Paidós. Argentina. 1984 Pág. 358

³⁷ Freud, Sigmund. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente (1911[1910]) Obras Completas Vol. XII. Amorrortu Editores. Argentina. 1986 Pág.43

³⁸ Íbidem, pág. 57

³⁹ Freud, Sigmund. Introducción del Narcisismo. Obras Completas Vol. XIV. Amorrortu Editores. Argentina. 1984

grandeza, que es una de las observaciones, que lo llevan a proponer su tesis sobre el *narcisismo*. Señala que en los neuróticos hay un cierto extrañamiento de la realidad, que sin embargo, no cancela el vínculo erótico con las personas y las cosas; en los <<parafrénicos>> se observa un retiro de libido en las personas y cosas del mundo exterior, que no se sustituye por otras en la fantasía, salvo en el caso del delirio y la alucinación. Esta relación entre la realidad y su extrañamiento es muy importante para Freud, en cuanto a que de ella se desprende el carácter de lo que correspondería con todo rigor, a lo Inconsciente, su constitución y topología <a través de la represión/ la negación, o la forclusión>. Precisamente en otro texto de 1923/24, propone a la neurosis como el resultado de un conflicto entre el yo y su ello y a la psicosis como el desenlace de una perturbación entre los vínculos de yo y el mundo exterior.⁴⁰ Esa relación entre el adentro y el afuera no será del todo suficiente para pensar cómo se juega la manifestación del vínculo o su “aparente” ruptura en la psicosis, van a ser necesarios otros elementos teóricos para pensar las diferencias entre psicosis y neurosis. Lacan refiere esto, con más claridad cuando señala:

“...en lo inconsciente, todo no está tan sólo reprimido, es decir desconocido por el sujeto luego de haber sido verbalizado, sino que hay que admitir, detrás del proceso de verbalización, una Bejahung primordial, una admisión en el sentido simbólico, que puede a su vez faltar.

Este punto se cruza con otros textos, y especialmente con un pasaje todo lo explícito posible, Freud admite un fenómeno de exclusión para el cual el término Verwerfung parece válido, y que se distingue de la Verneinung, la cual se produce en una etapa muy ulterior.”⁴¹

Para Lacan, esta Verwerfung <forclusión> será el mecanismo característico de la psicosis, en el cual un elemento es rechazado, o repudiado fuera de lo simbólico; ese mecanismo rechazado sería la *Castración*.

El Freud médico, tuvo muchas reservas con respecto a la posibilidad de que el psicoanálisis pudiera intervenir en la psicosis, considerándola incurable; sin

⁴⁰ Freud, Sigmund. Neurosis y Psicosis. Obras Completas Vol. XIX. Amorrortu Editores. Argentina. 1984
Pág.155

⁴¹ Lacan Jacques. El seminario 3. Las psicosis. Paidós. Argentina. 1984 Pág. 23

embargo, su práctica lo llevó a salir del modelo médico y a plantearse que ahí donde la enfermedad muestra sus signos a través de los síntomas hay un sentido, un saber cuya paradoja es justamente de lo que no se sabe <lo Inconsciente>. Con ello Freud subvierte el planteamiento tradicional del modelo médico de intervención en torno a la supresión de la enfermedad, para enfrentar la dimensión pasional de lo humano y sus diversas manifestaciones. La pasión, como pulsión posee en su esencia la dimensión de los signos del lenguaje desde dónde se produce y se sostiene. Freud fue rebasado por su propia invención y/o descubrimiento, lo que produjo fue un giro radical en los saberes y en las construcciones sobre la salud y enfermedad mental hasta ese momento convenidas.

Descubrimientos o invenciones que transformaron el saber y los discursos de esta época y el vínculo con ciertas formas o posiciones subjetivas y sus laberintos. El psicoanálisis fue poco a poco transformando el discurso médico basado en la curación a otro discurso desde perspectivas muy distintas fuera del modelo salud-enfermedad.

El dispositivo creado por Freud a partir de la técnica de la asociación libre y el concepto de transferencia le impedía justamente pensar en un tratamiento posible de la psicosis; no obstante el terreno teórico trabajado por él, permitió que otros psicoanalistas, especialmente Jacques Lacan, continuaran el estudio de la psicosis y pudieran plantear estrategias diferentes a las concebidas por Freud, dentro del mismo escenario del psicoanálisis.

¿Cómo llega J. Lacan a proponer que la Verwerfung <forclusión> sería lo que podría permitir identificar una posición subjetiva de otra, <la neurosis>, y más aún, pensar en una dimensión tripartita, estructural en la constitución de la subjetividad humana <psicosis, neurosis y perversión>?

La respuesta a esta interrogante requerirá reconocer los contextos epistemológicos que se presentan tanto con Freud como con Lacan, así como el recorrido que propuso Lacan en una lectura concienzuda del tejido freudiano. La división entre neurosis, psicosis y perversión, pudiera pensarse, tiene un sesgo de

continuidad del discurso nosográfico de la medicina y la psiquiatría de la época de Freud; sí de principio, y no; esto es, de ahí surge la mirada médica de Freud, que se desliza hacia otros horizontes. Se desliza, indaga y recorre otros horizontes, en la búsqueda de respuestas de fondo, no para convencer, sino como investigación sobre argumentos que dieran respuesta al “padecer” primero, y luego al “decir” de los síntomas, de los actos fallidos, de los delirios; elementos que daban cuenta de una subjetividad compleja con una razón que también albergaba su propia lógica, que se defendía de la mirada y de la escucha utilizando el recurso del olvido. Tal recorrido llevó a Freud a reconocer en la sexualidad el punto central desde dónde se constituye lo que sería su descubrimiento o invención, lo inconsciente, y con ello la formulación de una premisa que como fundamento sostendrá el edificio psicoanalítico; la represión de lo sexual como elemento intrínseco de la constitución de lo Inconsciente.

Freud encuentra que la sexualidad se circunscribe como trasfondo del contenido de los discursos de sus pacientes/analizantes; es por la sexualidad que habría que atender y escuchar lo que dichos discursos profieren; discursos que como jeroglíficos, dicen algo de los sujetos en su condición de hablantes determinados desde los significantes desde donde se constituyen como tales. El asunto se centra a partir de aquí, en dos elementos fundamentales: El *decir* y la sexualidad, esto es, el *decir* sobre la sexualidad. Sin embargo hace falta otro elemento que representa lo sustantivo en el *decir*; el *decir* siempre relaciona a un Otro; se le habla a otro, desde la otredad que nos determina; en ese juego está la condición que en principio llamamos *ontosimbólica/estructurante*.

Dos elementos, sexualidad y lenguaje llevan a Freud a pensar primero, en las dificultades que viven los sujetos a la hora de acomodar sus vivencias en el escenario del pensamiento <de lo inconsciente>, en relación a sus actos, sus sufrimientos y sus goces y después a plantear la dinámica de la subjetividad, vinculada a la sexualidad y al lenguaje que dan cuenta de la fundación del sujeto.

Lacan toma de Freud, su propuesta esencial y la recategoriza a través de elementos conceptuales que darán cuenta desde < lo simbólico, lo imaginario y lo real> de ese horizonte freudiano que se separa absolutamente de la medicina,

creando una disciplina donde lo orgánico se transforma en un cuerpo erogenizado y hablante; un cuerpo que como enigma muestra con palabras y en silencio la verdad que constituye al sujeto.

Freud fue el primero que escuchó al cuerpo en su decir, en su verdad. Los psiquiatras de su época internaban, diagnosticaban e intervenían al organismo. Cuerpo y organismo implican dos miradas distintas, dos epistemes distintas, dos lugares éticos distintos. El cuerpo está ligado inevitablemente al ser de lo sexual.

La escucha del cuerpo en el psicoanálisis llevará a Lacan a formular los tres registros operadores de una lectura sobre el decir del cuerpo, el decir del sujeto, el decir del Otro⁴².

Lo Real, lo Simbólico y lo Imaginario, serán elementos fundamentales en una renovada conceptualización lacaniana, necesaria para continuar lo iniciado por Freud como un nuevo campo sobre la escucha de lo Inconsciente y de su corporeidad subjetiva. Serán elementos fundamentales desde donde el psicoanálisis aborda eso que llamaremos su condición estructural.

El registro imaginario se constituye y constituye al cuerpo como espejo de las pasiones, como imán erótico. El registro simbólico lo propone como lenguaje, como texto que imprime recuerdos y olvidos, la historia de las batallas. Lo real del cuerpo es un grito sin llamada, se resiste al signo y repele la significación. La dimensión real atañe al horror.⁴³

La dimensión de la estructura y lo estructural parten del modelo del lenguaje y la influencia que Lacan tuvo de Levy Strauss, así como de Ferdinand de Saussure y otros estructuralistas⁴⁴.

⁴² El Otro con mayúscula es el lugar, según Lacan, donde está constituida la palabra.

⁴³ Morales, Helí. Sujeto y Estructura. Ediciones de lanoche. México. 2008. Pág 266

⁴⁴ "El enfoque estructural saussureano de la lingüística fue desarrollado adicionalmente por Roman Jakobson, quien elaboró la teoría de los fonemas. El trabajo de Jakobson fue recogido por el antropólogo francés Claude Lévi- Strauss, quien utilizó el modelo fenoménico estructural para analizar datos culturales no-lingüísticos, como por ejemplo las relaciones de parentesco y los mitos...Lacan fue influido por estos tres pensadores. Evans Dylan. Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano. Paidós. Argentina 1997. Pág.83

Si bien la palabra *estructura* refiere al conjunto de relaciones que mantienen entre sí las partes de un todo, esto es, sus modos de cómo están organizadas, o mejor aún, cómo están articuladas; el término de estructura no aparece en la producción conceptual freudiana, sino con Lacan; la base desde donde se despliega lo que sería la tesis central del *Inconsciente estructurado como un lenguaje*, es justamente que la estructura es en sí lenguaje.

Se trata para Lacan, de identificar elementos desde dónde partir a efecto de pensar el lugar, una posición o la relación con el otro o lo otro. Esto no implica algo de base inamovible, al contrario, la propuesta lacaniana remite siempre al movimiento, al dentro y fuera en un continuum.

...sean cuales fueran los elementos ubicados en las posiciones especificadas por una estructura dada, las relaciones entre las posiciones siguen siendo las mismas. De modo que los elementos no interactúan sobre la base de propiedades intrínsecas o inherentes propias, sino simplemente en virtud de las posiciones que ocupan en la estructura.⁴⁵

En Psicoanálisis se proponen como “estructuras clínicas” los modos de concebir los discursos de los sujetos, o mejor aún las posiciones desde dónde operamos los sujetos en nuestras referencias a los otros y a lo que puede denominarse como lo Otro, que en otros campos disciplinarios estaría ligado de cierta manera, a lo que se trasmite de generación a generación. Dichos discursos no operan en el sentido de una producción voluntaria y controlada; mejor aún, el sujeto deviene ser a partir de una dimensión “otra” que lo precede y se le impone. Es el Sujeto de la Subjetividad y no la subjetividad del sujeto⁴⁶, por lo tanto, el discurso es justamente el operador del sujeto donde éste se coloca y desde dónde coloca a los “otros”.

La estructura del lenguaje preexiste al sujeto, el sujeto deviene como tal, como sujeto de la subjetividad. En este advenimiento el sujeto paga la factura que en psicoanálisis se llamará Castración que se traduce en el significante del habla.

⁴⁵ Evans Dylan. Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano. Paidós. Argentina 1997. Pág.84

⁴⁶ Jaidar, Vargas, Fernández. Tras las huellas de la Subjetividad. Cuadernos del TIPI, UAM-Xoch. México. 1998.

La psicosis como categoría psicoanalítica propone una colocación del sujeto frente a su “ser del lenguaje”; la psicosis es una posición subjetiva, desde donde el sujeto está colocado o ha podido colocarse en el intrincado del lenguaje o de su “relación” con el Otro y con los “otros”. Otro como lo que posiciona, lo que atraviesa, lo que precede, lo que pre-existe y “otros” como “semejantes” en un sentido imaginario y simbólico.

En la psicosis el sujeto es hablado, Daniel Gerber refiere a Lacan, con mucha claridad:

Esto pone de manifiesto un aspecto esencial que es inherente a la definición misma de sujeto, del sujeto en general más allá del singular sujeto “de la locura”: el sujeto no es sino ese del que “eso habla”. “Eso” define al significante; el sujeto tiene que surgir de un conjunto de significantes, de eso que se denomina el Otro. Sin embargo el sujeto se constituye como tal en el desconocimiento de esa dependencia. Ahora bien, en la psicosis hay un sujeto que posee la plena convicción de que, aquí o allá en el mundo, eso habla de él.”⁴⁷

Esta posición es fundamental para escuchar en el delirio psicótico, el grito de lo que invade como amenaza del ser existente. Gerber señala que la psicosis encarna así una verdad de estructura, que es, la de que toda palabra es emitida siempre desde el lugar del Otro. *Otro como campo de significantes que precede al sujeto quien sólo puede constituirse como tal por su inclusión en él* ⁴⁸. La estructura como efecto del lenguaje, hace la condición de sujeto; por un lado regulando al goce para integrarlo al lazo social; por otro, siendo testigo inminente de la inasimilable regulación de ese goce.

En el intrincado de la técnica psicoanalítica la propuesta será la escucha ética del decir de la “verdad” del sujeto. El psicoanalista se convierte a una función: la escucha, atenta y flotante.

En esas maneras de sufrir-gozar pueden reconocerse ciertas maneras de vivir la relación con el Otro, maneras diferenciadas, que llamamos

⁴⁷ Gerber, Daniel. De la Erótica a la Clínica. El sujeto en entredicho. Editorial Lazos. Argentina, 2008. Pág. 249

⁴⁸ Íbidem. 249-250

“estructuras clínicas” o, mejor, “posiciones subjetivas” (con relación al Otro y a la Ley) que presentan rostros cambiantes, tal como se evidencia en la situación analítica. La clínica del sujeto, la única que importa, es la de sus relaciones con el Otro; el único mandamiento para el psicoanalista es el de respetar esa posición subjetiva que es manifestación de su “verdad” singular⁴⁹

Para finalizar, podríamos señalar que en el dispositivo psicoanalítico no se buscaría normalizar al sujeto, ni mucho menos estigmatizarlo con una etiqueta nosográfica. Las categorías clínicas denominadas *neurosis*, *psicosis* y *perversión*, sirven más como recursos simbólicos ligados a un ejercicio de formalización de pensamiento <teoría>, que ha encontrar a través de estos conceptos verdades únicas o descripciones fenoménicas de realidades absolutas. Decir psicosis, es decir de un tipo de discurso que observa particularidades en relación a otro, el de la neurosis, que implica posiciones frente a elementos que se han considerado son ejes estructurales, el dispositivo psicoanalítico se encamina a proponer una escucha y una atención flotante sobre el decir de un sujeto que encuentra en la transferencia, una forma particular de relación con un semejante, cuya escucha requiere de una determinada “des-subjetivación” para cumplir con su función, la de psicoanalista.

⁴⁹ Braunstein Néstor A. Clasificar en psiquiatría. Siglo XXI. 2013. Pág 84