

Apuntes psicoanalíticos sobre las psicosis: una mirada desde Piera Aulagnier

Francisco Rosagro Escámez

1. Introducción.
 - a. Teorías psicodinámicas de las psicosis.
 - b. Un recorrido por diferentes autores.
 - Lacan.
 - c. La estructura psicótica.
2. Aulagnier.
 - a. Introducción.
 - b. Metapsicología.
 - c. Proceso originario, primario y secundario.
 - d. El yo.
 - i. La capacidad yoica.
 - ii. Yo y autoestima.
 - e. La familia del paciente psicótico.
 - i. La relación madre – hijo.
 - ii. La madre.
 - iii. El hijo.
 - iv. Objetos e investiduras.
 - f. La terapia con el paciente psicótico.
 - i. Dificultad para la relación con el paciente.
 - ii. El terapeuta.
 - iii. Las sesiones.
 - iv. El paciente.
 - g. La paranoia.
 - i. Imagos parentales.
3. Casos clínicos.
4. Algunas claves del abordaje.
5. Bibliografía.

“Cuando aparece el delirio, la psicosis ya es vieja.”

G. Clèrambault

1. INTRODUCCIÓN

A. Teorías psicodinámicas de la psicosis⁽¹⁾

Establecer un modelo de conflicto versus modelo déficit es una característica importante acerca de las teorías de la esquizofrenia.

• Teorías interpersonales

Para *Sullivan* (1962) la etiología de la esquizofrenia era el resultado de dificultades interpersonales tempranas, particularmente en la relación niño – progenitor. Conceptualizó el tratamiento como un proceso interpersonal a largo plazo que intentaba llegar a aquellos problemas tempranos. La maternidad defectuosa produce un self cargado de ansiedad en el infante y le impide a éste tener sus necesidades satisfechas. Este aspecto de la experiencia del self era entonces disociado, pero el daño a la autoestima era profundo. El inicio de la enfermedad esquizofrénica era un resurgimiento del self disociado, que conducía a un estado de pánico y a la desorganización psicótica.

Frieda Fromm-Reichmann (1950) remarcó que las personas con esquizofrenia no están contentas con su estado de retraimiento. Ellas son fundamentalmente personas solitarias que no pueden vencer su miedo y desconfianza hacia los otros a causa de las experiencias adversas que vivieron en la infancia. Se dedicó al estudio de una psicoterapia intensiva en la psicosis.

• Psicología del yo

Los primeros psicólogos del yo observaron que uno de los déficits principales en los pacientes esquizofrénicos es la existencia de un límite defectuoso del yo. Para *Federn* (1952) en la esquizofrenia la catexis se retiraba del límite del yo (en desacuerdo con Freud que afirmaba que la catexis de objeto era retirada). Observó que los pacientes esquizofrénicos se caracterizan por no tener barrera entre el interior y el exterior, porque el límite del yo no está investido psicológicamente (como ocurre en los neuróticos).

• Hipótesis psicológicas y neurobiológicas

La hipersensibilidad a la estimulación y las dificultades en la atención y concentración son rasgos comunes de personalidad preesquizofrénica, así como el rechazo de las relaciones de objeto (de ahí la dificultad de establecer vínculos con ellos).

Son características de la esquizofrenia las pérdidas regionalmente difusas de la barrera sensorial normal en el SNC (Freedman, 1996), de ahí que encuentren dificultades para descartar estímulos irrelevantes y sientan una sensación crónica de sobrecarga sensorial.

Otros autores (Robbins, 1992) sugieren una correlación entre estados emocionales del olvido mental y hallazgos de atrofia cortical y actividad disminuida en el lóbulo frontal de pacientes esquizofrénicos, que a su vez conducirían a formas patológicas de simbiosis con los cuidadores que son incapaces de adaptarse a las demandas de tales niños.

B. Un recorrido por diferentes autores⁽²⁾

J. Bleger

Describe dos partes de la personalidad, siendo la parte psicótica la que tiene que ver con la no discriminación de los objetos y con la fusión (habría como una simbiosis), y la neurótica la que es capaz de la triangulación, ha accedido a la genitalidad, al Edipo, y por tanto, a la simbolización (posición depresiva para Klein).

Dicho de otra manera, con parte psicótica de la personalidad se refiere a aquel estrato u organización de la personalidad que ha permanecido (fijado) o ha regresado a una organización sincrética (estado o estructura en el cual no existe discriminación entre sujeto y objeto, entre Yo y no-Yo, entre las distintas zonas corporales, etc). Hace una distinción entre esta parte psicótica de la personalidad y la personalidad psicótica introducida por Bion⁽³⁾.

Para él siempre aparece en el paciente neurótico en algún momento la parte psicótica, aunque suele manejarse sin descompensaciones. En el paciente psicótico no existe conflicto ni interpretación porque no tiene capacidad de lenguaje ni simbolización.

D. Winnicott

Habla de una parte psicótica de la personalidad neurótica y viceversa, pudiéndose pasar de un lado al otro.

Para él primero se desarrolla un self más básico donde ya el niño es algo diferente a la madre, hay un sí mismo, y después se constituirá el yo.

Ante numerosos fracasos de adaptación el yo no se va a constituir ni desarrollar porque existe un fallo en el medio ambiente, la madre y el padre fallan al niño (por abandono, enfermedad, etc.), se desarrollará un **Pseudo-self o falso self**. Esto es típico de los pacientes borderline o psicóticos, en los que hay un falso self enorme con un

self verdadero minúsculo que no evoluciona.

| Self verdadero | Falso self |
|----------------|---|
| "ser" | "deber ser" "búsqueda continua de caer bien" (capa externa, lo superficial) |

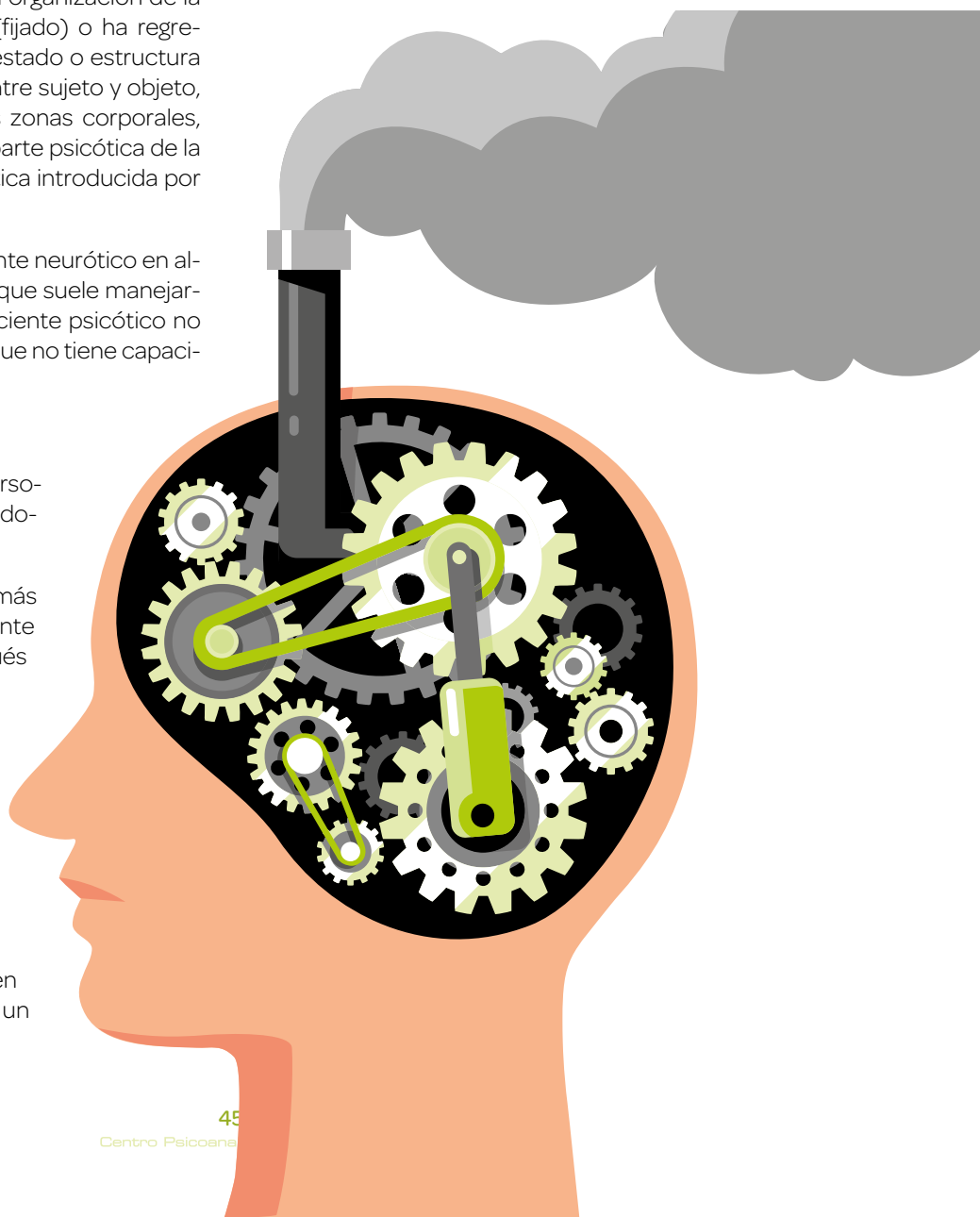
Winnicott habla de mala identidad en el paciente psicótico o borderline frente a mala identificación en el neurótico.

Según él, en terapia se debe intentar que el paciente se vaya desprendiendo del falso self y vaya entregando el verdadero al terapeuta, y esto será posible si existe un entorno previsible y confiable.

J. Szpilka

Describe dos funciones del yo: inhibir la función inhibitoria (inhibir la alucinación) e inhibir el dolor de catectizar la huella mnémica (inhibir el recuerdo, que produciría el dolor de la ausencia).

Refiere que el bebé tiene que hacer esas dos inhibiciones. Según este autor, los pacientes psicóticos sufren de



no inhibir la alucinación (sufren de alucinar) y los neuróticos de no inhibir el recuerdo.

W. Bion

Afirma que sobre la capacidad de la madre de salvaguardar que ningún estado de sufrimiento del niño sobrepase un umbral, se apuntala un estado de pensar en el niño. En las psicosis el niño no llega a legitimar un pensamiento propio.

Para él existe una cadena que va desde lo más primario a lo más complejo y abstracto. Llama elementos beta a lo más primario, que mediante la reverie (capacidad de la madre de convertir elementos beta en alfa) se convierten en elementos alfa.

Subraya que durante la psicosis hay dos elementos innatos:

- **Tolerancia a la frustración:** lo constitucional (problemas genéticos, del neurodesarrollo), la capacidad de un niño para aguantar o no la frustración.
- **Reverie de la madre:** capacidad de la madre para metabolizar las angustias del bebé.

Según Bion, si esas dos condiciones se cumplen, el niño funciona bien. Si existe una sólo, habrán dificultades para la adaptación pero si fallan las dos existirán problemas de mayor gravedad.

Los **elementos beta** serían aquellas cosas que uno le pone a un bebé, se crean en la relación con otro, pensamientos que lo piensa al bebé "*mi hijo es agradable*". Son sensaciones muy sensoriales y primitivas (hambre, angustia, muerte, etc), cosas que necesitan ser expulsadas y son proyectadas hacia la madre, que va a coger los objetos beta y los transforma en alfa, que regresarán por reintroyección y formarán en espacio emocional.

Los **elementos alfa** serían las cosas genuinas de un bebé, como el gesto espontáneo, experiencias corporales propias del bebé. La madre tiene la capacidad de captar elementos alfa del bebé mediante la reverie. La madre metaboliza angustias y convierte elementos beta en alfa "*hijo mío tienes hambre*" (traduce elementos beta en experiencia emocional, todo preverbal, mucho antes de la palabra).

Para **Antonino Ferro**, de la escuela bioniana, el delirio es una capacidad de reconectarse y generar elementos alfa, los llama *batalfa*. El delirio como capacidad evacuativa, que hace la función de la madre pero de forma artificial, es un intento de construir elementos alfa por uno mismo o de descargar elementos beta.

B. Killingmo

Refiere que hay una transacción entre el conflicto y el déficit.

Afirma que hay pacientes muy estructurados que funcionan a nivel de conflicto, donde los objetos están bien diferenciados. Pero que mientras que no haya identidad o cohesión del self no puede aparecer la patología de conflicto y hablaremos de **patología por déficit** (4).

En el déficit existen fallos estructurales, los sujetos necesitan de un objeto externo para mantenerse cohesionados. Es característica la ansiedad de fragmentación (necesidad de objeto para vencer esta ansiedad) frente a la de castración del conflicto.

Conflicto y déficit se van entrelazando y combinando y pueden aparecer situaciones de uno u otro en un mismo paciente.

Existe una transferencia de déficit, se trata de pacientes que no responden, están en una onda diferente a la del terapeuta, en una necesidad diferente, impenetrables, hacen de pantalla y nada les llega. Son muy reiterativos, siempre presentan el mismo discurso, y son infranqueables. El terapeuta tiene que afectar la neutralidad y actuar como dador de significado de aspectos deficitarios, haciendo de objeto del self.

C. y S. Botella

Difieren de Aulagnier y relacionan la paranoia con el **narcisismo / odio** en lugar de con la conflictiva parental / odio (en Freud recordamos que la relaciona con la homosexualidad / odio).

M. Klein

Describe ansiedades en torno al objeto temprano que es el cuerpo de la madre:

- Las primeras de tipo persecutorias (esquizoparanoias), las proyecta.
- Las segundas de tipo depresivo, las introyecta, apareciendo la culpa.

Existe una escisión en el bebé entre pecho bueno (cuando aparece) – pecho malo (cuando desaparece y tiene hambre). A los 4 – 6 meses se da cuenta el niño que ambos pechos son el mismo, lo empieza a ver como objeto total, ya no parcial, y aparece la preocupación en torno a la posibilidad de haberlo dañado, haber dañado al objeto, y el miedo a perderlo (angustia de aniquilación, amenaza de pérdida del objeto).

El punto de fijación o clavaje de las enfermedades psicóticas yace en la **posición esquizo-paranoide** y en los comienzos de la posición depresiva. Cuando se produce una regresión a estos puntos tempranos del desarrollo, el sentido de la realidad se enajena y el individuo se psicotiza. Pero si se alcanzó la posición depresiva y se la elaboró por lo menos en parte, las dificultades que aparecen en el desarrollo posterior no son de carácter psicótico, sino neurótico.

Para Klein, a diferencia de Freud, los pacientes psicóticos sí tienen capacidad de hacer transferencia.

F. Dolto

Pone más énfasis en los pacientes psicóticos en la cuestión transgeneracional (neurosis de los padres) que en el inconsciente de los padres (Aulagnier).

Refiere que hacen falta dos generaciones de neuróticos para que aparezca un paciente psicótico *“las primeras palabras de un paciente psicótico son como el sueño de un neurótico”*. Afirma que el trabajo con los pacientes psicóticos es de desciframiento.

El paciente psicótico actualiza su historia en lugar de simbolizarla. Destaca la gran importancia de conocer a niños menores de tres años para atender a los pacientes psicóticos, ya que su yo es un “yo mamá” “yo papá”, y hace hincapié en observarlos y entender lo que quieren decir como si de un niño se tratasen.

A. Green

Describe la **psicosis blanca** ⁽⁶⁾ para referirse a la estructura psicótica en negativo, en estado latente e invisible. Es el núcleo de una psicosis antes de una deriva delirante, una psicosis no manifiesta. *“Yo soy el hijo de eso”* (mi madre se acostó con uno y yo soy el hijo de eso).

En estos pacientes las imagos parentales están representadas, pero no las distingue el sexo sino que se diferencian en base a:

- Lo bueno frente a lo malo.
- La ausencia frente a la intrusión.

El objeto bueno es inaccesible y apenas perdura, siempre idealizado e inalcanzable, mientras que el objeto malo es intrusivo y apenas desaparece. Son dos objetos simétricos, tanto que se trata de un mismo objeto escindido.

La presencia del objeto bueno inaccesible conduce a depresión y la del objeto malo intrusivo a delirio de influencia paranoide. En ninguno de los dos casos es posible pensar la ausencia, no se han llegado a cumplir las condiciones de estabilidad (para que aparezca el primer pensamiento del niño tiene que estar ausente el objeto pero antes tienen que ocurrir estas condiciones de estabilidad).

Estos pacientes se mueven permanentemente entre lo depresivo y lo paranoide, entre la angustia de separación y la de intrusión, lo que provocará una hipocondría negativa de la cabeza con fallos en el funcionamiento mental, parálisis del pensamiento, dificultades de concentración, pseudorumiación obsesiva.

El terapeuta debe hacer pensable aquello que estos pacientes no pueden pensar, dotar de figurabilidad, mediante pseudotransferencia, sin ser intrusivo ni distante y pasivo.

H. Kohut

En la psicosis existe una patología en el autoerotismo, antes de la etapa del narcisismo primario que describe Freud, ocurre una reconstrucción (del self) delirante.

Jacques Lacan

Parece pertinente dedicar a Lacan un espacio ampliado en nuestro recorrido por varias razones. En primer lugar para recordar el hecho de que fue un referente y fuente para el desarrollo de las elaboraciones conceptuales de P. Aulagnier, que asistió a su seminario en París y se analizó con él en el periodo de 1955 hasta 1961, aunque posteriormente se distanciaron conceptualmente debido sobre todo a las distintas visiones que mantuvieron sobre las garantías en la formación del analista tal como veremos más adelante; y en segundo lugar, por el avance que las aportaciones de Lacan han supuesto en el terreno de la intervención psicoanalítica con pacientes psicóticos así como el reconocimiento alcanzado.

El interés de Lacan por estos pacientes se hace presente desde su inicio de la actividad clínica y teórica ya que su formación previa era como psiquiatra, siendo en su tesis doctoral desarrollada sobre la paranoia de autopunición, caso Aime, la que da cuenta de su interés inicial y el encuentro con el psicoanálisis. En su aportación al trabajo clínico hay un concepto que sirve como emblema de su aportación teórica: la **forclusión**. Con ella hace referencia a que en el caso del sujeto psicótico no se produjo a su debido tiempo psíquico una operación fundante para el funcionamiento psíquico normal y por tanto quedó abolida en el sujeto.

Lacan deja de lado el Edipo como mito y pasa a ocuparse del mismo en otro nivel, el estructural. Se trata de una estructura en tanto es una organización con funciones y donde cada personaje se define en relación al otro y al lugar que ocupa. Lacan remarca que Freud quiso basarse en un mito y no en un hecho para sustentar la experiencia infantil, por tanto, el Edipo no está en el terreno de lo real sino en el ámbito de lo simbólico, es decir, es algo que sucede en el ámbito del lenguaje. Edipo entonces no es algo natural, es un hecho cultural ⁽⁷⁾, es el efecto de la entrada de la palabra en el cuerpo.

Edipo no se enfrenta a una verdad ya sabida sino a una verdad que como en psicoanálisis el protagonista debe ir construyendo paulatinamente. En el desarrollo de la trama que parte de una pregunta y que despliega un misterio al igual que un síntoma, se va construyendo esa verdad. En este sentido, al inicio de la obra de Sófocles, Edipo es la arrogancia narcisista de quien supone un saber, al enigma de la esfinge, y sobre el final y a través de la verdad se enfrenta a la castración.

En Lacan ⁽⁸⁾ lo que determina la evolución del Complejo de Edipo es la actitud hacia el padre y no hacia la madre como en Freud (el deseo materno es desplazado por el

nombre del padre). Lacan plantea el **Complejo de Edipo** en tres tiempos, esos tiempos son lógicos en tanto tienen determinada sucesión.

En el **primer tiempo** del Edipo hay una relación imaginaria entre el niño y la madre (fase del espejo), la madre como fuente de toda plenitud y el niño el que completa a la madre, la falta de ella (que quedará inscrita en el tercer tiempo). Se produce el acto psíquico que lleva a la estructuración del yo. En este tiempo tiene lugar la patología de la carencia, la apatía (pacientes que nunca han sido el falo de la madre).

En el **segundo tiempo** el padre interviene como privador de la madre: priva al hijo del deseo, frustra al niño en sus deseos y lo aparta del vínculo con la madre y también priva a la madre del objeto fálico. El niño no quiere perder su posición fálica por lo que es un tiempo de rivalidad, el niño se enfrenta a la figura de autoridad, al padre. Hay una experiencia de intrusión / exclusión y uno ha de reaccionar ante ellas.

En el **tercer tiempo** el padre interviene como aquel que tiene el falo, aparece el Otro, la alteridad. Se forma el ideal del yo o un vacío. Se concluye la castración y se instaura la metáfora paterna, el niño tiene que perder la posición fálica y queda inscrita la falta en el psiquismo, el niño acepta que el falo no es él ni el padre sino que es algo ausente, queda un agujero producido por esta metáfora paterna. El niño se identifica con los emblemas del padre, con algo de él.

Aún planteando al Edipo en este movimiento de tres tiempos, para Lacan el Edipo trata de un drama que es estructurante ya que permite asumir la propia falta y producir un límite propio. Asumirse como sujeto implica entonces el reconocimiento del propio deseo.

La operación mediante la cual se estructura el aparato psíquico es llamada por Lacan la **metáfora paterna** (MP). La metáfora paterna ocupa el lugar de lo simbólico, el tercero (el padre u otra figura), y hace que aparezca un corte, que se entre en conflicto, desilusiona y abre los ojos a la madre para que vea esa ilusión fusional. Lo plantea como un operador lógico, y trata de poner el énfasis en el hecho de que la importancia está en la función y no en la figura. El **Nombre del Padre** no es la figura del padre, sino la función que interpreta el deseo de la madre⁽⁹⁾.

A partir de ahí va a quedar siempre una falta. Esa **falta es estructural**, está en todos los seres humanos y habla de que hay límites, uno no es omnipotente y tiene que pedir ayuda. El neurótico acepta esta falta, este límite. La falta pone en marcha que exista un deseo.

Pero en el paciente deficitario hay una sensación de falta narcisista que no es sólo la estructural, hay partes no reconocidas y una insatisfacción mayor. En estas personas la falta es real, algo real que ha pasado, unas funciones que no ha tenido.

Con la **forclusión o repudio**, algo que no está inscrito en el psiquismo (ausencia de la inscripción de la falta que se traduce clínicamente en que no tienen deseo ni motivación) es echado hacia fuera por el paciente psicótico (forclusión como sacar hacia fuera). No hay simbolización ni metáfora paterna, la función paterna no ha quedado registrada. Hay una forclusión del Nombre del Padre, no existe una estructuración del psiquismo sobre la base de una autoridad simbólica.

Luego retorna eso que ha echado, lo persecutorio (al igual que en el neurótico retorna lo reprimido).

El paciente psicótico está bajo la ley caprichosa o arbitraria de la madre si falla la ley edípica. En él no está presente la MP, no hay mundo simbólico, porque los protagonistas, no se han separado de la relación fusional. Recordar lo paterno recuerda a la falta, la falta del padre que tuvo, se da cuenta de lo que no ha tenido, suficientes experiencias reguladoras de la función paterna.

En una primera fase Lacan considera que hay una psicogénesis. No hay reconocimiento de esa figura paterna, la forclusión es algo que no queda inscrito en el psiquismo pero es algo existente, existe fuera del padre pero no pasa dentro.

En una segunda etapa, el padre ha quedado forcluido (**estructura psicótica**) y posteriormente emergerán los síntomas psicóticos si se da un acontecimiento, es decir, cualquier llamada al nombre del padre en oposición simbólica al sujeto. Por ejemplo, para Lacan en Schreber el acontecimiento es cuando le demandan desde fuera que se coloque en el lugar del padre, ahí enferma, tiene la demanda de tener un hijo y de repente le nombran presidente, eclosionando la psicosis "uno tiene que colocarse en el lugar del padre". Para Lacan la problemática viene de fuera, es la realidad la que produce y lo lleva a esa posición.

Lacan distingue una **estructura** y un **acontecimiento**. Incide en que es importante localizar a los psicóticos antes del acontecimiento.

Las psicosis antes del acontecimiento nos lleva a pensar en la observación clínica frecuente de que los pacientes con psicosis no tienen por qué desencadenarse siempre y mucho menos en un delirio. Es lo que se denomina psicosis normalizadas o psicosis ordinarias, que apunta a la distinción entre psicosis débil y psicosis fuerte. Se trata de pacientes con una presentación nueva de su estructura diferente a la manera clásica.

La psicosis ordinaria, que sería la débil en contraposición a la clásica, no suele presentar puntos de desencadenamiento rotundos y determinantes, se trata más bien de encuentros con un real que enfrentan al sujeto a situaciones que lo perplejizan y lo desanudan. En ellas no se dan los grandes delirios psicóticos, no son delirios formados en la misma dimensión. Ya no se trata de rupturas

radicales, parece que estos sujetos en los momentos de crisis, se enfrentarán mejor a la forclusión, lo que permite avanzar un análisis de la importancia clínica de la “continuidad” en la forclusión del nombre del padre.

Las descompensaciones ocurren cuando la realidad les frustra. Muchos brotan cuando se tienen que hacer cargo ellos, reproducir la función paterna. Mejoran al llegar un tercero (por ejemplo el juez, garante de sus derechos), ya que les falta ese tercero y tienen miedo a que el sentido sea el que le da el otro (fantasías de no autonomía frente a un Otro que mueve los hilos y le lee el pensamiento). Hay una estabilidad si los tres anillos funcionan conjuntamente (simbólico, imaginario y real), mientras que en la psicosis se quita el simbólico y se separan los tres.

Las manifestaciones de la psicosis normalizadas se pueden distinguir de aquellas de una psicosis más “clásica” a través de varios aspectos como las características del delirio, los trastornos del lenguaje, los acontecimientos del cuerpo y la transferencia.

Los delirios no siempre están presentes o toman formas discretas. En esta psicosis discreta se mantiene un anudamiento de los tres registros pero el cuarto nudo que los sujeta no es el Nombre del Padre, no es el Edipo.

En cambio, los tres registros - real, simbólico e imaginario - funcionan anudados por otro tipo de respuesta, por una suplencia o nueva modalidad del síntoma que denominamos sinthome, que hace que un sujeto esté parcialmente compensado por esta formación sustitutiva al permitir un anclaje normativo con la realidad. El sinthome es la manifestación propia del ser en su relación particular con el goce, entendido éste como la satisfacción que hace tropezar o que imposibilita el desarrollo de la vida misma, y es a través de este tratamiento del goce lo que le permite al paciente psicótico sostenerse anudado en el mundo. Sinthome, a diferencia de síntoma, es un paso más que da Lacan en su última época llevando aún más allá la función y la importancia del síntoma, por eso se enfatiza el uso de este concepto para poder pensar lo que hace que un sujeto se mantenga estabilizado, por ejemplo a través de la escritura como se atestigua en el estudio sobre Joice.

Esto sirve para todos los sujetos, cada uno con su particular anudamiento. En el momento del desenganche en estas psicosis se produce algo más del orden de un desajuste, de una salida del patrón o de un cambio imprevisible, que los desencadenamientos psicóticos clásicos que se producen de forma radical donde los tres registros parecen haberse soltado completamente y la ruptura se presenta tan fuerte que sólo la irrupción delirante puede salvar al sujeto del pasaje al acto. Este nuevo modo de reordenamiento de la realidad que aporta el delirio requiere un gran esfuerzo subjetivo para poder volver a poner las cosas en su lugar, la metáfora delirante es también una de las posibilidades de abrochamiento.

Otra de las características de estas psicosis ordinarias es la ausencia de fenómenos del lenguaje habituales en las psicosis fuertes. No es el terreno representativo de neologismos, ni de lenguas fundamentales. Se trata más bien de sujetos psicóticos más discretos en lo referente a las cuestiones con el lenguaje, incluso se puede observar una pobreza discursiva importante. A través del acento y la singularidad que cada paciente le da a los términos que usa será la manera de orientarse en lo concerniente a los trastornos del lenguaje.

Para las psicosis normalizadas el síntoma corporal cumple la función de nominar al sujeto y permite que éste no se pierda en la deriva de un goce sin regulación. Se puede decir que la función de anclaje que aporta el sinthome se encarna en un síntoma somático, de ahí que estos fenómenos adquieran un componente de rigidez y plenitud. Similar en el paciente que siente que “una mujer me rompió el corazón con un disco de Shakira” donde no se presenta un cifrado o mensaje inconsciente dirigido al Otro como en el terreno de la neurosis sino que se organiza un delirio discreto entorno a los acontecimientos del cuerpo en su literalidad siendo eso justamente lo que le permite fijar los tres registros y seguir haciendo lazo social.

En el manejo de la transferencia se trata de colaborar de forma más activa y creativa en la búsqueda para restablecer las piezas del broche sinthomático que en un momento se desprendieron⁽⁷⁾, siempre a partir del ritmo y las orientaciones que proporcionan los pacientes ofreciéndonos para que éstos se sirvan de nosotros.

Para Lacan, la teoría de la psicosis tiene que ver con una problemática de reconocimiento, lugar que ocupa uno en el deseo del otro. El paciente psicótico pudo estar fuera del discurso pero no está fuera del lenguaje, fuera del sentido, únicamente manifiesta una dependencia del Otro en grado extremo⁽⁸⁾. El tratamiento de las psicosis supone un modo peculiar de conversación, una conversación que permite al sujeto nombrar aquello que excede o falta y donde ante la monotonía de los esquemas de tratamiento habituales se privilegia el trato con el paciente. Para Lacan, en cuanto que la naturaleza de las psicosis es estructural no son curables, sólo pueden estabilizarse.

C. La estructura psicótica

La psicótica es una de las tres grandes estructuras que existen junto con la Neurótica y la Perversa. Son estructuras de subjetivación o constitución de la subjetividad. Un sujeto con esta estructura puede no tener síntomas psicóticos. El diagnóstico por tanto debe ser estructural, no sintomático.

Se puede captar la estructura de un paciente observando la estructura defensiva que aparece en la relación transferencial.

Una estructura de otra difiere en la manera de percibir el mundo: *“El paciente neurótico es el sujeto de la duda*

mientras que el psicótico es el de la certeza". No hay preguntas para el paciente psicótico, no hay dudas, hay certeza. No hay síntomas sino **fenómenos elementales** (delirio, neologismos). El paciente psicótico se funda en la certeza, que a su vez funda su delirio.

Lacan designa el fenómeno elemental como el elemento central que da cuenta del desencadenamiento de una psicosis.

Los fenómenos elementales son los siguientes:

- Automatismo mental: aparición automática de una actividad involuntaria, consta de alucinaciones y sensaciones de estar poseído por otra persona (anticipación del pensamiento, enunciación de actos, impulsiones verbales, tendencia a fenómenos psicomotores); síndrome de pasividad: sensación de no poder controlar los recuerdos o los pensamientos.
- Fenómenos de descomposición, de despedazamiento, de separación, de extrañeza con el cuerpo.
- Fenómenos que conciernen al sentido y a la verdad: testimonio de experiencias inefables o de certeza absoluta, con respecto a su identidad, hostilidad de un extraño (envenenamiento) o expresiones de sentido o significación personal (puede leer en el mundo signos dirigidos exclusivamente a él).

Característica de las estructuras según:

| | Neurótica | Límite | Psicótica |
|-------------------------------------|------------------------|--|--|
| Instancia dominante | Domina el superyo | Ideal del yo (parte del superyo) | Funciona el Ello , que se impone |
| Naturaleza del conflicto | Superyo – Ello | Ideal del yo – Ello / Realidad | Ello frente a Realidad |
| Naturaleza de la angustia | Angustia de castración | Angustia ante la pérdida de objeto | Angustia de fragmentación o aniquilación (temor a perder la vida frente a perder una parte que sería la castración). |
| Defensas | Represión | Denegación (escisión de los objetos) | Negación (forclusión: poner fuera de uno algo que ni siquiera se puede reprimir, lo que no se puede simbolizar sale en lo real según Lacan) |
| Vínculo o relación de objeto | Vínculo genital | Relación de objeto anaclítica (de protección, de autoconservación) | Relación fusional (no discriminación yo - tú) |

Criterios estructurales importantes en la organización de la personalidad ⁽¹¹⁾:

| | Neurótica | Límite | Psicótica |
|---|---|---|---|
| Integración de la identidad | Representación del self y objetos perfectamente delimitados | Delimitados | No delimitación |
| Difusión de identidad (aspectos contradictorios del sí mismo y los demás pobremente integrados) | No. Identidad integrada | Sí | Sí |
| Operaciones defensivas | Represión (alto nivel: formación reactiva, etc) | Escisión (bajo nivel: identificación proyectiva, omnipotencia, devaluación, negación, idealización primitiva) | Negación (defensas primitivas) |
| Prueba de realidad (diferenciación self – no self, capacidad de discriminar recuerdos de realidad, interior de exterior, lo mío / lo tuyo) | Conservada | Conservada | Ausente. Existe un juicio fino de realidad |

Para Lacan, la estructura psicótica fuera de las crisis se caracteriza por:

- El paciente coloca al terapeuta contratransferencialmente en una posición en la que no sabe nada, no sabe a qué ha venido el paciente, deja un hueco y no se trata sólo de preguntar.
- Cumple perfectamente diferentes papeles sin tener en cuenta diferencias, lo hace bien y habla bien de lo que hace pero sin medir diferencias.
- Hay una psicosis sin manifestaciones delirantes. Si el nombre del padre no está inscrito, no hay una significación de la realidad y existe una posición de errancia hacia la realidad, el sujeto se mueve de cualquier manera y en cualquier lado.

Green describe la estructura psicótica en negativo, en estado latente e invisible (psicosis blanca). Se trata del núcleo de una psicosis antes de una deriva delirante, una psicosis no manifiesta ⁽⁶⁾.

Se caracteriza por:

- El vacío del pensamiento.

- La inhibición de las funciones de representación (dificultad para hacer ligazones).
- La bitriangulación (nos encontramos con los tres términos del Edipo y el sujeto se encuentra unido a sus dos genitores, unidos éstos por la diferencia de los sexos). La tripartición "sujeto / objeto bueno / objeto malo" desemboca en una relación dual, pues el objeto tercero no es más que el doble del objeto. El sujeto se une, entonces, a un único objeto (desdoblado).

2. P. AULAGNIER

A. Introducción

Piera Aulagnier es considerada una de las mayores exponentes del psicoanálisis en la actualidad. Nace en Milán y vive durante la guerra en Egipto, pasando posteriormente a estudiar psiquiatría en Roma. Realiza su formación en la Sociedad Francesa de Psicoanálisis y se analiza con Jacques Lacan entre 1955 y 1961. Siguió la enseñanza de Lacan durante la segunda división de la historia del psicoanálisis en Francia, sin embargo, cuando Lacan propuso en 1967 el procedimiento del pase que autoriza al psicoanalista en su práctica, Aulagnier se opuso firmemente porque creyó que solo serviría para aumentar la hegemonía en la escuela. Recordemos que en el proceso del pase los pasadores necesitan escuchar al candidato referirse a su análisis personal.

Piera Aulagnier renunció junto con sus colegas Francois Perrier y Jean-Paul Valabrega, los tres crearon el llamado Cuarto Grupo y propusieron un nuevo procedimiento para la designación de psicoanalistas. Así mismo reconocía que aunque no estaba contra toda tentativa de matematización de la teoría psicoanalítica pensaba que al hacer esto se toma el riesgo de abandonar el campo clínico, el campo de los afectos y lo relacional.

Piera Aulagnier piensa que lo que persiste a lo largo de sus investigaciones es una manera de concebir la teoría analítica como la que busca esclarecer las condiciones necesarias para que el yo como una instancia que está directamente vinculada al lenguaje pueda existir y la actividad del pensamiento sea posible. Afirma que siempre ha privilegiado la problemática de la identificación desde el comienzo. Por los interrogantes que nos plantea la identificación podemos entender mejor la complejidad del aparato psíquico del cual el yo cree ser el único que lo habita, siendo esa una ilusión que él defiende contra viento y marea.

Es a partir de una teoría del yo que se puede dar cuenta de los obstáculos que debe enfrentar el sujeto para poder lograr ese mínimo de autonomía que es necesario para su funcionamiento psíquico. El proceso identificatorio es la cara oculta de ese trabajo de historización. El yo no puede advenir más que siendo su propio biógrafo y su historia es tanto libidinal como identificatoria⁽¹²⁾.

Se aleja al concebir al pensamiento psicótico como efecto de un déficit o de una represión que no se ha producido, y prioriza todo el trabajo a la construcción y reconstrucción de contenidos y causalidades que debe hacer el sujeto que ha girado hacia la psicosis para poder lograr una temporalidad, para intentar tener un proyecto identificatorio.

B. Metapsicología

Esta autora explora y trabaja la dimensión teórica, clínica y sobre todo la técnica, que trata de cómo crear un espacio donde poder construir y nombrar los afectos cuyas representaciones no fueron conectadas^(2,13,14).

Da importancia a la escucha del paciente psicótico, el discurso que trae, lo que oculta y enseña, el discurso que traen los padres, lo que ocultan y lo que informan (con pinzas). Refiere que existen prohibiciones de los padres a construir la historia del sujeto.

Afirma que la construcción delirante es el último recurso de poder metabolizar aquello que no ha podido serlo, y subraya la importancia de intentar adelantarse en el discurso de estos sujetos.

La metapsicología de Piera Aulagnier se ocupa de la construcción del psiquismo, va a investigar cuáles son los orígenes del psiquismo.

Para Aulagnier el yo se va construyendo a través de un **proceso de identificación** desde lo originario (antes de la formación del inconsciente) al proceso primario y secundario. La patología se formará según este proceso de identificación.

Refiere que existen tres modos de funcionamiento (también llamados de representación o de metabolización) que construyen la actividad psíquica y van a dar cuenta del encuentro con la madre.

Existe una violencia simbólica que la madre oferta al niño (oferta libidinal), oferta que a veces le cuesta metabolizar. Lo llama infans hasta que deviene el niño, y tiene que metabolizar todas las excitaciones que le llegan.

Hay una **realidad histórica**, que se refiere a la realidad interna y externa.

Se requiere un **trabajo de historización**, que consiste en la creación que va a ir haciendo el yo, que se encuentra en permanente construcción; al igual que lo que se hace en el trabajo analítico, aunque en el caso particular de los pacientes psicóticos se crea algo nuevo, se nombran esas lagunas que no fueron nombradas. En "*Un intérprete en busca de sentido*"⁽¹⁴⁾ refiere que la historización es con el yo del paciente, que está condenado a invertir. A Aulagnier le interesa rastrear toda la historia del sujeto.

Atribuye gran importancia a la madre, poco relevante para Freud y para Lacan. Desde la presencia de la madre

modela, significa, modifica, etc. La patología va a ser diferente según cómo sea la madre y cómo metabolice el infans.

El psiquismo se empieza a construir por tanto a través de un **encuentro con la madre**, existiendo:

- Yo activo (está desde el principio): **yo autoengendrado** (cuerpo y psique en potencia antes de un yo, se refiere al mundo interno).
- Otro primordial: la **madre o portavoz**, que preinvieste y preexiste al niño (mundo externo).

A ese primer encuentro se le llama encuentro inaugural, a partir del cual la madre le va dando significado al infans. Se trata de un encuentro asimétrico entre un niño desvalido, desamparado, cuya madre es todo para él; y una madre que invierte otras cosas, el niño no es todo para ella.

Lo que la madre oferta al niño, éste tiene que ir metabolizándolo. De ese encuentro nace la psique del infans y el mundo; incluso antes del embarazo influye el cuerpo imaginado, el deseo de maternidad de la madre, lo que espera la madre ya que ese niño ya está en la mente de la madre ("la sombra hablada"), y ellos dependerán de cómo la madre invista ese encuentro.

Posteriormente existirán dos encuentros más, que constituirán el yo.

C. Proceso originario, proceso primario y proceso secundario

El **proceso originario** da cuenta de los primerísimos tiempos, algo arcaico anterior al inconsciente, como unas huellas mnémicas grabadas en el psiquismo en construcción y que permanecen toda la vida como un psiquismo representativo, como un cuerpo extraño (partes no reprimidas). Se trata de algo del orden de lo sensorial, lo innombrable.

Llama **pictograma** a esa excitación en el cuerpo del bebé que da lugar a representaciones pulsionales (cuerpo sensorial) o ello para Freud. El pictograma sería un espacio o funcionamiento de signos perceptivos, huellas motrices o imágenes mnémicas que no van a llegar nunca a la conciencia, una figura que representa a lo innombrable.

El yo autoengendrado va a metabolizar (representar o investir) toda excitación o vivencia que llegue al cuerpo (excitación afectiva). La primera identificación será cuando pase ese proceso originario.

En el proceso originario se sitúan las psicosis. Clínicamente corresponde con las vivencias de pánico, angustias de despersonalización, vivencias de cuerpo fragmentado, mutilación, vacío (elementos beta para Bion, mundo loco arcaico psicótico). No existe un proceso identificatorio adecuado y el niño no puede metabolizar

esas moléculas que la madre le transmite, las producciones de la psique de la madre no las entiende.

La clínica se puede desencadenar (en realidad ya estaba la base) si hay algo de fuera que lleva al sujeto a ponerse en contacto con eso que no pudo ser metabolizado (como un duelo, un fracaso, una ruptura de pareja, etc).

En el **proceso primario** comienza a funcionar la represión. Se invierten las primeras vinculaciones afectivas (identificación primaria para Freud, la que se refiere al vínculo de amor con el objeto, la madre).

Toma importancia el **psiquismo de la madre** (omnipotencia del deseo de la madre) y el lugar que ocupa el padre en la madre (marca del padre).

Se representa una presencia / ausencia del pecho (primer representante del exterior), se representa por tanto la diferencia. Se trata de un pecho que habla, la madre le transmite sus propios deseos, porta la voz de un discurso social; y existe un traumatismo de ese primer encuentro en el que el niño todavía no diferencia un yo del no yo.

En la psicosis existirá tal traumatismo al ser la madre patológica.

La forma de representación es la escena fantasmática o la fantasía, lo que el niño puede empezar a fantasear (alucinación de la satisfacción en el niño).

El **primer encuentro** entonces es el producido entre la psique del infans y el portavoz (la madre, objeto primordial).

En el **proceso secundario** el yo adviene, se habilita un espacio hablante donde toma importancia el **discurso o deseo de la pareja parental**.

La psique adquiere un lenguaje, se construyen primero el pensamiento y las ideas, siendo la idea la forma de representación.

Para que advenga el yo tiene que haber un relato de antes de la existencia del sujeto, Aulagnier llama a esto **puntos de certeza**, que permiten el acceso a lo simbólico.

En este proceso se da el paso del infans a un niño.

El paciente psicótico no accede a lo simbólico porque llega con fallas que no se lo permiten, ocurren problemas en la constitución del psiquismo. Los sujetos psicóticos no tienen una historia que les han contado, construyen esto con un delirio, es difícilísimo que el paciente tenga un relato de su historia.

El yo tiene que ir invirtiendo su propio cuerpo, el de otros (madre, padre, otros...) y seguir invirtiendo toda la vida.

Tiene lugar el **segundo encuentro**, entre la psique del infans y el discurso parental (incorporación del padre).

Y finalmente el ocurre el **tercer encuentro**: la mirada

de los otros. Los otros ayudan a seguir con las identificaciones, que no terminan y se dan siempre a lo largo de la vida (con el profesor, terapeuta, etc).

A partir de aquí se miden las fuerzas de Eros (deseo de presencia, de ligar, de unir) y de Tanatos (ese antes de toda representación, lo originario, estado de quietud o nirvana, antes de todo, antes del deseo, eso que lo lleva al proceso originario, antes de existir).

Lo que busca el paciente psicótico frente a lo que no puede asumir no es la muerte sino ese estado de quietud, ese "antes de".

El paciente psicótico no ha podido con esas primeras excitaciones que recibe el infans, nadie se las traduce o significa, no ha podido sustituirlas, no ha podido poner esa idea o pensamiento en el proceso secundario, no se les han significado esas huellas (experiencias o excitaciones) y por tanto no las han podido ir sustituyendo por los siguientes pasos.

El paciente psicótico cuenta una vivencia de algo inabrazable, un horror.

D. El yo

Aúna el yo función y representación de Freud, afirma que las identificaciones han de ir estructurándose y existirá patología si existen problemas en el proceso identificatorio.

El yo se construye a través del discurso materno a través de procesos identificatorios; se van generando investiduras, primero auto y después a los otros y a la realidad con unas identificaciones que pueden ser metabolizadas.

Sólo a través del yo tenemos acceso a lo intrapsíquico y a la realidad externa.

El yo es la historia de las relaciones de objeto, la historia de los vínculos, que establece el niño con sus otros significativos. Desde la primera relación con la madre se va dejando una marca, un repertorio de relaciones, el yo es la marca de los significantes "*la sombra del objeto cae sobre el yo*"⁽¹⁵⁾, es sobre todo un yo corporal.

Con las primeras experiencias de insatisfacción (hambre, malestar), se va diferenciando y se va marcando la frontera de su yo corporal.

En las experiencias de insatisfacción son donde se sustruye el **proceso de identidad**, son necesarias para que exista diferenciación. Además de esas experiencias de insatisfacción, para que el yo advenga es necesario un reconocimiento de la madre al niño, que interpreta lo que le pasa al niño, su incomodidad, y lo reconoce como un sujeto diferente a ella.

En la psicosis no hay una salida de la fusión, existen problemas en el reconocimiento por parte de la madre de esos niños.

i. La capacidad yoica

Las capacidades del yo son las siguientes:

- **Temporalidad:** el yo genera un nuevo proceso psíquico de elaboración, del principio del placer en el que la descarga es inmediata se pasa al principio de realidad, donde puede demorar (sede del principio de realidad).
- **Autoconservación:** el yo es su sede.
- En él tienen lugar los **conflictos psíquicos** (sede del conflicto y de la angustia), está constantemente tensionado entre la realidad (conflicto que se da en la psicosis), principio del placer (ello) e imperativos del superyo (ideal del yo) y tiene una función básicamente integradora. Un yo débil es el que sigue el instinto del ello, no puede demorar, pone el principio del placer por encima del de realidad.
- Es la sede de los **mecanismos de defensa**, que pone en marcha ante la angustia.
- **Pensamiento y lenguaje** (función verbalizadora): lo propio del yo es verbalizar, capaz de enunciar, hacer relatos, es un historizador, nunca termina, y así se dota a sí mismo de identidad, hace acopia de la memoria, la activa y basa en eso su identidad, relatos que surgen de identificación diferentes según momentos vitales diferentes.
- **Es la sede de la atención y de la percepción.** Percepción no pura, condicionada por los fantasmas que habitan en el propio sujeto. El yo sería la instancia psíquica y se diferenciaría del sujeto o sí mismo (self), que se refiere a todo el aparato psíquico en su conjunto, con las tres instancias psíquicas.
- **Juicio.** El yo emite juicios al regirse por las leyes de la lógica (proceso secundario), es afirmativo, aunque sean juicios dubitativos. La acción última la va a ejecutar el yo, un yo lastrado también por el inconsciente así que puede ser una acción no lógica o sintomática.
- **Mentalización** (capaz de pensar que hay otra mente parecida a la suya que puede pensar similar, principio de la simpatía).
- **Disociación** (capaz de observar, yo observador, autorreflexión o parte de la conciencia que observa el pensar).
- **Sublimación** (capaz de transformar energía sexualizada en desexualizada, poniéndose metas socialmente valoradas, el yo creativo o de la creatividad).
- **Es la sede de los roles.** El yo no es uno sino múltiple, estamos habitados por multitud de yoes (como terapeuta, amigo, padre, etc; habilidades diferentes en cada uno), el yo funciona con escisiones que son funcionales, adaptativas y progresivas. El yo puede regresar (regresión) y lo puede hacer de distintas formas

(de manera útil, funcional o patológica).

Existe un proceso de identificaciones y desidentificaciones que ayudan en la realidad y que con el tiempo se pueden sintetizar con todas las identificaciones lo que uno quiere ser y crear algo nuevo mediante un proceso de duelo, elaboración, descarte y apropiación.

ii. Yo y autoestima

El yo es la instancia que sostiene el amor propio y la autoestima se basa en la relación que uno mantiene con los ideales. Si uno se siente capaz de responder a sus ideales, la autoestima crecerá y viceversa.

La autoestima (sentimiento de sí) viene regida por un yo conforme, que se nutre del narcisismo infantil primero, y se forma por la historia de los logros, que la van conformando y haciendo un yo más fuerte, capaz de superar retos y de enfrentarse al superyo y dar un yo más autónomo. Autoestima y narcisismo se refieren a lo mismo, al amor propio.

El Narcisismo también tiene que ver con un yo próximo al ideal. Se distinguen:

- Yo ideal: formado por los restos de los primeros momentos de fusión con la madre en el que todo se puede (omnipotencia).
- Ideal del yo: heredero del yo ideal, son metas, impregnado del "deber ser" de los padres "tienes que estudiar..." que va configurando un ideal. El superyo serían los mandatos prohibitivos "no puedes hacer..."

E. La familia del paciente psicótico

El paciente psicótico como sujeto tiene dificultad para investir un objeto sustitutivo que no sea la madre.

En él está presente una angustia de desvalimiento, donde predominan los miedos a que sus padres mueran, a qué será de él. Existe fundamentalmente un problema de identidad.

i. La relación madre - hijo

Existe una investidura recíproca en exceso, incluso a veces es difícil reconocer los límites entre ellos.

El terapeuta tiene la sensación de que se trata de una obligación - necesidad pero no un vínculo por el placer.

ii. La madre

Amar al hijo no es una elección sino una obligación. No hay en ella un verdadero deseo de maternidad, ella reproduce la relación fusional indiferenciada con él.

El paciente psicótico sólo es objeto de deseo de la madre en tanto que queda fijado a una posición alineante en la que la madre se encuentra consigo misma, y esta se convencerá de ello por efecto racionalizador o sentido del deber.

Lo que más le va a aterrorizar a la madre es lo que ponga en riesgo eso, la espontaneidad del niño (lo que pone las diferencias) que amenaza la diferenciación; lo novedoso del niño, lo que la madre no tiene previsto.

Lo que tenga que ver con la presencia del padre también supone una amenaza narcisista que pone en riesgo lo que tenga que ver con la dupla madre - hijo (vínculo narcisista).

El paciente psicótico está indiferenciado de esa relación narcisista.

Se trata generalmente de madres que no se cuestionan, no están atravesadas por la castración, hay una captación del hijo y una negación de la terceridad del padre.

Al realizar la historia de la pequeña infancia del hijo a través de la madre, hay una concordancia entre lo que piensa la madre y lo que el hijo piensa, porque la madre no tolera un pensamiento de él propio, ella desinvieste el pensamiento del hijo y sobreinvieste el cuerpo del hijo (le preocupa el buen comer, el buen dormir, lo que aprende, lo que excreta "*mi hijo siempre fue un modelo de niño bueno, nunca protesta*").

Son frecuentes los síntomas psicósomáticos en el niño como una primera protesta.

Las madres no suelen ser pacientes psicóticas, con frecuencia presentan patología histérica grave o narcisista. Se angustian cuando se separan del hijo.

iii. El hijo

Amar a la madre tampoco es una elección, es una necesidad. El paciente psicótico siente que está condenado a investir únicamente a la madre, a ese objeto, y no puede dirigir qué demandas puede hacer, está desposeído de una doble capacidad de elección, una doble prohibición: sobre qué objetos investir y qué demandas puede dirigir (con quién vincularse, a quién amar más allá de la madre y qué derecho tiene a esperar de esa relación).

Para que exista libertad paradójicamente tiene que tener asegurado el amor / presencia de la madre o un objeto sustitutivo que privilegie a la madre, sino delira cuando intenta buscar otro objeto al que amar, siente que el amor materno se pone en riesgo, siente la respuesta de la madre a ese intento, la pérdida del amor materno y da marcha atrás para asegurar ese amor materno; después realizará otros intentos, movimientos de fluctuación intentos de desvestimiento / retirada.

El yo es una organización, no puede permitir desorganizarse, antes de eso lo que hace es organizar la realidad de otra manera y delirar.

iv. Objetos e inversiones

Los padres son el primer objeto que invierte el yo, el yo inicialmente invierte el "**objeto a**" (**imágenes parentales**),

con un espacio de investidura privilegiado por su intensidad y cercanía. Con el paso del tiempo, con la resolución del Edipo, ingresarán en ese espacio objetos nuevos (parejas, hijos...). Ese espacio es necesario para seguir madurando.

Posteriormente, transcurrida la primera infancia, aparece otro espacio de investidura, ya no habitado por objetos familiares sino por **profesores del colegio, amistades (“objeto b”)**. Este “espacio b” no puede sustituir nunca al “espacio a” más que temporalmente, dando cierta contención pero es necesario el “espacio a” porque proporciona el amor y la supervivencia (el “b” sólo proporciona un plus de placer).

Transcurrida la infancia aparece el **“espacio c”**, espacio del **campo social concreto** (compañeros de profesión, comunidad, asociación...).

Finalmente, el **“espacio d”, el campo social completo**, un espacio abierto que nunca se abarca en su totalidad. Hay una relación estable y difusa con este espacio, que no suele crear problemas.

La posibilidad del yo de ir ampliando las investiduras y de ir invirtiendo más y más va a depender de que pueda mantener y preservar los distintos espacios, antes de crear un espacio pueda cerrar los anteriores.

El paciente neurótico no tiene problemas en los “espacios a, b y c”, su dificultad es hacia cómo hacer cohabitar las diferentes investiduras en el “espacio a” (poner orden en las demandas hacia cada uno de los objetos en el “espacio a”, por ejemplo demandas a su mujer que iban dirigidas a su madre, etc.).

En la psicosis hay un falso cierre: frente a la ley del todo o nada o se vincula con todos en tanto que extensiones de la madre o con nada. Para él el único objeto es la madre, los otros son neutros o indiferenciados.

Existen personas que funcionan con una organización psicótica que pueden investir el “espacio b”, y más raramente el “c”, manteniendo una identidad imaginaria que los sostiene, son investiduras aparentes (se estabilizan y no se psicotizan gracias a sostenerse desde algún lado).

El paciente psicótico sólo mantiene vínculos en la medida en que asegura a la madre que sólo son extensiones de ella, sino el objeto queda aplastado por el poder materno.

Existe una posibilidad de relación terapéutica con el paciente psicótico en la sesión; en la medida que podemos hacerle sentir que está en un espacio que no está colonizado por la madre, que no es un súbito de su majestad la madre y está ante alguien que no es un súbdito de ella, que sus pensamientos y deseos son reconocidos como propios, la singularidad de ellos.

Uno como terapeuta entra como un sustituto materno y permite que se vaya produciendo un cierre. La madre

tiene problemas para tolerar la separación con este hijo, generalmente se trata de su primer hijo o el último.

F. La terapia con el paciente psicótico

i. Dificultad para la relación con el paciente

En la relación se pone de manifiesto la asimetría del pensamiento y la diferente lógica. Para relacionarse con él necesitamos compartir con él algo.

Es esencial para que exista pensamiento propio, que haya formación del pensamiento, la relación causal (para poder explicar algo es necesario poder explicar una relación de causa - efecto).

Es fundamental construir una narrativa que de explicación para mitigar la angustia ante lo inexplicable y desconocido. Sería una hipertrofia de la explicación causal que no deja ninguna pregunta sin respuesta (al igual que lo sagrado, ámbito que no permite pensar, es una cuestión de fe, algo similar en ese sentido al pensamiento delirante, que también se mueve con certezas, de nada sirve refutarlo; aunque las certezas del pensamiento religioso se forjan en el proceso secundario y las del pensamiento delirante en el primario, en el inconsciente, son de cada uno, de su singularidad).

El paciente psicótico trata de evitar enfrentarse con la prueba más dura para el pensamiento, reconocer y aceptar la ausencia de certezas. Para que el yo se constituya como una instancia presente necesita poner en duda y dudar. La prueba de la duda es lo que el psicótico no ha podido atravesar con éxito.

¿En qué momento no ha podido atravesarla con éxito?

- Primer momento metapsicológico: sólo existe lo que es fuente de placer, a través de la experiencia de satisfacción. Esto pronto entra en conflicto por la fallas maternas y experiencias de sufrimiento, también reconocerá que es real la madre que frustra (pecho malo para Klein).
- Segundo momento: es verdadero lo que afirma el objeto amado e idealizado (la madre). Esto también tendrá que entrar en conflicto porque si la madre es la única que hace esto, el yo nunca podrá legitimar sus propias vivencias y deseos, la clave es cómo la madre tolerará la diferenciación del niño. El yo del niño tiene que cuestionar a la madre (la madre no puede quedarse como la única que ostenta esos criterios), si no lo hace entonces cuestionará sus propios pensamientos y entrará en locura.

La psicosis se caracteriza por una **búsqueda de una vida aconflictual**. Si se cuestiona a la madre siente que pone en juego el amor de ésta. El paciente psicótico se mueve en un mundo de objetos parciales, en un campo de identificaciones proyectivas. Rápidamente va a ver si un objeto es bueno o malo, mientras haya un objeto que

se preste a ser un objeto bueno, inmutable, que no falla, sustituto de la madre, todo irá bien.

Como terapeuta hay que dejarse idealizar, no interpretar la transferencia positiva nunca (ojalá te coloque en una positiva); sólo cuando la transferencia es paranoide se puede interpretar.

Se trata de que un pensamiento pueda entrar en conflicto con otro, que el hijo pueda poner en marcha su **potencial conflictivo**. Ese potencial diferenciador que uno trae al mundo y que los padres deberían investir y reforzar, tolerar que eso no sea lo que tú esperabas (en una familia "neurotizante" no se le reconoce ese pensamiento diferenciador). Es un discurso de una madre que su hijo es un ideal y ellas lo han hecho "todo perfecto" (otras madres afirman que "lo bueno es de ella y lo malo es de su padre", esto implica ya una herida narcisista y no sería a lo que nos referimos).

¿Cómo se pone en marcha el potencial conflictivo?

Comenzando a dudar, a cuestionar.

El yo del niño comienza a poner en duda la verdadera intención del discurso de la madre, la salud mental empieza por dudar de la madre. El momento de la duda es el momento en el que el yo se plantea juzgar acerca de lo verdadero o lo falso sobre el discurso materno.

Para hacerlo el yo necesita **separar dos investiduras**: la de la madre y la del discurso de esta.

Si el yo puede diferenciar esas dos investiduras significa pensamiento que acepta la primacía del principio de realidad versus placer, puede pronunciarse acerca de la veracidad de las ideas no en función de que produzcan placer o displacer sino porque hay un pensamiento autónomo. Esto propicia que ya no es sólo la madre el único objeto sobre la que recae lo que es verdad o mentira, aparecerá un tercero, otro referente (padre, cultura...), un Otro para Lacan, que funciona de corte de esa dupla narcisista fusional, que equivale a la castración "*ya no eres todo para mí*" "*ya no encuentro sólo placer en esto*".

La madre tiene que tolerar ser atravesada por la castración.

Lacan habla de función paterna no registrada, forclusión del nombre del padre. La presencia del Otro y la triangulación libera al niño de la sobrecarga idealizadora que en un principio fue tan necesaria.

Existen estados de alineación en la vida adulta, situaciones psicóticas (por ejemplo sujetos en estado prepsicótico en determinados grupos religiosos que se contienen en ese mundo, los organiza "*cuanto con más fuerza se aferra uno más se está guardando de una fragilidad narcisista, se aferran a un objeto incuestionable para salvaguardar esa fragilidad*").

El paciente psicótico no ha podido construir esas mínimas certezas básicas al no haber diferenciado las dos investiduras. Presenta un aspecto de errante, carece de dar un significado a lo que va experimentando.

Generalmente lo traen a consulta, no hay una búsqueda de complicidad con el terapeuta, no van a consulta a reafirmarse (narcisista) sino a desafiarnos (perversa). Vienen buscando un saber que los organice (sin saber que vienen a eso), es una demanda pedagógica, con muchos riesgos.

Hay que huir como terapeutas de la tentación de un ideal de normalización, no buscar una adaptación social fácil al entorno ya que se puede causar una crisis con una actitud demasiado intervencionista, al carecer el sujeto de un tercero no registrado puede producirse el brote, al no tener que hacer algo que implique responsabilidad. Es importante tratar de consolidar esos **puntos de certeza** que validen sus pensamientos y reconocer que es legítimo dudar, toda identidad necesita apuntalar esto.

El terapeuta debe ser dócil con el paciente pero intransigente con la falta de reglas. Presentarse como representante de algo que marca un límite a uno, como sujetos regulados atravesados por la castración.

ii. El terapeuta

- Debe estar atravesado por la castración.
- Debe historizarlos: recoger su historia de duelos, identificaciones, que puedan explicar el porqué de los síntomas, sufrimiento, poder hacer con él el recorrido que hizo su pensamiento (desde que fue niño, las características de su madre, dificultades, pasar por su pubertad, adolescencia... hacerlo dudar, crear punto de certeza) desde el momento que no pudo atravesar, desde el momento de la duda, ir encontrando la causa de su relación con la verdad y con la duda (no significa interpretarlo).
- Intentar recordar las vicisitudes o circunstancias que tienen que ver con la duda, con el brote, con el delirio, hasta cuando el sujeto esté dispuesto, sin excesiva prisa porque puede producir angustia. Otras veces es necesario hacer una reconstrucción porque el sujeto no se acuerda, reconstruir qué condiciones fueron las que lo hicieron quebrar.

iii. Las sesiones

Con él el terapeuta no puede ser neutro, esperar a que asocie lo que cuenta, esperar sus interpretaciones de la nada, interpretar la transferencia; se corre el peligro de una sobreseñalización, para él todo puede querer decir algo en un momento dado ya que no comparte esas certezas básicas que todos tienen "*para él todo puede ser señal o signo de algo*", él no tiene prueba de que lo que siente o experimenta se ha dado por obvio sin que sea sometido a prueba" (lo obvio hay que hablarlo), no hay certezas compartidas.

Hay que intentar poner en palabras todo lo compartible, todos los pensamientos y afectos compartibles, por obvios que nos parezcan, así desarrollar estrategias para historizar.

Mientras que la convicción es algo más emocional (terapéutico), la certeza es algo incontestable. Es fundamental que el terapeuta establezca reglas y normas con el sujeto de lo que está permitido en consulta, el uso de un encuadre.

La proyección del paciente neurótico difiere de la del psicótico ya que este último carece de referentes identificatorios y todo el abanico proyectivo que tiene el neurótico (*"puede ser un padre persecutorio, una madre compasiva..."*), está atrapado en la relación fusional con la madre.

iv. El paciente

Se caracteriza por:

- Imposibilidad de poner en marcha un pensamiento autónomo, más aún en una situación conflictiva y ambivalente.
- Dificultad para reconocer como verdaderos los sentimientos que tiene, cuando se le ha impuesto que tiene que estar triste cuando está contento o viceversa, ha sufrido una violencia, los enunciados no le referían a él, dificultad para validar y legitimar sus sentimientos.
- El poder de la interpretación es nulo, incluso vivido como algo paranoide, intrusivo. El terapeuta encarna la función de secretario, desde una escucha toma acta, escribe y da valor a lo que dice el sujeto, lo valida y legitima. Además de escuchar, le ayuda a validar sus pensamientos y sentimientos, a menudo con intervenciones afirmativas que crean un sentido a lo que le pasa *"no sé cómo tú te sentirás pero yo si estuviera en tu lugar me sentiría..."* (remarcando los pronombres en un marco de representación y no de interpretación). La madre ha sido muy interpretadora, lo ha distorsionado y no ha validado *"ahora tienes hambre... lo que te pasa es que te duele la tripa..."*. El terapeuta ha de ser muy pasivo con el psicótico, tener capacidad de ensoñación para captar y hacer frases con esas características, sin prisas en cuanto a que funcionen en la sociedad.
- El terapeuta nunca debe interpretar la transferencia positiva, mantenerla porque el sujeto la necesita, sólo hacerlo con la negativa. Intentar introducir algún componente que tenga que ver con el espacio relacional, enriquecerlo con este mundo de lo lúdico – placentero; ya que únicamente dos espacios, uno afuera y otro dentro, carecen de un objeto transicional que les permita interpretar una caricia, un guiño... y que les permita relacionarse, jugar con los dobles sentidos, con el sentido del humor, con las relaciones, carecen de estas herramientas.

- Así mismo es vital historizar no sólo su vida sino también las sesiones y dar coherencia a lo que pasa en ese espacio – tiempo, engarzar una sesión con otra creando algo coherente *"el otro día hablamos de..."*.

Ningún paciente psicótico deja de serlo, por lo que el terapeuta debe pretender únicamente su estabilización, plantearse objetivos más modestos, saber que va a existir un fracaso en sus relaciones afectivas – laborales.

G. La paranoia

La teoría de Aulagnier sobre el delirio paranoico afirma que en la paranoia se pone de manifiesto un **odio percibido**, objeto central por el que el paciente paranoico encuentra un significado.

Existen tres características propias del delirio paranoico:

1. Necesidad de construir un **sistema de significados cerrado**, con imposibilidad de construir una mínima duda. Existe mayor certeza delirante y relación más pasional con su delirio en el paranoico que en el esquizofrénico.
2. Todo gira en torno al **odio** en el delirio.
3. A diferencia del paciente esquizofrénico, que se mueve en una relación dual en una mala fusión de la madre sin existir función paterna, el paciente paranoico sí puede reconocer un tercer lugar, el del padre (no forclusión del nombre del padre) pero a condición de que sea una **relación muy conflictiva con el padre o de odio manifiesto**.

El delirio paranoico gira en torno a qué es lo que los otros odian, el lugar del otro.

Suele sentir que es objeto de envidia y que se le quiere eliminar porque es peligroso para los otros, a causa de un poder especial que sólo él posee, ese poder a menudo es una cualidad del sujeto pero que ha sido idealizada e investido megalomaniáticamente.

Algo llega a ser delirante cuando uno está en el centro de la historia y todo gira en torno a él (por ejemplo puede no serlo el hablar con Dios pero sí algo como convertirse en el elegido).

El delirio se construye en la necesidad del odio, el paranoico es efecto del odio, de una relación conflictiva de los padres, de odio entre ellos.

Es el deseo de la madre lo que da entrada al padre y se produce así la triangulación, y esto no ocurre en la psicosis.

i. Imagos parentales

La **madre** es la madre abnegada, una mujer que exhibe todos los sufrimientos soportados, la que encarna el sentido del deber, dispuesta a padecer estos sufrimientos

que se le infringen por el bien de su hijo.

Es una madre que encarna el amor por un sentido del deber (autoimpuesto) y no del placer. Observa peligros por los excesos y desmesura paterna y quiere que el hijo no se identifique con el deseo y actitud paterna, busca la alianza del hijo para combatir con el padre, hace de pantalla protectora del hijo.

El **padre** piensa igualmente que la actitud y el deseo maternal son nefastos y peligrosos para el hijo, él suele tener características violentas, de abuso de poder, representantes de un sistema educativo rígido, severo, ideales que imponen por el bien del niño.

En la **primera fase**, el niño se identifica o se alía más con la parte materna.

En la escena primaria de los padres el amor es sustituido por el odio y el deseo sustituido por el conflicto. El paciente paranoico es engendrado por el odio, y es hijo del conflicto. Sólo puede conservar su existencia en tanto que haya alguien a quien odiar y sea odiado por alguien. Los padres legitiman el odio sentido hacia el otro.

En la **segunda fase**, el niño se identifica con el padre algún tiempo, aparecen los temores homosexuales. Antes del delirio suele haber una identificación con el padre, una idealización pero que fracasa dadas las características agresivas de éste.

El odio adquiere por tanto un papel nuclear. El perseguidor puede ser alguien del entorno familiar (más peligroso) o existir un desplazamiento socializado hacia una determinada clase de personas (masones, judíos, políticos).

3. CASOS CLÍNICOS

Los casos

Samuel y Carlos son dos varones de 26 y 27 años respectivamente.

Carlos llega a la consulta después de visitar a varios profesionales, haber tenido varios ingresos psiquiátricos y haber estado en un dispositivo de rehabilitación. Su diagnóstico es el de una esquizofrenia paranoide resistente al tratamiento psicofarmacológico.

Samuel lo hace tras su primer ingreso por un brote psicótico. Nunca antes había acudido a ningún profesional salvo a un psicólogo un breve espacio de tiempo durante su infancia.

Ambos llegan sin conciencia de enfermedad, reacios a un tratamiento psicofarmacológico.

La experiencia de Samuel en el ingreso ha sido devastadora. Sale del hospital encorvado, impregnado de la medicación, con numerosos dolores corporales sobre todo

de espalda, como si le hubieran dado una paliza. Siente que ha sido encerrado, privado de su libertad "una vez más".

El caso de Carlos es distinto. Él (o su madre) ha pedido cambio del último profesional con el que ha estado, ha intentado integrarse en el dispositivo de rehabilitación pero su "furia" sigue intacta y le dificulta enormemente en el día a día. Hace hincapié en la soledad "como siga así me deprimiré, necesito relacionarme".

El delirio

Con 24 años, Samuel comenzó a notar "experiencias raras", a sentir que otras entidades podían controlar su cuerpo "como si me estuvieran moviendo". El día del ingreso refería que Buda había entrado en su cuerpo y había sido una experiencia mística. Presentaba ideas delirantes místico religiosas y megalomaniacas, se sentía "como un Dios, sin miedo, intocable, más fuerte". Por otro lado, se preocupaba por la masonería y el manejo del poder que tenía esta. Fue diagnosticado en el ingreso de trastorno psicótico agudo polimorfo y rasgos de personalidad esquizotípicos.

En su evolución, una vez fuera del hospital mantenía un discurso de influencia y de control (ya fuera de la crisis), tenía la sensación de que "por mucho que haga, hay otras personas más inteligentes que controlan el mundo, la sociedad y saben mi destino". Busca saber, conocer, quiere hacer algo que cambie esta sociedad, pero a la vez se reconoce como un ser ignorante, incapaz de hacerlo y sólo ante su misión.

Permanece su sensación de aprisionamiento, agrandada tras el ingreso y al observar la consulta, ver ese espacio cerrado y claustrofóbico que identifica como su habitación en la adolescencia durante su estancia con su padre, y sentir una obligatoriedad en el tratamiento "forzoso una vez más, a venir aquí, a tomar fármacos con claros intereses de la industria, que se quiere hacer rica a mi costa".

Carlos trae un objetivo. Quiere estudiar una carrera pero su cognición se lo impide, también lo hace una furia permanente y recurrente "tengo terminaciones nerviosas que no me dejan aprender, memorizar, aprovechar mis años de joven".

La gente sabe lo que está pensando, lo reconoce en su expresión facial. Y él no se ve con suficientes habilidades para relacionarse, para interpretar los gestos y miradas del otro, se ve como un niño o adolescente que no ha madurado.

Cree que hay un grupo de chavales, comandados por una chica de 20 años que dedican su tiempo a mirarlo, observarlo, le hacen la vida imposible, y están las 24 horas "joder, ¿es que no tienen otra cosa que hacer?".

La furia intensa en su cabeza no le deja, intenta las 24 horas luchar contra ella, que desaparezca, y le deje libre

para sentirse capaz cognitivamente, estar relajado sin tensión. Ahora ése es su principal objetivo. Más tarde diría que comprender que sentía odio hacia la chica controladora y espía ayudó a aplacar su furia.

Carlos comenzó a tratarse a los 17 años. Inicialmente por presentar sintomatología ansioso depresiva. Posteriormente, empezó a escuchar voces y llegaron los ingresos poco después. Llegó a decir en estos momentos la frase: "Carlos desapareció".

Al inicio se mostraba afectado porque en su pueblo comentaban que era gay "las chicas van a por mí. He rechazado a muchas y en venganza hablan mal de mí y me dicen que soy gay".

De pequeño era alegre según decía su madre, aunque ya tenía problemas de aislamiento y de rendimiento. Refería haber sido maltratado en el colegio por sus compañeros.

Reflejaba un dolor muy profundo con la separación de sus padres. El padre desapareció y no volvió hasta los 3-4 años. Sufrió una profunda decepción cuando él lo abandonó.

La familia

Samuel viene con su madre en las primeras entrevistas. La madre transmite intensa angustia y deja la sensación de estar completamente disociada.

Ella se muestra lábil, no ve a Samuel como era antes, teme algo que no concreta (¿el suicidio?). Lo observa francamente aislado y deprimido tras el ingreso, abandonado. Busca ayuda de un otro que no lo deje a su suerte, como ya hizo en otro momento de su vida.

Tras las primeras citas del seguimiento de Samuel va a desaparecer y aparecer episódicamente o cuando se le llama advirtiendo de una posible descompensación. La madre de Samuel ha pasado por un cáncer relativamente reciente e impresiona de tener secuelas psicológicas.

El padre, de origen extranjero, aparece en una ocasión en consulta tras una estancia en nuestro país. Se muestra preocupado por Samuel. Cree que tiene una enfermedad mental, le preocupa la herencia y la genética. Su madre está ingresada por un cuadro de deterioro cerebral y el padre ha recibido terapia electroconvulsiva en varias ocasiones por un cuadro depresivo grave. Además, tiene un tío con esquizofrenia. Se le observa con más capacidad empática que la madre respecto a Samuel, y a pesar de que Samuel me ha transmitido de él una imagen de tiránico y de carcelero, no es esa la impresión en la consulta. Transmite preocupación y culpa por cómo se desarrolló el pasado, "lo tuvimos sin tenerlo previsto". Dice que Samuel nunca le perdonó ser un niño no buscado "pero lo quise desde el primer momento en que nació" "yo planeaba marcharme, irme fuera, pero al tenerlo tuve que quedarme".

La madre habla de el padre comparándolo con Samuel. Dice que es un hombre obsesivo y con intereses particulares como la filosofía y la informática "sabe más que nadie", y que también tuvo un período con 20 años similar al de Samuel "cuando lo conocí estaba hecho polvo, fumaba...".

Carlos viene también con su madre. La imagen de la madre es bien distinta. Impenetrable, fuerte, capaz, bien entrenada en "psicoeducación de pacientes psicóticos" (técnica psicoeducativa impartida en centro de rehabilitación), sumamente exigente con lo que se refiere a su hijo y a su tratamiento, y un sentimiento de dolor por cómo ha sido tratado hasta ahora, "ninguneado por los profesionales", que no fueron capaces de detectar la psicosis de su hijo (y en parte tiene razón porque fue tratado como una depresión en los primeros tiempos). Habla de la medicación, de síntomas positivos y negativos, de evolución de su hijo, parece un profesional más en el curso del tratamiento, un profesional sumamente implicado que no va a dejar pasar ni una. Lo que más le preocupa a la madre respecto a su hijo es "la soledad y la dopamina".

Esa exigencia en los profesionales adquiere especial dureza en sí misma, en su trabajo, en su historia de relaciones. Desde la separación del padre de Carlos no ha vuelto a tener otra relación y no encuentra alguien que valga la pena, alguien interesante. Se dedica a viajar, trabajar y, sobre todo, a los cuidados de Carlos.

Habla con extrema dureza de los otros, no deja que te confíes en el tratamiento y te reta "a tí Carlos no te cuenta bien el delirio pero sigue delirando, ¿sabes?... el otro día me dijo que para qué venir a verte, yo le animaba, le decía que te diera una oportunidad (sonríe levemente)". Contranferencialmente desprende rabia a la vez que intensa tensión y enorme responsabilidad, queda clara la exigencia y deja un halo de agotamiento tras su marcha.

El padre no aparece en consulta. Tiene alguna aparición en la vida de Carlos, parece que él lo recibe con gusto, pero rápidamente sale igual que entra en su vida "te lo dije Carlos, tu padre es así, no se puede contar con él...". Al padre se le diagnosticó neurológicamente de episodios de ausencias, parece que con mucho acierto.

Su padre vive en la actualidad en otra ciudad, está casado y tiene un hijo adolescente al que quiso que Carlos conociera, su madre le dijo "tanto que has esperado, ahora puede hacerlo él" "tú no te pongas nervioso".

La madre muestra una intensa rabia y desprecio hacia el padre de Carlos y ofrece una nula tolerancia hacia él, describe las causas de la separación, los celos e impresiona de estar muy dañada y que aún no se ha recuperado del dolor. Carlos dice que su padre le abandonó y se fue a otra ciudad "por lo que la gente pensaba de mí".

Carlos siente mucho rechazo por parte de su familia "me han expulsado y me lo merezco". Tiene la sensación

en particular de que su tía materna, que pasó un cáncer, lo odia, “y es que me expreso tan claro que la gente sabe cómo soy, no puedo ser tan abierto”.

La relación con la madre

Samuel a los 23 años contactó con su madre por escrito en varias ocasiones, y tuvimos acceso a esto a través de la madre, al inicio lo trajo junto con toda su angustia “sin que él lo sepa”. Posteriormente nos comentó que nos deshicésemos de ello y no le dijéramos nada a Samuel. Es un documento que puede aclararnos acerca de la relación madre – hijo.

En este documento Samuel agradece de forma envenenada a su madre “la vida de mierda que me has dado”. Entre estos algunos reproches duros sobre un vacío que nada llenará “ni siquiera ninguna sustancia”, sobre una imposibilidad de desarrollo individual y social, sobre todas las promesas que no cumplió, y sobre el abandono “y mandarme con mi padre que tan bien me hizo, todo te lo debo a tí”. La respuesta de la madre fue breve y encolerizó más aún al ya muy tocado Samuel “bien sabes que te queremos, el pasado sirve mucho, te das cuenta de que ahora no estás tan mal...las sustancias te están dañando el cerebro...”.

Carlos choca mucho con su madre, la retrata como inestable y emocionalmente lábil. “Mi madre o es un ángel o es un demonio”. La madre comenta que tiende a verse él a sí mismo como mala persona y autorreprocharse continuamente pero no se advierte tanto esto sino más reproches dirigidos hacia ella.

Carlos habla de ella con rabia “esa que siempre quiere todo más limpio, está obsesionada con la limpieza, es una rúcana y no me da dinero, la odio”.

Ambos expresan odio hacia su madre, Samuel mucho rencor y Carlos mucha rabia y desprecio hacia su inestabilidad. La madre le habla usando continuas metáforas y dobles sentidos de descifrar y llegar a comprender.

La historia

Samuel se crió con sus abuelos maternos según refiere. El abuelo, ya fallecido, era un hombre humilde, honesto aunque severo con él y sus primos “el hombre más honesto que he conocido”. Recuerda que dormía con la abuela.

Su abuela sigue siendo un referente. Vive en su ciudad natal y en ocasiones se comunica telefónicamente con ella.

La madre durante su infancia estuvo preparando oposiciones. Cuando se separaron sus padres él tenía cinco años. Su madre cambió de ciudad y el padre se quedó en un pueblecito cerca de la ciudad natal de Samuel.

Samuel marchó con la madre a los 11 años y dejó su ciu-

dad y con ella, a sus abuelos y a su padre.

Pero ese período estuvo lleno de sombras. Hasta los 13 años estuvo con su madre sin adaptarse a la nueva ciudad. Tuvo alteraciones de conducta, malas compañías, ya inició el consumo de cannabis a los 12 años, problemas con la ley (hurtos) hasta que su madre no pudo más y lo envió con el padre “podía conmigo, se me escapaba de las manos, no iba a acabar bien...” un psicólogo le dijo a mi madre que la única solución era echarme”.

Esto no hizo más que acrecentar el odio que empezaba a vislumbrarse en Samuel. Con su padre en un pueblo cerca de su ciudad natal, Samuel pudo ver cómo le era negado poder visitar a los abuelos, se quedaba encerrado en su habitación y la única actividad que tenía se redujo a un arte marcial, practicado también por su padre, y en el que Samuel llegó a destacar enormemente, movido tal vez por la rabia y las ganas de enfrentarse contra su padre “mi padre me pegaba, no me dejaba ir al pueblo los fines de semana, me encerraba en mi habitación” “es un Hitler”. Él cuenta un episodio donde llegó a provocarle una fractura en un entrenamiento, y aún hoy deja detalles de rivalidad y competitividad respecto al padre, aunque tiende a culpar más a la sociedad y quitarle responsabilidad a su padre.

Hasta que ya no podía más y deja a su padre para internarse en un centro de entrenamiento en el arte marcial en el que era de los mejores “era un infierno, me fui con mi madre a estudiar, todo era mejor que eso”, y luego decidió dejarlo quizás movido porque este destino había sido forzado por su padre y de una manera obligado, regresando con la madre pero sólo, a un piso que tenía ella. Cuando dejó el centro de alto rendimiento, el padre comenta que estuvieron un año sin hablarse “no respondía a mis llamadas” “fue una pena que lo dejara con las condiciones que tenía”.

Fueron unos años en la deriva, hacia el aislamiento, el consumo diario de cannabis continuado durante cuatro años, la relación enfermiza vía correo con su madre, hasta el momento del brote, influido por el tema amoroso. Había tenido una ruptura sentimental un año antes y poco antes del ingreso había tenido otra. De hecho fue la chica de la primera ruptura “un amor platónico de años” la que le advirtió de cómo lo veía. Poco después diría “fue el enamoramiento lo que me enloqueció”.

Los padres de Carlos también se separaron, pero de forma más temprana. Carlos tenía 3 años y fue una separación complicada, influida por los celos del padre. Hubo un período de años en el que Carlos no supo nada de su padre.

Conocemos la historia de Carlos por su madre. La historia de la madre es compleja y llena de detalles relevantes. Siendo nueve hermanas, ella se vio obligada a subsistir como pudo en una ciudad, sin los padres, y a cargo de su hermana menor.

Una hermana suya enfermó de esquizofrenia, y dejó la huella de esta enfermedad, tan difícil de combatir.

Identificada con el padre, no pudo tolerar no haber estado a la altura que él esperaba de ella. Y su mundo se derrumbó con la separación y cobró sentido más tarde con la enfermedad de Carlos.

Las sesiones

Carlos es un chico simpático, cuando lo llamas te aprieta fuerte la mano en señal de respeto, eso lo ve un signo de seguridad y cuida mucho ese detalle.

Te cuenta cómo han ido los días, lo que ha hecho y qué le interesa. Te pide consejo para combatir su furia, cómo relajarla aunque sabe que a la mañana siguiente reaparecerá y tendrá que seguir combatiendo con ella.

Trae mensaje de la madre, las recetas, el análisis de sangre. Mide el tiempo de la consulta y dice cuándo le parece bien que debe ser el final de la sesión.

Sonríe en ocasiones, aunque no mucho ni mucho tiempo. Se enfada y suspira, cuando no se siente entendido o cuando siente que alguien lo odia, cuando no quiere estar con él.

Su tía materna ha pasado un cáncer y le preocupa mostrar odio hacia ella (ya que ella lo advierte). Trata de evitar el momento de contacto con ella, pues ella sabe lo que está pensando en cada momento y los insultos que le propina.

Las sesiones transcurren y no recuerdo muchas cosas habladas en citas anteriores. Aun así se disculpa, y transmite la imagen de que se va a seguir esforzando.

El discurso es escaso, y es necesario un esfuerzo para ir creando cosas y que la relación se vaya llenando de cosas nuevas, cosas que compartir en sesiones, algo común que diga "esta relación tiene sentido".

Samuel presenta un discurso lleno de palabras, acelerado, es difícil introducirse en ese discurso lleno de complejos y de rencor y odio hacia la sociedad y los otros.

No tolera confrontaciones, y hay que ser muy cauteloso y medir las palabras, ya que está ahí la sensación de que se puede sentir dañado, incomprendido y abandonar la sesión.

En la sesión tengo que actuar más de freno e introducir elementos de pausa y reflexión que en el caso de Carlos, en cuyo caso hay que introducir elementos nuevos y crear algo de un vacío existente.

Samuel sabe que le pasa algo, nota secuelas y busca causas a todos los niveles que las expliquen (el ingreso, la medicación, la privación de libertad, la actual sociedad). Transmite un temor hacia el mundo, una soledad y a la vez una búsqueda de aislamiento al no ver comprensión

"en un mundo que no está hecho para él".

En una sesión me insinuó que cómo llevaba el libro que escribía sobre él, y vaya que al final no se equivocó.

Hipótesis

Nuestros dos protagonistas verbalizan un vacío, una tristeza, un mundo que no está hecho para ellos.

Ambos se encuentran aislados. Samuel dice que es mejor así, que nada en la sociedad vale la pena y está condenado al aislamiento, al no adaptarse a este mundo. Carlos intenta vencer el aislamiento, "intenta relacionarse más pero le da miedo por si le abandonan". Además, la presencia de la furia en la cabeza le condena a aislarse para centrarse en quitársela.

En ambos existe y adquiere presencia en cada momento que viven el fantasma del abandono. A ambos los abandonaron de pequeños, de una u otra forma. Ambos tuvieron que afrontar a edad temprana una separación de los padres, que hizo mella en ellos, y que dejó a las madres con secuelas, no recuperadas.

Samuel se siente que no encaja, ve a los demás "a lo suyo, ignorantes del mundo en el que viven". Carlos se siente rechazado, odiado por su familia. Ven a sus madres como adolescentes inestables, desprenden un rencor y odio hacia ellas, mientras que los padres en el caso de Samuel tras un abandono le ocasionaron una experiencia terriblemente aprisionadora y en el de Carlos fue un abandono en todas las de la ley y de forma recurrente más tarde. Eso sí, ambos dejan una imagen de mejoría con el reencuentro con el padre, lo odian pero a la vez agradecen de nuevo su presencia, más estable que la madre, que no ha podido darles seguridad y estabilidad para sus desarrollos yoicos.

Como refería Aulagnier, se da el fenómeno de la existencia de una "No historia". Hemos accedido a la historia familiar por parte de la madre, pero más a la historia de ella misma, sin apenas elementos biográficos del hijo. Sabemos ciertos elementos de los hijos, en cuanto a las acciones "Samuel era hiperactivo" "Carlos era muy buena persona", pero apenas nada más, sólo en la relación con ellas "ha sido muy duro encargarme de Carlos" "ya no podía más y lo llevé con su padre".

Existe en ambos un fuerte deseo de muerte. Más bien un deseo de quietud en Carlos, de quitarse la tensión que le ronda continuamente y llegar al estado de relajación. Samuel apuesta por la libertad, pero una libertad bajo paredes en un estado de aislamiento sin nadie alrededor que lo perturbe y lo haga sufrir una vez más.

El fantasma de fusión está presente, la fantasía vacía, con falta de contenido, en forma de "historias llenas de vacío y de furor (la falta sin nombrar, sin comprender)"

No existe un amor ni odio, sino una relación de desinves-

tidura, una relación entre dos robots, tienen que ver con la vivencia de una madre que no ha permitido la fusión, que está robotizado, desprovisto de afectos. El niño no puede fantasear con nada.

El padre no como representante de la ley sino como representante mixto de la pareja, el padre no pudo hacer la función paterna, no ocupa el lugar de esta función, es más un lugar de hermano, un igual.

El delirio aparece porque se desestructura el yo.

4. ALGUNAS CLAVES DEL ABORDAJE

La comprensión psicodinámica es relevante para el tratamiento de la esquizofrenia, independientemente de su etiología⁽¹⁾.

Los síntomas psicóticos tienen significado. Los delirios de grandeza o las alucinaciones siguen inmediatamente a una herida a la autoestima del paciente esquizofrénico mientras que el contenido grandioso del pensamiento o la percepción es el esfuerzo del paciente para contrarrestar la herida narcisista.

La relación humana para estos pacientes está cargada de terror. Preocupaciones acerca de la integridad de los propios límites del yo y el temor de fusión con los otros son un problema continuo que se resuelve con el aislamiento. La relación de tratamiento representa un desafío para que el paciente sea capaz de confiar en que empezar a conectarse con los otros no será catastrófico.

La **transferencia** en estos pacientes es masiva, estos pacientes están por construir, no son una persona completa, se juega de manera diferente a como ocurre en los neuróticos, desapareciendo el “como si” (“soy como si fuera la madre”) hacia un “soy la madre”.

Es preciso realizar una **modificación de la técnica** psicoanalítica para que estos pacientes no se inunden de interpretaciones del otro (lo que han tenido toda su vida, su madre interpretándole constantemente). Son muy sensibles a la intromisión del sentido del otro.

Son preferibles las interpretaciones de tipo afirmativo “*lo que usted siente es... hizo exactamente lo mejor que podía haber hecho*”, caracterizada por cuatro elementos importantes:

- Le da carta de existencia.
- Constituyen un elemento de relación.
- Hay una valoración “eso vale”.
- Valida una experiencia.

El tratamiento ha de ir encaminado a **crear un holding** (Winicott). La culpa de la madre o la ausencia del padre hace que la madre se apropie del hijo (omnipotencia de-

fensiva de la madre).

Es importante que la madre tenga al padre en la cabeza. Para crear metáforas está el padre, hacer que circulen los significantes, esto protege de la psicosis y las eclosiones somáticas.

Como subraya Aulagnier siempre hay que **historizar** al sujeto para ver el yo, explorando sobre todo la relación con los padres. El terapeuta puede invitar a los padres a poner en duda lo hereditario – genético y su papel, e ir construyendo así la historia del paciente.

Tratar de que no se imponga el silencio, que no haya silencios en el tratamiento, que se puedan recuperar los afectos que iban con esas representaciones que se dieron, que no se quedan en un vacío.

Para Winicott es fundamental con estos pacientes la sinceridad, la autenticidad, no mentirles nunca porque son sujetos que funcionan en un falso self siempre y captan lo no auténtico, intuyen si respondes desde un falso self.

Como terapeutas es fundamental creer en el paciente y que él lo tenga claro, tratando de evitar los tratamientos persecutorios (de si ha tomado o no la medicación por ejemplo), que ellos sepan que los crees. Se ha de evitar ser bondadosísimo, se deben reconocer los propios fracasos como terapeuta (lo cual les ayuda a salir de esa dependencia absoluta), sin atrincherarse en el marco o encuadre sino ir donde ellos te llevan.

En los pacientes psicóticos el análisis debe tintarse con las primeras fases del desarrollo emocional dirigido a que se empiece a completar la persona (primitivo desarrollo emocional en el que la madre tiene que sostener al pequeño), se trata de un trabajo hacia lo sostenedor.

Según Aulagnier el terapeuta ha de interesarse por lo que es real, lo que le parece real, los hechos, seleccionar estos datos reales e intentar ir construyendo una hipótesis con la realidad, sin perderse en la locura. Ella cree también en los recuerdos afectivos además de en los hechos y da importancia a los secretos en la familia, que van a aflorar en el delirio. Debe haber un deseo de que el paciente tenga la palabra, que hable de lo que a menudo calla, y que exista confianza.

Cuando aparecen los fragmentos no reprimidos el terapeuta ha de dar un sentido causal, una explicación y así intentar una construcción de todo.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Glen O. Gabbard. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica (3ª Edición). Capítulo 7: Esquizofrenia; pp 185-186. Editorial Médica Panamericana, 2002.
2. Apuntes personales sobre psicoanálisis. Tomados de

la formación básica en psicoanálisis organizada por el Centro Psicoanalítico de Madrid.

3. Bleger, J. El concepto de psicosis. Apa, Tomo XXVIII n°1. Buenos Aires, 1971.
 4. Killingmo, B. Conflict and deficit: Implications for technique. Inter. J. Psycho-Anal, 1989.
 5. Klein, Melanie. Contribuciones al psicoanálisis. Paidós. Buenos Aires, 1964.
 6. Donnet, JL, Green, A. L'Enfant de Ca. Psychanalyse d'un entretien: la psychose blanche. Les Éditions de Minuit, 1973.
 7. Dominguez I. Algunas cuestiones sobre diagnóstico diferencial entre psicosis ordinaria y neurosis. NOD-VS XXII, 2008.
 8. Lacan, Jacques. El seminario III, las psicosis. Paidós. Buenos Aires, 1997.
 9. Lacan, Jacques. "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis". Escritos 2.
 10. Code Díaz, M. Psicoanálisis, medicina y salud mental. Síntesis, 2004.
 11. Kernberg, O. F. Trastornos Graves de Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas. México D.F.: Manual Moderno, 1992.
 12. Hornstein L. Diálogo con Piera Aulagnier. Antroposmo-dermo.com, 2012.
 13. Aulagnier, P. La violencia de la interpretación: del pictograma al enunciado. Amorrortu. Buenos Aires, 2001.
 14. Aulagnier, P. Un intérprete en busca de sentido. Siglo XXI. Méjico, 1994.
 15. Freud, Sigmund. Duelo y Melancolía. Obras completas. XIV. Amorrortu, Buenos Aires, 1979: p 246. ✨
-