



Instituto del Campo Freudiano en **España**
RED de FORMACIÓN CONTINUADA en CLÍNICA PSICOANALÍTICA

Conversación Clínica del ICF

Barcelona, 23 y 24 de febrero de 2008

Precariedad del vínculo social en las psicosis ordinarias

tres preguntas a....

Vicente Palomera	2
Mercedes de Francisco	5
Mónica Marín	9
Gustavo Dessal	12
Josep Sanahuja	16
José Manuel Álvarez	19
Rosa López	25
Fe Lacruz	28
Paloma Larena	30

La conversación con el psicótico

Tres preguntas a Vicente Palomera

1. ¿Cómo entiendes este término de "conversación con el psicótico"? ¿Podrías señalarnos alguna diferencia clínica entre esta "conversación" y un abordaje más tradicional, por así decir, de la psicosis?

El tratamiento de las psicosis supone un modo peculiar de conversación, porque es una conversación sobre lo innombrable del goce. Supone también un trabajo de traducción del goce enigmático que presenta al sujeto como exceso o como falta. En este sentido, el tratamiento de la psicosis es una conversación que le permite al sujeto nombrar aquello que excede a la significación.

Lacan, en su lectura de Schreber, confirma que el tratamiento de la psicosis es un tratamiento de una nominación posible. El sujeto psicótico busca dar con el nombre del goce que sobrepasa el campo de la significación. En la "Cuestión Preliminar", Lacan muestra cómo al final Schreber logra atrapar el goce en las redes de un delirio fantasmático con el que anuda lo imaginario y lo simbólico. Lo que Lacan llama "goce transexual" en Schreber es un goce articulado en la imagen del cuerpo propio y, de otro lado, en lo simbólico, por la convicción de "ser la mujer de Dios". Se trata de una nominación posible, de hacerse un nombre como "la mujer de Dios".

Más adelante, a propósito de Joyce, Lacan ve que es como *sinthome* que Joyce llega a identificarse con su proceso de producción de una lengua nueva, el *Finnegans Wake*.

Hace poco, leímos en el diario *La Vanguardia*, una entrevista a John Forbes Nash, el Nobel de Economía, que inspiró el libro "Una mente prodigiosa". Nash es presentado por el periodista como un Nobel que fue "esquizofrénico". En verdad, Nash fue diagnosticado de diversos modos lo largo de su vida. Fue tratado como "esquizofrénico", luego como "psicosis" en general, más tarde como "bipolar" y finalmente como "border-line". Todo esto en función de los medicamentos, frente a los cuales Nash se mostró siempre escéptico. Hay que decir que fue él mismo quien logró encontrar una salida por medio del llamado "equilibrio Nash". Nos encontramos aquí con alguien que hizo un delirio extraordinario, junto a un trabajo que acabó llevando su nombre: equilibrio Nash, es decir, el mejor equilibrio que pudo encontrar, porque se trata de un equilibrio en una "situación no competitiva". También, podemos deducir de nuestra práctica que todo tratamiento de la psicosis apunta de una forma u otra a la nominación de ese goce enigmático. Por supuesto, hay formas de nominación mucho más modestas que las

mencionadas, menos típicas, como las encontramos en las psicosis ordinarias.

El psicoanálisis aplicado a la psicosis es pues una tarea de traducción constante de lo que le ocurre al sujeto. El analista acompaña al psicótico en esta empresa de traducción, sabiendo que, en ese esfuerzo del delirante hacia una "identidad de goce", esfuerzo por "hacerse un nombre", existe siempre una indeterminación y que, por tanto, siempre es posible encontrar otra manera de decir. En esta conversación, no hay más identificación posible que con el proceso mismo de búsqueda del nombre, nombre que puede amarrarse por un tiempo, más o menos duradero, "en el puerto" de un S1.

2. En el texto de presentación de la Conversación, Mercedes y tú escribís que la orientación clínica apunta a « intentar establecer las condiciones de la conversación con el psicótico, ofreciéndonos para que éste se sirva de nosotros». ¿Podrías decirnos algo más sobre este punto?

¿Cómo establecemos las condiciones de esa conversación? Después de La Convención de Antibes, empezamos a describirla como una "práctica del surcamiento". Recomiendo que se lea la última parte del libro sobre La psicosis ordinaria (ICB-Paidós, Buenos Aires, 2003) en la que se trata de las condiciones de esa conversación. Por ejemplo, tratando de esclarecer esta práctica, Miller señala, primero, que "nos ofrecemos para que el sujeto psicótico se sirva de nosotros", y, segundo, precisa que si bien existe una situación analítica normalizada, muchas veces, "la gente nos utiliza de una manera que no está normalizada, es decir, no prevista por el modo de uso", lo que supone, que tengamos que ocuparnos de la cuestión de saber cómo comprender lo que se nos dice, cómo comprender la lengua del otro, una lengua que está afectada por una significación personal, a niveles muchas veces inimaginables.

Por su parte, Eric Laurent, prosigue diciendo que, "metódicamente tratamos de comprender dónde está esta modificación, a qué nivel se produce; nos las arreglamos con un principio de traducción generalizada en el que surcamos un camino".

¿De dónde sale este término de "surcamienro"? Laurent lo recuerda con el texto de Lacan "Lituraterre": "En el momento en que rehace su teoría, Lacan observa, volando sobre Siberia, el surcamiento. No observa lo arbitrario del signo y del mapa, los códigos, los mensajes. Observa más bien las isobaras, y el surcamiento del significante".

¿Cómo entenderlo en la práctica psicoanalítica? El sujeto psicótico es alguien que muestra que se puede construir una lengua en todos sus componentes atravesada por una significación particular. La "lengua

fundamental" es exactamente una "lengua privada". Frente a los esfuerzos por normalizar las lenguas hay siempre el problema que es saber de lo que se habla. Con la perspectiva de "Lituraterre", tenemos ahora otra perspectiva de las cosas: la idea de surco, de rutinas, de prácticas, ya no es la idea de un hermoso paisaje, con una lengua, sino de surcos. Entonces, el uso que hace el psicótico de nuestra presencia es labrar unos surcos más que otros. "Nosotros -aclara Laurent- tenemos que ayudarlo, con método (...) el método no consiste en partir de lo más secreto, de lo más profundo, sino que procede de un surcamiento operado por la práctica".

3. En esta conversación con el psicótico, conviene que el analista esté advertido para no esperar del sujeto un funcionamiento "normativizado o estándar". Según tu experiencia en la psicosis, ¿qué mejoría le cabe esperar al sujeto psicótico que acude al psicoanálisis, en relación con su vínculo social?

En efecto, el psicótico nos enseña a no esperar un funcionamiento "normativizado", "estandarizado", pero nos enseña también mucho a confiar en que él sabe sin saberlo aún. El analista, como dice Virginio Baio, lo mejor es que sepa no saber y su correlato, con el psicótico, ir siempre un paso más atrás.

El analista también debe saber que, en la mayoría de los casos, no es suficiente con una posición de testigo, posición en la que muchos psicóticos tratan de mantener al analista para protegerse de su deseo. El analista debe esforzarse "por añadidura" para orientar el goce de modo limitativo, contrariando el goce no regularizado, como de modo positivo, sosteniendo algunos ideales del sujeto. Son justamente algunos de estos ideales los que le permiten al sujeto mantenerse en el vínculo social.

Hay diversos modos de amarrar el goce en esos S1 que resultan del desbroce operado en nuestra práctica del surcamiento. ¿Algunos ejemplos? Encontrar un apoyo en un partenaire, o bien, mantener al sujeto en su voluntad de hacerse un nombre, u obtener un efecto de estabilización por medio de un objeto que cumple la función de un "órgano suplementario" y con el que regula la distancia respecto a un Otro invasor, ...

La conversación con el psicótico

Tres preguntas a Mercedes de Francisco

1. El término "psicosis ordinaria" ha hecho fortuna desde que Jacques-Alain Miller lo introdujera entre nosotros en 1998. ¿Cómo te parece que ha incidido en la práctica efectiva de los analistas desde entonces?

Estas psicosis más modestas, compensadas, no desencadenadas, han sido un vehículo privilegiado para abordar el cambio que a nivel de la clínica supone la "última enseñanza" en Jacques Lacan. Tenemos que pasar de una lógica discontinua, -que tenía como correlato un diagnóstico diferencial entre neurosis, perversión y psicosis-, a una lógica marcada por la continuidad y este término (psicosis ordinaria) ha sido la clave para entrar en esta nueva época tanto en la clínica como en la enseñanza. No se trata de distinciones de clases sino de variaciones. Este pasaje no es fácil y conviene, por ello, no retroceder ante nuestras dificultades e incluso reticencias. Para hacer nuestro este cambio y además enseñarlo deberemos enfrentarnos a la oposición que todo cambio supone.

Tendemos a creer que nos hemos sumergido en esta nueva perspectiva cuando hacemos nuestro el término "psicosis ordinaria" y, sin embargo, podemos estar usándolo a la manera en que usábamos el diagnóstico diferencial que, hasta hace bien poco, ha sido nuestra brújula.

La nueva luz de la articulación borromea a partir del Seminario Aún nos hará abordar cuestiones como el desencadenamiento, los trastornos del lenguaje, las conversiones en el cuerpo, la perturbación del lazo social, la transferencia de manera distinta. No se trata de una nueva luz exclusivamente en el campo de la psicosis, se trata de una nueva luz en la clínica.

Este término "psicosis ordinaria" nos sumerge de lleno en la clínica borromea, en la clínica del sinthoma, en esta lógica de la variación y en la equivalencia de los registros Real Simbólico e Imaginario. En esta psicosis discreta se mantiene un anudamiento de los tres registros, pero el cuarto nudo que los anuda no es el Nombre del Padre, no es el Edipo.

Han sido muchos los cambios producidos en la subjetividad derivados del empuje de las neurociencias anudadas al campo de la técnica y al modelo capitalista. Por ello, los sujetos se encuentran cada vez más "desamparados" y "desorientados" frente a la sociedad que se va conformando. Vínculos cada vez menos estables, trabajos cada vez más precarios y degradantes, futuro

cada vez más incierto etc... Las nuevas formas patológicas derivadas de estos cambios, son posibles de abordar por el psicoanálisis gracias a la última enseñanza de Jacques Lacan, cuyo modelo borromeo nos embarca en el mundo de la cuerda flexible, de los cabos, del tejer, del uso, del enganche, del desenganche, del reenganche.

Considero que la incidencia de la Última Enseñanza de J. Lacan ha producido "tal temblor" en lo que venía siendo nuestra clínica y nuestra concepción del sujeto, ahora "ser parlante" (Simbólico e Imaginario, palabra y cuerpo), que hasta en los casos donde el nombre del padre falló de la mejor manera, es decir, que funciona como cuarto nudo o lo que llamamos "clásicamente" neurosis, la experiencia de un análisis supone la invención de un sinthoma que no sea deudor de la herencia recibida y permita un anudamiento nuevo y, por tanto, un uso nuevo de "lalangue y el lazo social".

Terminaré diciendo, para el analista en el lazo social que es la transferencia: "la docilidad", para la interpretación: "el corte".

2. En el texto de presentación de la Conversación, tú y Vicente escribís que "dichas psicosis hacen posible unas formas de la existencia más corrientes y modestas que las psicosis clásicas". ¿Podrías decirnos algo más sobre este punto?

Los fenómenos que afectan al sujeto cuando consideramos que nos encontramos frente a una psicosis ordinaria no son tan nítidos y claros, tan evidentes como cuando estamos ante un paranoico, un esquizofrénico, etc. Ni podemos encontrar el desencadenamiento a la manera clásica, ni los trastornos del lenguaje son evidentes (a la manera del neologismo), ni encontramos un delirio claro, ni el tipo de relación con el cuerpo es nítida.

En estos casos, el sujeto ha encontrado una fórmula para que estén anudados los tres registros RSI. En muchos casos una identificación imaginaria lo sostiene, en otras un vínculo con un partenaire, en otros casos una tarea o labor muy propia es la que les permite sostenerse discretamente en esta vida. Generalmente los sujetos nos llegan cuando este enganche se ha visto cuestionado o se ha tambaleado, una ruptura amorosa, un problema en el trabajo, un problema en el cuerpo, etc.

Hablar para cada uno de nosotros lo podemos considerar en sí mismo un trastorno del lenguaje. Jacques-Alain Miller (1) nos señala que a partir del Seminario XX para Lacan el lenguaje se descompone en dos partes correlativas: lalengua y el lazo social. Nuestra relación a lalangue se pone en

orden cuando es captada en el tejido de un lazo social. Y es por ello que cuando se trata de una psicosis ordinaria la tarea en la transferencia es, aceptando la maestría del psicótico en relación a la lengua, hacer una elaboración de saber que le permita construir un lazo social, estar inmerso en un discurso.

Es importante tener en cuenta que los vínculos que se ofertan en nuestras sociedades son distintos al lazo social que propone el psicoanálisis. Este lazo social al que nosotros hacemos referencia se teje con el material que aporta la particular relación del sujeto a la lengua. Este tejido lo suponemos menos precario pues se sostiene en los significantes propios de su lengua. En general, la precariedad que encontramos en los vínculos de estos sujetos es debido a que se trata de enganches que se sostienen en referencia a un Otro social y a sus significantes que sirven para todos y que le alejan cada vez más de los propios.

3. La nueva práctica que desarrollamos en lugares como los CPCT tiene especial relevancia en el tratamiento de las psicosis ordinarias. ¿Qué enseñanzas te parece que podemos sacar ya de esta experiencia con respecto a la clínica actual? ¿Y qué podemos transmitir al Otro social de estas enseñanzas?

Con respecto a la práctica actual en los CPCT creo que es importante como nos vamos familiarizando con la idea de fabricación, bricolage, uso, en relación a la transferencia y a donde debe apuntar la interpretación. Estos no son términos exclusivos para abordar la psicosis ordinaria, sino que nos sirven para entender la topología borromea que nos lleva a considerar al ser parlante como este anudamiento de los tres registros RSI (Real, Simbólico e Imaginario) y a considerar la clínica aplicada a los problemas que surgen con los "desenganches" en este tipo de anudamiento.

Frente a la psicosis ordinaria nos hemos visto abocados como analistas a tener suma "docilidad" y hacer un esfuerzo en el aprendizaje de la lengua del sujeto; nuestra intervención se realiza desde el lugar del no saber, puesto que la maestría está del lado del sujeto; y hemos hecho, también, un trabajo de sostén para que el sujeto pueda desenvolverse frente a ese Otro social que se le presenta como un Otro gozador. En relación a esta tarea de sostén conviene tener presente que estar "socializado" y llevar "una vida social" no quiere decir entrar o construir un lazo social. Mantener clara esta diferencia y trabajar desde ella, nos permite alejarnos de una deriva "socializante" que nos aleje del discurso analítico.

Ahora, el analista es el que "sabe hacer ahí" con el saber que el sujeto nos presentifica, con esos significantes tan intransferibles y esa lengua especial. Como decía en la primera respuesta es evidente que la relación con la lengua no es patrimonio de lo que podemos considerar psicosis, sino que nos hace iguales entre sí a todos los seres hablantes, por ello creo que la incidencia en la clínica será fundamental también en las neurosis e inevitablemente en el psicoanálisis que tenga como producto final un analista. Somos iguales y se trata de variaciones en la respuesta que todo sujeto da al goce y a la muerte.

El lenguaje es el intento de normalizar la lengua anudándola al lazo social. En el libro de psicosis ordinarias puede leer una referencia a la escritora Colette que es un ejemplo magnífico de esto que decimos, nos relata el uso que para ella tuvo el significante *presbytère* (la lengua) antes de que tuviera que aceptar su uso enmarcado en un lazo social, un uso compartido con los otros. Creo que lo que podemos enseñar al Otro social es que para que estos sujetos puedan orientarse en la elección y en el uso de lo que la sociedad les oferta, necesitan organizar un lazo social sustentado en lo más propio.

(1) Jacques-Alain Miller y otros. Las psicosis ordinarias. Editorial Paidós. Buenos Aires 2003.

Continuidad y discontinuidad en las psicosis ordinarias

Tres preguntas a Mónica Marín

1. Las "psicosis clásicas" suelen definirse por un momento de desencadenamiento que marca una clara discontinuidad en la vida del sujeto. Sin embargo, no siempre podemos situar este momento de una manera clara y precisa. ¿Deberíamos hacer equivaler la falta de este momento de desencadenamiento a lo que hoy llamamos "psicosis ordinarias"? ¿Hay otros elementos clínicos que te parezcan también importantes para definirlos?

La clínica de la psicosis ordinaria nos plantea la problemática de la continuidad y discontinuidad en la psicosis : casos sin desencadenamiento al modo "clásico", en los que los efectos de la forclusión, delirios y alucinaciones, se traducen por signos más discretos, fenómenos elementales a veces ínfimos, desconexiones sucesivas con la familia y el entorno, con las relaciones sociales, con el mundo, sujetos relacionados con un cuerpo que no está armado por un síntoma.

A partir de los desarrollos de Arcachon y Antibes, se articula una clínica fundada sobre la falta y la ausencia - una clínica de la sustitución - con una clínica de la conexión, o del nudo, en la que tenemos modos de desencadenamiento distintos de los clásicos, sin discontinuidad ni fractura. Son entradas en la psicosis por variaciones de intensidad en la relación del sujeto a su goce, sin discontinuidad significativa y sin que encontremos claros trastornos del lenguaje.

En la conversación de Arcachon, JAM nos dice que el punto interesante sobre la continuidad-discontinuidad es práctico: ¿Cómo hacer para que la evolución de un sujeto sea mas continua que discontinua, es decir, cómo evitarle las crisis, los desencadenamientos, las escansiones?. En el nivel teórico Miller da una solución leibniziana para articular conceptualmente lo continuo y lo discontinuo, posibilitando , así, dar cuenta de fenómenos de gradación. Y propone dos formalizaciones (no clasificaciones) sin considerar que la segunda desmienta a la primera : 1) formalización discontinuista, estructuralista y 2) formalización continuista, borromeana, planteando que entre una y otra hay más una gradación que una oposición tajante, siendo el rasgo diferencial el que haya punto de basta o no lo haya. El punto de basta es menos un elemento que un sistema, un aparato S

Cuando falta el punto de basta lo que aparece es la nebulosa, y entre uno y otro, hay una gradación en la que situar las desconexiones o los desenganches.

Es pues una clínica del síntoma y no de los síntomas, para la que Miller nos dice que más que de un concepto, se trata de hallar una expresión bien formulada.

1. discontinuista / estructuralista / si o no NP/ desencadenamiento

2. continuista / borromeana / amotníS = NP / desenganche

2. La profusión actual de diagnósticos que siguen el DSM hace cada vez más difícil distinguir entidades clínicas precisas. ¿Hasta qué punto te parece que algunas de las discapacidades o trastornos descritos como deficitarios esconden hoy, en su aparente continuidad con estas descripciones, casos de psicosis ordinarias? ¿Podrías hablarnos de algún caso?

Hace ya tiempo que estamos confrontados a una clínica de deconstrucción de las categorías clásicas, bien porque se trate de una clínica border-line dominada por el concepto de personalidad y de estado límite, bien porque se trate de una psiquiatría biologicista y cuantitativa.

Tenemos que responder al desafío que representa el DSM con nuestra investigación sobre las psicosis ordinarias, en contra de la idea de un continuum clínico que prevalece en otros sectores del psicoanálisis y de la psiquiatría biológica y cuantitativa, con su concepción organicista o deficitaria de la psicosis. Orientaciones, estas, que tanto en sus clasificaciones como en la descripción de los síntomas, favorecen los tipos mixtos o los estados transitorios y producen un clínica regida por cierto continuum caracterizado por déficits más o menos grandes.

La categoría –sintomática, como dice Eric Laurent - de las psicosis ordinarias nos permite pensar los efectos clínicos de la inconsistencia del Otro, en una época en la que no es el Ideal el que colectiviza. Estamos en la época en la que el Otro ya no existe, y en el “cenit social” está el objeto a, que lo ha reemplazado. Por otro lado, más que fenómenos de déficit, lo que hay es una disociación del significante y del significado.

Podríamos decir, al Otro que no existe - Otro precario -, corresponde la precariedad del Ideal, que no colectiviza, y consecuentemente, hay, por lo tanto, “síntomas precarios “. Y un DSM precario también, solidario con el momento de la civilización, que al carecer de un S1 para leer la época, se desliza metonímicamente en la descripción de estados deficitarios,

discapacidades que en su aparente continuidad lo que hacen es dar cuenta de lo poco que hace lazo el síntoma de la gente.

Tenemos , así, todos los casos contemporáneos de los personajes de Salsa Rosa, Gran Hermano, Operación Triunfo y un largo etcétera.

3. La nueva práctica que desarrollamos en lugares como los CPCT tiene especial relevancia en el tratamiento de las psicosis ordinarias. Desde tu función de directora del CPCT-Bilbao ¿Qué podrías decirnos sobre la incidencia y el tratamiento de las psicosis ordinarias en este marco? ¿Cómo situar allí la discontinuidad que supone el pedido de tratamiento en estos casos?

Efectivamente, dadas las características del dispositivo CPCT, son mayoría los casos de psicosis ordinarias. Es el pedido de tratamiento lo que permite suponer que se produjo una discontinuidad en la vida misma del sujeto, por ejemplo, en los lazos en los que se sostenía. Muchas veces, el tratamiento consiste en restaurar esos pequeños lazos, en otros el ideal modesto en el cual otro sujeto se sostenía. Dicho de otro modo, reinstaurar algo en donde apareció la discontinuidad, tanto en la dimensión simbólica como en la imaginaria, con los efectos de lazo que esto produce.

Como dice JAM, es una pragmática, porque ahí estamos en el orden del saber-hacer-con, del "arreglárselas con". Una pragmática de cómo en un caso abrochar las consistencias de lo real, simbólico e imaginario, cómo colaborar con otro en la interpretación que pueda hacer de los acontecimientos del cuerpo que le llegan , cómo hacer para que otro pueda situar la fuga del sentido, cómo hacer con la dispersión de lo imaginario en otro...

Privilegiando, en todos los casos, el capitón, un pequeña nominación, la escansión, la puntuación sobre esos momentos de surgimiento errático de lo real y favorecer un abrochamiento.

Continuidad y discontinuidad en las psicosis ordinarias

Tres preguntas a Gustavo Dessal

1. Las "psicosis clásicas" suelen definirse por un momento de desencadenamiento que marca una clara discontinuidad en la vida del sujeto. Sin embargo, no siempre podemos situar este momento de una manera clara y precisa. ¿Deberíamos hacer equivaler la falta de este momento de desencadenamiento a lo que hoy llamamos "psicosis ordinarias"? ¿Hay otros elementos clínicos que te parezcan también importantes para definirlos?

Sin duda, la falta de unos límites precisos para establecer esa ruptura que denominamos desencadenamiento de una psicosis es un elemento importante para un diagnóstico de psicosis "ordinaria", pero desde luego no es el único. Toda una serie de fenómenos clínicos deben ser tomados en cuenta, y cabe señalar tan sólo algunos, puesto que en este contexto no puedo sino resumir un tema que posee una riqueza apasionante. En primer lugar (el orden de mi enumeración es indiferente), se trata de sujetos que suelen carecer de discurso en lo que se refiere a su historia. Se apoyan en un limitado ramillete de frases más o menos coaguladas en su significación para referirse a su pasado y a las circunstancias relevantes, pero en las que se destaca muchas veces con gran nitidez la ausencia de implicación subjetiva. En segundo lugar, es frecuente que se trate de personas cuya vida sexual es o bien inexistente, o que muestran signos a veces sutiles y otras más marcados de una relación lábil con la identidad sexual. Las dificultades en el lazo social suelen ser también manifiestas, aunque también nos encontramos con muchas excepciones en este plano, especialmente en aquellos sujetos que son exitosos en alguna actividad profesional, artística o comercial. Pero incluso en estos casos percibimos que con frecuencia el vínculo social está atravesado en distintos grados por signos de agresividad, desconfianza paranoide, o pasajes al acto generalmente discretos, pero que muestran puntos de forclusión inequívocos.

Otro aspecto interesante, es el hecho de que muchos sujetos a los que consideramos psicóticos ordinarios suelen manifestar de forma espontánea una extraordinaria tendencia a recrear en su discurso una novela "edípica" poco filtrada por la censura. La temática del incesto, como fantasma consciente que no despierta división ni angustia, es un tema recurrente. Resulta interesante el hecho de que un "Edipo" en apariencia florido y consistente pueda cumplir una función de suplencia del Nombre del Padre, en el sentido más elemental de servir al abrochamiento de la significación. Claro está que el Edipo es siempre en definitiva eso, un dispositivo destinado

a estabilizar el goce y la significación mediante el recurso al falo, pero me refiero en estos otros casos a una construcción de artificio, diría casi una suerte de metáfora delirante. Me viene a la memoria el ejemplo de un paciente para el cual el recuerdo de haber visto los genitales de su abuela se convirtió en una especie de fórmula con la que significar sus dificultades con el goce desamarrado en su vida adulta.

Las psicosis ordinarias, como cualquier otra entidad clínica, presentan muy distintas fenomenologías. Desde el exceso de normalidad, hasta la aparición de una neurosis caracteropática grave. En cualquier caso, nunca falta el núcleo delirante, evidentemente encapsulado, apenas un atisbo de ideación que el paciente confiesa de forma subrepticia, o que mantiene a resguardo mediante circunloquios o elipsis del discurso. También podemos añadir que en ocasiones se aprecia una fijeza muy particular en la significación, son aquellos casos en los que el paciente es capaz de mantener un discurso fabricado a partir de sintagmas que ha ido seleccionando aquí y allá, que suplen su imposibilidad de metaforizar lo real, pero que le sirven como una forma de nominación. Lo advertimos en el uso constante de tópicos, refranes, frases hechas, giros retóricos, citas, incluso chistes, que conforman una suerte de "ideología" verbal que el paciente repite para encuadrar el vacío de la enunciación.

También es importante tener en cuenta que en esta clase de pacientes podemos encontrar fenómenos elementales que bien pueden confundirse son síntomas neuróticos, por no presentarse bajo la forma en que solemos reconocerlos en las psicosis clásicas. Un ejemplo es el de un paciente que experimentaba una especie de "ataque de rubor" en ciertas circunstancias sociales. Toda una serie de particularidades referidas a este síntoma me permitieron situarlo en la categoría de fenómeno elemental.

2. La profusión actual de diagnósticos que siguen el DSM hace cada vez más difícil distinguir entidades clínicas precisas. ¿Hasta qué punto te parece que algunas de las discapacidades o trastornos descritos como deficitarios esconden hoy, en su aparente continuidad con estas descripciones, casos de psicosis ordinarias? ¿Podrías hablarnos de algún caso?

A partir de la Conversación de Arcachon, los psicoanalistas descubrimos que somos portadores de un secreto que no podemos revelar sino a medias, como conviene a la verdad: la psicosis es una estructura mucho más extendida de lo que jamás pudimos imaginar. Creo que algunos psiquiatras clásicos ya habían vislumbrado eso, pero me parece que nadie hasta Lacan supo extraer todas sus consecuencias, es decir, nadie se atrevió a dar el paso de hacer de la psicosis el paradigma de la estructura.

Sin embargo, y antes de responder directamente a la pregunta, me parece importante una advertencia: el riesgo de convertir la psicosis ordinaria en el diagnóstico por excelencia, algo así como: " por definición, todo sujeto es un psicótico ordinario hasta tanto se demuestre lo contrario". No creo exagerar si afirmo que he observado en muchos colegas una creciente tendencia a ver psicosis ordinarias por todas partes. Tratar a un psicótico como si fuese un neurótico es un error que puede tener consecuencias serias en la cura y en la vida del paciente, pero la inversa también es cierta.

Entrando entonces en la pregunta, no es difícil comprender por qué los redactores del DSM han atomizado la psicosis ordinaria en una multiplicidad de síndromes y trastornos de la personalidad. Sin duda, no les falta la experiencia, en el sentido de la observación de un sinnúmero de fenómenos clínicos. El problema es cómo leerlos, cómo descifrarlos, cuál es el paradigma teórico a partir del cual se ordenan. Es lógico que si se tiene una concepción puramente fenoménica de la psicosis, se reserve esta categoría para los grandes cuadros, que no obstante como sabemos son reformulados en función de las moléculas psicotrópicas que la industria farmacéutica pone en el mercado. Si el concepto de psicosis se basa en la idea de una discordancia respecto de la realidad, o en la producción de sentidos discordantes con el discurso corriente, entonces debemos adoptar el criterio de los "trastornos de la personalidad" para todos aquellos casos que reúnen dos características sobresalientes: no se comportan como neuróticos vulgares, pero tampoco tienen delirios ni alucinaciones. Lo divertido es que, por supuesto, al hablar de "trastornos de la personalidad" no tienen la menos idea de lo que Lacan decía sobre la personalidad...

3. La nueva práctica que desarrollamos en lugares como los CPCT tiene especial relevancia en el tratamiento de las psicosis ordinarias. ¿Qué podrías decirnos sobre la incidencia y el tratamiento de las psicosis ordinarias en este marco? ¿Cómo situar allí la discontinuidad que supone el pedido de tratamiento en estos casos?

No tengo experiencia personal en el tratamiento de estos sujetos en el marco del CPCT. Es evidente que en un dispositivo de terapia breve la necesidad de afinar el diagnóstico es crucial. Esto no es sencillo, en la medida en que todo clínico honesto sabe muy bien que con mucha frecuencia el diagnóstico de psicosis ordinaria se mantiene en la indecisión durante mucho tiempo, a veces a lo largo de años. Supongo que en el caso del marco del CPCT se requiere una apuesta. Por otra parte, los casos de psicosis ordinaria, incluso aquellos en los que el transcurso de la cura nos muestra que el riesgo de un desencadenamiento es prácticamente nulo, son casos difíciles y que requieren muchos años de trabajo y de elaboración. Puedo añadir un

elemento más a la lista de la primera pregunta: la dificultad, la resistencia, los escollos a la elaboración en la cura. Eso no significa que no podamos obtener, con tiempo, extraordinarios resultados con estos sujetos. Es más, diría incluso que son pacientes que acaban obteniendo logros terapéuticos mucho más espectaculares que muchos neuróticos. Pienso que el CPCT es una función-puente excelente para permitir que en una segunda etapa estos casos continúen un tratamiento prolongado, si consienten a ello.

"Lalengua" y el vínculo social

Tres preguntas a Josep Sanahuja

1. El vínculo social está fundado en el lenguaje. Sin embargo, hay una parte de goce que quedaría fuera de él y que "lalengua" hace presente. ¿Cómo se las arregla el sujeto psicótico con ese goce en su uso particular de la lengua? (Si encuentras una viñeta clínica será bienvenida)

La pregunta me remite a articular la relación entre lenguaje y lalengua y su articulación con la psicosis. Como Miller propone en *La psicosis ordinaria*, a partir del Seminario 20 Lacan descompone el lenguaje en dos partes correlativas: lalengua y el lazo social. Por un lado lalengua comprende los efectos de goce, los malentendidos infantiles, las homofonías, las significaciones investidas, y correlativamente el lazo social comprende las leyes que normalizan lalengua, como la gramática, el significante amo. Esta perspectiva permite situar las dificultades del psicótico para hacer lazo social, en la medida que no logra inscribir un significante amo que normalice la lalengua, al mismo tiempo que trae a primer plano su relación a lalengua, a la que está más conectado.

Es lo que ocurre en el caso de una paciente que considera que está rebotada con todo el mundo y le hace falta socializarse; al mismo tiempo que dice tener envidia de la gente que tiene vida propia ella no tiene amigos y se considera asilvestrada. Desde el primer momento llama la atención la incontinencia verbal y la rabia que se precipitan en su decir, entre insultos y desconsideraciones que dirige hacia ella misma y el Otro. En relación al padre están las promesas incumplidas, en relación a la madre su abandono, y ella misma no se encuentra capaz de hacer nada por lo perfeccionista que es. Después de un tiempo, en el que por mi parte sólo apunto alguna cosa y aceptando sus respuestas sin cuestionarlas, en su relato aparecerá un recuerdo de una vivencia enigmática que me confiesa al pasar: a los 15 años, estando en el sofá de su casa tiene la experiencia de irse de sí misma y que todo se vuelve nítido; desde entonces ha comparado este episodio con varias cosas sin que ninguna de ellas agote su significación, aunque este trabajo ha permitido producir algunos efectos de nominación. Entiendo que lo que se presentaba al comienzo en la vertiente de la rabia y el insulto es la expresión de la lalengua, que no logra normativizar su relación al Otro, y que por otra parte, recuerda el lugar fundamental que Miller da al insulto en su *Clínica irónica*. Luego, en la medida que el sujeto pudo depositar algo se ve como la lengua misma está afectada por una significación enigmática que lleva al trabajo de nombrar el goce que sobrepasa a la significación.

En la clínica debemos orientarnos por la invención del sujeto en el trabajo sobre la lengua, en su capacidad para encontrar una solución singular que concilie lo vivo con el lazo social. El efecto de la práctica misma de la lengua es lo que a mi entender Eric Laurent menciona como una práctica del surcamiento, planteando como se regula eso que es la lengua fundamental o privada del psicótico para hacer posible el lazo social.

2. Generalmente, entendemos el goce de "la lengua" fuera del vínculo social ¿Pero de qué manera la precariedad del vínculo social en la psicosis puede enseñar algo nuevo sobre la "lengua"?

La precariedad del vínculo social es algo a lo que la época actual nos confronta en la clínica y fuera de ella. En la clínica hoy, se observan modalidades de demandas en las que se evidencia la dificultad de localizar al Otro, lo que nos conduce a enfrentar otra lógica más continuista que la que planteaba la perspectiva estructural de neurosis-psicosis. En este sentido, La psicosis ordinaria es un magnífico ejemplo para pensar las similitudes que nos plantea esta práctica con el abordaje de las subjetividades de la época.

Si partimos del goce, del Otro que no existe, de lo clínicamente manifiesto y no del Otro previo o de la estructura previa, el tratamiento del goce implica destacar el estatuto del significante solo, el síntoma como modo de tratamiento de lo real por lo simbólico, tanto en la neurosis como en la psicosis, destacando la vertiente de invención del síntoma.

En la psicosis ordinaria nos encontramos con casos en donde la hipótesis de un desencadenamiento precoz es casi inverificable y, faltando el punto de basta tenemos sujetos para quienes el contacto con la lengua está, de entrada, "...desenganchado de la ilusión del funcionamiento normalizado del lenguaje"; quedan más o menos desenganchados del Otro y siguen más conectados con su lengua, no se normativizan en el uso del lenguaje, sino que se advierte una dimensión de "lengua privada".

La lengua está hecha de equívocos: lo oído, los malentendidos infantiles, las homofonías, los sentidos gozados, son los que invisten la lengua. Las psicosis revelan una relación particular con la lengua. Y la época nos revela así mismo manifestaciones del mismo modo, que involucran el lenguaje, el lazo, la percepción, el cuerpo. Los excesos en los pasajes al acto y los acting dan cuenta de modos de salidas sin el Otro, o de un impasse en este registro.

El punto más delicado y primordial es lograr situar la lengua de la transferencia en cada caso, eso que hace signo sin el sentido, de manera de que, a partir de allí, se pueda ordenar algo de ese goce irruptivo, descarriado. Léase, sobre este punto, la contribución de la Sección Clínica de Angers y su discusión posterior.

3. ¿Crees que el efecto, y el uso, de "lalengua" en el sujeto psicótico puede velar en algún caso la precariedad del vínculo social? (De nuevo, si encuentras una viñeta clínica será bienvenida)

Sin duda la lengua no es incompatible con el uso de los significantes del Otro social, no tiene por qué evidenciar una desorganización de la gramática o de los componentes fonemáticos del lenguaje. Aún cuando, en su origen, la lengua procede de la lalación, el laleo, esto no significa un lenguaje precario. Como aclara Miller, la lengua, en tanto concepto, capta el fenómeno lingüístico a nivel donde nadie se entiende con nadie, puesto que la investidura libidinal de la lengua es propia para cada cual, al mismo tiempo que es a partir del lenguaje que cada uno hace su lengua. De este modo, es por el uso que distinguimos el estado de funcionamiento de la lengua.

A veces, aún estando el sujeto fuera del vínculo social puede al mismo tiempo transitar su vida cotidiana sin el sostén de un discurso establecido. A menudo el sujeto hace esfuerzos por ajustarse a los usos comunes, estándares, anudándose al significante amo que lo introduce en el código del Otro, para dar lugar al uso de una "lengua pública".

A través del trabajo de la lengua, la conversación con el analista puede ayudar en su esfuerzo para mantener su vínculo social.

La transferencia en las psicosis ordinarias

Tres preguntas a José Manuel Alvarez

1. Desde Freud, el concepto de transferencia funciona parejo, en la estructura neurótica, al Sujeto supuesto saber. En las psicosis, sin embargo, esta pareja deja de tener para Lacan una relación de implicación porque el saber está del lado del psicótico. ¿Cuál es la modulación que se produce de este par en las psicosis ordinarias?

En efecto, el Sujeto-Supuesto-Saber es una elaboración de Lacan de la teoría freudiana de la transferencia, y como tal es su pivote central. El pesimismo freudiano entorno al tratamiento de la psicosis se fundamenta -y con razón-, en una concepción eminentemente narcisista de las mismas -normalmente refractaria a la falta en juego en la dinámica de la transferencia-. El ejemplo más claro son los abordajes generalmente imposibles en el momento del desencadenamiento: el desgarramiento de la cadena significativa y el quantum de excitación alteran tan profundamente la relación con el Otro, que frecuentemente la intervención por medio de la palabra se muestra inútil, cuando no claramente generadora de fenómenos persecutorios, erotomaníacos..., etc. Durante un tiempo, el goce desencadenado daña el conector que posibilita la transferencia analítica (repliegue libidinal). Sin embargo, quizás sea muy apresurado deducir que dicho conector -el sujeto supuesto saber-, queda definitivamente dañado y en exclusiva “del lado del psicótico”, a pesar de que nos topemos en primera instancia -y a veces no tan en primera instancia sino después de un largo diálogo con el paciente-, con una certeza conclusiva. Ahora bien, una certeza ¿es sólo un saber?, ¿qué estatuto darle entonces a las preguntas, por cierto, muchas veces cuantiosas, que nos dirige el sujeto urgido como está en comprender, o dar sentido, al cortejo de fenómenos llamados comúnmente “xenopáticos” -a falta de una concepción topológica del espacio psíquico-, por los que se siente íntimamente preocupado? Valga un ejemplo de la semana pasada: una llamada de un paciente -antes de venir por primera vez sufrió tres brotes que requirieron hospitalización de urgencia-, para preguntar: Anoche tuve una pesadilla y quería saber si usted me puede decir qué puede significar; o si me puede recomendar algún libro donde pueda leer cómo interpretarla.... Ante una demanda así, o uno se queda pasmado y a continuación se replantea todo el diagnóstico, lo que no es en absoluto el caso, o más bien lo toma como un índice de que la función analítica está ahí bajo la modalidad de impulsar y dirigir, a partir de una certeza en juego, una elaboración de saber, -en este caso ser un objeto de devoración; o siguiendo la orientación señalada por Vicente Palomera, colaborar en extraer los

nombres de su goce éxtimo, nocivo e inefable. Y para eso, el sujeto sumido en la psicosis frecuentemente espera del analista que sepa como mínimo, y probablemente como máximo, acompañarlo en esa elaboración.

2. En la Conversación de Antibes, se habló de la lalengua como aquello que motiva una nueva transferencia en las psicosis no desencadenadas. ¿Cómo podemos servirnos de esta "lalengua" a la hora de entender esta neotransferencia?

A mi modo de ver, el diagnóstico de "psicosis ordinaria" se quiere contraponer a las producciones "sintomáticas" y a las elaboraciones extraordinarias de las psicosis desencadenadas en comparación con la aparente sencillez de las psicosis llamadas "ordinarias". Pero a la hora de la verdad, resulta que muchas veces nos encontramos con fenómenos y producciones bien extraordinarios en las así llamadas psicosis ordinarias. Démonos una vuelta por la psicopatología de la adicción -poblada de psicosis no desencadenadas-, y asistiremos asombrados a prodigios sin igual en lo que hace a las relaciones del sujeto con lo real del cuerpo, con el pasaje al acto, con formaciones inéditas de goce y un muy largo etc., de fenómenos patológicos, construcciones sutilmente delirantes junto con soluciones terapéuticas aportadas por el propio enfermo, que nada tienen que envidiar de extraordinario a los efectos del desencadenamiento y al trabajo de reconstrucción claramente delirante de las psicosis llamadas extraordinarias que, por cierto, contienen también gran cantidad de elementos insensatos, ridículos y pueriles..., es decir, bastantes ordinarios...

Además, hemos de pensar entonces qué lugar darle a las psicosis que tuvieron un franco desencadenamiento -que según esta nueva nominación fueron en su día extraordinarias-, y que tiempo después se han "estabilizado" en una configuración subjetiva que parece más inmune al desencadenamiento, pero que no evita síntomas que perturban de manera importante la vida del sujeto y por los cuales consulta para buscarles una solución... O aquellos otros que hacen de su realidad cotidiana una serie de acontecimientos tan increíbles como extraordinarios, que hasta incluso el acontecimiento más azaroso está ahí formando parte de una realidad psíquica que siendo incluso verificable por cualquier observador exterior, no es menos delirante para el sujeto de la cual forma parte y a causa de la cual también sufre...

Llegados a este punto, se podría decir que después de criticarlos con esa mordaz alegría que nos caracteriza, la IPA y el conjunto de la psiquiatría nos lleva casi 70 años de ventaja en la producción de diagnósticos que, por muy

desviados que nos parezcan, tratan también de capturar y ayudarles a pensar una clínica que ya se mostraba poliédrica ¡desde los años 40 del siglo pasado!, tan poliédrica como lo es la actual... Muestra de ello es que bajo el significante “psicosis ordinaria” podemos encontrar un enorme conjunto heteróclito de toda una psicopatología que ya infectaba los libros de psiquiatría desde el siglo XVIII. Y ya puestos, ¿para cuándo otro nuevo diagnóstico que divida en dos a las neurosis en ordinarias y extraordinarias, y luego a las perversiones, etc.?...

Entiendo la lengua, como el núcleo donde se revela la extrema comunidad entre significante y goce. Y, desde este punto de vista, pasa con ella como con el deseo, que está articulado en la cadena significante pero no es articulable en cuanto tal, y por lo mismo siempre se pone en juego, tanto en la articulación de la palabra, de la escritura, así como del silencio, por cuanto resuena en nuestra “membrana” corporal. La neolengua en las psicosis no es sino el marcador-lengua que indica el trabajo de una operación muy singular y que no es otra que la de producir -vía creacionista, o mejor sublimatoria-, un vaciado o un enmarcado del goce nocivo, invasor y no localizado.

El problema es que, bajo mi punto de vista y el de mi práctica clínica, la mayoría de las veces ese tipo de marcadores no existe en absoluto, y entonces la dirección de la cura ha de tomar otros elementos a partir de los cuales orientarse.

3. ¿Qué implicaciones crees que tiene todo ello en la clínica en lo que respecta concretamente a la posición del analista y a la dirección de la cura de un sujeto psicótico?

Antes de nada debemos asegurarnos que tenemos reservado otro sitio distinto al que se nos ofrecerá la mayoría de las veces y que no es otro que el del siempre seductor superyó; desde el cual se vocifera benévola y democráticamente* un saber de sentido explicativo, una moral de renuncia, un deber hacer, etc., o un silencio sepulcral cómplice del goce oscuro. La clínica actual, quizás más que la de antaño, sigue siendo pasto de nuestro querido “saboteador interior”.

Así por ejemplo, la abstención de intervenir en un caso se dedujo de la demanda, contra viento y marea, imperante y fija, de proporcionarle un método para conseguir una pareja con la cual desarrollar un amor loco, no sin antes remarcarle, a partir de sus dichos, una serie de puntos que quizás

en un futuro pudiera hacerle replantearse el método buscado para resolver sus dificultades con el monstruo del amor.

En otro, se está ayudando al sujeto -en un doble movimiento- a, por un lado, construir una distancia con el demonio de su hija todavía más enferma que la paciente, mediante el recurso a los Servicios Sociales, la policía y en última instancia probablemente al juez; y por otro, el apoyo a una extraordinaria creación artística mediante la cual transforma, -aunque parcialmente- un desgarró interior que supura una angustia que cotidianamente la aplasta y la deja sin fuerzas.

En otro, la elaboración de los motivos y el mantenimiento asintótico de la resolución de su síntoma fundamental, -tener fuertes discusiones con su mujer-, lo rescata de los barrancos por los que caía borracho como una cuba.

Un poco más allá y nos vimos -cosa en principio nada recomendable clínicamente- replanteándole a una paciente el autodiagnóstico que ella misma se había realizado, y al cual se había identificado de tal forma que se obligaba -de manera completamente insensata- a satisfacer con una sintomatología que la arrasaba.

En este otro caso, la introducción por nuestra parte del significante otras posibilidades con la intención de producir una reducción de las exigencias superyóicas, ante la imposibilidad de ser una mujer con pareja e hijos o quedarse para siempre soltera -arruinando así un ideal familiar que tenía un reverso extremadamente oscuro-, produjo en la sujeto una suerte de paz interior mediante la cual mantiene a mínimo una angustia que, por fortuna no se cura: Tengo 40 años, y espero que algún día me cure usted de esto, si no, cuando me jubile cortamos..., me suelta no sin humor...

En este niño de unos 7 años, -ayudado también por una serie de dispositivos escolares, extraescolares y medicación antipsicótica-, el uso del no, la contención en un par de ocasiones mediante el contacto cuerpo a cuerpo, recogerlo casi amorosamente en brazos del suelo por el que siempre acababa tirado, diciéndole que ese no era su sitio; el aceptar anteriormente sus injurias e improperios al inicio de las sesiones, etc., posibilita muy poco a poco, paso a paso, una organización y una calma que va conquistando el caos hiperactivo, en otra hora imposible de tratar familiar y escolarmente...

Por fin, en este otro, una reconstrucción elemento a elemento, escena a escena, de los motivos y las circunstancias que produjeron su baja laboral, -

contemporáneo a una incontinencia sexual a partir de una operación de fimosis que había estado postergando toda su vida y mediante la cual se había organizado y defendido de las relaciones amorosas y sexuales con las mujeres-, lo restaura en pocos meses en su lugar de trabajo sin mayores dificultades por ahora.

Sin embargo, en aquel otro, una oposición quizás no demasiado firme por mi parte a una solución por medio de una operación de reducción de estómago a una obesidad aparentemente intratable por otros medios, no evitó, tal y como nos temíamos, un incremento de la “ansiedad” junto con un recrudecimiento de un más que sutil y silencioso, -muy silencioso-, cortejo de fenómenos interpretativos de perjuicio en el lugar de trabajo, que le hacen tomarse una baja en la que también incluye al tratamiento, al cual -dice- no acudirá hasta que le den el alta... (sic).

En todas y cada una de estas intervenciones hay siempre un cálculo -más o menos afortunado-, a partir del lugar del Otro del cual el sujeto -desencadenado o no-, se hecho partenaire y que no se obtiene sino de la historia normalmente familiar de cada uno de los sujetos con los que establecemos el diálogo analítico. Es a partir de estos elementos de estructura deducidos de una historia particular y teniendo en cuenta la posición que el propio sujeto mantiene con el goce, que el analista orienta y modula la dirección de la cura.

Hay seguramente otras alternativas, cada una de ellas singulares y particulares: es aquí donde el analista presta máxima atención, apoyando -o limitando-, las soluciones aportadas por el propio sujeto, a la par que mantiene abierto el agujero del saber: es decir, hacer signo de que eso que el sujeto presenta, sólo lo sabe hacer él y nadie más que él, y sobre todo que nadie más lo puede hacer por él, y que el analista está ahí para que su producción pueda ser depositada, reconocida y entendida -evocando aquí ese trabajo de traducción constante del goce que señala V. Palomera-. En este punto inédito, la supuesta especialidad, el saber previo, los protocolos, los métodos psico-científicos, etc., se pulverizan en beneficio de las soluciones artesanales, como tanto le gustaba decir a Lacan.

En definitiva, y en mi modesta opinión, lo vivo y eficaz de la clínica psicoanalítica es abordar cada caso mediante la pregunta Bugs Bunny, -nótese las resonancias del significante bugs-. Pues aunque no sea necesario que el analista sea tan guapo, ni tan elegante, ni tan inteligente, ni siquiera tan delgadito, ni si me apuran, se presente con una hermosa zanahoria en la mano..., sí que me parece necesario que lo haga con la pregunta que

convirtió al simpático conejito en alguien absolutamente inolvidable: ¿Qué hay de nuevo, viejo?

* Benévola y democráticamente: Así es como se presentan, con cara de niño bueno y ojos sanguinolentos, las Terapias Cognitivo-Conductuales.

La transferencia en las psicosis ordinarias

Tres preguntas a Rosa López

1. Desde Freud el concepto de transferencia funciona parejo, en la estructura neurótica al SSS. En la psicosis, sin embargo, esta pareja deja de tener para Lacan una relación de implicación porque el saber está del lado del psicótico. ¿Cuál es la modulación que se produce de este par en las psicosis ordinarias?

Freud nos dejó como herencia la idea de que el psicoanálisis no es un tratamiento adecuado para la psicosis en la medida en que no es posible establecer una relación de transferencia. Esta directriz no impidió a los postfreudianos dedicarse intensamente a la clínica de la psicosis, desde Melanie Klein, pasando por Winnicott y tantos otros. Si el Lacan de 1958 termina “La cuestión preliminar” con esa frase lapidaria en la que afirma que utilizar la técnica que Freud instituyó, fuera de la experiencia a la que se aplica, es tan estúpido como echar los bofes en el remo cuando el navío está en la arena es porque no quiso sumarse a esa práctica clínica de la psicosis, ya habitual en la IPA, sin realizar su propia reflexión sobre sus verdaderas posibilidades de tratamiento. Resultado de su enorme esfuerzo teórico es el descubrimiento del mecanismo de forclusión para la psicosis, y, en cuanto a su estudio de la transferencia, el concepto de sujeto supuesto saber.

Pero el problema le retorna a Lacan en el mismo punto que a Freud: el de la transferencia. ¿De qué transferencia hablamos cuando el par analizante-sujeto supuesto saber no se establece como tal? Si el saber está del lado del psicótico, y a la vez este se coloca en el lugar del objeto, el analista queda desarmado de los conceptos lacanianos de SSS y semblante del objeto. ¿Desde que lugar operar, entonces? La solución de servirse de la vertiente erotomanía de la transferencia psicótica y de evitar la persecutoria no deja de presentar una cierta precariedad. La experiencia clínica obliga a reformular la objeción de Freud, pero además nos lleva a reconocer que la transferencia en la psicosis excede la idea lacaniana de la erotomanía o la persecución.

2. En la conversación de Antibes se habló de lalengua como aquello que motiva una nueva transferencia en las psicosis desencadenadas. ¿Cómo podemos servirnos de este lalengua a la hora de entender esta neotransferencia?

Creo que el esfuerzo realizado en 1998 sigue girando en torno al problema de cómo encontrar una modalidad de transferencia que sea operativa en los casos de psicosis. Desde el ángulo del lenguaje fracasan todos los conceptos: sujeto dividido, deseo inconsciente, sujeto supuesto saber, fantasma, interpretación. Por tanto hay que buscar la posibilidad por el lado de lalengua y verificar de qué forma se empareja con la transferencia. Olvidemos la articulación significante del sujeto neurótico que está inserto en el discurso y establezcamos con la psicosis un modo de hacer que un solo significante funcione como señal de algo que está fuera del sentido, pero con lo que no obstante puede comenzar a forjarse las bases que permitan establecer un lazo social.

3. ¿Qué implicaciones crees que tiene todo ello en la clínica en lo que respeta concretamente a la posición del analista y a la dirección de la cura de un sujeto psicótico?

El saber que se demanda en la psicosis es un saber hacer con lo real, no como en la neurosis que lo que se pide es un saber sobre la significación del deseo inconsciente. Hay casos, especialmente los de psicosis ordinaria, en los que el paciente está claramente interesado por localizar la causa de su goce destructivo. La diferencia es que el neurótico va a encontrar la causa mediante la deconstrucción de su fantasma y el psicótico sólo puede alcanzarla a través de la construcción de una invención sobre lalengua. Tomemos el ejemplo de un sujeto que en el curso del tratamiento analítico encuentra la causa en haber sido objeto de abusos sexuales en la infancia a manos de su tío paterno. La diferencia con la histeria es que ésta se presentaría de entrada con esta versión causal, que más bien habría que deconstruir. En la medida en que, para el psicótico, la causa está fuera del inconsciente tiene que inventar una escena donde situar el origen del goce y el trabajo de la transferencia gira en torno a esta búsqueda.

También están aquellos casos en los que la transferencia no pasa por la cuestión del saber sino por la necesidad de encontrar en el analista una función de estabilización del goce. Es entonces cuando la presencia del analista y la ritualización del encuentro se convierte en el recurso fundamental.

En la transferencia se trata de como ayudar al sujeto a hacerse una conducta como decía Lacan, sin identificarse con el lugar del maestro o el conductista. El analista no actúa generalmente en nombre de un saber universal o de la idea del bien, propia del discurso común, pero cuando se trata de casos de psicosis, esta cautela tiene que ser extrema pues cualquier anhelo de

normativización no puede conducir sino a la impotencia cuando no al estrago. En ese sentido, es del propio sujeto de quien tenemos que extraer los más mínimos signos que nos indiquen cuál ha de ser la orientación de las posibilidades de tratamiento o de cura.

Engancharse - desengancharse del Otro

Tres preguntas a Fe Lacruz

1. Cada año, la Conversación Clínica del Instituto nos convoca a renovar la clínica de las psicosis. Desde la conocida Conversación de Arcachon, el estatuto clínico de la psicosis se ha visto enriquecido -y también removido- por nuevas aportaciones y categorías clínicas, como por ejemplo la de Psicosis ordinaria ¿Cómo entiendes tú este término de "psicosis ordinaria"? En la práctica, ¿te resulta un útil clínico?, ¿en qué casos lo utilizas y porqué?

Sí, es evidente que el aparato teórico que sustenta nuestra práctica orienta, igual que ocurre en otros abordajes teóricos, una escucha, no en el sentido de taponar sino en el de posibilitar que lo escuchado trascienda la cuestión del fenómeno para construir una lógica; en ese sentido la categoría de psicosis ordinaria permite dar un marco diferente, que no es el de la estructura con el que hemos trabajado durante tantos años. Exige un cambio importante de perspectiva, que si en el campo de la teoría parece sencillo de adoptar, en la práctica clínica ha resultado más complicado debido a un *savoir faire* adquirido en el manejo de una clasificación estructural del que puede ser difícil desprenderse. Si la clínica borromea, en su mayor flexibilidad pero no menor rigor, acoge los fenómenos que se presentan en la clínica de nuestro tiempo, y nos permite realizar Conversaciones, es decir, nos permite hablar en unos términos de intercambio productivo de trabajo, deberemos concluir que el término psicosis ordinaria es un precioso útil clínico. Psicosis ordinaria, psicosis corriente, es un término de amplio alcance, ¿hay algo más extendido que lo corriente? Pareciera un cajón de sastre donde cabe todo lo que no pasa los exquisitos filtros de lo clásico, por eso es necesaria una atención constante para evitar un deslizamiento posible a la ligereza en el diagnóstico, que tendría consecuencias nefastas para la dirección de la cura. No vale diagnosticar psicosis ordinaria y dar por hecho que sabemos de qué hablamos, hay que fundamentar con todo rigor ese diagnóstico.

2. Como sabes, este año trabajaremos el eje de la precariedad del vínculo social. Por esta razón nos interesan los llamados enganches, desenganches, reenganches... del sujeto (concebido desde su autismo de goce) con el Otro. Es una clínica nueva que, además, implica una dificultad para pensar este punto en la psicosis por la ausencia de la significación fálica que, normalmente, recubre y sostiene lo que llamamos "vínculo social". En relación a un abordaje, digamos más clásico, de la psicosis, ¿qué novedades clínicas te parece que aporta esta idea?

Considerar los enganches como producto de un trabajo permanente del sujeto, un work in progress en el que puede ocasionalmente fallar o desfallecer. El sintagma “trabajo de la psicosis” aplicado clásicamente a la construcción del delirio, tomaría aquí una nueva significación. Obliga necesariamente a la clínica del uno por uno, sin soluciones prêt-à-porter pensadas para un marco social previo, sus soluciones son necesariamente ad hoc, y para eso hay que contar con el sujeto, cuestión que sería difícilmente pensable para una clínica de la observación y el etiquetaje o clasificación. Aquí más que nunca hay que seguir la indicación de Freud y Lacan: tomar cada caso como nuevo, ante el cual nada sabemos, hasta que el sujeto exponga sus razones, sus hallazgos.

3. Según tu experiencia clínica, ¿qué cambios le cabe esperar al sujeto psicótico que acude al psicoanálisis, en relación con estos enganches-desenganches-reenganches con el Otro?

En unos casos, lograr hacer al modo de Miguel Angel cuando esculpía, la posibilidad de crear retirando del bloque compacto de mármol lo sobrante. En otros por el contrario, entretejer, hacer red con el reverso de lo compacto, con un par de hilos. Una estabilidad proporcionada por una identificación imaginaria, por un significante. En el lugar donde poder dar cuenta de sus esfuerzos por la construcción de un mundo con un sentido que no sea delirante. Más allá de la discontinuidad de sus enganches y desenganches, servirse de un punto que permanece firme como lugar de referencia: el discurso psicoanalítico, que puede aportar a estos sujetos un plus, el de una legitimación, si puede decirse así, de su trabajo de enganche. No a modo de sanción de la ley sino a modo de validación. Parafraseando al protagonista de Blow up de Antonioni (maestro en mostrarnos la incomunicación de los seres humanos) cuando ocurre la catástrofe es cuando se pueden arreglar las cosas, y el psicoanálisis se esfuerza en hacerlo posible para que el sujeto pueda con su trabajo sentirse, aunque sea un poco diferente en su psicosis corriente, habitante de un mundo humano.

Precariedad subjetiva

Tres preguntas a Paloma Larena

1- Desde hace algunos años, el concepto de precariedad subjetiva ha tomado un relieve diferente en el psicoanálisis de orientación lacaniana cuando nos referimos a sujetos que no han desencadenado una psicosis. ¿Implica esto que una psicosis ordinaria lo es porque el sujeto no ha podido disponer de las herramientas subjetivas necesarias para construir un delirio? ¿De qué modo, entonces, nos sirve este concepto para entender estas psicosis no desencadenadas?

La precariedad subjetiva o fragilidad, no equivale a un déficit, o en todo caso una clínica continuista nos invita a pensarlo en otros términos. Como se solicita relacionar este concepto con los jóvenes delincuentes, diré que el término psicosis ordinarias es un concepto clínico potente para escuchar lo que dicen algunos jóvenes que ingresan en el CEIMJ*: que hay fenómenos en el cuerpo y en el campo próximo de la realidad que aún no pueden significar, y que sólo a través de la conversación con el analista llegan a situar y nombrar. Hay sensaciones que les asustan y percepciones paranoides que se extienden a la totalidad de un mundo no enmarcado por el fantasma. También hablan de una inquietud, una tensión interna que identifican bien, que les lleva a golpear / golpearse, a marcarse la piel o a intoxicarse para introducir en lo real un corte, una detención, que dejando fuera al sujeto hace consistir de cierta manera un cuerpo. Estos signos de sufrimiento son de dudoso valor para la actual psiquiatría ya que hasta la edad adulta pareciera que todo es conducta, es transitorio u obedece al entorno social. Sin embargo y teniendo en cuenta que para el psicoanálisis el sujeto no tiene edad a medir en años, podemos aplicar uno de los términos que utiliza Miller: psicosis que evolucionan.

2- Constatamos en muchas ocasiones que la precariedad subjetiva tiene repercusiones claras en los vínculos del sujeto con el Otro social. ¿Podrías decirnos, según tu experiencia, cómo se hace esto patente en la clínica?

Los jóvenes más frágiles tienen una relación muy patológica con un entorno familiar igualmente precario, parejas parentales que los han traído al mundo sin considerarse responsables por ello. Manifiestan los efectos de ocupar el lugar de objeto de goce del Otro. Esto dificulta una inserción en el Otro social, como se verá en las instituciones educativas de las que han sido expulsados y las dificultades para encontrar para ellos un lugar de formación o prelaboral. En los casos más graves que ingresan en el Centro, está

afectada también la relación con el grupo de compañeros y evitan en lo posible los tiempos de mayor convivencia. Sin embargo se producen identificaciones imaginarias entre los jóvenes, imitaciones de modos de actuar o de hablar, de carácter transitorio.

Conseguir que se produzca un síntoma, es una manera de hacer un lazo social, ya que además de fijar el goce deslocalizado, supone una llamada al Otro para que éste lo incluya en algún mundo simbólico y dé una respuesta. Facilitar la conversación, permite también hacer pasar por la palabra el malestar. Ello debe realizarse prudentemente por el riesgo de provocar una proliferación de sentidos, no ligados al significante.

3- Y en un orden más concreto, se acostumbra a asociar de manera muy reduccionista la delincuencia con la pobreza. En cambio, parecería que cuando se introduce la cuestión de la precariedad subjetiva, pueden pensarse las cosas de otra manera. ¿Qué implicaciones surgen al pensar la delincuencia desde la concepción de la precariedad subjetiva que introduce el psicoanálisis?

La precariedad de la que hablamos, va situando progresivamente a estos sujetos en lo marginal, al margen de lo social y también de la ley. La delincuencia juvenil, no está ya ligada a la pobreza, al menos en nuestra ciudad. Pero un joven, de cualquier nivel social puede considerarse de menos si no posee determinado objeto y robar para conseguirlo. Roba para no pasar por los circuitos de la demanda y lo que ello implica de relación al Otro. Los que conocemos, de entre otros, son aquellos a los que han detenido y culpado, es decir han recibido su mensaje de forma invertida: ahora van a estar sujetos durante un tiempo. En muchas ocasiones hay que plantearse si no era ese precisamente su deseo. En otros delitos en los que la violencia contra el otro, la crueldad, es lo destacable, hay que constatar lo inhumano de la faz del Otro que ellos ponen en acto.

* CEIMJ: Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial