

De la estructura en la clínica

De la locura a la enfermedad

Pienso que la idea de la locura siempre ha sido algo que se ha podido diferenciar de lo que podemos llamar la normalidad. La melancolía, que era el nombre que desde la Antigüedad se reservaba para la locura, estaba claro que no era para todos. Había algo en el ser melancólico esencialmente diferenciable. Ya conocemos la idea de Aristóteles cuando anudaba el saber y la melancolía, como dando a entender que ciertas cotas de saber sólo eran alcanzables para aquellos que navegaban en la melancolía.

Por supuesto, esta imagen idílica, verídica, acertada y tan olvidada hoy, esta imagen de sumo respeto hacia las virtudes, digamos, del loco, por supuesto, no estaba exenta de la concepción del profundo sufrimiento que entrañaba. Sabemos también por Foucault de los periplos de la locura como figura de la sinrazón durante la Edad Media y el Renacimiento. Constituyéndose dos tipos de locura: la locura fuertemente vinculada al saber; y la locura relacionada con la animalidad. Esta operación, como destaca Foucault, permitió encerrar al loco. Se le quita los galones, su relación con la divinidad, y se le encierra. El Cristianismo, de alguna manera, le da la estocada al ubicarla como la antítesis de la razón. La razón manda encerrar la locura, cuando la locura había sido la cúspide de la razón, de hecho, aún en el siglo XIX la paranoia, forma por excelencia del alienismo, será denominada “locura razonante”.

Hay que tener en cuenta que el encierro es en Hospitales que constituyen instituciones jurídicas, y no tanto lugares médicos. Los médicos tan sólo comenzarán a encargarse de los hospitales para locos, al menos en Francia, tras la Revolución. Es el ejemplo de Pinel que funda la psiquiatría. Se le ubica ahí ya sea para dar cuidados a los que él llamará alienados, o para evitar que contagien a los de fuera. Esto hace que la propia locura dé el primer paso para convertirse en enfermedad. A partir de aquí, se la describe y se la clasifica, se la ordena y se la pone bajo control.

Paradigmas de la psiquiatría

Entonces, en un primer momento, la locura será una, la “alienación mental” y contendrá diferentes formas. La melancolía, la manía, el delirio parcial, etc. Esto, durante la primera mitad del siglo XIX. La tendencia psicopatológica será la de describir las formas. Con una leve tendencia a diferenciarlas entre sí. Como será el caso de la diferencia entre la melancolía y la paranoia. Y será a mediados del XIX cuando esta tendencia diferenciadora más se consolidará debido a la fuerte ideología médica que orientará el alienismo.

Se necesitaba hacer en el seno de la locura una operación con bisturí para escindir diferentes porciones que fueran claras y cristalinas y, sobre todo, que pudieran amoldarse a lo que era una enfermedad. Es decir, que tuviera una sintomatología, un curso y una etiología. La sintomatología de las diferentes formas ya estaba bastante bien establecida; la etiología, a pesar de los esfuerzos que aún hoy perduran, cae más del lado de la mitología; por lo que, el curso pasó a ser el caballo de batalla de la visión médica de la locura. De ahí surgió la locura circular o la locura a doble forma que a la postre se convertiría en PMD y luego en trastorno bipolar. Es la entidad mórbida que tiene este curso en altibajos.

Todo esta ideología, además, será el caldo de cultivo para que Kraepelin construya una entidad basándose en el curso, un curso discapacitante, un curso deteriorante, que se convierta en el estandarte de la visión médica de la locura, la demencia precoz.

El barrido de la subjetividad

Como lo hemos visto con el término “locura” en su paso a la “alienación mental”, la psiquiatría tratará de borrar cualquier huella que remita su ciencia en ciernes a algo diferente, como por ejemplo pueda ser la historia de la cultura. Es decir, la psiquiatría, ya desde el principio tendrá la vocación de construir algo nuevo o, al menos, que tenga el aire de algo nuevo, de algo diferente a lo anterior. Que tenga ese aroma a ciencia que como profesión que quiere acceder y permanecer en el campo de la medicina, debe tener. Así, la operación será la de deshacerse de todos esos nombres de la Antigüedad: locura, melancolía, paranoia, histeria, etc. Esquirol, por ejemplo, propone sustituir la “melancolía” por la “lipemania”, alegando que la melancolía es cosa de poetas y literatos, que no tienen la necesidad de rigor que deben tener los médicos. En realidad, esto no es más que borrar cualquier signo que no sea estrictamente científico, y querer introducir la locura en el campo de la medicina, cambiándola de aspecto.

En esta misma línea, durante el siglo XIX, otra operación importante llevada a cabo por la psiquiatría será la de borrar cualquier signo de razón de la locura. El loco debe ser un enfermo discapacitado, con un cerebro dañado que tiende a extenderse a todas las facultades. Es decir, será la idea de que el loco es un demenciado. Por eso la pareja ejemplar de la melancolía/paranoia pasará a ser PMD/ Demencia precoz. Dos entidades que cumplen con un curso concreto. Claro, la primera porque se basa en la variabilidad del afecto, que si algo tiene el afecto es ser variable. Y, la segunda, que es consecuencia de la desidia terapéutica. Si con el loco no se habla, si no se le trata, si se le encierra, acaba aislado y se hace inaccesible, de ahí a que cerebralmente sea un incapacitado hay un gran salto. Recuerdo muy bien cuando estaba de residente en la planta de agudos de un Hospital y planteé un programa psicoterapéutico para poder tratar a la gente allí ingresada, me dijeron que los pacientes allí estaban demenciados, que no se podía hablar con ellos.

Entonces, fijaos en la gran diferencia en la concepción de la locura, entre la visión tradicional, que viene desde los griegos, hasta esta de después del XIX, la locura medicalizada, la locura en el campo de la medicina, la locura como enfermedad. La locura siempre fue parcial, el loco hacía gala de una razón implacable, existía en él esa mezcla a todas luces curiosa entre locura y razón (algo que Lacan captó cuando hacía alusión al rigor en la locura). Y con el paso de la psiquiatría se convirtió en todo lo contrario, en un tarado, en un desviado, en un enfermo, en un demente. Digamos que el loco ganó poco en este sentido con la psiquiatría. Sólo hay que leer los tratados, o al mismo Kraepelin, para ver el desprecio con el que se trata a los pacientes. A medida que se hace enfermedad se los deshumaniza. Desaparece la subjetividad en la concepción de la locura.

Freud y la subjetividad

Freud, en cambio, plantea, a diferencia de la psicopatología de la época, concebir el malestar, no como una enfermedad, sino como una posición subjetiva. Donde es el propio sujeto quien decide enfermar, donde el malestar es producto de una decisión del sujeto, que no encuentra nada mejor que la enfermedad para solucionar un conflicto. Fijaos qué diferencia tan sustancial. De esta manera preserva la subjetividad, la responsabilidad en el enfermar y en el curar, y la decisión, que lo lleva al campo de la ética. En este sentido casi podríamos decir que el campo del padecimiento mental tendría que ver más con la ética que con la medicina.

Esta operación la puede llevar a cabo porque concibe la clínica con el fabuloso concepto de mecanismo psíquico. Con él ordena la clínica en unas pocas entidades. Todas las categorías que la psiquiatría había ido construyendo, toda la proliferación de entidades que se fueron constituyendo en esa especie de manía clasificatoria, Freud las reduce a dos: neurosis y psicosis. Son estructuras porque Freud hace que los síntomas tengan en ellas una articulación lógica. No tiene que ver con la sustancia, no hay esencia, sino que tiene que ver con una combinatoria de elementos, combinatoria de la cual emana el sujeto.

Por otra parte, y creo que es una diferencia fundamental respecto a la psiquiatría, Freud tiene en cuenta lo que sus pacientes tienen para decir, él trabaja con lo que sus pacientes elaboran y trabaja, sobretudo, con la relación que se establece, con la transferencia. A tal punto que utiliza ésta para diferenciar la psicosis de la neurosis. Kraepelin, por ejemplo, critica estos planteamientos por dar importancia a lo que dicen los pacientes.

El caso de la Sra. P.

Efectivamente, Freud ordena su clínica en estas dos estructuras de la subjetividad, que son la neurosis y la psicosis. Cada una con características muy diferentes, cada una con mecanismos diferentes, cada una con modos de relación y susceptibilidad al tratamiento que había creado diferentes.

Y él se fue dando cuenta de la radical diferencia que existía entre una forma y otra. A tal punto que cuando quiere aplicar el mismo tratamiento que venía aplicando a la histeria, a uno de sus primeros casos de paranoia, tras inventar la técnica, el caso de la Sra. P., pues ésta acaba siendo ingresada tras un fuerte desencadenamiento. Freud no tiene ningún reparo en aceptar y reconocer que su tratamiento, en ciernes en aquel momento, no sirve en la paranoia, sino que hay que introducir alguna modificación. Pero de aquí y de otras experiencias, extrae la idea bien formada acerca de la diferencia radical entre entidades. Y esto tiene una utilidad práctica, sirve para orientar el tratamiento y ubicar el lugar de la posición del analista. Nada más, pues el sujeto no es la estructura.

Es a partir de ese momento que la diferenciación previa a cualquier tratamiento de un paciente, entre neurosis y psicosis, se hace absolutamente necesario. Lógicamente, como toda dicotomía o dualidad conceptual, ésta también incluye casos que no se sepa muy bien a cuál entidad pertenecen. De aquí, y por otras cuestiones, se creó una nueva entidad, la patología límite, límite entre neurosis y psicosis. Lo cual pienso que es una entidad surgida, en parte, por una falta de rigor conceptual, tal y como reconocían sus propios artífices en los años cincuenta. En el caso de Otto Kernberg, su mayor exponente, todo o casi todo es borderline. Es decir, se crea una entidad para evitar problemas y ella misma acaba convirtiéndose en un problema.

Tercer paradigma

Es cierto que estos planteamientos tuvieron mucha repercusión en el ámbito psicopatológico de la época. La psiquiatría también había ido elaborando entidades en base a un mecanismo: el delirio de interpretación, delirio de imaginación, psicosis alucinatoria crónica, psicosis a base de automatismo, etc. Y, sobre todo, con esa nueva entidad que fagocitó gran parte de las diferentes formas de la locura que fue la esquizofrenia. Totalmente influenciada en su construcción por Freud. La cuestión es que pensar en estructuras se fue haciendo cada vez algo más corriente. Y quedó, sin duda, instaurada cuando Freud produjo la separación final entre neurosis y psicosis.

Desde esta nueva perspectiva ya no importaba tanto la descripción clínica exhaustiva, ni las elaboraciones sobre el curso o la evolución, sino que tomaban preponderancia las hipótesis psicopatológicas.

En Francia, uno de los primeros en introducir la noción de “estructura” será Minkowski. El propio Lacan se lo reconoce en un escrito de 1935. Es una cuestión crucial, de primer orden, el poder penetrar en la organización estructural de cualquier pasión mórbida.

Clérambault, Minkowski, Lacan

Creo que Lacan le debe mucho a Clérambault. Incluso en esta idea de estructura que en realidad toma de él. El automatismo mental -o “trastorno generador” según Minkowski- es el molde formal de cualquier fenómeno que pertenezca a la locura. Eso es lo que quiere decir Lacan en este comentario. Y veinte años después, en el seminario sobre las psicosis dirá lo mismo. Que el fenómeno elemental, o sea, el automatismo mental, tiene la misma estructura que el delirio.

No obstante, considero que hay una diferencia importante entre Minkowski y Lacan, y es que Lacan no considera que la estructura sea algo subyacente a los fenómenos observados, esto es importante. Su posición es bien diferente, consiste en buscar la estructura en el fenómeno pero sin que subyazca, a flor de piel. Ya en la tesis habla de buscar “las estructuras conceptuales” que se revelan en la organización del delirio, y en el *Seminario 3* dirá que siempre existe la misma fuerza estructurante en el delirio y en el fenómeno elemental.

Esta idea, novedosa, ya está incluida en algunos textos del propio Clérambault. Este autor -que parte del estudio de las locuras simultáneas donde descubre que el delirio se comparte pero no así la experiencia inicial de la psicosis, el trastorno generador, que es para él la verdadera enfermedad- opina, en un primer momento, que esa experiencia inicial subyace a los fenómenos delirantes. Sin embargo, más adelante dirá, y es la idea que Lacan retoma, que el delirio comparte con la experiencia inicial, en parte, un desarrollo automático, por tanto, no subyace, sino que más bien se trata de lo mismo. Es decir, el delirio también es automático. El síntoma contiene la estructura de la entidad de la que proviene. Por eso un síntoma bien analizado es suficiente para poner de manifiesto la estructura a la que pertenece. Así para el síntoma como para cualquier otra formación del inconsciente, como por ejemplo, el sueño. El sueño de la bella carnicera, donde se pone a las claras que su deseo es un deseo insatisfecho, es suficiente para decir que se trata de una estructura histérica.

Delirio como revelación

Efectivamente, para Lacan, el delirio no es deducido, sino que también es un fenómeno elemental. Es en tanto que fenómeno elemental que se produce y se constituye. Ésta no era la opinión de la época, ni la de ahora tampoco. Lo que se solía mantener era que el delirio simplemente era una amplificación de algo previo (personalidad, carácter o constitución).

El delirio siempre se ha pensado como una idea errónea pero cabalmente razonada, algo a lo que deberíamos añadir la certeza absoluta. Pero hay otra concepción que lo concibe en relación a estar inspirado. Desde esta perspectiva, el delirio pertenecería más bien al orden de la “iluminación” o la “revelación”, es decir, sería la concepción del delirio como un “momento fecundo”.

Esto es, el delirio se presenta al inicio con un alcance conviccional inmediato, “no es nunca el fruto de una deducción razonante” (tesis). Algo que contraría por completo al punto de vista que sostiene que el delirio se deduce o se razona. Esta concepción pone el acento en la experiencia de imposición y revelación constitutiva del delirio, de ahí su aplastante poder de convicción. Pues si fuera fruto del razonamiento y la cogitación, si consistiera en una mera deducción, cabría esperar conmovirlo y sojuzgarlo con buenos argumentos. Ahora bien, que los pilares inamovibles del delirio se construyan a borbotones, mediante revelaciones o momentos fecundos es un hecho perfectamente compatible con el trabajo de elaboración delirante, llamado por Freud *Wahnbildungsarbeit*. Y este trabajo delirante se lleva a cabo mediante interpretaciones, acompañadas en ocasiones de una delicada labor de razonamiento y reflexión. Según este punto de vista, por tanto, cabrían distinguirse dos mecanismos en la conformación del delirio: por una parte, el momento fecundo, la revelación o la iluminación; por otra, el trabajo de la razón destinado a unir los cabos que aporta, de golpe, la revelación. Es una distinción entre el axioma delirante y el sistema delirante.

Automatismo mental

Pero tratemos ahora de ver en qué consiste esa estructura de la que venimos hablando, esa estructura de la psicosis, el automatismo mental, que tiene una relación fundamental con el lenguaje. Daros cuenta de que el automatismo mental es un fenómeno absolutamente desconocido en muchos ámbitos de la práctica clínica actual. Muchos psiquiatras, que siguen pensando que la alucinación es una percepción sin objeto, lo desconocen completamente y los psicólogos no lo necesitan a la hora de aplicar sus tesis y protocolos. Así, el núcleo de la psicosis, su estructura o su esencia -en el caso de poder hablar de esencia- permanece olvidada en el panorama psiquiátrico oficial. Y esto, lógicamente, tiene consecuencias en el diagnóstico y en el tratamiento.

Las relaciones entre el lenguaje y la psicosis han sido tratadas por un gran número de autores a lo largo de la historia de la psiquiatría. Un momento importante fue cuando Baillarger planteó que la alucinación en los alienados no tenía nada que ver con el sonido pues se trataba de un fenómeno de lenguaje, en concreto, un lenguaje que no se escuchaba (alucinaciones psíquicas). A esto Ségla añadió que sí se podía escuchar, pero dejaba claro que lo que se escuchaba no venía del exterior (alucinaciones verbales y alucinaciones motrices verbales).

Más importante aún fue el momento en el que se concibió la alucinación en la psicosis como un fenómeno de influencia y automatismo. A partir de aquí, la alucinación verdadera o psico-sensorial dejaba de ser la más representativa de la psicosis.

Efectivamente, se descubrió que era en el ejercicio involuntario de las facultades donde había que buscar el punto de partida de todas las psicosis. Esto es, cuando el sujeto devenía incapaz de dirigir sus ideas y ellas se imponían de tal manera que uno mismo sólo podía verse forzado a someterse a ellas.

Esta nueva perspectiva allanaba el camino para que se concibiera, a decir de Baillarger, una terrible fractura en la unidad del individuo. Al alienado no le quedaría más remedio que atribuir la imposición de estas ideas espontáneas a un ser extraño.

Fue también Ségla quien destacó de la alucinación auditiva su aspecto verbal, decía que más que ser algo que proviniera del oído, eran voces internas que pronunciaban palabras, no existía el elemento estésico. Las alucinaciones abandonaban así el campo de la percepción y pasaban a ocupar el campo de la patología del lenguaje interior o hiperendofasia. Eran “voces que venían de la cabeza”, “palabras en pensamiento”, “palabras que no hacían ruido”, por eso, algunos alienados aseguraban “escuchar mentalmente”. Era ésta una experiencia mucho más desgarradora que la alucinación psicosensores, pues ocurría en el propio fuero interno del sujeto, a quien ya no le servía defenderse mediante algodones en las orejas, pues su única salida, para recuperar su unidad interna, era construir una influencia exterior. El problema se convertía así en que “algo hablaba en ellos”.

Pero el propio Ségla recordaba, en su último trabajo sobre las alucinaciones, la importancia de haber podido diferenciar, dentro del grupo de las alucinaciones psíquicas, no sólo las alucinaciones psicosensores verbales -donde el propio alienado musitaba las palabras que decía oír-, sino también las

pseudo-alucinaciones verbales, donde el automatismo de la palabra ocupaba el primer plano. Eran ellas, decía, una “alienación del lenguaje” donde un pensamiento verbal era desgajado del yo y convertido en elemento extraño o parásito que pululaba y resonaba de manera automática, dejando al sujeto bajo la “coerción”, el “sometimiento” y la “expropiación del yo”.

Esta nueva concepción ensanchó el campo de las alucinaciones. Muchos fenómenos que no entraban en la estrecha definición de Esquirol podían concebirse con facilidad bajo esta perspectiva, y muchos de ellos pasaron a ser prioritarios: el eco del pensamiento, el pensamiento anticipado, las impulsiones verbales, la enunciación de actos, etc. El propio Clérambault redobló toda esta semiología al considerar estos fenómenos como tardíos. Una de sus mayores contribuciones pasó por describir una fenomenología mucho más elemental que daba cuenta del inicio de la psicosis y que es el automatismo mental, ese simple eco donde el sujeto se descubre doblado por una emisión paralela “que lo emancipa, lo acompaña o lo sigue”.

El lenguaje

Toda la experiencia de la psicosis le da a Lacan una perspectiva muy particular sobre el lenguaje. Un lenguaje que nos preexiste y que habitamos. Un lenguaje que en determinado momento puede llegar a mostrarse como algo totalmente amenazante. Tanto en la vertiente del significado -como puede ser en el caso de la paranoia como luego veremos-, como se muestra en la experiencia enigmática inicial del desencadenamiento; como en la vertiente más xenopática y desgarradora en que el lenguaje, su parte material, la carcasa, se emancipa y asola al sujeto -que sería más bien la experiencia en el caso de la esquizofrenia. Es toda la cuestión en Lacan de las *palabras impuestas*, ya sea en una de sus presentaciones de enfermos de los años 70 o cuando privilegia este fenómeno en Joyce para tratar de construir el diagnóstico.

Pero esto es algo que también aparece en Freud. Freud también da todo su valor, no sólo al significado, sino también al significante. Cuando analiza casos lo hace desde una perspectiva lingüística. De hecho, organiza sus nosologías en torno a la autonomía que adquieren las palabras en cada sujeto. Es lo que se ve ya desde los *Estudios sobre la histeria* y en los textos sobre las *neuropsicosis*, donde lo importante recae sobre el significante, sobre la representación, sobre el uso que se haga de él, pues de esto dependerán las denominadas estructuras clínicas.

El significante se presenta, insiste, se impone, escapa al control. Cuando uno dice más de lo que en un principio se propone o cuando en lo que se dice hay algo que no se sabe muy bien qué quiere decir. Uno mismo no es el amo de esas palabras que supuestamente le debían pertenecer. Esto, de alguna manera, implica una exterioridad del lenguaje respecto al sujeto. La causa queda fuera, lo cual cuestiona la psicogénesis y cualquier recurso a la personalidad. Pero lo interesante es que ya para Freud estos fenómenos son homeomorfos a la estructura del sujeto.

Kepa Matilla