

ENCUENTRO CON... KEPA MATILLA

Este es nuestro tercer encuentro con los colegas y potentes clínicos de la OTRA PSIQUIATRICA

Hace cinco años propuse y nos encontramos con Fernando Colina y José María Álvarez. Y hace dos años con Chus Gomez y Pepe Eiras.

Al reunirnos hoy con Kepa Matilla, a quien le damos la bienvenida y le agradecemos que haya aceptado reunirse con nosotros, lo estamos haciendo con la segunda generación de la Otra Psiquiatría. Es decir, con el recambio generacional de clínicos que, contra viento y marea, contra lo oficial y la mayoría, apuestan por el estudio de la locura, el rigor y la claridad. Otra Psiquiatría que, como nos dijo José María Álvarez en esta misma sala, no es otra que el psicoanálisis.

KEPA MATILLA es psicoanalista y doctor en psicología clínica. Trabaja en Burgos, donde también lleva un grupo de estudio sobre clínica psicoanalítica, y en el hospital universitario Río Ortega de Valladolid, junto a Fernando y José María.

En su tesis doctoral trabajó: “El concepto de psicosis en Freud. Sus antecedentes en la psicopatología psiquiátrica y los principales desarrollos en la nosología freudiana.”

De sus trabajos publicados destaco el de: “Clérambault y la atomización de la alucinación.” Y el de: “Clínica lacaniana de los fenómenos elementales en la paranoia.”

Actualmente está trabajando, con José María, en un libro sobre las formas discretas de locura.

Kepa Matilla ha participado en las conversaciones o jornadas anuales de la Otra Psiquiatría con la presentación de trabajos sobre:

-“La utilidad de la paranoia”

-“Perspectivas teoricas sobre las psicosis actuales.”

Y sobre “Las denominadas estructuras clínicas.”

Especialmente fue este último trabajo el pre-texto para proponeros encontrarnos con él, ya que, si el diagnóstico diferencial por estructuras es un recurso de nuestra práctica clínica, mejor revisarlo y pulirlo de tanto en tanto para que no se nos oxide, ya que la clínica del caso por caso no nos permite utilizar plantilla alguna, ni protocolos de actuación para reconocer lo uno en lo múltiple y lo múltiple en lo uno.

La literatura, que siempre ha estado a la altura de nuestros dilemas, nos dice en boca Goethe, por ejemplo. “¿Qué es lo general? El caso singular. ¿Qué es lo individual? Millones de casos.”

Sin embargo... hoy en día ya no se tiene tanta amplitud de miras. Así nos lo dice Sandor Marai “Hoy ya no existe el destino personal, sólo existe la probabilidad estadística.”

Y el también escritor Ray Loriga, otro ejemplo, nos dice: “Todo lo que se agrupa, por desgracia se amontona, y todo lo que se amontona tiende a diluir nuestro perfil como individuos”.

Se supone que la clínica psicoanalítica del caso por caso, con sus semejanzas y diferencias, nos permite agrupar más que amontonar, pero no nos ahorra la complejidad de ir de lo particular a lo general, ni garantiza que la asistencia no reste existencia a nuestros pacientes. Primera cuestión para nuestro invitado: cómo hacer para clasificar sin descalificar, ya que se une y se separa al mismo tiempo. En definitiva para que el saber no acabe siendo un poder sobre el paciente. Ya que, en la prosa satírica de Kraus: “Una enfermedad muy difundida es el diagnóstico”.

Partimos de la base que la psicopatología estructural es una construcción provisional y artificial, lo que no es poco, ya que nos aleja de los que utilizan el modelo bio-médico y la in-videncia científica para dotarse de una taxonomía que llaman, para más inri, de los desordenes mentales, como si fueran descubrimientos de enfermedades mentales y naturales, cuando son meros inventos.

Estructuras clínicas como arti...ficio, también, en el sentido de arte y oficio de cada cual, ya que, en la clínica de un sujeto en transferencia, ir a la estructura del fenómeno dependerá del relato del paciente y de la escucha del analista.

Entre que damos por sentado que las estructuras clínicas no logran comprimir la subjetividad para comprenderla, y que por lo tanto, sigue siendo vigente aquello de que “no son todos los que están ni están todos los que son”. Y que, por otra parte, los casos que nos vienen rebotados de la clínica del **Devocionario de la Salud Mental** o DSM, nos llegan mal diagnosticados, es decir, diagnosticados por la agrupación de síntomas y no por la estructura del paciente, la cuestión es que vamos de complejidad en complejidad y tiro porque me toca. Un ejemplo de lo que digo es la mala praxis de esquizofrenizar la locura histérica para medicalizarla con ganas, aun cuando, el delirio histérico no es un delirio disociado. En los casos de neurosis obsesiva grave, que se mueven peligrosamente entre la paranoia y la melancolía, el diagnostico diferencial es más complicado, y ante la duda, también nos llegan medicalizados como esquizofénicos. De todas maneras, hay que reconocer que si existen casos de difícil clasificación también lo serán para nosotros.

En palabras del escritor argentino Damián Tabarovsky “La relación entre ejemplo y la teoría es siempre desdichada. Cuando el ejemplo es demasiado bueno, no ilumina la teoría sino que la opaca. Cuando el ejemplo es mediocre, la teoría lo arrasa. Habría que escribir teorías sin ejemplos o ejemplos sin teorías. O -quizás éste sea el caso- hacer que el ejemplo y la teoría no encajen, se desacoplen, se revele uno contra el otro”. Que la cosa acabe en tablas es una posibilidad de la que nos hablan los llamados casos inclasificables.

Precisamente, en el curso del verano pasado de la Universidad Internacional Menendez y Pelayo, dedicado a Literatura y locura: los límites habitables, Fernando Colina nos habló de la vida y obra de Kafka, y lo puso como ejemplo de caso inclasificable, en tanto que el traje de neurótico obsesivo le vendría corto y el de

psicótico largo, porque, a pesar de que su escritura le funcionó como suplencia y equilibrio interior, no se dan los fenómenos elementales de la psicosis, que sí se dan en la escritura y vida Joice.

Que cada uno de nosotros pueda dar cuenta de casos inclasificables con los que trabaja, nos invita a repensar las estructuras clínicas pero teniendo en cuenta que la subjetividad humana siempre escapará al reduccionismo de nuestras categorías diagnósticas. La literatura, en boca de José Bergamín, me gana en precisión cuando dice: “Si yo fuese un objeto sería objetivo, como soy un sujeto soy subjetivo.”

Haciendo un poco de abogado del diablo, para provocar el debate con nuestro invitado, planteo la sospecha de que tanto por parte de la clínica psiquiátrica oficial que diagnostica por la descripción y agrupación de los síntomas, como por parte de la denominada segunda clínica de Lacan, o clínica borromea, se está ampliando peligrosamente el perímetro de las psicosis. Si esto es así daría la sensación de que las denominadas estructuras clínicas han agotado su recorrido, su utilidad clínica, pues hemos pasado del... todos somos neuróticos, hasta que se demuestre lo contrario, al... todos somos discretos, ordinarios y normalizados psicóticos, hasta que el momento fecundo y el desencadenante nos enloquezcan del todo. En resumidas cuentas, Kepa, y esta pregunta te sonará ¿consideras que hay un peligro a la hora de tratar una neurosis como si fuera una psicosis ordinaria?

Si convenimos en que... si la psicosis no está necesariamente unida al delirio, como Ortega y Gasset, entonces...el delirio a la psicosis tampoco. Si esto es así, digo yo que alguna diferencia habrá entre que la metáfora paterna falle más que una escopeta de perdigón y que falte. La inconsistencia no es sinónimo de la ausencia, y por lo tanto, alguna diferencia estructural habrá cuando lo que retorna lo hace desde lo reprimido o desde lo forcluido. De hecho la utilidad clínica de las denominadas estructuras freudianas son para diferenciar las tres estrategias defensivas contra la castración. Y como dijo Freud en el Hombre de los lobos “una represión es otra cosa bien distinta a un rechazo.”

Estructuras clínicas artificiales, hipótesis de trabajo, por lo tanto, provisionales y orientativas porque la acomodación de cada cual al lenguaje es particular. Estructuras que empezamos a pensarlas como excluyentes y ahora no sólo se nos invita a que las repensemos como continuas, sino como continuas y discontinuas al mismo tiempo. No me digáis que no parece la letra de un bolero, como ese de Antonio Machín que acaba diciendo... y no estar loco. Aunque pensándolo bien, si esa escisión del final del bolero refleja nuestra condición humana, ¿por qué ha de ser diferente en el ejercicio de una profesión que definimos como imposible?

No recuerdo a santo de qué, pero en el seminario sobre los escritos técnicos de Freud, Lacán dijo una frase que bien pudiéramos aplicarla al tema de las estructuras clínicas: “Si ustedes creen haber comprendido, de seguro se han equivocado”.

Acabo con más preguntas:

¿Cómo minimizar el riesgo a seguir equivocándonos?

¿reconociendo que la clínica psicoanalítica, también, genera falsos positivos?

¿reduciendo la diferencia estructural entre neurosis y psicosis?

¿ampliando el perímetro de la psicosis?

¿diagnosticando sólo desde la teoría y no desde la clínica del relato del paciente?

¿o aceptando que el saber es y siempre será supuesto, en tanto que la subjetividad es irreductible a la razón y por lo tanto siempre existirán casos inclasificables?

En definitiva Kepa, ¿cómo repensar las estructuras clínicas para ir de lo particular a lo general, aun a riesgo de equivocarnos?

Carlos Rey
22-11-2014