

Algunas contribuciones al debate sobre la clínica de las psicosis

Juan Manuel Rodríguez

- Davison, E. (1992). *La locura Wittgensteiniana*. México, D.F., Epeco.
- GARRONE, J. (1992). *Histoire de la schizophrénie*. Paris, Seghers.
- KORAS, S. (1985). *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos*. Buenos Aires, Trilob.
- Rossi, P. (1994). *Acompañantes terapéuticos: aproximaciones a la conceptualización*. Buenos Aires, David.

Resumen

La clínica de las psicosis plantea la necesidad de establecer una modalidad de tratamiento diferente al tratamiento de las neurosis. Esta práctica implica un trabajo multidisciplinario cercano y frecuente en donde se establecen algunas coordenadas fundamentales en el devenir del tratamiento. Asimismo, en el interior del grupo de trabajo se presentan algunos fenómenos similares a la dinámica propia del paciente psicótico, por ello se hace necesario considerar la locura del grupo como un factor dinámico del tratamiento. En este sentido es fundamental partir de la singularidad del paciente para desarrollar el modelo único en cada caso, en el cual la intervención es un elemento que pretende sostener aquello que falla en la dimensión delirante del paciente.

La amplitud del campo del psicoanálisis y su objeto de estudio, deja abiertas grandes áreas de especulación teórica. En este contexto, el presente artículo pretende realizar algunos planteamientos centrados en la clínica de las psicosis, de la cual se desprenden algunas observaciones teóricas y clínicas. La fuente de estas consideraciones se formula a partir de mi propia experiencia como analista en formación desde el lugar de acompañante terapéutico, tallerista y una práctica analítica con pacientes psicóticos. Este ensayo no pretende cubrir la totalidad de la práctica clínica que se realiza en México, sino más bien dar cuenta de la problemática práctica que involucran este tipo de casos.

El campo de la clínica de las psicosis plantea la necesidad de abrir a discusión múltiples aspectos de esta problemática por la complejidad que implica, la cual se convierte, en la mayor parte de los casos, en un hermetismo sectario de las disciplinas involucradas en la clínica que no ayuda a pensar juntos una manera de contribuir a la clínica; es interesante señalar el ejercicio recurrente de la exclusión como medio de sostener una teoría, sobre todo cuando ningún modelo resuelve totalmente el fenómeno y en cada campo existen aspectos importantes sin resolver. La teoría que sostiene cada escuela no puede ser un amo que excluya el desarrollo de nuevas técnicas y teorías pues los efectos del retraso tiene consecuencias directas en la calidad de vida de los pacientes. Así, la exclusión presente en las psicosis tiene su contraparte en la dinámica del tratamiento. A continuación se plantean algunas observaciones sobre este fenómeno.

Por un lado, la mayoría de los modelos de clínica de las psicosis siguen exclusivamente un modelo puramente somático de la enfermedad, en el que se desatienden las necesidades psíquicas del paciente. En este contexto se da un sobreconsumo de medicamentos tratando de mitigar los efectos evidentes del síntoma y se deja a un lado los aspectos estructurales y causales del fenómeno psicótico. La manera de entender la enfermedad deviene una práctica clínica en particular, en donde las consecuencias de este modelo determinan un estatuto somático del sujeto, de su discurso y sus sueños. En esta lógica se pierde aquello que hace particular a un sujeto en su sintomatología. Esta homogeneización en la concepción del psicótico puede representar un obstáculo para desarrollar un tratamiento más preciso y con mejores efectos en el devenir de la cura.

Cabe señalar que en lo que se refiere a los desarrollos teóricos y clínicos de los trastornos psíquicos es importante tener en cuenta la dimensión histórica del concepto de la enfermedad y la manera en las que las técnicas de tratamiento han evolucionado con el desarrollo conceptual de la disciplina. Sobre esto remito a la obra de Jean Garrabe sobre la historia de la esquizofrenia, en donde señala que la enfermedad es fundamentalmente un concepto en evolución y un fenómeno único en el paciente a tratar. Si el paradigma psiquiátrico está cerrado, produce un tratamiento en donde el medicamento por sí mismo no conlleva una dirección de la cura. De esta manera, en una óptica puramente somática, el discurso pierde su sentido médico y se deja de escuchar lo que para el paciente es puro dolor que el mismo no entiende; y que para organizarlo es necesario nombrar y alguien quien escuche y acompañe este movimiento. En estos casos, el sujeto cesa de hablar de su sufrimiento y en la triste mayoría de los casos, se produce una cronificación del paciente, dando como resultado una periodicidad en el internamiento hospitalario con una degradación psicológica y por supuesto, sin una mejoría en la calidad de vida del paciente. Entonces, ¿De qué cura se habla? Cuando la psicosis es un nudo familiar, de historia, en donde la problemática del paciente ha echado sus raíces.

En la clínica psiquiátrica, al igual que en la práctica del psicoanálisis, se tiende a desacreditar la utilidad de la otra disciplina, a grandes rasgos este desconocimiento del estatuto somático de la enfermedad también implica desconocer una posible problemática inscrita en el cuerpo real del paciente. Solo la dimensión psíquica se atiende cuando a veces la situación orgánica no deja espacio a la palabra y este fenómeno no siempre se escucha por parte del analista. Cuando independientemente de la disciplina se antepone la naturaleza patológica del paciente al modelo de paradigmático, se produce un espacio para que el analista se haga cargo de otros aspectos del cuerpo real así como la noción del cuerpo simbólico e imaginario del paciente, mientras que el psiquiatra se hace responsable de las condiciones somáticas del cuerpo real. En el trabajo

psicoanalítico se suele excluir el uso de los medicamentos ya que estos no incluyen la palabra como mediadora; en este sentido el medicamento puede ayudar a romper un estado de silencio del paciente en el cual pueda resurgir la palabra para reconstruir su historia fragmentada.

Esta dinámica de la clínica de las psicosis esta inscrita en la problemática del saber. En el devenir de la clínica es común discutir más tiempo sobre problemas teóricos que sobre las condiciones específicas del paciente. Este intento de uniformización teórica va contra la escucha específica de un paciente en su singularidad. En gran medida, el paciente encontrara los medios y fines de su propia cura y la problemática teórico-disciplinaria puede representar un obstáculo en este devenir. Paradójicamente, las disciplinas entran en una lógica en la cual cuando se presupone tener la verdad sobre la técnica se excluye al otro y se ubica en el lugar del amo en donde la consecuencia más evidente es que se deja de escuchar al paciente y a quienes intervienen en el tratamiento; así la escucha se obstruye por una actitud hacia el saber. En varios casos en los que he participado, la exclusión del dialogo en el tratamiento lo paga el paciente. Este fenómeno es similar a los lazos sociales del psicótico.

Estos fenómenos de exclusión aparecen frecuentemente durante el tratamiento de distintas maneras. En el grupo que suele trabajar con las psicosis se produce una dinámica que parece un reflejo de la problemática intrínseca al paciente en su estructura. La posibilidad de trabajar en conjunto de un equipo tiene efectos terapéuticos en los pacientes. La escucha y las transferencias se multiplican si el equipo puede resolver su problemática interna, lo cual implica escuchar al otro, independientemente de su campo. En este sentido se puede decir que la clínica de las psicosis empieza y se desarrolla en este medio.

La dinámica dentro del grupo de trabajo tiene una importancia fundamental en la clínica, pues en ella se juegan los participantes como sujetos, a partir de sus propia transferencia hacia la locura; en este principio circula la locura inherente al tratamiento a partir de la manera de escuchar de cada individuo del grupo en relación a su propia historia; en especial a la historia de su locura. La escucha del síntoma tiene sus efectos en la dimensión imaginaria de los que sostienen el tratamiento. El estado del paciente, el actuar de los otros integrantes del equipo esta matizado por la lectura que realiza cada participante, desde el psiquiatra hasta el acompañante. Esta situación en muchas ocasiones hace que predomine el imaginario del grupo a la situación real del paciente y en este caso se puede acabar trabajando la locura del grupo reflejada en el paciente e instalarse un impasse en el tratamiento perdiendo la dirección y el sentido del mismo.

En esta problemática cabe señalar la transferencia única y personal hacia la psicosis de cada miembro del grupo como un elemento modulador del tratamiento; por esta razón, es conveniente que cada miembro del grupo tenga un lugar ana-

lítico para hablar de sí mismo y del caso y así evitar actuar la locura del médico y producir una situación iatrogénica. En la clínica y la escucha de la psicosis, la pasión circula y pone en juego los fantasmas de los integrantes, alimentado por lo imaginario del equipo tratante. Este factor inherente al tratamiento tiene su origen en el miedo a la propia locura de cada uno de los miembros.

El paciente tiene la palabra:

El modelo como eje articulador de la clínica

La experiencia clínica muestra la diferencia entre la noción científica de modelo y el modelo psicoanalítico que parte del sujeto para realizar un tratamiento. En este sentido Freud hace un cambio de posición epistemológica parecida a la revolución copernicana. Esta aplicación del modelo psicoanalítico a la clínica conlleva la idea de que el discurso del paciente es del orden de lo viviente en el cual crea un modelo del devenir.

La problemática teórica entre diferentes disciplinas hace necesario anteponer el tratamiento al modelo en donde lo único que importa son los efectos en la calidad de vida del paciente y lo único que puede dar cuenta del tratamiento es el estado y el discurso del paciente ya que tienen la única verdad en juego. En este sentido la clínica solo se puede medir por sus efectos.

La responsabilidad del equipo está en convenir en una estrategia para establecer algunos parámetros de la dirección de la cura, que permitan encontrar los espacios de posibilidad del sujeto que, aunque delirante, produzca otro lugar; en donde la calidad de vida podría ser un criterio en común entre las diferentes disciplinas. Cada una tiene una responsabilidad que atender. El equipo tratante estaría organizado en relación a una noción conjunta sobre el lugar del paciente y las intervenciones como apuestas terapéuticas.

El modelo como sistema organizado de conocimiento tiende a homogeneizar los fenómenos para hacer leyes; en el caso específico de la práctica analítica, el modelo lo hace el paciente en el devenir de la cura. El estatuto del síntoma cambia junto con el tiempo del análisis, en cuyo transcurso el síntoma adquiere otras connotaciones. Cada paciente en su singularidad representa un caso específico de tratamiento, un síntoma en particular, en donde lo más importante es saber lo que hace a cada paciente único dentro de su patología. En este sentido el paciente elabora las hipótesis sobre sus tiempos, él mismo va escribiendo su caso, su historia, lo cual es un parámetro esencial en el modelo psicoanalítico, es efecto de la libre asociación. El analista y el analizante van descubriendo su caso, en donde el paciente rescribe su historia en su transferencia y en la escucha del analista, de esta manera se realiza una clínica a partir del sujeto quien establece los parámetros de la dirección de la cura.

La noción de modelo en la clínica del psicoanálisis implica el ejercicio constante de la asociación libre y la producción de sentido con sus efectos de resignificación. La lógica inconsciente esta representada en el carácter del fantasma que es, a su vez, la materia prima del tratamiento. En este sentido aquello que es siniestro del síntoma psicótico puede irse delineando como una silueta del fantasma en donde se establecen límites que atrapan la amplitud del objeto delirante que lo persigue. De esta manera, los efectos del síntoma cambian en el devenir de la cura y con ellos la representación del mundo como construcción sintomática. Este descubrimiento esta ligado a la pulsión de saber que se pone en marcha en el espacio analítico.

Las hipótesis que se formule el paciente representan el trabajo analítico, específicamente en ese tratamiento y en ese momento; lo fundamental es el modelo de "realidad" en el que se desarrolla el paciente y que lo llevo a la necesidad de un análisis. En este sentido, la transferencia hacia el equipo de trabajo y en especial al analista es lo que permitirá desarrollar en cada paciente un modelo único de la cura. En si mismo el síntoma es un modelo de representación cuyos efectos producen una cadena asociativa que se representa en el discurso del paciente, este discurso evoluciona en el transcurso del trabajo analítico. Las construcciones del pasado, el presente y el porvenir son hipotéticas. Aquello que "sucedió en realidad" siempre esta en juego, de esta manera lo "real" del paciente esta circunscrito en la historia y la temporalidad del sujeto. Este tiempo del análisis corresponde a el tiempo del síntoma que a su vez construye el camino y los medios de la cura; por ello el psicoanalista no puede elaborar como científico un modelo predictivo de lo propio al paciente.

La intervención del acompañamiento como espacio terapéutico

La clínica de las psicosis tiene diferencias fundamentales con la neurosis esencialmente por la "estructura" representante de cada una; por esta razón, en algunos casos es necesario y conveniente la intervención del analista para establecer una red que ayuda a crear espacios terapéuticos para el paciente. El acompañamiento terapéutico tiene la finalidad de producir una clínica ambulatoria que permite establecer una continuidad en el tratamiento, en la cual el paciente puede hablar de su problemática en momentos frágiles de su tratamiento. Por ello, en los momentos de crisis y delirio el acompañante tiene una importancia especial. Así como el psiquiatra interviene en lo real del cuerpo a través de los medicamentos, el analista también interviene en lo real desde lo simbólico al proponer los acompañamientos en donde la presencia produce un espacio terapéutico.

En este sentido la creación de una red debe ser lo suficientemente amplia para contener las dimensiones delirantes del paciente y el riesgo de un pasaje al acto, en principio por la posibilidad de contar con alguien a quien hablar de su situación. El acompañante también debe tener en cuenta que su paso por el tratamiento es temporal y debe ser cada vez menos necesario, este es un principio de la dirección de la cura, pues la red clínica debe sostener y no detener al paciente. En ese sentido, el último recurso es la hospitalización que a veces se hace necesaria cuando esta articulación no llega a contener el delirio y se pone en riesgo la condición de los pacientes.

Este espacio del acompañamiento terapéutico propuesto para la clínica puede ser realizado también desde el hospital psiquiátrico ya que generalmente la vivencia del hospital es traumática y no existe dentro de estas instituciones la posibilidad de hablar. En la mayor parte de los casos el estatuto del síntoma es orgánico y la palabra en sí misma no tiene un valor terapéutico. Además el acompañante puede hacer más suave la salida del hospital y permite una continuidad de contención ambulatoria para realizar una clínica orientada hacia la estabilización. Por otro lado, se espera que no se mantenga por tiempo innecesario tantos elementos de contención. Es decir que se haga menos necesaria la amplitud de la intervención como un principio de la dirección de la cura. En este sentido, es importante el lugar que puede tener el medicamento, pero también en este ámbito es necesario considerar las condiciones que puede aportar un acompañante en lo cotidiano.

El orden de lo familiar en las psicosis es especialmente importante, su historia y el papel que tiene el enfermo, solo representa su síntoma. En este sentido la presencia real del acompañante funge también como un elemento de contención hacia la problemática familiar. En algunos casos existen en la misma familia varios casos de psicosis que interactúan de una manera muy mortífera; el interjuego familiar llega a producir un quiebre psicótico en un miembro de la familia cuando el paciente-representante comienza a producir nuevos espacios.

En el discurso y sobre todo en los episodios de crisis del paciente se representa la historia familiar. Las dimensiones delirantes del psicótico están ligadas directamente a la dinámica familiar así como a los duelos pendientes de sus integrantes; en los que los significantes se convierten en fantasmas que aparecen frecuentemente en el delirio del paciente y precisamente él es quien los mantiene vivos en su dimensión psicótica.

El acompañante terapéutico corre el riesgo de convertirse en un perseguidor dentro de la dimensión imaginaria del delirio psicótico; este fenómeno es frecuente y es importante cuidar que no ocurra esta posibilidad pues en ella se pueden producir efectos iatrogénicos indeseables. Por el contrario, en la apuesta de la presencia real del acompañante se incluye la posibilidad de producir

una presencia simbólica que incluya en la dimensión psíquica un elemento de contención.

El lugar transferencial del acompañante es diferente al del analista y al psiquiatra, pues el acompañante opera en el contexto familiar mismo en donde se produjo la enfermedad. Así el paciente cuenta con un “embajador” del analista que permite extender el espacio terapéutico que implica la alteridad. El acompañante terapéutico no es amigo, ni enfermero, ni analista, pero implica una escucha clínica que tiende a producir *con* el paciente la reinaguración del lazo social. El paciente señala el camino y el momento de actuar. En el recorrido del tratamiento la transferencia del acompañante hacia la psicosis juega un papel esencial pues el acompañante tiene en el tratamiento un lugar de sujeto activo en el contexto del convivir con el acompañado y sobre todo en los lugares “familiares al síntoma”, en donde tuvo sus orígenes la forclusión; por esto, la evolución de la transferencia puede ser un modulador de la cura.

En el devenir del tratamiento, la dinámica transferencial del acompañante hacia el paciente tiene efectos fundamentales. Desde el lugar del acompañante es importante tener *a priori* la idea de que ese paciente representa un sujeto en particular en donde lo más importante es lo que lo hace diferente a los demás; en el cual existen también dentro de su estructura algunas dimensiones delirantes y otras no. En este caso pensar al paciente psicótico como una falla global de estructura no ayuda a establecer hacia donde apuntan los espacios de posibilidad y estabilización. El diagnóstico solo puede concebirse como un fenómeno provisorio y temporal ya que el discurso del paciente es del orden de lo viviente aún cuando las dimensiones delirantes muestren la dinámica fantasmática que circula en la familia y en ese caso en particular.

La apuesta terapéutica sería entonces poner en juego una intervención a manera de “estructura” clínica suplementaria a los modos de pensamiento en las psicosis. Esta modalidad apunta a sostener aquellos espacios sin ley simbólica de las dimensiones delirantes del paciente; en los cuales el paciente podrá constituir un espacio propio, un nuevo modelo de vida. En donde el gobierno tiránico del inconsciente no lo lleva a actuar y encarnar los fantasmas familiares.

Bibliografía

- GARRABE, J. (1992). *Histoire de la schizophrénie*. Paris, Seghers.
- RODRIGUEZ, J.; LANDA, F. (1996). “Primera jornadas sobre la clínica de las psicosis”. Mexico D.F.
- LACAN, J. (1984). *El seminario. Libro 3. Las psicosis*. Buenos Aires. Paidós.

Resumos

A clínica das psicoses coloca a necessidade de estabelecer uma modalidade de tratamento diferente daquele das neuroses. Esta prática implica um trabalho multidisciplinar imediato e freqüente, onde se estabeleçam algumas coordenadas fundamentais no devir do tratamento. Mesmo assim, alguns fenômenos similares à dinâmica específica do paciente psicótico se apresentam no interior do grupo de trabalho, fazendo-se necessário considerar a loucura do grupo como um fator dinâmico do tratamento. É, portanto, fundamental partir da singularidade do paciente para desenvolver o modelo particular a cada caso, no qual a intervenção é um elemento que pretende sustentar aquele que falha na dimensão delirante do paciente.

La clinique des psychoses exige l'établissement d'une modalité de traitement différente de celle des névroses. Cette pratique implique un travail multidisciplinaire immédiat et fréquent, visant à établir certaines coordonnées fondamentales pour l'efficacité du traitement. Malgré tout, quelques phénomènes rappelant la dynamique spécifique du patient psychotique surgissent dans le groupe de travail, et la folie du groupe doit alors être considérée comme un facteur dynamique du traitement. Il est donc fondamental de partir de la singularité de chaque patient pour développer un modèle dans lequel l'intervention sera un élément destiné à soutenir quiconque se laisse entraîner dans la dimension délirante du patient.

The clinic of psychosis demands a different treatment modality from that of neurosis. Such practice entails frequent, immediate multidisciplinary work, so as to settle fundamental data allowing an effective treatment. Still, some phenomena similar to the specific dynamic of a psychotic patient arise within the working team, demanding that the group's insanity be considered as a dynamic factor for treatment. It is thus crucial to build, from each patient's singularity, a specific model in which intervention is a one element intended to support whoever gets caught in the patient's deliriant dimension.