

Pioneros de la psicosis



© Vicente Palomera, 2014.

© de esta edición digital: RBA Libros, S.A., 2018.

Diagonal, 189 - 08018 Barcelona.

www.rbalibros.com

REF.: GEBO498

ISBN: 9788424938116

Composición digital: Newcomlab, S.L.L.

Queda rigurosamente prohibida sin autorización por escrito del editor cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra, que será sometida a las sanciones establecidas por la ley. Todos los derechos reservados.

Índice

PRESENTACIÓN

PIONEROS DE LA PSICOSIS

AGRADECIMIENTOS

ÍNCIPIT

1. ANTINOMIAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS
PSICOSIS

2. «AMAN SU DELIRIO COMO A SÍ MISMOS»

3. «FREUD NOS HA MOSTRADO UN MUNDO NUEVO»

4. EL ASUNTO OTTO GROSS

5. IN LOCO, IN ALTERO

6. UN CASO DE «PARANOIA» FEMENINA

7. EL MARAVILLOSO SCHREBER

8. CLÍNICA DE LA PSICOSIS BAJO TRANSFERENCIA

9. SUTURAS DELIRANTES: DOS CASOS

10. PSICOSIS Y NARCISISMO

11. LA CURA ESPONTÁNEA DE UNA CATATONIA

12. LOS OJOS TORCIDOS

13. EL APARATO DE INFLUIR

14. EL PACIENTE AMERICANO

15. UN CRIMINAL «NEURÓTICO»

16. UN CASO DE ASMA NERVIOSA

17. «COMO SI»

18. PSICOLOGÍA DE LOS ESTADOS MANÍACO-
DEPRESIVOS

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

NOTAS

PRESENTACIÓN

por

GUY BRIOLE

Pioneros de la psicosis es el título que Vicente Palomera le ha dado a su libro. Resulta una elección excelente por dos motivos: por un lado, es un título que nos habla de una época en la que se marca una ruptura con una modalidad descriptiva de la psicosis en beneficio de un interés hacia el paciente; y, por otro lado, hace hincapié en que, como consecuencia de las teorías de Freud y de Lacan, con cada nuevo paciente debemos reinventar una solución que se adapte a cada uno. Por ello, los psicoanalistas que atienden a pacientes psicóticos suelen encontrarse en una posición de pioneros. En esto, igual que en la redacción de este libro, inspirado y estrictamente fiel a los trabajos en que se basa, Vicente Palomera es también un pionero. Así pues, lo seguiremos por los caminos que nos presenta en este libro.

La creación del libro, incluso su desarrollo, hace que lo leamos como si asistiéramos a un descubrimiento que permitiera el apoyo sobre los casos primeros que, de un autor a otro, nos ofrecen las invenciones de esos primeros psicoanalistas de psicóticos. Siempre resulta una sorpresa y una maravilla poder ver cómo han sabido generar una

transferencia en que la particularidad del sujeto psicótico es que, aunque sea esencial a la existencia del paciente, también puede poner en peligro aquello mismo que lo provoca. Es lo que se conoce como la erotomanía de la transferencia.

Los lectores se apasionarán por la historia de esos pacientes y su encuentro con esos pioneros, por lo que han aprendido los unos de los otros y por lo que nos transmiten.

En la época en la que Freud y sus alumnos se aventuran en el campo de la psicosis, el maestro en ese terreno es el gran psiquiatra alemán Emil Kraepelin. Este incansable y metódico estudioso estableció las bases de la psiquiatría en las siete ediciones sucesivas de su *Tratado de psiquiatría*. Para él, igual que para muchos en su época, la etiología de las enfermedades mentales responde a una causa infecciosa o genética, y la evolución resulta desfavorable, excepto en una parte más limitada, la paranoia, cuya patogenia sería puramente psicogénica. Es una excepción que se hace en la colosal obra de Kraepelin para aquellos «apasionados combatientes» que no tendrían «las armas suficientes para enfrentarse a las dificultades de la vida».¹

Tampoco nos sorprenderá el hecho de que Freud, igual que Lacan, haya entrado en esta investigación a través de la paranoia. Tanto para uno como para otro se trata de partir de un hecho que todo médico puede advertir con el psicótico: antes de que se formule la pregunta, encontramos la respuesta. El psicótico tiene la respuesta, tiene la certeza de saber. Lacan, en su vuelta a Freud,

continúa el trabajo de este, pasando del amor por la verdad al rigor del saber. El interés se centra en las producciones del paciente y no en una causalidad que tendría al paciente al margen de sus propios pensamientos y actos, esto es, de su responsabilidad como sujeto.

Así pues, desde su tesis —*De la psicosis paranoica y sus relaciones con la personalidad*—, Jacques Lacan defiende que el caso clínico, que un solo caso clínico estudiado en profundidad, puede explicar otros muchos. Este método supone una ruptura con las prácticas que se llevaban a cabo en aquella época, y especialmente con aquellos que trabajan la nosología. El enfoque de la psicosis por parte de Lacan no apunta ni a una división ni a una dispersión del orden clasificatorio, sino a poner el acento en el valor de «estructuras mentales particulares» que esta metodología permite individualizar. No se trata de interpretar las producciones delirantes, sino de delimitar con la mayor precisión posible los determinantes estructurales que han predominado como detonantes de la psicosis. La producción delirante o delirio no tiene ningún significado general y no adquiere sentido para un sujeto más que para «cada caso concreto». Por ello Lacan recalca la frase de Bleuler, retomada por Kretschmer: «No existe la paranoia, sino los paranoicos».²

Destacar la particularidad de cada caso es algo que hay que recordar en el siglo XXI, en que el psiquiatra moderno se considera un hombre de ciencia, que regresa a una furiosa búsqueda de una etiología orgánica acerca del

modelo de parálisis de Bayle descrito en 1822 y que relacionaba directamente las lesiones cerebrales con los delirios de los pacientes.

La «psiquiatrada»³ es el neologismo, la palabra creada por Lacan para hablar de la situación contradictoria entre los psiquiatras cuando se entregan a todo tipo de contorsiones para encontrar una causalidad a la psicosis que les evitaría enfrentarse a la locura y asumir la dimensión social de su función. Por ello, la psiquiatría ha llevado a cabo diversas revoluciones —Lacan le da al equívoco de esta palabra su verdadero sentido— que presentan la particularidad de que cuando la revolución termina, volvemos al punto de partida, de modo que hemos hecho una vuelta sobre nosotros mismos. La dimensión científica que ofrecen las perspectivas genéticas y las de la nanomedicina han sacado del todo la «psique» de la clínica. De hecho, esta parodia de recurrir a la ciencia no es más que una ilusión, la locura sigue siendo la locura, y las terapias génicas o nanomoleculares no solucionarán los desórdenes de los hombres.

Los progresos de la psiquiatría no se dan al mismo tiempo que los de la ciencia. Esta última avanza sola, mientras que los psiquiatras tienen que recurrir a Lombroso y a las lesiones serpiginosas de Gaëtan Gatien de Clérambault. Desprovistos tanto de la clínica como de una cierta experiencia, y lejos de sentirse animados por el deseo de ir al reencuentro con los pacientes, tan solo les queda aplicar los protocolos que deciden los ingenieros, los

biólogos y los especialistas en los enfoques cognitivos de los seres vivos.

El libro de Vicente Palomera no es solo un libro de historia del psicoanálisis. Es plenamente actual por su tratamiento del concepto de determinación, que siempre es nuestra determinación a no retroceder frente a la psicosis, pero también, y esto es una tarea ardua, a resistir al oscurantismo que convertiría un hecho objetivable y cuantificable en algo causal en la vida de un sujeto, reducido a su biología. Este sujeto, proscrito por la ciencia, se ve privado de tener que sostener su causa, la que lo convierte en un sujeto libre y responsable. El psicoanálisis mantiene la contingencia del hablante que, por el hecho de ser sujeto del lenguaje, resultado del reencuentro entre las palabras y el cuerpo, encuentra su libertad en sus tropiezos.

Al final de su *Íncipit*, el autor insiste en el hecho de que «el sujeto debe llevar a cabo un esfuerzo continuado para mantener unidos el cuerpo, el lenguaje y el goce, y todo esto sin el apoyo de ningún discurso predeterminado». Y es la búsqueda de este esfuerzo lo que lleva a los pioneros de ayer igual que a los de hoy a recibir a los sujetos psicóticos que se dirigen a ellos. El psicoanalista lacaniano, más que cualquier otro, se convierte en el destinatario de esta demanda: es un pionero decidido. Y Vicente Palomera es uno de ellos, como lo demuestra esta obra.

PIONEROS DE LA PSICOSIS

AGRADECIMIENTOS

Este libro retoma con modificaciones el texto de la tesis presentada para la obtención del grado de doctor del Département de Psychanalyse de la Université de Paris 8, de título *L'expérience psychanalytique des psychoses à l'époque freudienne*. En su redacción tuve el privilegio de contar con el apoyo y la orientación del que fue director de tesis, Jacques-Alain Miller. A la hora de escribir este libro tuve en cuenta sus observaciones, así como las de los otros miembros del jurado, en el momento de defensa de la tesis. Aprovecho la ocasión para agradecerles a él y a los miembros del jurado —Guy Briole, Serge Cottet, Henri-Rey Flaud y Pierre-Gilles Gueguen— la lectura atenta que supieron dispensar a nuestra tesis.

Quiero agradecer asimismo la interlocución que mantuve con mis colegas docentes de la Sección Clínica de Barcelona, y especialmente a Miquel Bassols, a Elvira Guilañá y a Hebe Tizio que me animaron a llevarla a su término.

La investigación fue posible en gran medida por el excelente fondo bibliográfico disponible en la Bibliothèque de l'Ecole de la Cause freudienne, en París, y el de la

Biblioteca del Campo freudiano de Barcelona, en Barcelona.

A Ricardo Rodrigo por su generosidad y apoyo al campo freudiano en España. *Last but not least*, a Rosalba, mi esposa, por su ayuda, su cariño, y a mis hijos, Jaime, Alfredo y David, que me apoyaron con su deseo resuelto y decidido.

ÍNCIPIT

Instruidos por el rigor del testimonio del psicótico, en su encuentro con él, los primeros clínicos solían verse implicados en una relación en la que se les asignaba un lugar inesperado, a menudo amenazante. No disponiendo de cartografía alguna, Freud y algunos psicoanalistas contemporáneos suyos se adentraron en ese territorio con el objeto de alzar un mapa que pudiera guiarnos en el tratamiento de la psicosis.

Detrás de todo mapa hay siempre la experiencia que se hace del territorio, lo vivido que se sabe con el cuerpo y las distancias que hace falta recorrer. Los caminos que aquellos pioneros iniciaron no eran vías de comunicación que condujeran a lugares predeterminados y conocidos. Ellos supieron qué significa encontrarse en un camino que se pierde en el bosque, abriendo vías perdidas que vagan por él, ora más claras, ora más borrosas, que a veces cesaban bruscamente en lo no hollado.

El mapa que empieza a trazarse no seguirá los caminos del «mapa del país de la razón pura» de Kant,¹ sino otra razón que podía incluir el inconsciente y el goce que habita a los seres hablantes. Desde los primeros trabajos de Freud encontramos indicaciones sobre sus contactos con las ideas

psiquiátricas de la época.² En 1894, el representante de la llamada «psiquiatría crítica», Max Herz, en una intervención en el Congreso de Psiquiatría y Neurología de Viena, del que Freud era el primer secretario, menciona explícitamente el «mapa de la razón pura de Kant» y declara que el propósito de la «psiquiatría crítica» era seguir los caminos que llevaban a la razón perturbada a diverger de ese mapa para poder verificar en un trastorno dónde se embrollan esos caminos.³

Freud iba a renovar la clínica de la psicosis junto a un entusiasta grupo de alumnos que empezaron a explorar las posibilidades de su tratamiento después de comprobar que en el encuentro regular con psicóticos se producían efectos de pacificación y de estabilización.

La clínica de la psicosis es sobre todo una cuestión de gusto. Freud siempre aconsejaba a sus discípulos centrarse en el núcleo de las neurosis, y los precavía ante cualquier entusiasmo terapéutico respecto de la psicosis; sin embargo, no desalentaba a quienes transmitían el interés por la psicosis, a pesar del cansancio que puede llegar a entrañar el hecho de confrontarse con quienes se sitúan fuera de todo discurso, en un trabajo que puede producir efectos de exaltación, pero también de fatiga e incluso depresión, afectos estrechamente relacionados con el acercamiento al goce y a sus modos de retorno en la psicosis.

Al abordar lo más singular de la experiencia psicótica, Freud enseñó a localizar en los fenómenos clínicos al sujeto

implicado en ellos y a construir una clínica que hiciera posible situar la lógica de la estructura en juego.

¿Es posible relacionarse con un psicótico? En caso afirmativo, ¿cómo y por qué es posible? ¿De qué tipo de relación se trata? ¿Desde qué lugar podemos operar en el tratamiento de la psicosis? Freud y sus discípulos descubrieron que la posibilidad de intervenir no depende de la voluntad del psicoanalista, sino del lugar que le asigna la estructura. La cuestión es saber qué lugar o lugares hacen posible que el analista pueda incluirse en la estructura de la cura y hacer posible su intervención.

En la perspectiva inaugurada por Freud, el ser humano es un sujeto torturado por el lenguaje, lo que significa que su existencia se juega en las marcas que dejan las palabras que se escapan a su dominio y que inciden en el goce del cuerpo.

En las declaraciones de los psicóticos es donde mejor podemos ver los efectos devastadores de determinadas palabras: palabras percibidas y captadas en los otros, palabras aisladas y alucinadas, palabras persecutorias y cargadas de un goce mortífero, palabras que vuelven siempre al mismo lugar, que orientan la vida del sujeto y que el tiempo no logra borrar.

En la psicosis las palabras permanecen fijas, fuera de toda dialéctica. Esta adherencia extrema a la palabra hace que el psicótico aparezca calcado sobre la palabra del otro y atrapado en un mimetismo que le impide despegarse de ese otro. Al tratarse de una palabra «vacía», deshabitada

por el sujeto, puede llevarlo a un hiperconformismo familiar y social, por percibir que las palabras no son suyas, o incluso sentirlas como inconsistentes.

En la psicosis, la relación con la lengua se presenta de un modo descarnado, hasta el punto de que Freud llegó a hablar de un «inconsciente a cielo abierto» en la psicosis. Tener una mirada sobre el inconsciente «a cielo abierto» significa tener en cuenta un inconsciente cuyo cielo no está cubierto por lo que Freud situó bajo el «complejo de Edipo». «Inconsciente a cielo abierto» significa, por lo tanto, un inconsciente sin protección, sin la seguridad que puede dar el hecho de que las palabras quieren decir algo, sea porque lo dijo el padre o la tradición.

Esta particular relación del sujeto psicótico con la palabra confiere a las personas que tienen a su cargo su tratamiento una responsabilidad que deben calibrar, sabiendo que no se puede hablar al psicótico como al neurótico, pues la palabra tiene un estatuto diferente para ambos. Si el psicótico tiene una relación de extrañeza con el lenguaje es porque ignora la lengua que habla. La lengua le resulta extranjera, razón por la cual se ve obligado a hacer un esfuerzo permanente para interpretarla y extraer la significación.

Aunque, en nuestra época, la opinión corriente descansa sobre una concepción doctrinal de la psicosis como déficit, el psicoanálisis muestra lo mal fundado de semejante teoría. La psicosis no es déficit, sino posición subjetiva. Lo que caracteriza y diferencia la posición del psicótico de la

del neurótico es su rechazo del inconsciente. La posición del psicótico es la consecuencia del rechazo a subjetivar la identificación común, rechazo que resulta ser una decisión que nada podrá llegar a suplir.

Ninguna identificación puede funcionar en un sujeto sin una «decisión del ser», decisión «insondable» —como la calificó Lacan—. ⁴ Esta «insondable decisión del ser» la conocemos también bajo el nombre de «subjetivación». El sujeto psicótico no encontró las identificaciones suficientemente atractivas. Eran poca cosa. En cierto sentido, la psicosis es la consecuencia más extrema de haberse desprendido del atractivo de las identificaciones.

Una de las características de las identificaciones es el efecto de sugestión y de masificación que inducen, ⁵ ya que por sus rieles las personas se deslizan en un discurso normalizado. Por su lado, y como resultado de su rechazo a entrar en un discurso «normalizado» por las identificaciones, el psicótico encuentra el delirio y la tentación de la libertad absoluta.

Freud fue el primero en señalar la importancia de la elección en la neurosis y la psicosis, precisando que la realidad psíquica de cada cual se constituye cuando, en un momento determinado —momento primordial, por lo tanto— se produce dicha elección. El neurótico encuentra en su elección un modo de defenderse contra lo real que excede cualquier simbolización. Por su parte, el psicótico, al rechazar esa identificación, se queda sin defensa ante lo real del goce. En este sentido, si la identificación

primordial es una solución que vale «para todos», el sujeto psicótico —en nombre de su irreductible excepcionalidad— rechaza una solución universal, viéndose así obligado a tener que inventar una solución nueva... y única.

La psiquiatría parece hoy consagrada a la búsqueda de un «test biológico» que un día nos permitirá separar las afecciones de la psicosis. Sin embargo, en la clínica diaria constatamos que la vida no está afectada únicamente por agentes naturales. Los seres humanos sufren de una enfermedad que se sustrae a cualquier test biológico, una enfermedad que se introduce en el viviente a través del parasitismo del lenguaje, que hace que el organismo esté atravesado por él como un extraño predador que prolifera y vive a su costa. La psicosis es un modo de tratamiento original de ese «parásito lenguajero» donde el sujeto debe realizar un esfuerzo ímprobo para mantener anudados el cuerpo, el lenguaje y el goce, y todo ello sin el sostén de ningún discurso establecido.

ANTINOMIAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS PSICOSIS

En su tesis doctoral, *De la psicosis paranoica en su relación con la personalidad*, Lacan dio cuenta en 1932 del interés de los pioneros del psicoanálisis por la psicosis, de cómo se instruían en ella tomando al psicótico como objeto de cuestionamiento y llegaban a someter su práctica a la prueba de la psicosis hasta el punto en que esa práctica parecía renunciar. Sobre este punto de renuncia nos quedan aún las marcas que ellos nos dejaron en los caminos abiertos.

Es conocida la posición de Freud en el *Compendio del psicoanálisis* (1938) cuando declara «la necesidad de renunciar a la aplicación de nuestro plan terapéutico en el psicótico, renuncia que quizá sea definitiva, o quizá solo transitoria, hasta que hayamos encontrado otro plan más apropiado para este propósito».¹ La posición de Freud respondía al hecho de que el psicótico, o bien no tiene otro objeto que sí mismo, o bien, cuando hay una restauración de la relación de objeto, la transferencia se efectúa bajo un modo persecutorio.

Seis años antes, un Lacan joven se expresaba en un sentido que no era de renuncia, que mostraba una confianza, no exenta de prudencia, al escribir sobre las posibilidades de una acción psicoterapéutica eficaz en los casos de psicosis.²

Sobre «las indicaciones que se pueden proponer para el tratamiento de la psicosis», Lacan señala lo siguiente: «Desde luego, es el psicoanálisis el que nos parece que viene en primer lugar. Sin embargo, observemos la prudencia extrema con que proceden los psicoanalistas mismos, particularmente en el estadio de psicosis confirmada. De acuerdo con la confesión de los maestros, la técnica psicoanalítica conveniente para estos casos no está madura aún. Es este el problema más actual del psicoanálisis, y es de esperar que encuentre pronto su solución, pues un estancamiento de los resultados técnicos en su alcance actual no tardaría en acarrear consigo el decaimiento de la doctrina. Algunos casos, sin embargo, sí han sido analizados. Se han obtenido resultados netamente favorables, y algunos de los análisis se han publicado con detalles. Subrayemos con elogio la extremada reserva que expresan los autores mismos acerca de los resultados felices. No dejan de atribuirlos a coyunturas particularmente propicias, y siempre hacen persistir grandes reservas en cuanto al porvenir».³

A renglón seguido, Lacan cita varios casos de psicosis analizados y donde se habían obtenido resultados favorables, entre otros el caso de «paranoia crónica», de

Poul Bjerre (1912), y el análisis de un delirio paranoico de celos, de Ruth Mack-Brunswick (1928);⁴ por otro lado, observa que el problema más espinoso planteado por la técnica psicoanalítica es el de «la absoluta necesidad de corregir las tendencias narcisistas del sujeto mediante una transferencia tan prolongada como sea posible». Esta sería la *primera antinomia*, es decir, la primera contradicción a resolver.

Lacan señala una *segunda antinomia*: «La transferencia sobre el analista, al despertar la pulsión homosexual, tiende a producir en estos sujetos una represión en la cual la doctrina misma nos hace ver el mecanismo más importante de la eclosión de la psicosis. Este hecho puede poner al psicoanalista en una posición delicada. Lo menos que puede ocurrir es el abandono rápido del tratamiento por parte del paciente».⁵ Puede ocurrir, también, que «la reacción agresiva se oriente con mucha frecuencia contra el psicoanalista mismo, y persista durante largo tiempo, incluso después de la reducción de síntomas importantes, y con gran asombro del enfermo mismo».

Lacan observa también que algunos psicoanalistas proponen, como condición primera, la cura de estos casos en clínicas cerradas, como hacen Ernst Simmel, en la clínica Schloss-Tegel, a las afueras de Berlín,⁶ o Istvan Hollós en la «Casa Amarilla» de Budapest.⁷ En suma, esta antinomia implica que «la acción del tratamiento debe implicar la buena voluntad de los enfermos como primera condición».

Una *tercera antinomia*, consecuencia de lo que Lacan define como una propiedad del inconsciente, es que «el delirio mismo expresa a veces de manera tan adivinatoria la realidad inconsciente, que el enfermo puede integrarle de golpe, como otras tantas armas nuevas, las revelaciones que el psicoanalista aporta sobre esta realidad». Cita, a continuación, un párrafo de «Algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad»,⁸ en el que se refiere a los apoyos que un paciente celoso hallaba en cada una de las interpretaciones del psicoanalista.

Resulta llamativo el empleo del término «adivinatorio» en este contexto. Lacan piensa en el inconsciente como un sistema formal en el que se alojaría un saber que sobrepasa cualquier cálculo. Efectivamente, el término «adivinatorio» se encuentra en algunas tradiciones religiosas donde la adivinación constituye un medio para obtener un signo de Dios. En otras palabras, Lacan entiende que el inconsciente produce un cierto tipo de certeza, y que en la psicosis el inconsciente advertiría al sujeto anticipando una certeza, o mejor dicho, produciendo una respuesta o una solución prematura que se anticiparía a la pregunta.⁹

Por todo esto, Lacan concluye que «el problema terapéutico de las psicosis hace más necesario un *psicoanálisis del yo* que un psicoanálisis del inconsciente, lo cual significa que habría que encontrar soluciones técnicas en un mejor estudio de las resistencias del sujeto y en una experiencia nueva de su modo de operar», observación que

no estaba muy alejada de las posiciones de Paul Federn y otros psicoanalistas que se enfrentaban con casos de psicosis.¹⁰

EVITAR EL MAL ENCUENTRO CON LA INTERPRETACIÓN

Las tres antinomias mencionadas tienen la virtud de poner de relieve aquellos puntos donde la «renuncia» freudiana al tratamiento de la psicosis abría una brecha en el saber analítico, y cuya no resolución —como señalaba Lacan— supondría un decaimiento de la doctrina.

Robert Wälde se interesa por las razones de la estabilización de Schreber e indicará que las consecuencias de los procesos curativos espontáneos abren una posibilidad ahí donde parecen presentarse límites a la aplicación terapéutica del psicoanálisis a la psicosis.¹¹ Wälde cuestiona la premisa de Freud según la cual la transferencia es imposible en la psicosis presentando el caso de un matemático esquizoide en el que se había obtenido un éxito razonable por medio de la sublimación de la libido narcisista. Wälde tiene la impresión de que podía existir una articulación entre la libido narcisista y la libido objetal que haría posible la transferencia en la psicosis. Seguramente Freud había leído el artículo de Wälde, porque, en un párrafo de «Neurosis y psicosis», en 1924, es decir, el mismo año en que Wälde publicó su artículo, decía escribir «en conexión con una línea de pensamiento

surgida de otras procedencias concerniente al origen y prevención de la psicosis». ¹²

Era mucho lo que los discípulos de Freud esperaban aprender de los mecanismos en juego en los procesos espontáneos de recuperación y las diversas formas de estabilización, pero ¿cómo hacer entrar a la psicosis en el tipo de vínculo social de discurso que implica el tratamiento analítico? ¿Cómo puede el Otro perseguidor del paranoico ser compatible con el psicoanálisis? Si el Otro es transparente, si lo sabe ya todo, ¿no puede ser este el síntoma que prepare el terreno para su transformación en la certeza de que «el psicoanalista lo sabe ya todo»?

La cuestión es saber qué dirección dar al tratamiento una vez se toma al psicótico en análisis. ¿Qué puede producir dicha aceptación? Es la cuestión formulada por Edoardo Weiss en el momento de abordar el problema del diagnóstico temprano de la psicosis, ¹³ así como por Paul Federn al dedicar varios trabajos a esta cuestión.

Veremos cómo, pasado el entusiasmo interpretativo de la «Escuela de Zúrich», el problema se centrará fundamentalmente en el manejo de la interpretación en la psicosis. Karl Landauer, un especialista en la esquizofrenia, lo señala de un modo destacado. También lo encontramos en una carta de Freud a Herbert Binswanger, en 1935, ¹⁴ en la que declaraba haberse tenido que abstener de introducir una confesión del paciente en el curso del tratamiento debido a que se trataba de una psicosis. Con enorme lucidez, Freud evita el encuentro con la interpretación que

hubiera podido desencadenar un episodio psicótico. En resumen, la operatividad de la interpretación depende del mecanismo de la represión, y en la psicosis esta no está presente.

EL ANALISTA-BRICOLEUR

Algunos casos de psicosis que se hallaban más allá de la influencia terapéutica hacían que la ubicación de Freud en el tratamiento de sujetos psicóticos se asemejase a esa forma de «autohacer» propia de la figura del *bricoleur*, a la cual Claude Lévi-Strauss hacía referencia.¹⁵ ¿Cómo definir este tipo de operación que no tiene ni la forma reflexiva, ni la expresión formalizada, ni la progresividad rigurosa de los saberes transmisibles? Para definirla, Lévi-Strauss introdujo la imagen del pensador «primitivo» como artista-*bricoleur* que utiliza lo que tiene a mano para realizar todo tipo de *odd-jobs*, es decir, de apaños dentro de un inventario determinado de materiales o enseres domésticos.

El bricolaje no procede ni de un proyecto coherente — para el *bricoleur* se trata siempre de una intervención puntual y ocasional—, ni de un saber específico —el *bricoleur* reutiliza los materiales que encuentra y que estaban destinados a otros empleos: los resultados son inciertos, nunca son idénticos y, por lo tanto, son difícilmente reproducibles. Lo esencial es que los objetos que poseen un significado en el lenguaje normalizado

pueden obtener un nuevo significado, ser objeto de nuevos usos—. Por todo ello, la posición de Freud en el tratamiento del delirio sugiere al *bricoleur* y siempre en la lógica del caso por caso. Un ejemplo paradigmático lo podemos ver en uno de los casos que Sandor Ferenczi controla con Freud, el «caso Marton». Freud se muestra pesimista porque la paciente se situaba más allá de los límites de la influencia del dispositivo analítico y señala que, a pesar de todo, se podía hacer un tratamiento discrecional, indicando que el caso podía instruir al psicoanálisis: «Para hospitalizarla convendría utilizar de nuevo la ficción que ya fue puesta en funcionamiento: el enfermo es el marido que ella también observa. Al cabo de dos meses se le podría anunciar que su marido ha sido transferido y proseguir el tiempo que fuera posible la experiencia, situándose en el terreno del delirio. La influencia no es posible más que a partir de aquí, jamás a partir de la lógica».¹⁶

Una indicación así pone de relieve los límites del procedimiento que Freud había adoptado al escribir su trabajo sobre la *Gradiva* de Jensen. Recordemos que la fábula imaginada por Jensen encontraba un mentís en la dura realidad. En el «caso Marton», Freud propone a Ferenczi crear una ficción que situaba a Ferenczi en el terreno del delirio, de un modo que, como veremos, no era muy distinto al lugar que Jung ocupará en el caso de Otto Gross.¹⁷

Por su parte, de sus controles con Freud, Ferenczi supo extraer algunas enseñanzas:¹⁸

Primero: no discutir de análisis con el paranoico.

Segundo: aceptar con precauciones sus ideas delirantes, es decir, tratarlas como posibilidades.

Tercero: se puede lograr una cierta transferencia haciendo uso de alguna cualidad del paciente.

Cuarto: estos enfermos realizan siempre la mejor interpretación de sus sueños. En general los interpretan muy bien (por carecer de censura).

Quinto: es difícil conducirlo mediante la discusión a más de lo que él mismo quiere. No obstante, si está de buen humor es condescendiente a hablar de ideas que se le ocurren (así es como conciben el análisis). Lo más importante se averigua en el transcurso de estos intentos, pero no es fácil saber a qué atribuirlo. Si se advierte que empieza a sentirse herido, se le debe dejar asociar según su método.

Sexto: el paranoico no soporta que se le cite su «inconsciente», él no tendría nada «inconsciente», porque se conoce perfectamente. En realidad se conoce mejor que los no paranoicos; lo que no proyecta le es perfectamente accesible.

KARL LANDAUER: LA TÉCNICA «PASIVA»

Si bien la función de la palabra era para Freud dominante en la psiconeurosis, se verá llevado a tener en cuenta muy pronto el manejo de la letra en el tratamiento de la psicosis, como ocurre en el caso de la señora P, publicado

en «Nuevas observaciones sobre las psiconeurosis de defensa».¹⁹

Este caso se presenta como un «texto desgarrado»:²⁰ Freud se da cuenta del lugar que una novela de Otto Ludwig, *Die Heitherei*,²¹ tiene en el delirio de la paciente. El título de esta novela, que carece de género en alemán, vuelve en las alucinaciones de la paciente.²² Freud usa este texto para situar en la sintaxis del delirio los comentarios de las voces que la persiguen.

Apuntar a una práctica de la letra en la psicosis supone tener en cuenta la posición del analista como «secretario del alienado»,²³ posición que hemos encontrado en los trabajos publicados de Karl Landauer.

En 1913, Landauer había disertado, en Viena, sobre la psicología de la esquizofrenia, declarando que estos pacientes podían beneficiarse del tratamiento psicoanalítico. En 1924 escribiría un artículo sobre «La técnica pasiva»,²⁴ en el que señalaba que mediante esa técnica había llevado a una feliz recuperación varios análisis de depresión que había tomado a su cargo (se trataba de casos de depresiones «endógenas», melancolías e hipocondrías). Landauer argumenta que en los casos de esquizofrenia resultaba también adecuada la aplicación de la «técnica pasiva». ¿En qué consiste esa «técnica pasiva»? Precisamente, «en omitir temporalmente la transferencia de objeto, positiva o negativa, lo que permitía ir directamente a la identificación y a la proyección».²⁵ Landauer señala que esto es lo que ocurre en psicosis con

alucinaciones auditivas donde podemos servirnos del ardid de expresarnos en «términos alucinatorios», es decir, hablar del paciente y del médico en la tercera persona, o bien impersonalmente, más que en la primera o la segunda persona. Así se hace posible llevar a la palabra el carácter compulsivo del proceso. Así, por ejemplo, un paciente que se mantenía en silencio cuando nos dirigíamos a él directamente, respondía siempre cuando se le preguntaba: «¿Se tienen que oír voces?» («Muss man Stimme hören?») o «¿Qué se piensa en él?» («Was denkt in ihm?»). Estas cuestiones —prosigue Landauer— no deben ser subestimadas, se trata más bien de una cuestión de difícil comprensión, tanto para quienes están alrededor del paciente como para su propia prueba de realidad, ya que uno tiene constantemente la impresión de que las tendencias que se expresan en sus alucinaciones deben ser disimuladas (como dijo uno de sus pacientes: «No se tienen que oír voces» («Stimmen hören darf man nicht»)).

Landauer señala que no hace otra cosa que «llevar a la realidad las pulsiones que se vieron forzadas a entrar en el dominio fantasmático para inscribirse desde la realidad externa en la irrealidad: así le garantizamos al paciente una ganancia de placer, apartando el objeto odiado por medio de la identificación, nos sustraemos a ella y le permitimos *reforzar la débil transferencia positiva* evitando que siga siendo ignorada en el dominio de lo fantasmático. De lo contrario, podría defenderse de la transferencia de objeto positiva a través de la proyección, expresada

clínicamente por medio del bloqueo».²⁶ En esta técnica, sucintamente definida, «en lugar de trabajar con la *Übertragung* (transferencia) trabajamos con la *Eintragung* (inscripción)».

Con este procedimiento, Landauer sostenía haber logrado curar dos enfermos de hebefrenia, así como influir favorablemente en varios casos institucionales crónicamente severos: «Por ejemplo, con un catatónico que había permanecido en cama casi mudo durante veintiséis años pudo, en tres meses, empezar a hablar, a salir de la cama y trabajar. En dicho periodo, perdió su miedo al contacto, una fobia que le había impedido darle la mano a nadie, tocar las manijas de las puertas, etcétera. Otra paciente que se había abstenido de comer durante cinco años y que tenía que ser alimentada por sonda, empezó a comer después de solo dos meses de tratamiento. Hasta hoy, he probado mi técnica casi exclusivamente en los casos más severos; sin embargo, incluso en estos, una gran cantidad —al menos en aspectos sociales— mejoraron en un periodo de tiempo corto».²⁷

Landauer relata la génesis de la técnica «pasiva» en el contexto de una contribución al debate sobre la técnica: «Mis primeros análisis fueron intentos de tratar psicosis siguiendo la orientación de la Escuela de Zúrich, es decir, mediante traducciones del lenguaje psicótico al discurso normal. Este era un trabajo exclusivamente del lado del médico; para decirlo de un modo más descriptivo: si uno tenía suficiente suerte de descubrir una interpretación, se

la ponía en la boca del paciente. Con este procedimiento, casi regularmente el estado del paciente empeoraba: bloqueo, estupor, aparecían estados de alucinación confusional, etcétera [...] Para evitar estos escollos técnicos había que transformar la técnica clásica infructuosa con las esquizofrenias». ²⁸

Varias fueron las claves que le abrieron el camino a Landauer:

1. El hecho de que los bloqueos pueden ser vencidos evitando la actividad interpretativa. A este respecto, tanto la pasividad como la reserva se convierten en el precepto o la regla. ²⁹
2. La suerte hizo que pudiera entender el mecanismo operante en la recuperación espontánea en un caso de estupor catatónico. ³⁰ En dicho caso, la importancia central de la identificación, hacia la cual se dirigía la proyección, se había hecho evidente. La tarea fue entonces poner estos mecanismos de la elección de objeto narcisista al servicio de la cura.
3. Fue decisiva la experiencia de un análisis que fracasaba debido a una transferencia negativa que se había manifestado ya en la segunda sesión, aunque eso se le había pasado por alto. Como resultado, el problema fue manejarse lo más rápidamente posible con la transferencia negativa y hacer que la transferencia positiva fuera indiscutible y de este modo creciera.
4. Por último, Landauer precisa que tuvo la fortuna de tener muy pronto como paciente a una actriz que era incansable en la realización de actos sintomáticos. «Mi interés se centró en sus “representaciones” —el término se ajustaba a su actividad profesional. La