

CUADERNOS DE PSIQUIATRIA COMUNITARIA

Vol. 13 número 1, 2015



Automatismo Mental

José María Álvarez y Fernando Colina
(Compiladores)

CUADERNOS DE **PSIQUIATRIA** **COMUNITARIA**

Vol. 13 número 1, 2015



Automatismo **M**ental

José María Álvarez y Fernando Colina
(Compiladores)

Fundada en 2001.

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, José Filgueira Lois, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González, Juan José Martínez Jambrina, Ana Esther Sánchez Gutiérrez y César Sanz de la Garza.

© *Copyright 2001*: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental - Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: *La habitación roja* (1908) de Henri Matisse. Oleo sobre tela. Museo del Hermitage. San Petersburgo.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 200

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo.

Periodicidad: Semestral

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria no se editó por la crisis económica en España los años 2011 y 2013. Los años 2014 y 2015 sólo se editó un número.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 13 - Núm. 1 - 2015

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación:El automatismo mental. Seis aspectos de actualidad

José María Álvarez y Fernando Colina..... 7

El hombre hablado. A propósito del automatismo mental y la subjetividad moderna

José María Álvarez 11

Lenguaje y automatismo

Kepa Matilla 35

Atrapados en el automatismo

Iria María Prieto Payo 45

Cuerpo y automatismo mental (o el cuerpo en la psicosis)

Antonio González Herrera 51

Futuro del automatismo mental

Fernando Colina 61

INFORMES

Declaración de Atocha 2016..... 71

RESEÑAS

Aproximación a Freud: una lectura actual 79

Trabajo vivo en acto. Clínica de los encierros 82

Volviendo a la normalidad:La invención del TDAH y el Trastorno Bipolar Infantil 87

IN MEMORIAM

Michelle Tansella 91

NOTICIAS BREVES..... 93

REUNIONES CIENTÍFICAS 97

NORMAS DE PUBLICACIÓN 105

Presentación

El automatismo mental. Seis aspectos de actualidad

Hace ahora un siglo, Clérambault comenzaba a elaborar el síndrome del automatismo mental. Lo que esta descripción aportó a la psicopatología clínica contiene una enseñanza que no se ha devaluado con el paso del tiempo. Cuando menos son seis los aspectos que conservan hoy día el más vivo interés. Todos ellos renuevan su actualidad y la extienden a territorios situados mucho más allá de la importancia que le confirió en su tiempo tan singular médico de la Enfermería especial de Prefectura de Policía de París.

El primero, enmarcado en la investigación historiográfica, sitúa el automatismo mental como la culminación de la fenomenología descriptiva, cenit de las observaciones sobre las alucinaciones desarrollado por los clínicos franceses a lo largo del siglo XIX y primeras décadas del XX. En él confluyen las aportaciones semiológicas más brillantes, desde Esquirol hasta Ségla, pasando por Baillarger. A lo largo de ciento treinta años, paulatinamente, las alucinaciones verbales abandonarían el apartado de la patología de la percepción para inscribirse –como propuso Ségla– en el de la patología del lenguaje interior.

De esas contribuciones habría de surgir la figura del xenópata, es decir, el sujeto hablado por el lenguaje, de quien Clérambault ofrece el retrato más esmerado. Y aquí radica el segundo aspecto, de índole estructural, que nos muestra de forma clara y dramática la relación del sujeto y el lenguaje. Desde esta perspectiva adquiere fundamento la pregunta acerca de si los trastornos del lenguaje son una manifestación de la psicosis o la psicosis es un efecto del desorden de la relación del sujeto con el lenguaje. A esta consideración aporta la noción de xenopatía argumentos capitales de reflexión. A nuestro parecer, el concepto *xenopatía* incluye una representación privilegiada de la fractura interior, pero aporta un matiz esencial que otros términos (disgregación, escisión, disociación, discordancia, esquizofrenia, etc.) no contienen: un elemento «extraño», «extranjero» (*xeno*), habita en el interior de lo más íntimo del ser y su presencia lo enferma (*patía*). El lenguaje que nos constituye, elemento íntimo y a la vez extraño, se adueña paulatinamente del sujeto y acaba hablando a través de él (xenopatía del lenguaje). De forma descriptiva lo usamos para referir la infabilidad de experimentar el propio pensamiento, los propios actos, las propias sensaciones corporales o los propios sentimientos como si fueran ajenos, impropios o impuestos, como si estuvieran determinados o provinieran de otro lugar –no importa que sea exterior o interior– del que el sujeto, perplejo y sumido en el enigma, no se reconoce como agente sino como un mero y exclusivo receptor.

Pero el automatismo mental no se limita a una descripción micro-fenomenológica del nacimiento a la psicosis o de su periodo de estado. En su conjunto –este es el tercer aspecto– constituye un modelo nosológico para pensar la locura. En él se muestra el proceso de edificación de las psicosis alucinatorias crónicas desde el surgimiento de los fenómenos elementales, esas miniaturas en las que está inscrita el conjunto de la experiencia psicótica, hasta el gran síndrome con componentes alucinatorios, delirantes, cenestésicos y motrices; esto es, desde el síndrome de pasividad (retrato preciso de la tiranía que ejerce el lenguaje

sobre el esquizofrénico) hasta la gran fragmentación simbólica y corporal descrita en el triple automatismo mental. Además, este modelo destaca la discontinuidad de la experiencia que entraña el desencadenamiento, llegando hasta el extremo de la conformación de una “personalidad segunda”, tan ajena como extraña a la personalidad premórbida.

El cuarto aspecto que destacamos sitúa al automatismo mental como la expresión más depurada del *pathos* moderno: la experiencia del hombre hablado, fragmentado, interino de sí mismo. Más que ningún otro trastorno mental, el automatismo mental, la esquizofrenia y las locuras discordantes son el testimonio directo de la presencia amenazadora, autónoma, parásita e intrusa del lenguaje, cuya manifestación por excelencia es la ruptura de unidad interior que asola al hombre moderno. De ella encontramos testimonios de primera mano no sólo en el ámbito de la investigación psicopatológica de las alucinaciones. La hallamos asimismo en el fundamento de la teoría aportada por el psicoanálisis, en la cual la división subjetiva se da como hecho constitutivo y la facultad comunicativa del lenguaje es relegada frente a la que lo concibe como lo genuino del ser. También ese determinismo del lenguaje sobre el hombre y la fragmentación que lo acompaña inexorablemente se pone de relieve en la moderna literatura (Joyce, Woolf, Faulkner) y en la filosofía, especialmente en Heidegger y sus seguidores.

Estas experiencias de fragmentación, de las cuales las voces o alucinaciones verbales son la expresión más reveladora, parecen estrechamente vinculadas a la singularidad del *pathos* del hombre de la época de la ciencia y la declinación de la omnipotencia divina. Surge de aquí un quinto aspecto consistente en interrogarse sobre el origen histórico de la esquizofrenia (el polo esquizofrénico o xenopático de la psicosis). Siguiendo esta hipótesis, la esquizofrenia debería concebirse como una enfermedad histórica que expresa la profunda transmutación de la subjetividad sobrevenida con la aparición del discurso científico, con el que el hombre se abrió a nuevos tipos de experiencias respecto a las relaciones con el mundo, los otros y consigo mismo. Esta propuesta, cuyos argumentos extraemos de la historia de la subjetividad y de la psicopatología clínica, se sumaría a las que con vigor contradicen la visión de las enfermedades mentales como hechos de la naturaleza. Además, llevando hasta el extremo dicha propuesta, podríamos concebir la esquizofrenia como un síntoma de la ciencia, en la medida en que ese trastorno señala los límites infranqueables acerca de aquello que la propia ciencia ignora de sí misma.

Por último, el automatismo mental es la bisagra que articula la clínica clásica y el psicoanálisis moderno. Las elaboraciones de Lacan sobre el lenguaje, el goce, lo real y la psicosis surgen sobre todo en referencia al automatismo mental; en este sentido, la descripción de la xenopatía clérambaultiana da pie a la construcción de una teoría en la que el lenguaje o discurso del Otro determina y conforma al sujeto. Ahora bien, la clínica clásica y su precisa semiología aportan las herramientas necesarias para, en la mayoría de los casos, distinguir mediante criterios fenomenológicos al loco del cuerdo. Hay en el último tramo de la enseñanza de Lacan, sin embargo, una vuelta de tuerca más que interesa a nuestra reflexión: si se admite que el lenguaje es constitutivo del ser (*parlêtre*), podría pensarse una dimensión genérica de la xenopatía, una experiencia común a todos los hombres, a partir de la cual surgiría la nueva pregunta de por qué no estamos todos locos o

por qué no todos experimentamos el lenguaje como un ente autónomo que nos usa para hablar en nosotros y a través de nosotros. Desde este punto de vista, al pensamiento tradicional de la clínica estructural (neurosis *versus* psicosis; cordura *versus* locura) se añade el de una clínica continuista, en la cual la psicosis sería una experiencia originaria común de la que los neuróticos lograrían zafarse con éxito mediante el empleo eficaz de ciertos mecanismos defensivos.

Todos estos aspectos convierten al automatismo mental en el gran referente para pensar la locura moderna, la representada por la fragmentación y las voces, es decir, por el polo más esquizofrénico de la psicosis. Pero también, transitando de la psicología patológica a la psicología general, el automatismo mental constituye la más importante apoyatura de la raigambre lingüística que nos convierte en sujetos y que hace del lenguaje la sustancia del alma.

Los textos de este monográfico recogen *grosso modo* las intervenciones presentadas en el Simposio «Automatismo mental», desarrollado en el marco del congreso nacional de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en Tenerife (2012). Además de compartir tema, estos textos tienen en común que sus autores trabajan, han trabajado o se han formado en el Hospital psiquiátrico Dr. Villacián de Valladolid, transferido hace unos años al Servicio de psiquiatría del Hospital Universitario Río Hortega. De ahí el carácter colectivo del enfoque de la materia tratada, de la visión general de la quintaesencia de la locura y del trato con el alienado.

José María Álvarez y Fernando Colina

El hombre hablado. A propósito del automatismo mental y la subjetividad moderna

The spoken man. About the mental automatism and subjectivity

José María Álvarez

Psicólogo clínico. Hospital Universitaria Río Hortega (Valladolid).

RESUMEN

Se propone que el automatismo mental, además de un síndrome clínico bien definido, representa al sujeto del final de la Modernidad, es decir, al hombre hablado. Para ello se argumenta que las alucinaciones verbales genuinas de la locura son una manifestación clínica relativamente reciente. La presencia de las voces muestra un cambio fundamental de la relación entre el sujeto y el lenguaje. En el terreno psicopatológico, esa presencia del Otro del lenguaje que habla alcanza su mayor dramatismo en la xenopatía. Pero la xenopatía del lenguaje afecta también, aunque de otro modo, al hombre normal. De ahí que se pueda plantear la existencia de un automatismo mental generalizado.

Palabras clave: Alucinaciones verbales (voces), injuria, xenopatía, automatismo mental, hombre hablado, sujeto de la Modernidad, automatismo mental generalizado.

Además de un polo genuino de la psicosis, el automatismo mental puede pensarse, si se enfoca desde el punto de vista de la historia de la subjetividad, como la locura por excelencia del hombre moderno. Esta locura pone en escena a un protagonista solitario y ensimismado, cuyo pequeño mundo no está poblado de semejantes sino de palabras. Pero de palabras que le aluden y le increpan, de voces que le dicen lo que no quiere oír. Y aunque nadie las pronuncie, esas palabras están tan vivas y son tan reales que le hieren. Porque en ese hombre hablado habita un Otro, amo y señor del

RESUMEN

It is proposed that the mental automatism, besides a well defined clinical syndrome, it also represents the subject of the end of Modernity, or what is the same, the spoken man. For that reason, it is argued that the authentic verbal hallucinations of madness are a relatively recent clinical manifestation. The presence of voices shows a fundamental change in the relationship between the subject and the language. In the psychopathological field, that presence of the Other of the language that speaks reaches its highest dramatism in the xenopathy. But the xenopathy of language also affects, though in a different way, to the normal man. Because of these reasons it can be stated the existence of a generalized mental automatism.

Key words: Verbal hallucinations (voices), slander, xenopathy, mental automatism, spoken man, subject of modernity, generalized mental automatism.

lenguaje, un Otro que habla cuando le viene en gana, sin contar con la voluntad de su único y perplejo interlocutor.

Este retrato del hombre moderno, al que podemos calificar de *xenópata*, ilumina de forma dramática una novedosa relación del ser y el lenguaje, ligazón para la que Lacan inventó el neologismo *parlêtre* («hablante-ser»). A diferencia del hombre de otros tiempos, el del final de la Modernidad ha quedado reducido a mero eco de un lenguaje que habla a través de él. En esta singular inversión, que atañe por igual al loco y al

cuerdo, el lenguaje se emancipa del gobierno de la persona y adquiere autonomía propia, es decir, se independiza de su portador y acaba por tiranizarlo. Ya no hay un sujeto que habla sino un hombre hablado.

EL HOMBRE HABLADO

Aunque no se ha discutido lo suficiente, algunos hemos visto en el automatismo mental y en la esquizofrenia un nuevo tipo de expresión del *pathos* que representaría al sujeto de las postrimerías de la Modernidad. Se trata del hombre roto, fragmentado, desunido, pero sobre todo del hombre hablado. Desde este punto de vista, los padecimientos específicos de cada época perfilarían, por su dramatismo, el retrato más pulido de la subjetividad. Dividido, discordante e invadido por el nuevo demonio del lenguaje, el hombre del siglo XIX y buena parte del XX se encarna en la figura del xenópata, esa marioneta manipulada por una instancia que no es su yo y hablada desde un lugar en el que no se reconoce.

Esta hipótesis da por buenos dos supuestos, en los cuales se apoya. Por una parte, se admite que la locura propia de cada época constituye la caricatura de ese tipo de subjetividad, hipótesis que desarrollaré a lo largo del texto. Por otra, se considera que la locura genuina del final de la Modernidad, conforme a lo que se pone de relieve en los estudios de psicopatología, es la alucinación verbal, es decir, las *voces*.

Tocante a la cuestión de las voces, enumeraré seis peculiaridades que enmarcan, ordenan y perfilan esta problemática. En primer lugar, hasta el siglo XIX son escasísimas las referencias a las alucinaciones, cuyas fugaces menciones están eclipsadas por la omnipresencia de los delirios, el furor, los temores y la tristeza. En segundo lugar, los primeros

retratos de las alucinaciones las sitúan en la esfera visual y pintan al alucinado como un visionario. En tercer lugar, a mediados del siglo XIX la figura del visionario se ensombreció y en su lugar comenzó a resplandecer el alucinado de las palabras, al que Baillarger, en una memorable metáfora, comparó con un títere en manos del ventrílocuo. En cuarto lugar, a partir de las perspicaces observaciones de Séglas y Clérambault, el lenguaje se fue convirtiendo en una especie de demonio que invade y manipula a los enfermos, de tal manera que ellos experimentan la intromisión de sonidos, palabras, insultos, órdenes y múltiples tipos de influencias a las que no se pueden sustraer porque el poderío de estas intrusiones ajenas es muy superior al de su voluntad y porque ese continuo clamor es mucho más real que el de cualquier conversación con un semejante. En quinto lugar, a medida que el lenguaje se sitúa en el centro del fenómeno alucinatorio, desplazando al elemento sensorial, las alucinaciones del oído se transforman en alucinaciones verbales y se enmarcan dentro de la patología del lenguaje interior. Por último, merced al psicoanálisis y de manera especial a Lacan, ese demonio del lenguaje que hace del hombre un xenópata se convierte en el rasgo específico de la subjetividad, con lo cual el automatismo mental, primero descrito como un síndrome morboso, se transforma en algo normal y consustancial a la condición humana.

Pese a haberlo apenas apuntado, estas pinceladas acerca de la alucinación verbal revelan un cambio radical de la relación del hombre con el lenguaje. Si en la edad de la Razón el hombre se creía dueño de sí mismo y ni por asomo se le pasaba por cabeza que él no era el agente de las palabras con las que se comunicaba, al final de la Modernidad el sujeto hablado mantiene con el lenguaje una relación ambigua y dramática:

por una parte lo usa y por otra lo padece. Esta mezcla de dominio y subyugación, de creación y destrucción, alcanza una expresión ejemplar en el célebre verso de Friedrich Hölderlin, privilegiado secretario de esos hechos a causa de la propia locura: «[...] y se le ha dado al hombre el más peligroso de los bienes, el lenguaje, para que con él cree y destruya, [...]»¹.

Testigo y profeta a la vez, el loco moderno fue el primero en experimentar el desgarrón provocado por el lenguaje y el destinado a encarnar la nueva variante de la subjetividad. Por su cercanía de él, los alienistas comenzaron a plasmar esas vivencias inusitadas, de manera que los estudios sobre las voces, las experiencias de extrañamiento y las de ruptura de la unidad interior ganaron terreno paulatinamente en los tratados y monografías. También los poetas y narradores reflejaron en sus escritos el protagonismo del lenguaje. Con la publicación, en 1916, del *Curso de lingüística general*, Ferdinand de Saussure sentó las bases de la lingüística moderna, la cual forma parte de una disciplina más amplia, la semiología, que a su vez se integra en la psicología social. Esta moderna lingüística, a diferencia de las elaboradas en épocas pasadas, ocupa un lugar central entre las disciplinas humanas, a las que sirve de inspiración. En paralelo al creciente interés por esta rama del saber, algunos filósofos teorizaron sobre el determinismo del lenguaje en el hombre moderno y sobre los límites que imponía al conocimiento de la realidad y del mundo.

A finales del siglo XIX y primeras décadas del XX, los retratistas del sujeto lo pintan descentrado, discordante, disociado y desdoblado. Son numerosos los conceptos con los que los psicopatólogos trataron de nombrar esos hechos y de explicar los mecanismos causantes de esa ruptura de la unidad interior y de esa singular fragmentación de la identidad. En el terreno de la neurosis, en especial de la histeria, Pierre Janet habló de «disociación» y de «desagregación mental» para describir un amplio conjunto de fenómenos separados de la conciencia normal y causados, según él, por la debilidad de la voluntad². Pero fue sobre todo en el ámbito de la locura donde los clínicos echaron mano de términos más enfáticos y drásticos: ataxia intrapsíquica, sejunción, desarmonía intrapsíquica, escisión, desdoblamiento, discordancia y xenopatía. Todos ellos pretenden nombrar la ruptura de la cohesión interna, la desunión del cuerpo, la desintegración de los procesos psíquicos y, en definitiva, la presencia de una «otredad» interior que descompone el armazón de la identidad. Mas se enfoque desde las voces del alucinado o desde la disociación del hístico, la subjetividad moderna pone de relieve la inconsistencia de la identidad y hace del yo –según propuso Lacan– una «función de desconocimiento»³.

Cualquier observador estaría de acuerdo, *grosso modo*, con estas apreciaciones relativas al polo más esquizofrénico de la locura. Ahora bien, hacer de esto el rasgo genuino del sujeto al final de la Modernidad es algo que, a buen seguro, no todo el

¹ Citado por M. HEIDEGGER: «Hölderlin y la esencia de la poesía. En memoria de Norber Von Hellgrath caído el 14 de diciembre de 1916», en *Arte y Poesía*, México DF, F.C.E, 2006, p. 97.

² Véase, sobre todo, P. JANET, *L'Automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*, París, Alcan, 1889.

³ Véase, en especial, J. LACAN, «El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica», *Escritos 1*, México DF, Siglo XXI, 2009, pp. 99-105.

mundo comparte. A mi manera de ver, al igual que existe una expresión singular del *pathos* (patoplastia), se da también una exteriorización colectiva que refleja las problemáticas de cada época. Además, soy de los que piensa que la separación entre lo normal y lo patológico es arbitraria y está sujeta a las conveniencias del momento, razón por la cual el sujeto corriente y el perturbado comparten múltiples características. De ahí que vea con buenos ojos la presencia de rasgos enfermizos en el hombre normal. Y también lo contrario, es decir, la permanencia en el trastornado de los elementos esenciales de la condición humana.

Estas consideraciones concuerdan con la perspectiva de Freud, para quien todos esos términos aplicados a la esquizofrenia definen el trasfondo de división subjetiva consustancial a la condición humana. Se entenderá ahora que el término *Spaltung* («escisión»), con el que Bleuler nombró algo específico del grupo de las esquizofrenias, había sido creado por Freud para describir la división intrapsíquica que afecta a todo sujeto, esté o no trastornado. Conforme a este proceder, lo que el psicopatólogo atribuye a la enfermedad, el psicoanalista lo aplica a la subjetividad misma.

En apoyo de la hipótesis del hombre hablado como retrato de la subjetividad moderna, mencionaré también los perfiles que le han acordado algunos narradores y

filósofos. Aunque sea mediante retazos, lo que pretendo mostrar es la aparición, en un momento concreto de la historia, de una especial e indiscutible vinculación del lenguaje y el sujeto, un tipo de relación inaudita por cuanto el sujeto es concebido como un efecto del lenguaje.

James Joyce es, sin lugar a dudas, el más agudo de los retratistas del hombre mediaticado por el lenguaje, de la marioneta humana hablada y manipulada por las palabras. La obra que le dio fama mundial y situó su nombre en el firmamento de las letras fue *Ulises*. Publicada en 1922, esta novela encumbra al lenguaje como protagonista absoluto y hace de los tres personajes principales (Stephen Dedalus, Leopold Bloom y Molly Bloom) meros portavoces de una estructura de lenguaje omnipresente, con lo que los convierte en simples ventrílocuos a través de los que el lenguaje habla⁴. Al rebajar el atractivo de los personajes, Joyce consigue trasportar al lector a una atmósfera de palabras en la que el hombre se perfila como un ser intervenido por el lenguaje. Si *Ulises* representa el día y la luz, *Finnegans Wake*, su última obra a la que dedicó más de tres lustros, es la noche y la oscuridad, el sonido y el sinsentido. *Ulises* y *Finnegans Wake* muestran de qué forma el lenguaje se cierne sobre el hombre y se le impone como algo inquietante y turbador, además de un medio para gozar. Cosa que suponemos –y tenemos buenos apoyos para hacerlo– le sucedía al propio Joyce, desprotegido y a la

⁴ También hallamos aquí la metáfora del ventrílocuo, en este caso de la mano del crítico L. Guillet, quien, al comentar la técnica empleada por el escritor irlandés, escribe: «[Joyce] había creado el monólogo interior, reproduce ese lenguaje oscuro, orgánico, visceral que apunta directamente al fondo de nosotros mismos, y hace de su héroe Bloom una especie de ventrílocuo. Era una ruptura completa con los hábitos clásicos del discurso, con todo el armazón y los encuadres de la razón: no faltaba más que el movimiento vital, interno, espontáneo, la asociación más bien que el encadenamiento de ideas; el orden era sustituido por el ritmo, en un decaimiento de los elementos intelectuales. Era una técnica nueva, liberada de las cadenas de la lógica e incluso de las reglas de la sintaxis. Era el pensamiento tomado en el momento en que surge, próximo a la sensación pura, anterior a todo trabajo de la mente para clarificarlo y solidificarlo» (GILLET, L.: *Stèle pour James Joyce*, Marsella, Sagittaire, 1941, pp. 76-77).

intemperie de las inclemencias de un lenguaje demasiado real.

A lo largo del siglo XX, desde puntos de vista muy diversos, todas las corrientes filosóficas se han ocupado de la cuestión del lenguaje. Dos autores, Wittgenstein y Heidegger, le han dedicado gran parte de sus reflexiones. El ser y el lenguaje comienzan con ellos a plantearse como términos solidarios, incluso consustanciales, sobre todo en la obra de Heidegger. Desde enfoques muy distintos, ambos términos adquieren un relieve que jamás habían tenido en la historia de nuestra cultura. El lenguaje como «casa del ser» (Heidegger) o la «casa de la palabra» como «juego del lenguaje» (Wittgenstein) son expresiones que dan cuenta del papel atribuido al lenguaje en la experiencia moderna. Más que ningún otro, fue Martin Heidegger quien más y mejor argumentó acerca de esa correspondencia: «El lenguaje es la casa del ser. En su morada habita el hombre. Los pensadores y poetas son los guardianes de esa morada»⁵.

A mi manera de ver, las experiencias de la locura hablada y las descripciones de los psicopatólogos —en especial Baillarger, Séglas y Clérambault— se articulan con los descubrimientos de Freud, los retratos de Joyce y las reflexiones de Heidegger. Junto con la lingüística moderna, todos esos hilos, a los que más adelante añadiré el surrealismo, forman una trenza

en la obra de Lacan, el más preclaro de los comentaristas modernos de la locura. Conforme a sus planteamientos, el sujeto se nos muestra como un efecto del lenguaje, trauma por excelencia de la condición humana, cuya expresión más fidedigna y habitual no es otra que el automatismo mental.

VISIONARIOS, CHARLATANAS, VENTRÍLOCUOS Y XENÓPATAS

A lo largo del siglo XIX se produjo la renovación de las concepciones tradicionales de la locura, la ampliación de su territorio y la multiplicación de sus variedades. Todo ello fue posible gracias a una minuciosa descripción de los detalles constitutivos, proceso en el cual la observación clínica contribuyó a la creación de una semiología innovadora y exuberante. Sin embargo, la novedad más sobresaliente fue la paulatina presencia del alucinado de las palabras entre los tipos de chiflados registrados por los tratadistas. Es sorprendente la ausencia de esta figura de la locura, hoy día tan habitual, entre los locos tradicionales. No hay que ir muy lejos para cerciorarse de estos hechos. Basta con repasar las *Observations on insanity* de Haslam, los dos volúmenes sobre la *pazzia* de Chiarugi, el tratado sobre la *manie* de Pinel y las *Rhapsodien* de Reil, por citar cuatro de las obras más representativas de los albores de la psiquiatría, para comprobar la preeminencia de los delirantes y la ausencia de nuestros alucinados⁶.

⁵ HEIDEGGER, M.: *Carta sobre el «Humanismo»*, Madrid, Alianza, 2006, p. 11.

⁶ Vale la pena, como observación excepcional, anotar un pasaje de Reil, en una nota a pie de página, en la que se habla de una enferma febril afectada de alucinaciones de todos los sentidos: «[...] veía, oía y sentía todo de manera anormal durante el día; oía cantos, crujidos y murmullos, las bebidas tenían un gusto extraño, las montañas se extendían bajo su vista, los objetos tenían el color del arco iris, el borde de los vasos parecía irregular» (REIL, J. Ch.: *Rapsodias sobre el empleo del método de cura psíquica en los trastornos del espíritu*, en VV.AA., *El nacimiento de la psiquiatría*, Buenos Aires, Polemos, 2012, p. 187). El interés de esta observación radica en poner de relieve que las alucinaciones auditivas, tan insólitas en las descripciones clínicas, se enmarcan en un estado febril y se dan junto con alucinaciones visuales y de los otros sentidos.

Pese a lo que proponen algunos historiadores de medio pelo y lo que sostienen muchos clínicos sin otro argumento que el sentido común, las voces, tal como aquí se definen, constituyen una novedad en la experiencia humana⁷. También se pronuncia en este sentido Edward H. Hare, aunque su enfoque dista mucho del que aquí se sigue: «[...] hasta el siglo XIX no existen registros clínicos claros de sujetos trastornados que oyeran voces en ausencia de alucinaciones visuales»⁸.

A finales del siglo XVIII y primeras décadas del XIX, las contadas menciones a los alucinados nos los pintan como visionarios que se dejan subyugar por el poderío de las ilusiones. Aquellos alucinados veían cosas inexistentes, pero no las oían. Representativa de aquel parecer es la opinión de Boissier de Sauvages, quien, en 1768, escribió: «[los alucinados] son aquellos que toman sus sensaciones por imágenes, sus imaginaciones o sus fantasías por sensaciones»⁹.

Por entonces, de hecho, ni siquiera se hablaba de *alucinación* ni de *alucinado*¹⁰.

Los locos de aquella época tenían ilusiones y veían cosas raras, como se puede leer en el libro de Pinel sobre la manía: «Otros [locos] entregados a una especie de ilusión veían los objetos con las formas y colores que su imaginación les prestaba, como aquel que cuando veía mucha gente reunida se le figuraba que era una legión de demonios, y así procura salir de su jaula para ahuyentarlos; otro loco hacía pedazos sus vestidos, y aún la paja de su cama, que creía eran un montón de víboras enroscadas»¹¹.

La perfecta comunión en la que vivieron durante siglos el alucinado y el visionario comienza a quebrarse, a principios del siglo XIX, con las observaciones de Esquirol. Es cierto que en ellas siguen predominando las visiones, pero la siniestra cháchara de las voces comienza a hacerse oír: «El enfermo mantiene constantemente conversaciones con personas que ve y oye [...]»¹². Los locos que protagonizan sus observaciones padecen ya de locuras habladas. De tal manera es así que, cuando describe los síntomas de esta afección, Esquirol anota que algunos de ellos dicen

⁷ No faltan los autores que sostienen, contra la opinión que aquí se argumenta, la existencia de «las alucinaciones de los cinco sentidos» desde la Antigüedad, como propuso Eugène Postel en *Études et recherches philosophiques et historiques sur les hallucinations et la folie jusqu'à la fin du siècle dernier* (Caen, B. de Laporte, 1859).

⁸ HARE, E. H.: *El origen de las enfermedades mentales*, Madrid, Triacastela, 2002, p. 223.

⁹ Citado por N. FRANCK y F. THIBAUT, «Hallucinations», *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-120-A-10, 2003, 18 p. Sobre las discusiones acerca de la naturaleza imaginativa de la alucinación, véase H. EY, *Tratado de las alucinaciones*, Vol. II, Buenos Aires, Polemos, pp. 1271-1272.

¹⁰ La relación del campo escópico con la alucinación era tan estrecha que una pseudo-etimología, extendida en los siglos XVII y XVIII, relacionó *allucinator* con *ad lucem* ('cercano' o 'propio de la luz'), campo semántico que atañe a la visión. Esta vinculación facilitó la incorporación del vocablo alucinación a la medicina a través de la oftalmología de la época con significados muy diferentes (diplopía, afecciones de la córnea, errores de los sentidos, ruidos extraños, apariciones, presentimientos). La asociación entre visión y alucinación, encarnada en la figura del visionario, era tan consistente que el propio Esquirol recuerda: «Faltaba un término genérico» que reuniera a los alucinados de la vista, del oído, del tacto, del gusto y del olfato. «Yo propuse la palabra *alucinación* sin darle una acepción determinada y que podía convenir, en consecuencia, a todas las variedades del delirio que al suponer la presencia de un objeto propio que excita uno de los sentidos, aunque estos objetos no estén al alcance de los sentidos», ESQUIROL, J.-E.-D.: *Memorias sobre la locura y sus variedades*, Madrid, Dorsa, 1991, p. 158. Tocante a estas cuestiones, no está demás consultar el artículo de J. CHRISTIAN, «Hallucination», en A. DECHAMBRE (ed.), *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, París, 4.^a Serie, Tomo XII, pp. 77-121.

¹¹ PINEL, Ph.: *Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía*, Madrid, Nieva, 1988, p. 153.

¹² ESQUIROL, J.-E.-D.: *Memorias sobre la locura y sus variedades*, op. cit., p. 149.

oír «voces», término hasta entonces inusual que él emplea habitualmente para referir ese tipo de experiencias: «Hay locos que escuchan voces claras que les hablan y con las que mantienen conversaciones»¹³. Esas voces poseen ya las características propias con las que actualmente definimos las alucinaciones verbales, las cuales hallan en la prosa de Schreber, el insigne profesor de psicosis, una de las definiciones más emblemáticas: «[Las voces] son un puro absurdo, acompañado de una nada desdeñable acumulación de injurias»¹⁴.

Diferentes en su esencia y en su textura semiológica a las que algunos atribuyen erróneamente al *daimón* de Sócrates, las voces del hombre moderno son molestas, insultantes, impertinentes, difamatorias, imperativas y acusatorias. M. N., uno de los locos de Esquirol, ratificó, de forma dramática, la presencia de ese nuevo demonio del lenguaje: «En este estado se cortó la garganta con una navaja de afeitar; cuando recobra los sentidos oye voces que le acusan; una vez curado de sus heridas continúa oyendo voces, se imagina rodeado de espías, cree que sus criados le denuncian. Estas voces le repiten, día y noche, que ha traicionado su deber, que está deshonorado, que lo mejor que puede hacer es matarse; le hablan en todas las lenguas de Europa que le son familiares»¹⁵.

Como se ve, los locos de las primeras décadas del pasado siglo comenzaron a testimoniar del cambio sustancial de la

relación del sujeto con el lenguaje, un lenguaje que encarna la otredad esencial que nos constituye. Un cambio tan radical, novedoso y trascendente que desplazaría el eje gravitacional del sentido hacia un nuevo ámbito: el de la más cruda experiencia del lenguaje, esto es, el lenguaje literal, bruto, real, ese lenguaje esquizofrénico en que las palabras son tratadas como cosas, según la observación sagaz de Freud¹⁶. Independizado de la voluntad del sujeto y emancipado del gobierno del yo, el lenguaje del hombre del final de la Modernidad se ha vuelto un siniestro e impenitente charlatán. El loco moderno no es el visionario de antaño, sino un ser solitario a merced de «las charlatanas» —como denominaba a las voces uno de los pacientes de Esquirol¹⁷—, un ser hablado y manipulado desde una instancia a la que considera extraña a sí mismo, un mero repetidor de palabras que le son ajenas y ejecutor de actos que se le imponen: «[...] si habla, la voz de un ángel dice antes lo que él va a decir; si lee, esa misma voz se hace oír antes que él pronuncie las palabras; si escribe, las voces se lo dictan; él no es más que el eco de lo que oye, lo mismo si habla que si escribe»¹⁸.

Esbozado en los escritos de Esquirol, el loco de las palabras adquiere sus relieves característicos y definitivos en las descripciones de Jules Baillarger. En ellas, el visionario cederá por completo el testigo al ventrílocuo, de tal manera que el elemento sensorial de la alucinación se desplazará

¹³ *Ídem*, p. 28.

¹⁴ SCHREBER, D. P.: *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, Madrid, A.E.N., 2003, p. 235..

¹⁵ ESQUIROL, J.-E.-D.: *Memorias sobre la locura y sus variedades*, *op. cit.*, p. 134.

¹⁶ Véase S. FREUD, «Lo inconsciente» (1915), en *Obras completas*, t. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1992.

¹⁷ ESQUIROL, J.-E.-D.: *Memorias sobre la locura y sus variedades*, *op. cit.*, p. 135.

¹⁸ *Ídem*, p. 300.

paulatinamente al ámbito auditivo y de ahí al verbal. Porque Baillarger, aunque no sabe cómo explicarlo¹⁹, se ha percatado de la presencia oscura del lenguaje en todos esos fenómenos, cosa que le resulta indiscutible en las observaciones de los sordos que oyen voces: «Este último hecho es casi constante y en extremo curioso: entre ocho sordos afectados de alucinaciones, puede decirse que siete oyen voces. Se ve, pues, que la alteración exterior de los órganos de los sentidos no impide la producción de la alucinación: podrá decirse más aún, y es que si se suprimiese totalmente el sentido en esos individuos, la alucinación no dejaría por eso de presentarse»²⁰.

Tocante al problema de las alucinaciones, las contribuciones de Baillarger marcan un antes y un después. En primer lugar, las alucinaciones *psicosensoriales* pierden protagonismo frente a las alucinaciones *psíquicas*, las genuinas de la locura, las que revelan esa siniestra dimensión de voces áfonas o sin sonido. Se trata, según las expresiones de los enfermos, de «conversaciones de alma a alma con interlocutores invisibles», «que escuchan el pensamiento, el lenguaje de la poesía»; «voces puramente interiores»; «conversación sin sonido»; «el lenguaje del pensamiento»; «conversaciones por intuición, por magnetismo, con interlocutores invisibles»; «una voz interior que la carne y la sangre no comprenden»; «escuchar el pensamiento a distancia por un sexto sentido»; etc.

En segundo lugar, las alucinaciones visuales desaparecen casi por completo del territorio de la locura, en el cual las alucinaciones del oído se convierten en uno de sus elementos constitutivos²¹. En tercer lugar, las voces son caracterizadas en su sentido moderno, esto es, como injurias y amenazas, precisamente como eso que el sujeto sólo se permite oír por vía alucinatoria: «[...] se les amenaza, se les injuria. Lejos de tomarse entonces esas amenazas y esas injurias como un producto de su inteligencia, tienen por el contrario la convicción de que todo eso proviene de sus enemigos»²². Por último, espantado ante esas voces que hablan de él, el sujeto alucinado se muestra como un hombre hablado: «[el alucinado] asiste, por así decir, como un simple espectador a una conversación de la que él es el objeto»²³.

Coincidiendo con la mayoría de psicopatólogos, Baillarger destaca la convicción íntima e inquebrantable que muestran todos los alucinados con respecto a sus alucinaciones. Cualquier esfuerzo tendente a convencer al alucinado de su error perceptivo resulta baldío, como reconocía Lélut en un comentario sobre un paciente que le contestaba: «No estoy loco; *siento* con claridad lo que *siento*». Decepcionado, Lélut anota a continuación: «No hay nada que replicar a esto; sus alucinaciones son más fuertes, más claras, más continuas que la mayor parte de nuestras verdaderas percepciones, y su respuesta a mis insinuaciones es la que me han hecho siempre los

¹⁹ «El mecanismo íntimo de la alucinación es y será probablemente siempre inexplicable», escribió, J. BAILLARGER (*Tratado de la alienación mental. Lecciones*, Habana, Imprenta militar, 1863, p. 272).

²⁰ *Ídem*, pp. 67-68.

²¹ «Las alucinaciones de la vista son mucho más raras en los alienados que las del oído, [...]», escribe Baillarger. (BAILLARGER, J.: *Recherches sur les maladies mentales*, vol. I, Paris, Masson, 1890, p. 313).

²² *Ídem*, p. 278

²³ *Ídem*, p. 279.

enfermos que se hayan en el mismo caso que él»²⁴.

Los elementos que acabo de mencionar constituyen la experiencia moderna de las voces. La presencia de estas voces se expresa en un nuevo tipo de locura (automatismo mental, esquizofrenia, locura discordante), experiencia desorbitada de la que se colige una nueva relación del sujeto con el lenguaje. Al imponérsele el lenguaje a despecho de su voluntad, el sujeto pierde su unidad y se pulveriza. De tal manera es así que se reconoce como agente de ciertos pensamientos, pero no de otros, y se sabe autor de unas acciones, aunque otras las vive como imposiciones a las que no puede resistirse. Baillarger refiere estos hechos con total nitidez cuando observa: «pronuncian ellos mismos las palabras con la boca cerrada como lo hacen los ventrílocuos»²⁵.

Inspirándose en las observaciones de Baillarger y llevando a su extremo la metáfora del ventrílocuo, Séglas, el gran tratadista de las alucinaciones, daría una nueva versión de estos hechos con la descripción de las «alucinaciones psicomotrices verbales», una varian-

te aún más minimalista de las alucinaciones psíquicas: «Hay algunas [voces] que hablan dentro de mi boca y obligan a la lengua a moverse; pero la boca permanece cerrada y no sale ningún sonido. Comprendo lo que dicen las voces por los movimientos de la lengua, sin pronunciar nada, ni en voz alta ni baja»²⁶. «Es un verbo subjetivo que habla dentro de sí, independientemente de uno mismo», afirma uno de sus alucinados²⁷. Conocida en el Servicio como «la enferma que habla sola», otra de sus alucinadas se expresa en los siguientes términos: «Esto me comienza en el gáznate de la boca [sic]». — «Los otros enfermos dicen: eso son voces; pero a ellos no les hacen hablar como a mí». — «Me hacen algo en la garganta, en la lengua, para que hable; se diría que mi lengua siempre está en marcha; nunca se queda quieta»²⁸.

A finales del siglo XIX, el loco alucinado padece en soledad de chácharas, insultos e injurias, de los que además es su objeto. Como puede apreciarse, las descripciones de las voces anotadas Baillarger y Séglas entronizan la perspectiva del sujeto hablado por un otro que es él mismo, aunque nada dicen de la vinculación consustancial del ser y el lenguaje²⁹.

²⁴ LÉLUT, F.: *Le démon de Socrate*, París, Trinquart, 1836, p. 295. Las mismas palabras acerca de la certeza había empleado Haslam al tratar de los delirios: «[...] es una necesidad intentar convencer a los locos de sus errores mediante el razonamiento, puesto que en la locura siempre hay una firme convicción de la verdad de lo que es falso, y la más clara y circunstancial evidencia no pueden eliminarla», HASLAM, J.: *Observations on insanity: with practical remarks on the disease, and an account of the morbid appearances on dissection*, Londres, Printed for F. and C. Rivington, and sold by J. Hatchard, Londres, 1768, pp. 105-106.

²⁵ BAILLARGER, J.: *Recherches sur les maladies mentales*, vol. I, *op. cit.*, 1890, p. 311. Con respecto a la explicación de estos fenómenos, en otro momento comenta: «En una palabra, esos alucinados tienen una segunda voz a la manera de los ventrílocuos, una especie de resonancia de esa voz articulada sordamente que se efectúa en el estómago o en el pecho; y como ellos no tienen conciencia del modo como se produce esa voz, creen que su pensamiento se halla trasportado a estas regiones. Tal es la única explicación que nos parece posible dar respecto a este particular, y como no existe ninguna hasta hoy en la ciencia, pudiera admitirse ésta, si se quiere». BAILLARGER, J.: *Tratado de la alienación mental. Lecciones, op. cit.*, p. 80.

²⁶ SÉGLAS, J.: *Alucinados y perseguidos. Lecciones clínicas sobre las enfermedades mentales y nerviosas (selección)*, Edición de Alienistas del Pisuerga, Madrid, Ergon, 2012, pp. 209-210.

²⁷ SÉGLAS, J.: *Des troubles du langage chez les aliénés*, París, Rueff, 1892, p. 183.

²⁸ SÉGLAS, J.: *Alucinados y perseguidos, op. cit.*, p. 19.

²⁹ Con respecto a las contribuciones francesas al problema de la alucinación, véase, antes que cualquier otro, G. LANTERI-LAURA, *Les hallucinations*, París, Masson, 1991.

AUTOMATISMO MENTAL

Pese a los múltiples detalles descriptivos, la observación de esos fenómenos xenopáticos no había llegado a su fin. Restaba sobre todo pulir algunos matices semiológicos, dar nombre a tan inusitados fenómenos y conjuntar esas experiencias aparentemente heterogéneas. Estos tres aspectos culminaron en la descripción del automatismo mental, realizada durante las primeras décadas del pasado siglo por G. G. de Clérambault, médico-jefe de la Enfermería especial.

Los locos que él observó expresan el espanto del hombre roto y hablado. Unos atestiguan que se les espía hasta en sus más recónditos secretos; otros dicen estar habitados por una otredad a la que consideran más auténtica que su persona; la mayoría experimentan la manipulación de sus sentimientos, pensamientos y sensaciones, a los que consideran tan extraños y ajenos que les hacen vivir como extranjeros de sí mismos. Esos alucinados representan lo que llamamos 'automatismo mental' y encarnan como nadie la figura del loco moderno, esto es, el xenópata.

Como muñecos en manos del ventrílocuo o marionetas animadas por titiriteros, estos sujetos hablan al dictado de una potencia superior y se mueven al antojo de un extraño. Amélie, una de sus más célebres alucinadas, afirma: «Hay algo que es más fuerte que la persona. Hay algo que habla cuando quiere, y que se para cuando deja de hablar»³⁰. Jean Baptiste G., otro de sus

enfermos, es hablado por un ser al que sus ojos no ven pero cuya presencia y locuacidad está fuera de duda. Sobre él anota Clérambault: «Voz interior. Su lengua se ajusta al pensamiento de un ser invisible. Su lengua es ahora un aparato de recepción. Lenguaje misterioso llamado la Blache, el cual deriva de la hipnosis (*sic*)³¹». También esos alucinados testimonian de estar a merced de un ser siniestro que les obliga a hacer cosas que no quieren, pensar lo que más les repugna, sentir lo que no les apetece y moverse contra su voluntad, como le sucedía a la costurera Marie: «A veces es obligada a gritar, hablar o agitarse a pesar suyo. También obligada a escribir»³².

De los muchos alucinados de las palabras, la que expresa con mayor patetismo sus experiencias es Marguerite: «No, esas voces *no tienen timbre articulado*, ahí dentro (en su frente). Cuando digo "Se" (*On*), me refiero siempre al mismo personaje, ese espíritu del mal que tan pronto habla con una voz de comedia, como con una voz real. A veces se me habla en jerga normanda; así se dice "all' a boulé, all' a voué", lo que quiere decir "ella robó" (*elle a volé*). *Me río de ello* por lo esperpéntico que es, pero no me divierte. Ayer por la tarde estaba muy confundida; ni siquiera era jerga; las cosas iban mal. Me contaban historias bastante extrañas. Me disgustó, gritaron más fuerte que yo. *Hacen deformaciones de palabras*. Pero, señor, ¿no usa incluso usted palabras deformadas? Usted habló de *afectuosidad*; eso no es francés; ¿*Estaría usted afectado de la misma*

³⁰ CLÉRAMBAULT, G. G. de: «Automatisme mental et scission du moi» [1920], *Œuvre psychiatriques*, París, P.U.F., 1942, p. 457.

³¹ *Ídem*, p. 461.

³² CLÉRAMBAULT, G. G. de: «Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse. Pathogénie. Communication» [1924], *Œuvre psychiatriques, op. cit.*, p. 519.

enfermedad? ¿Habla usted así cuando enseña? Ellos siempre tienen palabras nuevas; son palabras no siempre posibles; tienen un vocabulario propio; es muy gracioso. Tenga... (distracción pasajera)... ¿Qué decía usted? Estaba ausente. Hablaron al mismo tiempo que usted; hablaron de polvos de arroz y de piel de olor, y sin embargo nunca uso eso. ¿Ha oído usted como yo? ¿Oye usted? ¿Por qué sonrío usted? ¿Sonríe por verme sonreír? Ya está, estoy de nuevo ausente. Dicen..., Dicen... y entonces... robo..., robo... Me interrumpen. Me gustaría decirle... crea usted que yo... Me interrumpen. Frecuentemente tengo interrupciones como esa; yo, *chochocho*... ¡Oh! ¡Qué es lo que no digo! ¡Me van a hacer alemana a mí también! ¿Qué me decía usted? He estado bastante ausente. También me hacen *confundirme de palabra o pronunciar mal*. Por momentos ya no me está permitido mirar a nadie, ni pensar nada»³³.

A la hora de conjuntar este tipo de experiencias, Clérambault aplica su metodología característica conforme a cuatro principios nosológicos: en primer lugar, oposición entre el proceso psicótico generador y los productos delirantes sobreañadidos; en segundo lugar, reducción de la fenomenología a sus signos mínimos («trastorno molecular del pensamiento elemental»); en tercer lugar, separación entre los casos «puros» y los «mixtos»; por último, atomización nosográfica basada en los distintos mecanismos generadores de las psicosis (automatismo mental, postulado, «pseudo-constatación espontánea incoercible», etc.). A partir de estos principios,

Clérambault describe un síndrome observable en diversas enfermedades, pero sobre todo en la psicosis alucinatoria crónica.

Mucho se ha terciado acerca de lo atinado de su designación, pues *automatisme* era un término preñado de resonancias en la psicopatología francesa. Tiempo atrás Baillarger había elaborado una *théorie de l'automatisme*, crisol, en su opinión, de todos los delirios y alucinaciones que surgían a consecuencia del ejercicio involuntario de la memoria y la imaginación³⁴. A la sombra de Clérambault, André Ceillier habló de un *automatisme psychique* para nombrar la involuntariedad de la actividad psíquica, empleando un término similar al que usara también Pierre Janet (*automatisme psychologique*) para representar la actividad humana en sus formas más rudimentarias³⁵.

Se habla de automatismo psicológico o de acciones automáticas, *grosso modo*, cuando se refieren adquisiciones que escapan al control de la consciencia, como sucede con la ejecución de una pieza musical aprendida de memoria. Pero esto tiene poco que ver con el síndrome descrito por Clérambault. Conforme a la apreciación de Minkowski, el automatismo clérambaultiano «es una noción puramente psiquiátrica; alude a los fenómenos que la consciencia mórbida, contrariamente a lo que pasa habitualmente, no logra referir a sí misma y que, en consecuencia, le parecen como si se desarrollasen independientemente de ella y, en ese sentido, de “forma automática”; a fin de cuentas tiende a atribuir las a causas exteriores. Se llega así a

³³ *Idem*, pp. 500-501. Mediante el subrayado transcribo las mayúsculas del original, hoy día en desuso.

³⁴ Cf. J. BAILLARGER, «Théorie de l'automatisme», en *Recherches sur les maladies mentales*, op. cit., pp. 494-500.

³⁵ Cf. A. CEILLIER, *Recherches sur l'automatisme psychique*, París, H. Delarue, 1927.

los fenómenos patológicos del tipo del eco del pensamiento o del raptó de la mente, de la enunciación de los actos, de los diálogos interiores, de las alucinaciones motrices, del sentimiento de influjo, etc.»³⁶.

Queda claro, entonces, que el automatismo mental de Clérambault pone de relieve la pasividad y la extrañeza del sujeto ante los fenómenos que experimenta, fenómenos que por otra parte él mismo origina. Por eso se ha hecho coincidir esta descripción con otras similares aunque más endebles, en especial el *délire d'influence* de Séglas, el *syndrome de dépossession* de Lévy-Valensi o el *syndrome d'action extérieure* de H. Claude. También se ha equiparado, como hago en este texto, el automatismo mental con la esquizofrenia. Es cierto que se trata de descripciones diferentes, aunque ambas intentan iluminar el mismo polo xenopático de la psicosis. De hecho, los síntomas accesorios de la esquizofrenia de Bleuler se corresponden con los descritos por Clérambault. Hay, sin embargo, una diferencia notable y genuina de la pulverización semiológica que caracteriza la observación del maestro de la Enfermería especial. Consiste en que todos los fenómenos aislados por los autores citados (ecos del pensamiento y de la lectura, pensamiento anticipado, impulsiones verbales, enunciación de actos, etc.) fueron considerados por él como *phénomènes à la fois idéiques et verbaux*, por lo general tardíos respecto a otros más elementales.

Según lo que acabo de apuntar, los fenómenos descritos por Baillarger o Séglas, aunque sutiles, vienen precedidos

por otros más discretos y tenues. En esto Clérambault resulta incomparable y su automatismo mental no tiene precedentes. Su intemporal contribución consistió en desvelar los fenómenos iniciales del mentismo y de la xenopatía, hasta entonces «dejados en la sombra», al menos algunos de ellos. A pesar de la intrínseca dificultad que entraña, logró reunirlos en un mismo síndrome (*Petit Automatisme Mentale*), atribuirles un origen común, diseccionarlos fenomenológicamente (*phénomènes subtils-phénomènes grossiers*), jerarquizarlos siguiendo un proceso de edificación (desde el *Syndrome de passivité* hasta, eventualmente, el Triple Automatisme Mental) y perfilar las consecuencias de su implantación (*scission du moi, formation de la personnalité seconde*). En definitiva, el Syndrome d'Automatisme Mental está constituido siempre por los mismos trastornos psíquicos, motores y sensoriales, los cuales se imponen de manera abrupta y automática en la mente del sujeto hasta capturarlo y gobernarlo.

Muy pocas son las definiciones que dio del automatismo mental. De ellas, la más reveladora es, con diferencia, la que sigue: «Por Automatismo Mental entiendo los fenómenos clásicos: pensamiento precedido, enunciación de actos, impulsiones verbales, tendencia a los fenómenos psico-motores; [...] Creo con frecuencia, al aislar el grupo de fenómenos mencionados, haber innovado algunos aspectos al afirmar: (1) Su carácter esencialmente neutro (neutro al menos en principio); (2) Su carácter no sensorial; (3) Su rol inicial en el principio de las psicosis»³⁷.

³⁶ MINKOWSKI, E.: *El tiempo vivido: estudios fenomenológicos y psicológicos*, México DF, F.C.E., 1973, p. 199.

³⁷ CLÉRAMBAULT, G. G. de: «Définition de l'Automatisme Mental» [1924], *Œuvre Psychiatrique, op. cit.*, pp. 492-493.

Para su cabal comprensión, es conveniente detenerse a analizar estas tres características generales. Estas características conforman los *phénomènes subtils*, siempre presentes en el inicio de cualquier psicosis alucinatoria crónica, es decir, en el *Petit Automatisme Mental* o *Syndrome de Passivité* o *Syndrome S*. El carácter esencialmente neutro alude tanto a las ideas como a los afectos. Es, por una parte, «anidéico», atemático, y consiste únicamente en el desdoblamiento del pensamiento. También es «neutro» con respecto a los afectos («no comporta por él mismo hostilidad³⁹»), con lo que Clérambault enfatiza que el núcleo de estas psicosis no concuerda con los afectos del sujeto, a diferencia de lo que ocurre en las psicosis pasionales. Por otra parte, su carácter *non sensoriel* indica que el pensamiento, experimentado como extraño por el sujeto, no le llega inicialmente de forma sensorial, sino de la manera más habitual del pensamiento, es decir, de una forma indiferenciada constituida por una mezcolanza de tendencias y abstracciones; los mecanismos más delicados del intelecto serían los primeros afectados en la génesis de la psicosis y de manera paulatina aparecerían los trastornos propiamente sensoriales. Por último, con su consideración de *rôle initial* remarca que esos pequeños signos son los primeros datos aprehensibles de la psicosis; el delirio y las alucinaciones stricto sensu son siempre secundarios y añadidos: «El delirio propiamente dicho no es más que la reacción obligada de un intelecto razonante, y frecuentemente intacto, a los fenómenos que surgen de su subconsciente, [...]»⁴⁰.

Estas tres características de los fenómenos iniciales de intrusión promueven una *scission du moi*, es decir, un sentimiento subjetivo de extrañeza y de perplejidad: «Las sensaciones alucinatorias, incluso las más simples, aparecen en el mayor número de los casos como extrañas y como ajenas: extrañeza intrínseca y carácter impropio casi inmediatamente impuesto. Son extrañas o, dicho de otro modo, inefables e indecibles, de apariencia artificial»⁴¹. Según lo perfilado hasta aquí, el *Petit Automatisme Mental* consiste en un desgarramiento consecutivo al desdoblamiento del pensamiento «elemental», en una «objetivación –a la vez revelación y desapropiación, a la vez reconocimiento y desconocimiento– del pensamiento elemental, constitutivo de un sentimiento de discontinuidad y de escisión del Yo, es decir, de la personalidad consciente»⁴².

Conforme a lo que acabo de esbozar, tras estos fenómenos iniciales surgen a menudo el delirio y la alucinación propiamente dicha, los cuales sitúan con precisión el desdoblamiento y la fragmentación xenopática del sujeto. En adelante, el enfermo afectado de automatismo se constituirá en un perplejo receptor de fenómenos elementales que, pese a no tener en un principio significación alguna, inexcusablemente le conciernen. Al tiempo que se despliega el trabajo delirante explicativo, progresa la tendencia a la verbalización y las alucinaciones psicomotrices verbales florecen. Finalmente, aunque no en todos los casos, se instaura el síndrome automático completo (*Triple Automatisme Mental*) en sus tres órdenes posibles:

³⁸ CLÉRAMBAULT, G. G. de: «Automatisme mental et scission du moi» [1920], *Œuvre Psychiatrique, op. cit.*, p. 459.

³⁹ CLÉRAMBAULT, G. G. de: «Psychoses à base d'Automatisme» [1925], *Œuvre Psychiatrique, op. cit.*, pp. 538-539.

⁴⁰ GIRARD, M.: «Gaëtan Gatian de Clérambault: morceaux choisis pour un parcours historique», en P. MORON *et al.*, *Clérambault maître de Lacan*, París, Les empêcheurs de penser en rond, 1993, p. 36.

verbal, sensitivo y motor. Dicho síndrome constituye el exponente más álgido de la fenomenología psicótica, el ejemplo por excelencia del determinismo del lenguaje en el sujeto. Ese triple automatismo se caracteriza por trastornos del pensamiento y del lenguaje (eco, robo y anticipación del pensamiento, enunciación de actos, juegos de palabras, verbigeración, palilalia, habla retardada, ecolalia, disección silábica, logoclonia, juegos de palabras por asonancias, paragramatismos, etc.), los automatismos motores y sensitivos (manierismos, ecopraxias, cenestias, estereotipias motoras, espasmos, tics, agitaciones, etc.) y las «voces» propiamente dichas.

XENOPATÍA

En diversas ocasiones de este texto identifico el automatismo mental con la esquizofrenia, aún a sabiendas que son descripciones distintas sobre experiencias comunes. Lo hago para circunscribir un polo de la psicosis diferente a la paranoia y la melancolía, un polo al que de buena gana llamamos xenopático. El término ‘xenopatía’ (compuesto de *xénos*: extraño, extranjero, exterior a sí mismo; y *phatie*: pasión, sufrimiento, enfermedad) merece algunas aclaraciones, puesto que es inusual en la literatura especializada. A estas alturas de la exposición, después de transcribir algunos retratos de alucinados siguiendo la metáfora del ventríloquo, uno puede hacerse ya una idea del xenópata, es decir, del sujeto manipulado y hablado por el Otro del lenguaje. Como se habrá podido observar por los testimonios de esos alucinados, una potencia superior les interviene, controla y determina las palabras, pensamientos, sentimientos, movimientos y sensacio-

nes. Perplejos y angustiados, asisten con desconcierto a esa manipulación, inicialmente teñida de oprobio y repleta de palabras insultantes.

Como términos, ‘xenopatía’ y ‘xenopático’ son inhabituales; más lo es aún ‘xenópata’. Pero debido a la expresividad que atesoran, vale la pena que echemos mano de ellos. El adjetivo xenopático se usó en contadas ocasiones para nombrar ciertas experiencias alucinatorias y algunos delirios de influencia. Sin duda fue Paul Guiraud el autor que lo empleó con más precisión para caracterizar ciertos estados afectivos, representaciones y tendencias a la acción que sobrevienen en el curso de la actividad mental y que, en caso de algunos delirantes, se experimentan como ajenos y se atribuyen a una influencia exterior (xenopática); por el contrario, esos mismos estados son reconocidos por las personas normales como provenientes de su propia actividad psíquica⁴³. A diferencia de Guiraud, aquí se usa en un sentido más amplio, aunque se conserva la genuina experiencia de intrusión, influencia, dominio y manipulación. Se trata de la inefabilidad de experimentar el propio pensamiento, los propios actos, las propias sensaciones corporales o los propios sentimientos como si fueran ajenos o impuestos, como si provinieran de otra instancia o potencia —no importa que sea exterior o interior— con la que el sujeto, perplejo y sumido en el enigma, ni se identifica ni se reconoce como agente. Ahí el sujeto es tan sólo mero receptor, apenas el eco de un lenguaje cuyo dueño y procedencia desconoce. Por otra parte, en lo que atañe al ámbito del pensamiento, parece apropiado oponer la *xenopatía* a la *endofasia*, oposición que permite

⁴³ Cf. P. GUIRAUD, *Psychiatrie Générale*, París, Le François, 1950.

distinguir la experiencia subjetiva de la fragmentación del pensamiento esquizofrénico o xenopático (intervenido por una potencia extraña) de la rumiación mental del obsesivo (endofasia de la que el sujeto se siente agente y paciente).

Más allá de este campo semántico propio de la psicología patológica, el xenópata encarna al loco moderno, es decir, al alucinado de las palabras, pregonero de una nueva variante de subjetividad que ilustra el drama del hombre hablado y roto. De ahí mi testarudez en el uso de estos términos, que aluden tanto a un tipo de trastorno como a una variedad de subjetividad.

La descripción de ese hombre hecho pedazos, del que ya sólo quedan fragmentos que adquieren autonomía propia y se enfrentan entre sí, ajenos a su común procedencia, alcanzó con Clérambault las cotas más elevadas. Su contribución microfenomenológica no tiene precedentes ni ha sido mejorada posteriormente. A sus ojos, el síndrome de pasividad o pequeño automatismo muestra la desarticulación de una supuesta unidad interior –llámese personalidad o yo, como se prefiera– en sus momentos iniciales. Lo que él observa en esos estadios inaugurales son meros juegos y oposiciones entre los elementos del lenguaje, los cuales se presentan de forma independiente no sólo con relación al pensar consciente, sino también entre ellos. De tal manera es así que el lenguaje parece desmigajarse hasta perder toda sintaxis y significación, como

reducido a palabras rotas amontonadas de cualquier manera; otro tanto sucede con las imágenes, unas veces superpuestas y otras detenidas o en rabioso movimiento. Hechas añicos, las palabras y las imágenes se desligan, y erráticas campan a sus anchas sin orden ni concierto. Ese desmoronamiento simbólico e imaginario –por usar de forma específica los términos de Lacan– es experimentado por el sujeto con una angustia genuina que va desde la inquietante expectación hasta la perplejidad paralizante. «Sucede frecuentemente –escribe con acierto Heuyer, comentando estas vivencias– que pasajes visuales y pasajes verbales no concuerdan, que dos series, de los unos y de los otros, se desarrollan simultáneamente sin ser de ninguna manera conjugados, es decir, sin objeto común, y que por otra parte, que una y otra serie tampoco tengan objeto»⁴⁴.

INSULTOS E INJURIAS

Es una pena que estas visiones tan precisas de la atomización de la subjetividad, en las cuales las imágenes y las palabras se deseslabonan y atomizan causando un pavor extremo, no se acompañaran de alguna elucidación mínimamente trabada. Pero el genio descriptivo de Clérambault hacía aguas en el terreno explicativo. Estaba a años luz de Freud, incluso de Bleuler⁴⁵. Es de lamentar también que nadie viera en la abundante presencia de insultos e injurias, elemento genuino de las alucinaciones verbales, una pesquisa que iluminara y diera pie a componer algún

⁴⁴ HEUYER, G., AJURIAGUERRA, J. de y J. M. PIGEM: «El síndrome de automatismo mental de De Clérambault y su importancia en psiquiatría», *Anales de Medicina y Cirugía*, 1950, vol. XXVIII., n.º 62, p. 134.

⁴⁵ «Pero Clérambault se detuvo crispado ante el umbral del inconsciente, en tanto que Bleuler fue más allá», escribe Étienne TRILLAT en «Una historia de la psiquiatría en el siglo XX», en J. POSTEL y Cl. QUETEL, *Nueva historia de la psiquiatría* (México DF, F.C.E., 2000, p. 328).

tipo de interpretación, cuando todo el mundo sabe que esas palabras hirientes tocan de lleno algo íntimo del sujeto.

Aunque la mayoría de psicopatólogos estaban al corriente de la presencia del oprobio en el inicio de los cuadros alucinatorios, la importancia que se le asignó fue apenas testimonial. Séglas, sin ir más lejos, había anotado a propósito de una de sus locas: «[...] voces insultantes y amenazantes: “Vaca asquerosa, puta, arrastraremos a tu hijo por el barro; te rajaremos la panza con un cuchillo”. Estas voces provenían del suelo, de las paredes, de la chimenea, etc. Eran voces de hombres, de mujeres, de niños, muy claras, que oía por ambos oídos. Ellos eran invisibles, dice»⁴⁶. A otra de sus enfermas, la Sra. P., «le decían palabrotas, insultos, maldades, para hacerla ruborizarse delante de la gente»⁴⁷.

Agudo observador, Séglas se había percatado de que los alucinados perseguidos comienzan su periplo de locura con alucinaciones elementales, es decir, ruidos indefinidos que ellos mismos transforman en onomatopeyas (boom, crac, etc.) o identifican con pasos, silbidos del tren, campanas, disparos, etc. Con posterioridad a estos fenómenos elementales, experimentan alucinaciones verbales *stricto sensu*, esto es, palabras aisladas, frases breves que poseen un único significado, a veces monótonas y estereotipadas, aunque cada vez más nítidas. «Ya conocen ustedes ese repertorio de insultos burdos que, al comienzo, tienen que soportar casi todos los perseguidos», sintetiza Séglas⁴⁸. Con el paso

del tiempo las voces suelen convertirse en un monólogo del perseguidor, del que el alucinado no puede zafarse. En ocasiones las cosas se complican aún más, sobre todo cuando se trata de varios perseguidores y el monólogo se convierte en diálogo y éste en cháchara, con lo cual una polifonía de voces le vituperan.

Mas nadie soporta durante mucho tiempo tan cruda ignominia. Sucede entonces que los insultos y vejaciones, mediante alguna maniobra subjetiva, se compensan con halagos y consuelos. El trabajo del loco con sus voces resulta en ocasiones fructífero y las injurias iniciales se acaban transformando en soportable compañía, a menudo la única compañía. Este hecho ha sido observado en numerosas ocasiones por los tratadistas clásicos y es sobradamente conocido entre los clínicos que dialogamos con los locos. Tocante a esta cuestión, Clérambault anotó: «El sujeto está satisfecho (o es adulado), las voces le hacen compañía, en el peor de los casos, es fastidiado con experiencias de las que él es el centro, pero que no son hechas para perjudicarlo»⁴⁹. Y con respecto a otro alucinado, precisó: «Un hombre bastante culto, dibujante, empleado en una compañía de ferrocarriles, escuchaba arriba y a la derecha a interlocutores amables; les escuchaba sonriendo, sin responderles. “Esas voces me hablan de usted, señor doctor, me hacen elogiarlo. *Me son agradables, me hacen compañía*”»⁵⁰.

Hoy día, después de Freud, es fácil caer en la cuenta de que las alucinaciones

⁴⁷ *Ídem*, p. 187.

⁴⁸ *Ídem*, pp. 148-49

⁴⁹ CLÉRAMBAULT, G. G. de: «Automatisme mental et scission du moi» [1920], *Œuvre Psychiatrique, op. cit.*, p. 446.

⁵⁰ CLÉRAMBAULT, G. G. de: «Première conception d'un automatisme mental générateur de délire. Intervention» [1909], *Œuvre Psychiatrique, op. cit.*, p. 456.

verbales se relacionan con aspectos personales íntimos y molestos, de esos que no sólo le sacarían a uno los colores, sino de los que dan de lleno en la línea de flotación, como es el caso de los insultos y las injurias. Se tiende a suponer también que esos agravios dichos por otro son, en realidad, ultrajes que uno mismo se dirige por boca de otro. Ahora bien, esta interpretación del hecho alucinatorio se asienta en una teoría general según la cual, en primer lugar, la locura es ante todo una protección, y, en segundo lugar, sus síntomas son la expresión del fracaso de esa defensa esencial. El desarrollo de esta teoría introdujo un punto de vista completamente nuevo en el análisis del *pathos* y dotó, por fin, de una explicación coherente a las brillantes descripciones de los más señeros psicopatólogos.

Es difícil recomponer las pesquisas que Freud siguió para establecer su teoría. Sin embargo, da la impresión de que las palabras hirientes desempeñaron en su cavilación un papel esencial, de ahí que se observe una correlación especular entre la injuria alucinatoria y el autorreproche melancólico. En mi opinión, de la injuria alucinatoria deduce el mecanismo genuino de la psicosis (*Verwerfung*, forclusión o rechazo radical) y del reproche melancólico colige la esencia narcisista de esta afección y la imposibilidad de deshacerse del objeto perdido, con lo cual los autorreproches son, en realidad, acusaciones veladas.

Conforme a lo que se acaba de apuntar, cualquier interpretación de la alucinación

verbal debería establecerse a partir del insulto y la injuria. La profusión de tan lacerantes palabras en los estadios germinales de la locura xenopática y la paranoia es proporcional a la importancia que atesoran. Pero no se trata sólo de un mero aspecto cuantitativo. En realidad, son muy pocas las experiencias que testimonian un dolor tan intenso y rebosante de ultraje, experiencias en las que el loco se halla a la intemperie, desprotegido y en carne viva. Tanto es así que, a propósito de las injurias que sonaban claramente es sus «oídos espirituales», Schreber anotó: «son tan groseras que me resisto a confiarlas al papel»⁵¹.

Cuando Freud analizó las alucinaciones de una de sus primeras pacientes paranoicas, la Sra. P., enseguida advirtió el fastidio que le ocasionaban las voces: «Cada uno de sus movimientos y acciones eran comentados, a veces oía amenazas y reproches. Todos estos síntomas la hostigaban [...]»⁵². No cabe duda de que la teoría de las alucinaciones de Freud deja mucho que desear, tanto más cuanto que las asimila a los mecanismos oníricos. Así y todo, sienta las bases de la defensa psicótica por antonomasia (forclusión) y pone de relieve que el fracaso de la defensa se experimenta en lo real: «[en algunas ocasiones sucede que] la defensa termina en un total fracaso y el reproche originario, el vituperio que uno se quería ahorrar, regresa en su forma inalterada»⁵³.

Se pueden emplear muchas más palabras, pero en apenas dos líneas el fenómeno

⁵¹ SCHREBER, D. P.: *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, Madrid, A.E.N., 2003, p. 237.

⁵² FREUD, S.: «Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa» [1896], en *Sigmund Freud. Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, vol. III, 1976, p. 176.

⁵³ *Idem*, p. 182.

alucinatorio se revela con nitidez y muestra, en su simplicidad, lo genuino de la locura: los insultos que el alucinado oye son lo más verdadero de su ser; su locura radica en no poder experimentarlos de otro modo que no sea a través de alguien al que considera extraño; su psicosis se edifica sobre el agujero de la protección simbólica e imaginaria, el desgarrón de esa tupida red de lenguaje e imágenes que sirve de parapeto frente a los envites de lo siniestro, de lo irrepresentable.

EL AUTOMATISMO MENTAL GENERALIZADO

De ser cierto lo que propongo, el hombre hablado encarnaría al sujeto de las postrimerías de la Modernidad. Mientras su expresión más dramática y patológica se sustancia en la locura xenopática, la más habitual se traduce en la división subjetiva, característica genuina de la condición humana. Desde este punto de vista, un fino hilo recorrería sin quiebras las experiencias características de la locura hasta internarse en las habituales del sujeto corriente.

Aunque no sea más que mero afán especulativo, analizar los fenómenos psicopatológicos desde la óptica de la continuidad y la discontinuidad, aplicando ambas coordenadas a la vez, es tarea que enriquece el conocimiento de la condición humana. En el caso que nos ocupa del hombre hablado, este doble enfoque nos llevaría a situar la xenopatía del lenguaje como un pilar fundamental de la constitución del sujeto, con lo cual podríamos plantear que todo el mundo es xenopata, aunque, desde la perspectiva de la psicología patológica, estemos obligados a distinguir el

automatismo mental de otras experiencias parecidas y trazar una línea virtual que lo separe de la normalidad o neurosis.

Que todo el mundo padezca de automatismo mental y sea xenopata, como decía, es una propuesta que se discutió tiempo atrás y se ha revitalizado con Lacan, sin duda el más preclaro de cuantos analizaron estos hechos. «No hay nada más natural que el automatismo mental», enfatizó Lacan en el Seminario de 1976-77, haciendo de la «invención» de Clérambault una experiencia extensible al común de los mortales⁵⁴. Quizás la importancia de esta hipótesis del automatismo mental generalizado consista en afianzar la esencia lingüística de la condición humana y en concebir una locura originaria de la que algunos, mediante defensas exitosas, consiguen librarse.

Con el fin de dotar de algunos argumentos a esta propuesta sobre el automatismo mental generalizado, examinaré el problema desde la doble perspectiva psicopatológica de la discontinuidad y la continuidad. Comenzaré por la primera, la más extendida entre los estudiosos del *pathos*. Se trata, desde este punto de vista, de aislar los fenómenos específicos del automatismo mental y oponerlos a otros de apariencia similar pero de diferente entidad. De resultados de este análisis se establecen categorías y tipos alejados unos de otros, con lo que la separación entre lo normal y lo patológico se amplifica, y con ello se aparta al cuerdo del loco. El énfasis puesto en las diferencias permite precisar distintas taxonomías, siempre arbitrarias aunque muchas veces sólidas en su configuración y útiles para la terapéutica. Como es

⁵⁴ LACAN, J.: «L'insuccès de l'une bévue. Leçon du 17/5/1977», *Ornicar?*, 1979, 17-18, p. 23

natural, este tipo de análisis multiplica sus dificultades cuando se adentra en la discriminación de ciertos fenómenos alejados del extremo más patológico, fenómenos de por sí sutiles y difuminados, cuya raigambre última resulta a menudo oscura.

Ante este tipo de manifestaciones elementales, el psicopatólogo no puede echar mano de la potente lente de la semiología clínica, pues su luz no penetra en tales oquedades; a consecuencia de esa limitación, los relieves que ofrece se vuelven confusos. Las meditaciones de Clérambault ilustran a la perfección este aspecto. Reconocía el maestro de la Enfermería especial que existen algunos fenómenos intrusivos y parásitos propios del pensamiento normal, fenómenos que también se observan con claridad en el automatismo mental. Todo el asunto consiste en saber diferenciarlos. Con respecto a esta cuestión, propuso: «Hay varios que figuran, al menos en forma reducida y excepcionalmente, en el juego del pensamiento normal y subnormal. Son, por una parte, el devanado mudo de los recuerdos, las semejanzas, falsos reconocimientos y extrañezas, las sustituciones de pensamiento e ideorreas; por otra parte, las desapariciones de pensamientos, olvidos, interrupciones y vacíos del pensamiento, las esperas, dudas, perplejidades, aprosexias. Es preciso añadir los juegos parcelares. Todos esos fenómenos son frecuentes en estados de fatiga legítima, de insomnio y de neurastenia, muy frecuentes (salvo, como es natural, la aprosexia y la duda) en los estados hipnagógicos y en las intoxicaciones. [...] En el Automatismo Mental, el conjunto de

esos fenómenos se convierte en norma: son erigidos en sistema»⁵⁵.

Como se puede observar, la primera respuesta del psicopatólogo se basa en una consideración de conjunto. En ella el cariz patológico viene determinado por la presencia simultánea de múltiples fenómenos, de los que se sospecha inicialmente un componente enfermizo. A la vez que se lleva a cabo este tipo de análisis sumatorio, el conocedor de la psicología patológica ensaya otra respuesta, para la cual enfoca su lente hacia un único fenómeno elemental, del que escudriña todos sus pormenores. En este quehacer, como decía, el auxilio de la semiología desaparece. Sucede entonces que cuanto más se avanza en el análisis, menos consistentes se vuelven el apoyo en la objetividad y la referencia del *thesaurus semeiologicus*. Al llegar a ese punto ya no hay marcha atrás. De avanzar con paso firme por tan incierto territorio, la única guía segura se halla en la repercusión que esas experiencias tienen en el sujeto. Tocante a este aspecto, la indagación de Clérambault puede servir también de ilustración. Al hilo de los comentarios sobre una paciente, observó: «Los pensamientos adventicios de la enferma probablemente no sean distintos a aquellos que, en el sujeto normal, serían reprimidos (*refoulées*); llaman la atención porque se imponen»⁵⁶.

De acuerdo con lo expuesto, lo genuino del automatismo mental –o de cualquier alteración psíquica– no radica en lo primero que se nos aparece, es decir, la *textura* del fenómeno (semiología clínica), sino en

⁵⁵ CLÉRAMBAULT, G. G. de: «Les psychoses hallucinatoires chroniques. Analyse. Pathogénie» [1924], *Œuvre Psychiatrique*, op. cit., pp. 509-510.

⁵⁶ *Idem*, p. 508.

el *impacto* o tipo de experiencia que afecta al sujeto y en el significado que le atribuye. De ahí que haya que darle la razón a Nodet cuando, terciando sobre estas cuestiones, afirmó: «lo patológico no es el automatismo, sino el significado que el sujeto le asigna»⁵⁷.

Otra interpretación de estos hechos se funda en el enfoque continuista. Según este parecer, los fenómenos de automatismo podrían presentarse en cualquier sujeto, con lo cual más que establecer contrastes, se trataría de acentuar las semejanzas. De este modo, el cuerdo y el loco se emparentan puesto que comparten ciertas experiencias, cuyas diferencias vendrían dadas por la significación, la intensidad y la duración. Mientras el punto de vista discontinuo admitirá de buen grado la oposición entre cordura (neurosis) y locura, el continuo preferirá borrarla. El primero optará por adagios que resalten lo particular (*algunos* son psicóticos y *otros* neuróticos) y máximas disyuntivas (cuerdo o loco); el segundo se inclinará por sentencias universales (*todos* locos; de locos y cuerdos *todos* tenemos un poco).

Estos dos enfoques del *pathos* se articulan hasta conformar una cinta de Möbius, o al menos así debería de ser. Sin embargo, en materia de psicología patológica existe entre ellos una diferencia sustancial. El modelo discontinuo tiende a concebir las alteraciones como desórdenes que sobrevienen a lo largo del desarrollo, lo que supone que el sujeto partiría de un cierto orden para llegar, en algunos casos, al caos; en cambio, el modelo continuista suele promocionar una visión contraria

según la cual se partiría del caos y, mediante defensas efectivas, se llegaría a cierto orden o estabilidad. Según lo dicho, el primer modelo se interrogaría acerca de por qué enloquecemos, con lo cual se atribuye a la crisis o desencadenamiento una importancia fundamental para conocer la quintaesencia de la locura; en cambio, en el segundo modelo la interrogación incidiría en por qué no estamos todos locos, de ahí que se interese más por la terapéutica que por la patología.

Estas observaciones vienen como anillo al dedo para darse cuenta de que los modelos que privilegian la discontinuidad se han centrado en la descripción de síndromes o categorías, como el automatismo mental, desligados del sustrato habitual de la condición humana. Por el contrario, las interpretaciones continuistas allanan el camino entre lo normal y lo patológico, de manera que se favorecen visiones similares a la del automatismo mental generalizado, sugerente hipótesis cuyo punto más flojo se sitúa en la falta de separaciones. Por todo ello resulta imprescindible aplicar a la vez esas dos plantillas, únicos miradores desde los que analizamos e interpretamos el *pathos*.

Es posible que la ambigüedad semántica del término ‘automatismo’ haya favorecido, en el estudio de este ámbito, la coexistencia del doble enfoque al que acabo de referirme. Como ya se señaló, del automatismo psicológico se venía hablando desde mediados del siglo XIX para referir la presencia habitual de fenómenos automáticos en el discurrir del pensamiento, proceso que posteriormente Pierre Janet consideró

⁵⁷ NODET, Ch.-H: *Le Groupe des psychoses hallucinatoires chroniques: Essai nosographique. Préface du professeur Henri Claude*, Paris, Doin, 1938, p. 97.

una actividad mental espontánea e inferior de la conciencia según la cual emergen determinadas asociaciones preorganizadas. Aunque no tiene nada que ver el carácter endofásico de este tipo de experiencia con la xenopatía genuina del automatismo mental de Clérambault, la sola presencia del término ‘automatismo’ propició esa doble perspectiva de análisis, con lo cual se ha mantenido cierta conexión entre los automatismos que sobrevienen en la cogitación de cualquier persona y los fenómenos intrusivos de la xenopatía alucinatoria.

«Palabra interior», «imágenes auditivas», se les llamara del modo que fuera, los automatismos psicológicos se consideraban manifestaciones normales y habituales. El interés que suscitaron hace un siglo no se limitaba al estrecho perímetro de la psicología académica. De hecho, fueron los artistas, en especial los surrealistas, quienes más se interesaron por este asunto, en el que vieron una fuente irrenunciable de creación⁵⁸. Basándose en la experiencia de la escritura automática, André Breton, en el *Primer manifiesto*, definió al surrealismo apoyándose en la referencia del automatismo: «*Surrealismo*: s.m. Automatismo psíquico puro por cuyo medio se intenta expresar tanto verbalmente como por escrito o de cualquier otro modo el funcionamiento real del

pensamiento. Dictado del pensamiento, con exclusión de todo control ejercido por la razón y al margen de cualquier preocupación estética o moral»⁵⁹.

Interesado por estos fenómenos, el psicólogo y médico George Dumas, se había tomado a sí mismo como objeto de estudio y había comprobado «el carácter automático» con que se le presentaban unas sesenta frases, las cuales poseían un «carácter verbal» y no guardaban relación con los pensamientos del momento. Dumas dejó claro que no se trataba de alucinaciones psíquicas («porque no tengo la impresión de que sean impuestas», añade), sino de «fenómenos de automatismo mental espontáneo», a lo que denominó «pensamientos vagabundos»⁶⁰.

Como puede verse, la perspectiva discontinua pone en primer plano relación entre la locura y el lenguaje, relación que el automatismo mental de Clérambault hace patente; incluso invita a pensar la locura como la consecuencia de una alteración del lenguaje –conforme a la sugerencia de Chaslin⁶¹ – y enmarca –según señaló Séglas– las alucinaciones verbales dentro del terreno de «la patología del lenguaje interior»⁶². Por el contrario, si apuramos la visión continuista se hará evidente que esa relación se ampliará hasta abarcar al ser y al lenguaje. Con ello se resalta el papel

⁵⁸ De especial interés para conocer de cerca la relaciones entre el surrealismo y las doctrinas psicológicas y psicopatológicas es el escrito de Alain CHEVRIER, «André Breton et les sources psychiatriques du surréalisme», *Mélusine*, 2007, n.º 27, pp. 53-76, y 2009, n.º 29, pp. 277-288.

⁵⁹ BRETON, A.: *Manifiestos del surrealismo*, Buenos Aires, Argonauta, 2001, p. 44.

⁶⁰ Véase sobre todo el capítulo II («L'Automatisme, les hallucinations») de G. DUMAS, *Le surnaturel et les dieux d'après les maladies mentales (Essai de théogénie pathologique)*, París, P.U.F., 1946.

⁶¹ Cf. Philippe CHASLIN, *Éléments de sémiologie et cliniques mentales*, París, Asselin y Houzeau, 1912 [ed. española: *Elementos de semiología y clínica mentales*, 2 vols., Buenos Aires, Polemos, 2010; la descripción y comentarios sobre la locura discordante verbal puede leerse en el vol. 2, p. 972 y ss.].

⁶² Cf. J. SÉGLAS, «Las alucinaciones y el lenguaje», *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1998 [1934], vol. XVIII, n.º 68, pp. 673-677.

esencial que desempeña el lenguaje en la condición humana, aspecto que se vuelve evidente en las experiencias de la escritura automática y la introspección de Dumas.

Lo cierto es que se llega al mismo destino tanto si se sigue la pesquisa de la gran patología mental como la de las ocurrencias del sujeto normal. Cuando se lleva hasta el límite los enfoques continuo y discontinuo, da la impresión de que el lenguaje se impone y de que el sujeto es un extranjero de sí mismo, un verdadero xenópata, un hombre hablado. Bajo la lámpara de este tipo de análisis, observamos un individuo que se experimenta «atravesado por mensajes en ráfagas, por un lenguaje que habla solo»⁶³. Desde este punto de vista, la pregunta tradicional sobre qué es un loco da paso a «cómo se puede no ser loco», cuestión que con acierto formula J.-A. Miller al hilo de sus averiguaciones sobre el automatismo mental⁶⁴. De manera que la hipótesis del automatismo mental generalizado está bien fundamentada en la medida en que a *todos* se nos impone el lenguaje, aunque sólo *algunos* se enferman de xenopatía. Y de quienes se enferman de xenopatía o del síndrome de automatismo mental sería más apropiado decir que continúan siendo aquellos xenópatas originarios a los que el orden simbólico no protegió del caos inicial.

El hombre hablado, cuyo prototipo es Schreber, constituye la representación más patética de la desposesión de la identidad. Él no habla, ni se mueve ni siente; es hablado, movido y lo que siente se le impone. En

el interior de su propia identidad es Otro el que habla⁶⁵. En él lo íntimo es *éxtimo*, lo propio, ajeno, y lo interno, externo. Porque Otro habita en el núcleo más intrínseco de la identidad consigo mismo, de ahí que experimente su pensamiento como un mero eco y sus palabras se conviertan en voces increpantes.

Hoy día, en la escena del teatro de la locura, da la impresión de que el hombre hablado comparte su protagonismo con el hombre hueco. Se trata del psitacista, ese hombre loro que habla como los demás, pero no dice nada propio porque nada propio tiene. La alucinación verbal del xenópata da paso, en el psitacista, al murmullo. Su precariedad simbólica se pone de relieve en la pobreza de su discurso, tomado de los otros por mimesis. Con cuatro palabras desgastadas y ambiguas puede hablar durante horas y no decir nada. Carente de pasión y desvitalizado, este hombre hueco fracasó en la invención de una novela familiar, como decía Freud, en la que alojarse al calor del deseo del Otro. Va y viene de aquí para allá, errático, a menudo solitario, sin otra razón que lo que ve en los de al lado. No tiene ninguna guía para conducirse por la vida. Y cuando se ve abocado a enfrentarse con un compromiso de los verdaderamente humanos, de poco le sirve echar mano de las identificaciones con los otros, y es ahí cuando suele desequilibrarse. Su locura es normal, discreta, desapasionada, de las que pasan desapercibidas salvo por la hipernormalidad que aparentan y el aburrimiento que despiertan. Más

⁶³ MILLER, J.-A.: «Enseñanzas de la presentación de enfermos» [1977], en J.-A. MILLER *et al.*, *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1999, p. 425.

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ Cf. J.-A. MILLER, *Elucidación de Lacan: charlas brasileñas*, Buenos Aires, Ed. EOL-Paidós, 1998, p. 174. Véase asimismo, Jacques-Alain MILLER, *Extimidad*, Buenos Aires, Paidós, 2010, p. 29.

que un ventríloquo, el hombre hueco es como un loro que repite lo que dicen los otros, en los que no cree y a los que considera ajenos. Mientras el xenópata soporta en sus entrañas al Otro del lenguaje, el psitacista vive sin el Otro y de ahí su oscuridad tan característica⁶⁶.

Se necesita tiempo para escribir sobre la historia de la subjetividad del hombre de hoy, un tiempo necesario para averiguar cuál es su locura por excelencia. Si la línea argumental aquí desarrollada no incurre

en desatino, averiguar ese tipo de locura nos pondrá en la buena pista que habrá de conducirnos hasta el corazón del sujeto contemporáneo, proceso homólogo al que desempeñó el automatismo mental en la caracterización del sujeto del final de la Modernidad⁶⁷.

José María Álvarez

Correspondencia: alienistas@me.com

⁶⁶ En lo que se refiere a Joyce, J.-A. Miller, en *El ultimísimo Lacan*, observó que Lacan nos presenta la paradoja de «un sujeto sin Otro, un sujeto que habla para sí y en el que todo lo que atañe al Otro es sospechoso de no ser más que *fabricación*» (MILLER, J.-A.: *El ultimísimo Lacan*, Buenos Aires, Paidós, 2013, p. 76).

⁶⁷ El texto que ahora concluye coincide sólo parcialmente con la disertación pronunciada en el XXV Congreso de Salud mental de la AEN, celebrado en Tenerife en junio de 2012. En realidad, parte de las mismas preguntas que allí me formulé, aunque las respuestas son algo distintas. Han pasado algunos años desde entonces y el interés por las relaciones del lenguaje y la locura se ha inclinado paulatinamente hacia los vínculos entre la psicopatología y la historia de la subjetividad. De ahí que este escrito sea una contribución a las reflexiones que a Fernando Colina y a mí nos ocupan desde hace un lustro, en las que tratamos de aportar algo valioso sobre esa confluencia. Desde hace varias décadas consideramos que el automatismo mental era la vía regia para el conocimiento de la locura enfocada a partir de la trabazón del ser y el lenguaje, como se pone de relieve en nuestras respectivas publicaciones. Nos pareció que dábamos un paso más en nuestro plan cuando analizábamos las alucinaciones verbales, es decir, las voces. El caso es que, a través de distintas vías, concluimos, de forma provisional, que las voces propiamente psicóticas constituyen una manifestación exclusiva de la Modernidad, incluso que resulta difícil concebirlas en otro tipo de subjetividades anteriores. A sabiendas de que no se trataba más que de una hermosa especulación, nos empeñamos en dotarla de argumentos clínicos e históricos, al hilo de los cuales surgió la propuesta del origen histórico de la esquizofrenia, elaborada a lo largo de dos publicaciones («Las voces y su historia: sobre el nacimiento de la esquizofrenia», *Átopos. Salud mental, comunidad y cultura*, 2007, n.º 6, pp. 4-12; «Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad», *Frenia*, 2011, Vol. XI, pp. 7-26). En medio de todo eso quisimos darle forma a una idea, a la que cada día consideramos más sólida y bien fundamentada, respecto a la posible articulación de lo continuo y lo discontinuo, de lo uno y lo múltiple, uno de los problemas tradicionales de la filosofía occidental y pilar principal de la psicopatología. A partir de estos dos referentes di forma a este escrito, con el que intento aportar alguna luz a esta curiosidad compartida.

Lenguaje y automatismo

Language and automatism

Kepa Matilla

Psicólogo clínico. Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid)

RESUMEN

En este breve artículo trataremos de elaborar el binomio «lenguaje y automatismo». Principalmente, destacaremos la importancia del «automatismo mental» en la psicosis y la relación que este fenómeno tiene con el lenguaje. Para ello, utilizamos el ejemplo de la alucinación verbal; enmarcamos las consecuencias que ésta tiene en la nosología; analizamos la cuestión de las palabras impuestas en el ser hablante; y, tratamos de responder a por qué algunos, no todos, están locos.

Palabras clave: automatismo mental, lenguaje, psicosis, Clérambault, Ségla, Lacan.

Sorprendentemente, el automatismo mental es un fenómeno absolutamente desconocido en muchos ámbitos de la práctica clínica actual. Los psiquiatras que aún 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 permanece olvidada en el panorama psiquiátrico oficial. Y esto, lógicamente, tiene consecuencias en el diagnóstico y en el tratamiento.

Quizás, una posible respuesta a esta situación sea que en su momento, por una apresurada y ligera lectura de Freud, se privilegió la dimensión del sentido en el ámbito de las enfermedades mentales, y el automatismo mental, en realidad, no quiere decir nada, pues no es más que un

RESUMEN

In this short article we will try to develop the binomial «language and automatism». Mainly, we highlight the importance of «mental automatism» in psychosis and the relationship of this phenomenon with the language. To do this, we use the example of verbal hallucination; We framed the consequences it has on the nosology; We analyze the question of the imposed words on the speaker being; and we try to answer why some, not-all, are crazy.

Key words: mental automatism, language, psychosis, Clérambault, Ségla, Lacan.

simple eco donde el sujeto se descubre doblado por una emisión paralela “que lo emancipa, lo acompaña o lo sigue”¹.

Otra posible explicación podría ser el gusto por la ignorancia, así como el desconocimiento de los clásicos de la psicopatología, debido a que se suele considerar que la psiquiatría es una disciplina que progresa superando lo dicho en épocas pretéritas. No hay más que echar un vistazo a las concepciones sobre la patología mental de muchos de los nuevos residentes, los programas universitarios o el clima «intelectual» de la mayoría de los servicios de psiquiatría. Grave error, pues necesitamos recurrir a la clínica, porque es la que establece lo necesario para entender aquello de lo que hablamos, y ésta está, nos guste o no, históricamente circunscrita.

¹ MILLER, J.-A. (1995 [1976]), “Enseñanzas de la presentación de enfermos”, en CLÉRAMBAULT, G.G., *El automatismo mental*, Madrid, DOR, p. 279.

LA ESTRUCTURA DE LA ALUCINACIÓN

Quisiera comenzar destacando el hecho de que 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, de un lenguaje que no se escucha (*alucinaciones psíquicas*)². A esto Séglas añadió que el sujeto podía escuchar algo, pero dejaba claro que lo que se escuchaba no venía del exterior (*alucinaciones verbales y alucinaciones motrices verbales*)³.

Más importante aún fue el momento en el que se concibió la alucinación en la psicosis como un fenómeno de *influencia y automatismo*⁴. A partir de aquí, la alucinación verdadera o psico-sensorial dejaba de ser la más representativa de la psicosis⁵. 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 ellas⁶.

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 extraño⁷.

Fue también Séglas quien destacó de la alucinación auditiva su aspecto verbal por encima del perceptivo. Planteó que más que ser algo que proviniera del oído, eran voces internas que pronunciaban palabras⁸, no existía el elemento estésico propiamente dicho, sino que la importancia residía en la palabra. 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 psico-sensorial, 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 exterior⁹. El problema se convertía así en que «algo hablaba en ellos».

² LANTERI-LAURA, G. (1989), "La voix et le langage intérieur", SAUVAGNAT, F. (Comp.), *La voix, Colloque d'Ivry*, París, Lysimaque, pp. 185-200, p. 186.

³ No es nuestro propósito realizar aquí una nítida distinción entre los diferentes tipos de alucinación, para ello puede consultarse ÁLVAREZ, J.M.^a y ESTÉVEZ, F. (2001), "Las alucinaciones: historia y clínica", *Frenia. Revista de historia de la psiquiatría*, vol. I, fasc. I, pp. 65-96; LANTERI-LAURA, G. (1994), *Las alucinaciones*, México, Fondo de Cultura Económica; MAZZUCA, R. (1998), *Valor clínico de los fenómenos perceptivos*, Buenos Aires, Eudeba.

⁴ Cf. EY, H. (1934), *Hallucinations et délires*, París, Alcan.

⁵ CLAUDE, H. (1930), "Mécanisme des hallucinations. Syndrome d'action extérieure", *L'Encéphale*, 25 (5), pp. 345-359, p. 346.

⁶ BAILLARGER, J. (1890), *Recherches sur les maladies mentales*, París, Masson, p. 563.

⁷ *Ibidem*.

⁸ SÉGLAS, J. (1998 [1934]), "Las alucinaciones y el lenguaje", *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XVIII, no 68, pp. 673-677, p. 674. Este artículo es la traducción de SÉGLAS, J., (1934), "Préface", en H. EY, *Hallucinations et délires*, París, Alcan, pp. I-X.

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 *psicomotrices verbales*¹⁰ —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»¹¹.

Esta nueva concepción ensanchó el campo de las alucinaciones de manera considerable y, aún hoy, cuesta creer cómo es algo completamente desconocido. 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.

INCIDENCIA EN LA NOSOLOGÍA

También Ségla, con esta nueva concepción, introdujo una entidad clínica, los «perseguidos-poseídos» o el «delirio de influencia», producto de las alucinaciones psicomotrices en las que la palabra, como hemos dicho, se emancipaba de la boca del enfermo. Esta nueva entidad no dejaría de ser otra categoría más, si no fuera por la novedad que suponía plantear un «desdoblamiento de la personalidad» como mecanismo generador del automatismo. Era, además, la manera de diferenciar estos sujetos de los alucinados sensoriales a los que se les suponía cierta integridad.

Este planteamiento de una disgregación de la unidad interior lo secundó un gran número de clínicos de primera talla, entre ellos Ballet con su «desagregación de la personalidad»¹² —término que también Clérambault utilizó¹³—, Chaslin y su «discordancia»¹⁴, el propio Clérambault y su «escisión del yo»¹⁵, Lévi-Valensi y su «desposesión»¹⁶, etc. De hecho, estos autores que sostuvieron la idea de una disociación de la unidad interior, encontraron en ella el caballo de batalla para escindir la categoría de la demencia precoz.

⁹ LEVY-DARRAS, A. (1914), *La psychose d'influence*, París, G. Steinheil, p. 9.

¹⁰ SÉGLAS, J. (1998 [1934]), p. 675.

¹¹ *Ibidem*.

¹² BALLE, G. (1913), "La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité", *L'Encéphale*, 6, pp. 501-508.

¹³ CLÉRAMBAULT, G.G. (1987 [1907]), "Un cas de délire a deux avec modes de début un peu spéciaux", en *Œuvre psychiatrique*, París, Frénésie, p. 58.

¹⁴ Cf. CHASLIN, Ph. (2010 [1912]), *Elementos de semiología y clínica mentales*, 2 tomos, Buenos Aires, Polemos.

¹⁵ CLÉRAMBAULT, G.G. (1995 [1920]), "Automatismo mental y escisión del yo", en *El automatismo mental*, Madrid, DOR.

¹⁶ LEVY-VALENSI, J. (1927), "L'automatisme mental dans les délires systématisés chroniques d'influence et hallucinatoires. Le syndrome de dépossession", *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, Blois, p. 5.

Efectivamente, fue primero de la mano de Ségla como se trató de limitar la «demencia paranoide» a las formas delirantes y alucinatorias de la hebefrenia¹⁷, definiendo así la postura de los franceses ante esta nueva categoría de Kraepelin, al tiempo que la dotaban de una mayor consistencia. De esta forma, se extraían de la demencia paranoide la mayor parte de los estados delirantes alucinatorios crónicos con disociación limitada, que sólo comenzaban a manifestarse a partir de los primeros fenómenos parasitarios producidos por el síndrome disociativo¹⁸. Mientras que en la demencia precoz quedaban las formas en las que se podría constatar, ya incluso en los pródromos, una desintegración psíquica de carácter discordante¹⁹. El propio Minkowski era partidario de diferenciar las psicosis a base de un proceso esquizofrénico (forma de Kraepelin), de las psicosis a base de automatismo (forma de los franceses)²⁰—aunque algunos mantuvieron que tanto en la demencia precoz como en la psicosis alucinatoria crónica (propuesta francesa ante la demencia precoz), el automatismo mental era exactamente el mismo²¹—. De aquí se extraen dos perspectivas en la consideración de la psicosis y en la manera de

entender la clínica. Por una parte, siguiendo el modelo médico a pies juntillas, Kraepelin destacaba en exceso el carácter deficitario en la demencia precoz; y, por otra parte, los clínicos franceses ponían el acento en la disgregación y ruptura de la unidad interior, así como en la multiplicidad de fenómenos que esto acarrea²².

De esta operación de extracción de los delirios alucinatorios no discordantes se creó la «psicosis alucinatoria crónica» en Francia. Categoría que recogía la herencia de una de las más célebres entidades de la clínica francesa, el «delirio de persecuciones» de Lasègue. Fue el propio Ballet²³ quien, siguiendo esta estela, ubicó ahí el «delirio crónico» de Magnan y la «psicosis de influencia» de Ségla²⁴. Siendo que en el primero predominaban las alucinaciones sensoriales y en el segundo las alucinaciones verbales motrices.

Por otra parte, esta propuesta permitía encarar, desde un planteamiento alternativo, el hoy actual asunto de la demencia o «déficit» en la locura. La nueva versión ensanchada de las alucinaciones, donde prevalecía el automatismo y la im-

¹⁷ SEGLAS, J. (1900), «La démence paranoïde», *Annales médico-psychologiques*, t. II, pp. 232-246.

¹⁸ BERCHERIE, P. (1995), «Presentación», en CLÉRAMBAULT, G.G., *Automatismo mental. Paranoia*, Buenos Aires, Pólemos, pp. 9-25, p. 17.

¹⁹ *Ibid.*, p. 16.

²⁰ NAYRAC, (1927), «L'automatisme mental», *Annales médico-psychologiques*, no 2, *Compte-rendu du XXXIe congrès des médecins aliénistes & neurologistes de France et des Pays de langue française*, Blois, pp. 259-269, p. 266.

²¹ HEUYER, G. y LAMACHE, A. (1929), «Le mentisme», *L'Encéphale*, 24, pp. 325-336 y 444-465, p. 450.

²² ÁLVAREZ, J.M^a y COLINA, F. (2011), «Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad», *Frenia*, vol. XI, pp. 7-26, p. 14.

²³ Cf. BALLETT, G. (1994 [1911]), «La psicosis alucinatoria crónica», en COLINA, F. y ÁLVAREZ, J.M^a, *El delirio en la clínica francesa*, Madrid, Dorsa.

²⁴ Fueron los alumnos de Ségla Levy-Darras y Ceillier quienes usaron ese término. Cf. LEVY-DARRAS, A. (1914); CEILLIER, A. (1924), «Les influencés. Syndromes et psychoses d'influence», *L'Encéphale*, 3, pp. 152-162, 225-234, 294-301, 370-381.

posición así como su relación con el lenguaje, posibilitaba concebir estas formas deficitarias, más que como producto de un deterioro, como consecuencia de la discordancia entre lenguaje, cuerpo e identidad. Chaslin, por ejemplo, describía una «locura discordante verbal» concebida, no desde el modelo de la demencia, sino a partir de una alteración del lenguaje²⁵.

A esto había que añadir que la multiplicidad fenomenológica descrita desde esta nueva visión también servía como explicación del supuesto déficit. Por ejemplo, ciertos tipos de aprosexia podían ser debidos a la multiplicidad de ideas o de imágenes²⁶. ¿Quién podía disponer de todas sus capacidades cuando se veía sumido en una experiencia semejante? Parecía lógico pensar que un paciente pudiera estar ausente imbuido en la recomposición del nuevo sentido del mundo, inaccesible a cualquier demanda de atención. O también, podía ser que el sujeto estuviera inmerso en la perplejidad, en una inquietud sorda, en un sentimiento de extrañidad tras la pérdida de sentido del mundo, intentando reconstruir mínimamente cualquier tipo de soporte.

Es decir, los influenciados, por ejemplo, como decía Ceillier, “dan la *apariencia de un estado demencial* que no existe.

Estos enfermos, totalmente acaparados por su automatismo, no prestan ninguna atención a lo que pasa a su alrededor, parecen «ausentes, discordantes», no responden cuando les interrogamos²⁷. Esto que para algunos sería un claro ejemplo de déficit, vemos que para otros no es más que la consecuencia de todos estos fenómenos parasitarios. Lo que nos lleva a cuestionarnos el furor y el fanatismo actual sobre el déficit en la esquizofrenia. La clínica clásica nos muestra una manera de concebir a los pacientes, sin duda, mucho más humana que la psiquiatría actual. Las capacidades propiamente humanas no desaparecen, están ahí tratando de hilar algo que posibilite salir a flote y obtener cierta estabilidad.

Por otra parte, otra de las novedades de la puesta en primer plano del automatismo fue la de plantear también un origen mecánico para los delirios interpretativos²⁸. Es decir, concebir el delirio, no como una elaboración racional, sino como un elemento mórbido en sí mismo. Es en este sentido como Targowla y Dublineau concibieron la «intuición delirante», que estaba a medio camino entre la interpretación y la pseudo-alucinación, como un juicio inmediato que se imponía con certeza absoluta y era enteramente personal²⁹. La veían como una especie de automatismo mental, como un fenómeno xenopático³⁰.

²⁵ CHASLIN, Ph. (2010 [1912]), pp. 234-235.

²⁶ HEUYER, G., AJURIAGUERRA, J. de y PIGEM, J.M. (1950), “El síndrome de automatismo mental de de Clérambault y su importancia en psiquiatría”, *Anales de medicina y cirugía*, vol. XXVIII, no 62, pp. 126-147, p. 132.

²⁷ CEILLIER, A. (1924), p. 378.

²⁸ CLÉRAMBAULT, G.G. (1997 [1933]), “Sobre un «mecanismo automático» raíz de ciertos delirios interpretativos: la pseudo-constatación espontánea, incoercible”, en COLINA, F. y ÁLVAREZ, J.M^a, *Clásicos de la paranoia*, Madrid, Dor.

²⁹ TARGOWLA, R. y DUBLINEAU, J. (1931), *L'intuition délirante*, París, Masson, p. 7.

³⁰ CLAUDE, H. y EY, H. (1932), “Évolution des idées sur l'hallucination. Position actuelle du problème”, *L'Encéphale*, 17 (5), pp. 361-367, p. 368.

PALABRAS IMPUESTAS Y XENOPATÍA

Pasemos ahora a tratar de ubicar lo que supone el fenómeno del automatismo mental, fenómeno cuyos síntomas el propio Clérambault describe con una fórmula casi poética y que algunos autores, como por ejemplo Colina³¹, suelen retomar con cierta frecuencia, “emancipación de los abstractos”³².

Los historiadores no dudan en ubicar a Baillarger como el antecedente del automatismo mental³³, al separar éste las alucinaciones psíquicas de las alucinaciones psicosensores. La particularidad de las alucinaciones psíquicas es que el propio pensamiento se emancipa y se impone al sujeto³⁴, es decir, se presenta como palabras impuestas, y esto es precisamente el automatismo mental, el hecho de que “el lenguaje habla por sí solo”³⁵. Pero estas palabras impuestas son palabras desprovistas de su contenido y limitadas a su envoltura formal, a su estructura, siendo que la estructura de las palabras es esencialmente

acústica³⁶. Por eso, cuando las palabras se descomponen y se separan de su contenido, pasan a un primer plano sus propiedades de orden fonémico, es decir, se presenta la polifonía de la palabra³⁷.

Éste es el núcleo de la psicosis, su estructura, la relación del sujeto con el aspecto más formal de la palabra³⁹, con esos «abstractos» de los que hablaba Clérambault, fenómenos «ideicamente neutros», o lo que es lo mismo, fenómenos “en discordancia con los afectos del sujeto”⁴⁰.

Así tenemos a un sujeto hablado por el lenguaje, o la figura del xenópata. De aquí se deriva la concepción de la alucinación como fenómeno xenopático⁴¹. El xenópata es alguien fracturado internamente y asolado por el estallido de sus propias palabras vividas como ajenas y extrañas, es decir, alguien en quien el lenguaje habla en él⁴², lo domina, lo manipula a su antojo y lo utiliza como a una marioneta⁴⁴ a modo de ventrílocuo. El alienado se convierte en un juguete del lenguaje. Estas metáforas nos sirven para destacar la connotación

³¹ COLINA, F. (2001), *El saber delirante*, Madrid, Síntesis, p. 52.

³² CLÉRAMBAULT, G.G. (1995 [1924]), “Las psicosis alucinatorias crónicas. Análisis. Patogenia”, en *El automatismo mental*, Madrid, DOR, p. 114.

³³ LANTÉRI-LAURA, G. y DAUMÉZON, G. “La signification sémiologique de l’automatisme mental de Clérambault”, *Recherches sur les maladies mentales*, 1, pp. 61-91, p. 62.

³⁴ BAILLARGER, J. (1846), “Des hallucinations, des causes qui les produisent, et des maladies qui les caractérisent”, *Mémoires de l’Académie royale de médecine*, 12, París, Bailliére, pp. 273-475, pp. 368-369.

³⁵ LACAN, J. (1998 [1955-56]), *El Seminario. Libro 3. Las psicosis*, Buenos Aires, Paidós, p. 437.

³⁶ EY, H. (2009 [1973]), *Tratado de las alucinaciones, t. 1*, Buenos Aires, Polemos, p. 182.

³⁷ LACAN, J. (2006 [1975-76]), *El Seminario. Libro 23. El sinthome*, Buenos Aires, Paidós, p. 94.

³⁸ LACAN, J. (1998 [1955-56]), *El Seminario. Libro 3*, p. 358.

³⁹ *Ibid.*, p. 359.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 358.

⁴¹ CLAUDE, H. y Ey, H. (1932), p. 364.

⁴² ÁLVAREZ, J.M^a y COLINA, F. (2011), p. 8, n. 1.

⁴³ ÁLVAREZ, J.M^a (1998), “Sobre las relaciones entre las alucinaciones y el lenguaje en la obra de Ségla”, *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, vol. XVIII, no 68, pp. 667-676.

⁴⁴ BAILLARGER J. (1846), “Des hallucinations,...”, p. 368; BAILLARGER J. (1846), *Recherches...*, t. 1, p. 378.

lúdica y trágica, gozosa, que inunda toda esta experiencia. El sujeto no vive esto de manera aséptica.

Según los autores clásicos entonces, podríamos ubicar en el inicio, como primer período de la enfermedad, la desagregación, que es un período de inquietud o hipocondríaco. En un segundo momento, se añadiría el pequeño automatismo mental, o síndrome de pasividad, el núcleo de la psicosis (ecos, sin-sentidos, parestesias, fenómenos psicomotores e inhibiciones)⁴⁵, que aunque puede ser disimulado por un tiempo, a la larga produce una disociación, una personalidad segunda⁴⁶.

En concreto, este segundo momento se constituye por dos mecanismos: en primer lugar una hiperendofasia, que es la exteriorización del lenguaje interior hiperactivo, según Ségla; y en segundo lugar una rumiación mental, que es el nombre que Janet le dio al «mentismo»⁴⁷. Este segundo mecanismo consiste en machacar las ideas o en sentirse asolado por ellas, y es el primer término de la desagregación psíquica⁴⁸.

Pero ¿Cómo explicarnos este proceso? Podemos pensar el lenguaje interior como una cadena de palabras articuladas, que en tanto articuladas, producen significado.

Por eso, cuando en el llamado desencadenamiento algún elemento se desprende de la cadena, se le presenta al sujeto sin querer decir absolutamente nada, porque ya no está articulado. Es decir, se presenta como lo que es, el soporte material de la palabra emancipado y automatizado. Y su presencia, provoca en el sujeto la experiencia de perplejidad⁴⁹.

El sujeto está ante un enigma, sabe que esos fenómenos quieren decir algo pero no sabe muy bien qué. Y alrededor de este vacío de significado comienza a experimentar que ese fenómeno le concierne. A partir de aquí, el sujeto podrá o no ir construyendo un sentido para todo esto mediante el delirio⁵⁰. Es decir, parece que todos estos fenómenos llevan al sujeto, al final, a invocar una acción exterior⁵¹.

De alguna manera, cuando el pensamiento automático se sonoriza y se exterioriza es ya una especie de tratamiento de la fragmentación. Es decir, si el lenguaje en el interior del sujeto va a su aire, escapa a su voluntad, es automático y produce por ello un desdoblamiento, cuando se sonoriza ese pensamiento automático interior, el sujeto deja de estar dividido, ahora le viene de fuera⁵². Vemos que esta concepción de la psiquiatría clásica no está lejos

⁴⁵ LEVY-VALENSI, J. (1927), p. 33.

⁴⁶ CHOJNOWSKA, A. y SAUVAGNAT, F. (2001), "La question de la division subjective psychique chez Kandinsky et Clérambault", en SAUVAGNAT, F. (dir.), *Divisions subjectives et personnalités multiples*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, p. 163.

⁴⁷ JANET, P. (1903), *Les obsessions et la psychasthénie*, t. II, París, Alcan, p. 564.

⁴⁸ HEUYER, G. y LAMACHE, A. (1929), p. 446.

⁴⁹ Podrían ubicarse aquí ciertos «sentimientos de vacío» de Janet, sobre los que se desarrollaría el automatismo y la idea de influencia. Cf. JANET, P. (1993-94 [1932]), "Les délires d'influence et les sentiments sociaux", *Bulletin de psychologie*, pp. 413-414.

⁵⁰ Cf. LACAN, J. (1984 [1957-58]), "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis", en *Escritos*, 2, México, Siglo XXI.

⁵¹ CLAUDE, H. (1930), p. 346.

⁵² CEILLIER, A. (1924), p. 232.

del aserto de Freud de que el delirio es un intento de curación.

Por ejemplo, Ceillier trata este tema como sigue: “Es extremadamente interesante, dice, estudiar por qué *sólo la alucinación psíquica da la impresión de una desagregación de la personalidad consciente*, mientras que la alucinación sensorial no se acompaña de esta impresión. Las dos nacen, en el fondo, del automatismo del enfermo, pero el carácter sonoro, exterior, objetivo de la alucinación sensorial le libera al enfermo del sentimiento de automatismo”⁵³.

INMERSOS EN UN MUNDO DE LENGUAJE

Como vemos, es en la psicosis donde apreciamos en toda su intensidad una relación muy particular entre el sujeto y el lenguaje, en concreto, apreciamos la relación de exterioridad que el sujeto mantiene con la palabra. He ahí el carácter intrusivo del lenguaje. Esta perspectiva nos muestra a un sujeto, no como aquel que ordena el lenguaje o que lo utiliza a su antojo, sino más bien como aquel que lo padece. Un sujeto desgarrado donde su propio pensamiento, sus propias palabras, se convierten en su tormento.

Esta relación de exterioridad del psicótico con el lenguaje es lo fundamental —exterioridad en la esfera más íntima—, porque nos puede llevar a preguntarnos si

el psicótico entró verdaderamente en el lenguaje⁵⁴. Pero también nos lleva a pensar el lenguaje, más que como un instrumento, como un medio en el que uno está, un medio en el que se habita y nos precede, se nos anticipa y determina lo que decimos⁵⁵. El ser humano es arrojado al lenguaje, está metido en él, “está apresado en su engranaje”⁵⁶. Es la idea de Heidegger del lenguaje como “la casa del ser. En su morada habita el hombre”⁵⁷, que se opone a la concepción clásica de Aristóteles del lenguaje como atributo del hombre.

Una de las cosas que diferencia la cultura humana de la naturaleza es el lenguaje, es decir, la estructura del lenguaje organiza las sociedades humanas, el lenguaje estructura las leyes sociales del intercambio, los pactos simbólicos⁵⁸. Y hay un precio que se paga por entrar en el lenguaje, pues se produce una pérdida en el propio cuerpo, una especie de vaciamiento, una desnaturalización, se pierde algo de la pulsión al humanizarse, al hablar, al estar parasitado por las palabras.

El niño carece de palabras que le permitan nombrar las cosas o tramitar las tensiones y excitaciones internas. Estas palabras las tiene que tomar de fuera, de los otros. Así, nuestras primeras representaciones que nos sirven para dar cierta consistencia a los objetos⁵⁹, estarán compuestas de un material que no es nuestro. Pero de lo primero que nos apropiamos es de la forma acústica

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ LACAN, J. (1998 [1955-56]), *El Seminario. Libro 3*, p. 359.

⁵⁵ COLINA, F. (2001), p. 13.

⁵⁶ LACAN, J. (1990 [1954-55]), *El Seminario. Libro 2. El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, p. 453.

⁵⁷ HEIDEGGER, M. (1972), *Carta sobre el humanismo*, Argentina, Huascar, p. 65.

⁵⁸ Cf. LÉVI-STRAUSS, C. (1995 [1955]), “La estructura de los mitos”, en *Antropología estructural*, Buenos Aires, Paidós.

⁵⁹ LACAN, J. (1990 [1954-55]), *El Seminario. Libro 2*, p. 257.

de las palabras, vaciada de cualquier significado, el niño repite y juega con los sonidos de las palabras. De esta manera, las palabras adquieren más importancia que las cosas a las que se refieren⁶⁰.

El niño queda inmerso en un mundo de sonidos de palabras que no comprende. Los otros a su alrededor le hablan y hablan de él, utilizan estas imágenes acústicas vaciadas de sentido. Es como si todo a su alrededor le hiciera señas o tuviera un sentido que no alcanzara a descifrar y, por supuesto, puede tener la experiencia de que esos sonidos le conciernen.

Y la experiencia de la psicosis con el lenguaje no es muy diferente de esta situación. Las palabras al alienado también le vienen de fuera, mantiene una relación de exterioridad con el lenguaje. Y además sufre de esto, es un mártir de la palabra, padece de la palabra que le viene del exterior y que lo parasita. Lacan decía que el registro de la palabra creaba toda la fenomenología de la psicosis⁶¹.

ENTONCES, ¿POR QUÉ NO ESTAMOS TODOS LOCOS?

Por tanto, esta relación de exterioridad que el psicótico mantiene con el lenguaje, en realidad, es algo que todos nosotros compartimos. Porque también el lenguaje se nos impone de alguna manera y escapa a nuestro control adquiriendo esta dimensión parasitaria. El sujeto no es amo y señor de lo que dice. No es tanto él quien

utiliza la lengua, sino la lengua quien lo utiliza a él. El sujeto dice más de lo que quiere, dice otra cosa de lo que dice, es llevado más allá de sí mismo⁶².

Hay una cuestión importante que quisiera destacar. Si bien hemos planteado al inicio cómo el automatismo mental es para los clásicos producto de la fractura interna del sujeto y a su vez produce una división en su fuero interno, hay que considerar sin embargo que el alienado, en realidad, no se puede separar de esos fenómenos parasitarios que lo acechan. Es decir, dividido sí, pero no separado. No puede realizar la maniobra que le permita vivir separado de los objetos que experimenta como una imposición, como por ejemplo hace el neurótico al tomar distancia respecto a sus formaciones del inconsciente. Está capturado absolutamente por el fenómeno de lenguaje del que no puede desprenderse⁶³.

El automatismo mental sería como percatarse de la verdadera naturaleza del lenguaje, es decir, que las palabras nos son impuestas⁶⁴. Habría algo en este fenómeno que prolonga la estructura misma de la comunicación común a todas las personas, y es el hecho de que uno no puede hablar sin oírse, escuchar sin dividirse⁶⁵. En la psicosis esta división se acentúa hasta poder llegar incluso a pensar que se está influenciado o poseído. Pero a la vez, uno no puede separarse de eso, está pegado a ello, y quizá sea ésta una diferencia fundamental.

⁶⁰ Cf. LÉVI-STRAUSS, C. (1995 [1955]).

⁶¹ LACAN, J. (1998 [1955-56]), *El Seminario. Libro 3*, p. 57.

⁶² MILLER, J.-A. (1990), *Recorrido de Lacan*, Buenos Aires, Manantial, p. 33.

⁶³ CHOJNOWSKA, A. y SAUVAGNAT, F. (2001), p. 173.

⁶⁴ SAUVAGNAT, F. (2000), "La cuestión de las alucinaciones verbales en Lacan", *El caldero de la escuela*, pp. 108-117, p. 115.

⁶⁵ MILLER, J.-A. (1998), *Elucidación de Lacan*, Buenos Aires, Paidós, p. 176.

¿Por qué el neurótico, ya que comparte algo de esta experiencia, no está loco? Es decir, con esta pregunta pasamos de dilucidar las razones sobre cuándo alguien está loco, a preguntarnos por qué no estamos todos locos⁶⁶, por qué no percibimos todos que las palabras nos son impuestas, por qué no percibimos que la palabra es un parásito, que es “la forma de cáncer que aqueja al ser humano”⁶⁷. Los fenómenos de mentismo también se dan en todos nosotros⁶⁸, pero no llegamos a “tomar en serio la mayor parte de nuestro discurso interior”⁶⁹, no llegamos a creer que estamos “bajo el efecto de un emisor de parásitos”⁷⁰.

¿Qué es lo que nos permite poner una pantalla ahí para tomar distancia?

Una de las posibles respuestas habría que buscarla en el «yo». El yo es lo que permite poner una distancia entre el sujeto y las palabras. Hace que cuando escuchemos la radio o veamos la televisión no pensemos que las palabras se dirigen a nosotros como alusión. En cambio, el loco confunde su ser con su yo. Así se explica el aforismo que Lacan toma de Lichtenberg para explicar la locura: «si un hombre que se cree rey está loco, igualmente loco está el rey que se cree rey».

Kepa Matilla

Correspondencia: kepatatilla@hotmail.com

⁶⁶ Cf. MILLER, J.-A. (1995 [1976]).

⁶⁷ LACAN, J. (2006 [1975-76]), El Seminario. Libro 23, p. 93.

⁶⁸ HEUYER, G. y LAMACHE, A. (1929), p. 326.

⁶⁹ LACAN, J. (1998 [1955-56]), El Seminario. Libro 3, p. 178.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 427.

Atrapados en el automatismo

Capture in the automatism

Iria María Prieto Payo

Psiquiatra. CSM Usera. Hospital Doce de Octubre (Madrid)

RESUMEN

Con el automatismo mental como eje de la discusión, se realizará un recorrido a lo largo de los diversos diagnósticos nosográficos empleados en la actualidad, buscando aquellos donde el psicótico se encuentra sumido en los fenómenos más elementales, al margen de la producción delirante. Sin la aparición evidente del delirio, las dificultades se situarán en un plano anterior y se cuestionará las diversas causas que pueden llevar al sujeto a permanecer de una forma más prolongada en los pródromos del estallido propiamente psicótico. Regresar de la supraestructura delirante una vez comprobado la insuficiencia de la misma o incluso a no llegar nunca a delirar. Los modos de presentación de estas estructuras psicóticas se moverán desde la herbefrenia a la sutileza de la fenomenología corporal, en forma de hipocondrías o dismorfofobias. El clínico se obligará a una observación fenomenológica minuciosa y a plantearse sujeto a sujeto ante qué estructura se encuentra.

Palabras clave: *microfenomenología, delirio, cuerpo, automatismo, dismorfofobia, herbefrenia, hipocondría.*

Atrapados

Por atrapado entendemos aquel que ha sido cogido en la huida, sorprendido y descubierto. El atrapado en el automatismo sería aquel sorprendido sin capacidad de maniobra, descubierto sin la destreza necesaria para elaborar y amainar la irrupción del automatismo mental en todas sus formas. Apresado en esa angustia disociativa, fragmentaria de la identidad, que en un primer momento invade al psicótico. Abandonado en su intento de elaboración delirante.

Al nombrar al atrapado en el automatismo se nos presenta primeramente la

RESUMEN

With the mental automatism as axis of discussion, a tour will be held throughout the various diagnostic nosographical employees today, looking for those where the psychotic finds itself in the most basic, regardless of the production of delirious phenomena. No apparent development of delirium, difficulties will be placed on a backplane and the various causes that can lead the individual to remain a longer form in preliminary status to the actual psychotic outbreak, returning to the delirious superstructure will be questioned after verification the failure of the same or even never get delirious. The modes of presentation of these psychotic structures will move from the herbephrenia to the subtlety of body phenomenology as hypochondria or dysmorphophobias, forcing a thorough phenomenological clinical observation and raised subject to subject to that structure we are.

Key words: *microphenomenology, delusion, body, automatism, dysmorphophobia, herbephrenia, hypochondria.*

imagen de un individuo solitario, autista, recogido en el desbarajuste de las esquizofrenias más desorganizadas. Aunque estos atrapados son el modelo más asequible, intentaré extraer el tacto con el que otros se rinden al automatismo.

En seguida pensamos en una estampa manicomial, donde los sorprendidos vagan sin rumbo, con la facies de angustia desencajada, mutistas. Por momentos catatónicos en un rincón, con una postura sólo posible por la flexibilidad cérica, o golpeando su cuerpo atormentado por los agujonazos de la pulsión, que arremete sin explicación sobre el cuerpo y mente del psicótico; gritos desgarrados, voces musitadas, parasitismos.

Invasión xenopática que fulmina el armazón yoico, como consecuencia de la incursión indiscriminada del lenguaje en el cuerpo. La libido deslocalizada se recoge sobre el yo en un solitario narcisismo primario.

Otros grupos que enseguida nos resuenan podrían ser la herbefrenia y las psicosis llamadas “injertadas” en los retrasos mentales... apenas individuo, demasiado y doloroso automatismo. Fenómenos elementales irreductibles, sin ningún tipo de elaboración que aleje al sujeto de ese primer momento, que Clerambault llamó Síndrome de Pasividad¹. Actitud aparentemente pasiva, estática ante la sintomatología que le es dada, que les incumbe sólo desde el momento que a través de ella se sienten concernidos. El sujeto se siente únicamente y simplemente tocado, en un estado perenne de perplejidad, sin atisbo de explicación posible de ese abatimiento simbólico. Atrapados por incapaces; incapaces de tramar un delirio que les aleje de esa escisión.

Las situaciones relatadas, suceden posiblemente por no disponer de los recursos intelectuales que les permita escribir su historia delirante explicativa, que hilvane la escisión aunque sea de una forma precaria, la del delirio. Estos atrapados no saben delirar.

Los más avezados, con suerte, alcanzan la alucinación; si entendemos ésta como la matriz mínima de relación del sujeto psicótico con el lenguaje. Pudiendo así alcanzar al menos el Triple Automatismo, el Síndrome Completo del Automatismo Mental²; aunque todavía incapaces de constituir plenamente —como diría Víctor Tausk— la paranoia somática, sistema delirante en el que desemboca “la maquina de influir esquizofrénica” de dicho autor³.

JULIA

Julia y yo nos conocimos en una guardia. Ingresó y durante 3 meses nos vimos todos los días; los dos primeros ingresada en la Unidad de Agudos y el siguiente, ya en su casa, en nuestra consulta diaria.

Cuando llegó al servicio de urgencias venía acompañado de todo un despliegue familiar, sanitario y por muy poco, también policial. Se le acusaba de acosar a un anti-guero profesor y se le diagnosticaba de erotomanía y esquizofrenia desorganizada.

Julia desde hace años se sentía invadida, perpleja por momentos, en una inquietud permanente e impuesta, situación que nunca acertaba a explicar. Tan sólo cuando la situación resultaba ya intolerable, hacía un nimio esfuerzo delirante e iba

¹ Bercherie habla del Síndrome de Pasividad o Pequeño Automatismo Mental como la mínima reducción realizada por Clérambault del Automatismo Mental, fenómenos sutiles, moleculares del pensamiento elemental. BERCHERIE, P.: “Presentación”, en CLÉRAMBULT, Gaëtan Gatian de: *Automatismo Mental. Paranoia*, Buenos Aires: Editorial Polemos, 2004, pp.21-22.

² Clérambault distingue entre la forma del Automatismo en un estado inicial y su constitución como Síndrome completo: “los primeros pasos de la psicosis transitan por un territorio evanescente llamado de diversas formas: Síndrome de Pasividad, Pequeño Automatismo Mental o Síndrome S.”, compuesto por alteraciones aisladas del pensamiento y del lenguaje interior, antes de consolidarse el Síndrome completo designado como Síndrome de Automatismo Mental o Triple Automatismo que abarca tres dimensiones clínicas: trastornos del pensamiento y del lenguaje, voces y automatismos motores y sensitivos. ÁLVAREZ, J. M.^a: *Estudios sobre la psicosis*. Barcelona: Xoroi Edicions, Colección Schreber; 2013 p. 120

³ TAUSK, V.: “Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia”, en V. TAUSK, *Trabajos Psicoanalíticos*, México D.F., Editorial Gedisa, 1983, pp. 181-221.

en busca de ese profesor, que quizás podría explicarle algo.

Con las visitas reiteradas llegaban los ingresos y tras el alta, vuelta a empezar, atrapada sin poder jugar carta. La construcción explicativa era tan pobre, que sólo suponía un saber a este hombre, poseedor de una posible respuesta a su malestar. Ni rastro de eros más allá de la búsqueda.

Julia desconocía que el saber lo tenía ella, que la respuesta la debía forjar a partir del agujero Real que se escondía en su interior. El profesor jamás podría ayudarla, el saber es siempre del psicótico.

A este escueto trabajo proyectivo, en el que un elemento externo podía ser culpable de todo, no se sumaba nada más; sin llegar a establecer una certeza con el Otro, ni a realizar acusación alguna sobre lo que en su cuerpo se estaba fraguando.

Julia deliraba mal y al ponerse con la faena interpretativa, el malestar aumentaba incluso más. Carente de recursos narrativos, de capacidades delirantes ni intelectuales.

Una observación psicopatológica exhaustiva situaba a Julia en el automatismo más desquiciante, encontrando como posible ayuda sólo la atemperación de esa violencia pulsional sin destinatario.

En casos como en el de Julia, como en el del crónico que se arrincona ausente en la unidad de larga estancia, como en el de los alucinados por envites que no conectan las palabras escuchadas... las posibilidades de aprehender—formar una respuesta

son escasas. De nuevo se escucha, *no saben delirar*.

Como advertía al principio, no creo que el aprisionamiento automático tenga que ser siempre tan evidente, ni presentarse de una forma tan desestructurada, tan escindida. Los diagnósticos bajo los que podemos encontrarlo no sólo discurren por los epígrafes de la esquizofrenia simple o herbefrénica; una observación atenta, y muchas veces a posteriori, nos desvelará muchos otros escondidos, en estos casos detrás de hipocondrías, fobias, dismorfofobias... porque como advertía Lacan: “Nada se asemeja más a una sintomatología neurótica como una sintomatología prepsicótica”⁴.

Propongo para ello retornar a Clerambault y colocarnos, al igual que el clínico francés, las gafas de alta graduación y atender a los microfenómenos; de forma esmerada recorrer transversalmente los diagnósticos actuales en busca del automatismo que nos traslada a la xenopatía psicótica.

Estos atrapados no despliegan toda la grandeza de la sintomatología psicótica, si no que se esconden en la microfenomenología de la escisión, de la ruptura identitaria, donde muchas veces, sólo una atenta escucha y mirada pueden allanar el camino hacia el malestar del aprisionado.

Hacen de su aparente ínfimo automatismo su sino, su oráculo vital; que los requiere en la inmovilidad delirante; por no encontrar recursos que los empujen a escribir su neología vital o por no precisar ir más allá—acomodados en su pasividad o arrepentidos de su incursión delirante.

⁴ LACAN, J.: *Seminario 3. Las Psicosis*, Barcelona, Paidós, 1984.

Porque hay psicóticos que no saben delirar y otros que “no quieren”⁵.

Esos que optan por no delirar, casi como una elección volitiva, se adaptan al automatismo al no encontrarlo tan insostenible, o tras retornar despavoridos de la ofuscación delirante; el remedio ha sido peor que la enfermedad.

El propio Clerambault hablaba de un tipo de automatismo mental carente de hostilidad: “Cuando subsiste en estado puro comporta una tendencia vagamente optimista. El sujeto se siente lisonjeado; las voces le hacen compañía. En el peor de los casos, le molestan las experiencias de las que es sede, pero que no han sobrevenido para perjudicarlo”⁶.

CAYETANA

Cayetana es una de esas. Convive a diario con lo que ella llama “sus ilusiones” en un giro lingüístico amoldado a sus 5 años de recorrido en salud mental. Tras un conflicto laboral comienza la angustia, y con ella las cenestopatías y alucinaciones auditivas y visuales.

Su historial está plagado de folios manuscritos en los que Cayetana enumera las ilusiones:

—10 feb, 21h: “siento plancha mojada”.

—17 febrero, 16h: “oigo campanas bajar”.

—19 de febrero, 21h: “veo rayo de luz roja”.

—11 de feb, 15h: “me roza un bicho”.

Listado fruto de la intervención de un compañero, que la anima a tal tarea como recurso terapéutico a una supuesta *personalidad anancástica y somatizaciones varias* de la angustia. Incluso recoge en un pedazo de hoja las ilusiones por frecuencia de aparición: gotas en mano, frente y barbilla; grito de una niña en la vía; oler a quemado sin fuego ni humo; lagunas mentales... como si este pequeño apunte viniera a continuar el *devanado mudo de recuerdos, la emancipación de abstractos* de Clerambault.

Cayetana sonríe, vive con su madre a la que cuida, ya no trabaja y hace unos años que el diagnóstico cambió a psicosis no especificada. Pero en su perpetuo inventario automático, la angustia es tolerada, no hay un Otro persecutorio o amenazante y la certeza aún así es absoluta. ¿Por qué le pasa esto? Ni sabe ni quiere saber, con las ilusiones sabe vivir.

MANUEL

Manuel tiene ecos, él mismo lo explica así: “los ecos... lo que digo se repite como un eco”. Describe un sentimiento de extrañeza, de despersonalización, las ideas reverberan. “Tengo perturbaciones mentales, de repente me viene un pensamiento que no viene a cuento, me vienen imágenes, canciones de todo tipo...”.

Manuel vive agazapado en la disociación libidinal sin objeto, encerrado atormentado en su casa...él sí que ha delirado y lo ha hecho muy mal. La sistematización

⁵ Cabría diferenciar en este punto con aquellos que no verbalizan su delirio por una suerte de recurso de seducción, para no generar mayor incompreensión, para frenar la inercia por la que todos sus secretos se le vuelven públicos... COLINA, F.: *El saber delirante*, Madrid, Ed. Síntesis, 2001, p. 99-102.

⁶ CLÉRAMBAULT, G. G. de: *Automatismo Mental. Paranoia, op. cit.*, p. 97.

delirante de Manuel se fragua entre alcohol y cannabis y siempre termina en ingreso. Ha sucedido en contadas ocasiones: alteraciones de conducta, agresión a sus padres, ideación de perjuicio y gestos autolíticos. En el último intentó envenenar a su padre, fue hace 6 años.

Desde entonces el enclaustramiento ha sido mayor: "creo que voy a delirar y decir cosas terribles de la gente que quiero... dudo..." "creo que voy a delirar pero no lo hago, por eso sólo salgo acompañado, para no hacerlo". La idea se le impone inamovible, lo paraliza y aísla "es que soy un obsesivo—compulsivo".

Manuel también ha optado por no delirar, ha preferido la posesión automática a una resolución envilecida que pueda terminar en drama.

Manuel, Julia, Cayetana, ante la incapacidad narrativa de su desconcierto, su epopeya se limita a una cuestión enumerativa de síntomas impuestos, sobre los que poco a nada pueden decir. Sus historiales recogen múltiples diagnósticos desde el inicio, hipocondría en la época de la mili de Manuel, TOC en el caso de Cayetana dismorfofobia en el de Julia. Ahora sus informes se rubrican con psicosis no especificadas o desorganizadas.

Pero de nuevo debemos ajustarnos las lentes, en la búsqueda de los atrapados que han logrado hacer de su prisión un lugar aún menos hostil y llevadero.

Hipocondríacos donde la violencia pulsional recorre los órganos apretándolos intermitentemente, pero sin tregua. Los zarandea de especialista en especialista, hasta llegar a salud mental cargados con la convicción inquebrantable de su malestar⁷.

TOCs donde la reiteración supuestamente obsesiva se impone sin dejar lugar a la duda, sumidos en una certeza directriz que marca sus rumiaciones continuadas, sus compulsiones preestablecidas—enunciación de actos—; ya que les vienen dadas, no las deciden ellos.

Fobias sociales en los que no se habla en términos de culpa— una culpa abrumadora que castiga con el aislamiento— ni de una hemorragia narcisista que encierra en la soledad; si no de un exilio voluntario como prevención de lo que el Otro nos puede mostrar. Un no querer saber lo que puede haber más allá de la puerta de la angustia que le invade; que se le presenta como una salida hacia un mayor vacío, en definitiva una angustia, una escisión mayor.

La dismorfofobia esconde en algunos casos a los atrapados más sutiles y contenidos, que reducen a un rasgo distorsionado toda la eclosión libidinal. Esteticienes, dermatólogos y bisturís bordean con precisión el síntoma psicótico no declarado. Aunque su sutileza no los hace inmunes al rapto más descarnado, al paso al acto más dramático.

⁷ Freud, a propósito de un paciente de Tausk que manifestaba "los ojos no están derechos, están torcidos", se mostraba de acuerdo con dicho autor y afirmaba "la relación con el órgano (con el ojo) se ha erigido en el representante de todo el contenido (...) El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido lenguaje de órgano (...) dan testimonio de lo que hemos llamado lenguaje hipocondríaco o lenguaje de órgano". Freud, S.: "Lo inconsciente" (1915), en *Obras Completas de Sigmund Freud*, Tomo 6, Madrid, Biblioteca Nueva, 1997, (pp. 194-195).tran

⁸ Morselli acuñó el término *dismorfofobia* en 1891 y lo asociaba con el concepto de paranoia rudimentaria, monomanía abortada. Otros autores la han nombrado como psicosis de la fealdad o paranoia hipocondríaca.

JORGE

Jorge, profesional liberal, educado y culto. Frecuentaba incluso círculos psiquiátricos y psicoanalíticos. Una vida de las llamadas normalizadas. Un día su ojo no era el mismo, algo había cambiado de forma inmutable. Las consultas en diversos oculistas se sucedieron desde ese momento, con continuas comprobaciones en el espejo. Sin apenas aterrizar en la consulta de salud mental y con el diagnóstico correspondiente de dismorfofobia... Jorge se quitó la vida. El significante del “sin retorno”, la clarividencia de que aquel cambio no tenía vuelta atrás, lo lanzó al vacío donde sólo vio lugar para un paso al acto autolítico.

Cada paciente una circunstancia, una peculiaridad psicótica. Discernir aquellos que ansían escapar, de los que han optado por poner su encierro como precario límite a la angustia de las arremetidas pulsionales. Unos no quieren saber, están cómodos. Otros quieren salir, no lo soportan

De nuevo debemos atender al uno por uno, sujeto por sujeto; haciendo acopio de toda nuestra pericia clínica para descubrir a estos atrapados en el automatismo y acompañarles en su modalidad de encierro.

Iria María Prieto Payo
Correspondencia: alienistas@me.com

Cuerpo y automatismo mental (o el cuerpo en la psicosis)

Body and Automatism (or the body in the psychosis)

Antonio González Herrera

Psiquiatra. Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Cartagena.

Servicio Murciano de Salud. (Murcia).

RESUMEN

Sabemos que el psicótico alude con frecuencia a su cuerpo de forma característica. En este texto realizamos un recorrido por las exposiciones clínicas más relevantes dedicadas a este asunto, centrándonos en los apartados que Clérambault dedica al cuerpo en su descripción del Automatismo Mental. A la vez trataremos de vincular estos fenómenos, así como los elementos psicopatológicos más clásicos de la psicosis, con la experiencia del cuerpo que tiene el propio psicótico a partir de un modelo de subjetividad que se sustenta en el psicoanálisis.

Palabras clave: psicosis, esquizofrenia, cuerpo, psicopatología, psicoanálisis, subjetividad.

INTRODUCCIÓN

¿Cómo podemos pensar el cuerpo en la psicosis desde la descripción del Automatismo Mental junto a sus implicaciones más profundas, es decir, las relacionadas con cómo entendemos la subjetividad del psicótico? Hasta aquí hemos presentado el automatismo mental clérambaultiano como la descripción más minuciosa de la fragmentación

RESUMEN

We know that the psychotic frequently alludes to his body in a characteristic way. In this text we made a tour of the most important clinical exhibitions devoted to this issue, focusing on the sections dedicated to body Clérambault in describing the Mental Automatism. While we try to link these phenomena, as well as classic psychopathological elements of psychosis, with the experience of the body that has the psychotic from a model of subjectivity that is based on psychoanalysis.

Key words: psychosis, schizophrenia, body, psychopathology, psychoanalysis, subjectivity.

de la identidad que acontece en aquello que llamamos esquizofrenia¹. Se ha dicho que esta teoría incluye lo que Clérambault llamó *Triple Automatismo* que contiene a su vez, además de los verbales, los denominados automatismos *sensitivos y motores*. Pero, ¿en qué consisten estos fenómenos? Veámoslo con un caso del propio Clérambault. Se trata de una mujer de 32 años, dependienta, entrevistada en varias ocasiones. Ella dice:

¹ En este campo, la otra cumbre de la psicopatología clásica se la debemos a Jules Séglas y su descripción de las *alucinaciones psicomotrices verbales*. Como Clérambault, Séglas supo captar que lo más representativo de la alucinación no era que se manifestara como un fenómeno cercano a una *percepción sin objeto*, sino como un pensamiento o sensación que el individuo vivencia como desgajado de su yo, como extraño e incontrolado. En uno de sus textos, Séglas ilustra el apartado de las alucinaciones psicomotrices con lo referido por uno de sus enfermos: «Hay, dice, un verbo interior articulado dentro del pecho y que depende del sistema simpático. Es mucho menos accesible al oído que otra forma de verbo interior que parte del pecho y se articula por los labios (voz labial). Es un verbo subjetivo que habla dentro de sí, independientemente de uno mismo; eso parte del pecho y hace mover los labios. Se comprende lo que dice la voz labial únicamente con los movimientos de los labios y sin articular nada ni en alto ni en voz baja». José María ÁLVAREZ y Fernando COLINA (dirs.), «Las alucinaciones verbales en clínica mental», *El delirio en la clínica francesa*, Madrid, DORSA, 1994, p. 187.

«Cuando estoy cansada me parece que la gente tiene un aspecto muy extraño».

«Me ponen electricidad y sensaciones de todo tipo. Me digo que es exterior porque no eran hábitos de mi organismo».

«¿Cómo es que tengo olores tan extraños?».

«Tengo en este momento una ola de frío que no es un frío natural; me mandan extrañas sensaciones de vez en cuando».

“Me impiden decir, intentan cambiar mis movimientos».

«Me incitan a hacer y decir cosas feas... tengo impulsos que no vienen de mí».

«Eso no puede salir de mí: me magnetizan».

«Escribo palabras de otros. Escribo a mi pesar con una mano que no es la mía».

«¿A dónde quieren llevarme? ¿A no tener más voluntad?».²

Aquí tenemos varios ejemplos de automatismos sensitivos (del lado de los órganos de los sentidos y la cenestesia, desviaciones de lo que se llamó tacto interno) y motores (del lado de la propiocepción y de la acción): corrientes, movimientos internos, sensaciones impuestas, impulsiones,

etc. También podríamos añadir aquí aquellas descripciones clásicas, que parecen resultado de una elaboración mayor por parte del psicótico, centradas en sustracciones de órganos, implantación de objetos y aparatos de influenciar. Con frecuencia observamos que estas construcciones parten de esas otras experiencias del sujeto más elementales, ya sean sensitivas y/o motoras. Pues bien, ambos automatismos atañen de forma directa al propio cuerpo: entonces, junto al automatismo mental, propio del pensamiento, encontramos lo que podemos denominar un *Automatismo Carnal*³, tributario del cuerpo.

Y, ¿qué interés tiene el indagar en el significado profundo, no meramente descriptivo o psicopatológico, de este automatismo carnal? Que nos permite entender los elementos más clásicos de la clínica de la psicosis, ya sea en su polo más esquizofrénico o en el más delirante (paranoico): la *extrañeza* frente al propio cuerpo, la *indiferenciación* de éste con el entorno y la relación de ambas con la autorreferencia, de la cual se dice que resulta primordial en el diagnóstico de toda psicosis. También nos guía en la comprensión de cuestiones tan relevantes como el perjuicio y el delirio a partir de la *proyección* de los fragmentos de un cuerpo roto. En la psicosis los órganos se automatizan y escapan de la anatomía o son puestos fuera por el psicótico a modo de defensa⁴.

² Gaëtan Gatian de CLÉRAMBAULT, «Las psicosis alucinatorias crónicas. Análisis. Patogenia», *El Automatismo Mental*, Madrid, DOR, 1995, pp. 102-111.

³ Nos apropiamos aquí del término empleado por Fernando Colina para aglutinar y reclamar la atención sobre los fenómenos que en la psicosis incumben al cuerpo (frente a los sobrestimados referidos a la idea, la representación y el pensamiento). El autor escribe: «El campo de acción donde sucede la catástrofe identificatoria, y donde el reconocimiento de sí mismo se ensombrece, posee un decorado carnal insoslayable. Los fenómenos elementales [de la psicosis] no son sólo vocales o lumínicos, sino también corporales.» Fernando COLINA, «¿Hay automatismo carnal?», *El saber delirante*, Madrid, Síntesis, 2001, pp. 57-62.

⁴ Por su complejidad y amplitud dejamos necesariamente de lado otro aspecto esencial en la psicosis como es la *omnipotencia/megalomanía*, aún a sabiendas de que la experiencia subjetiva que tiene el psicótico del propio cuerpo parece ineludible para dar luz en este terreno.

FRAGMENTACIÓN

Pero suponemos que hay un acontecimiento previo a todos estos fenómenos. Ahora ya sabemos que la fragmentación del sujeto de la que hablábamos es el resultado de una ruptura más profunda y originaria: la ruptura del lenguaje, lo más íntimamente humano, aquello que otorga simbolismo al propio cuerpo y al mundo⁵.

También se ha dicho cómo acontece esta ruptura: las palabras tienen un componente *material*, carnal, y otro abstracto, *espiritual*⁶. La quiebra de la palabra en la esquizofrenia se traduce en una angustia innombrable debida al hundimiento de los significados (subjetivos y sociales) y a la supremacía de lo más carnal del verbo, esa porción material de la palabra que golpea y resuena. Freud ya intuía el predominio de la materialidad de la palabra en la esquizofrenia cuando escribía que estos enfermos empleaban y hablaban de las palabras como si de cosas se tratasen, como si fuesen objetos⁷. Lo vemos en el caso de un esquizofrénico que explicaba aquella ensalada de palabras que emitía de forma casi permanente diciendo:

«Las palabras entran por mi nuca, en ese momento tengo que pronunciarlas para expulsarlas por mi frente»⁸.

Puede que la obra de Antonin Artaud sea una de las más fecundas aproximaciones a ese cuerpo que ahora estamos tratando. Está plagada de alusiones al cuerpo; en adelante iremos intercalando algunas de ellas⁹. Fíjense en lo que el poeta llega a escribir:

«El verdadero dolor es sentir como se desplaza el pensamiento en uno mismo»¹⁰.

Pues bien, el cuerpo podemos entenderlo del mismo modo que la palabra: igualmente tiene un componente carnal y otro espiritual. Consecuentemente, el cuerpo, corre la misma suerte que la palabra en la esquizofrenia: el inicio de la psicosis no sólo es el desatamiento de lo más carnal del verbo, es, además, el alzamiento contra el yo de la parte más carnal del cuerpo, la apoteosis de los órganos que lo conforman. Dijo Freud que en los esquizofrénicos aparece con frecuencia y en primer término, una alusión a órganos somáticos o a sus inervaciones, es a este hallazgo a lo que él llama *Lenguaje de Órgano*¹¹.

⁵ Esta es la hipótesis que Jacques Lacan propone como origen de la psicosis y que usamos como punto de partida para toda nuestra argumentación posterior. El automatismo mental y demás síntomas elementales que asociamos a la esquizofrenia no serían más que el resultado de ese fracaso absoluto y primigenio del lenguaje en su función de *habitar* para dar un significado subjetivo a todo hecho, experiencia o marca (por lo tanto, no nos referimos aquí al lenguaje que empleamos como instrumento para comunicarnos entre nosotros, sino al lenguaje como medio en el que se está). Si desfallece en este cometido, si acontece esta ruptura, no queda más que un vacío de significación seguido de perplejidad o angustia junto al ruido producido por los restos de un lenguaje que se experimenta como intruso o ajeno a uno mismo. El desarrollo de este supuesto lo encontramos en Jacques LACAN, *El Seminario. Libro 3. Las psicosis*, Buenos Aires, Paidós, 2010.

⁶ Usamos estos términos tratando de transmitir la distinción hecha por Ferdinand de Saussure entre significante y significado como componentes de la palabra. El significante, dice Saussure, tiene un carácter físico, material, y se asocia a un significado, a un contenido, de forma arbitraria. Ferdinand de SAUSSURE, *Curso de lingüística general*, Barcelona, Planeta, 1984, pp. 85-8.

⁷ Sigmund FREUD, «Lo inconsciente», *Obras completas* T. VI, Madrid, Biblioteca Nueva, 2006, p. 2080.

⁸ Señalar que, a lo largo del presente texto, se ha evitado o variado, tratando de no alterar el sentido original, cualquier referencia que pudiera facilitar la identificación de los protagonistas de las diversas viñetas.

⁹ Nos centraremos en los diversos textos breves compilados por la editorial Visor bajo el título de *El pesa-nervios*.

¹⁰ Antonin ARTAUD, *El pesa-nervios*, Madrid, Visor, 2002, p. 64.

Podríamos decir, para simplificar, que la *conversión histérica* es a la neurosis lo que el lenguaje de órgano es a la psicosis. Descriptivamente puede no distar mucho el uno del otro, ambos pueden tratarse del mismo hallazgo: anestesia, dolor, ceguera, parálisis, movimientos involuntarios, etc. Sin embargo, el significado profundo de un mismo síntoma y el mecanismo por el que se forma son muy diferentes en la conversión respecto al automatismo carnal o el lenguaje de órgano...opuestos incluso. Todos conocemos el mecanismo y el significado de la conversión, su formación mediante la represión y su expresión simbólica a través del cuerpo. Consiste en una transposición de un conflicto psíquico y una tentativa de resolución del mismo en síntomas somáticos:

Una paciente recientemente ingresada en nuestra unidad presentaba un síntoma de esta naturaleza: mareos, ansiedad, dolores musculares, etc. El desencadenante parecía ser el fallecimiento de un familiar cercano de su misma edad, con el que tenía gran afinidad, lo cual despertó en ella una serie de temores a la soledad y a la muerte. Este hecho supuso un conflicto para la paciente, que logró reprimir y transponer al cuerpo. Sin ser consciente de ello, mediante esos síntomas atraía a sus hijos que se volcaban en su cuidado sin lograr aliviarla, a la vez que no la dejaban sola ni un instante.

Como vemos en este ejemplo, en la historia el yo se dirige a un otro simbólica e inconscientemente a través del cuerpo. En la

esquizofrenia es el cuerpo automatizado el que se expresa literal y no simbólicamente a través de un yo que es necesariamente consciente. El lenguaje de órgano es lo opuesto al síntoma conversivo precisamente por el desplome del cuerpo inmaterial y simbólico que conlleva la ruptura del lenguaje: el automatismo carnal es símbolo de sí mismo, su contenido es literal y no interpretable. Entonces, ante la imposibilidad de simbolizar la experiencia del propio cuerpo, éste muestra su verdadera naturaleza que no es otra que la de una masa pulsional, fragmentada, caótica y extraña, radicalmente extraña. Podríamos pensar que Artaud quería expresar algo de esto cuando escribía:

«Este mal ajustado amontonamiento de órganos que soy yo y que tengo la impresión de presenciar como si fuera un vasto paisaje a punto de estallar en pedazos»¹².

EXTRAÑEZA¹³

El automatismo carnal es, en cierto modo, un retorno al cuerpo originario. El desamparo, la angustia y el caos cenestésico son experiencias centrales en nuestro origen. Nacemos, se dice, en una situación de indefensión mucho más acusada que la de cualquier animal, nuestra dependencia del otro es prácticamente total. Cuando la madre alimenta, amamanta, al recién nacido calma momentáneamente la angustia y desplaza a la región oral aquel caos cenestésico, aquella excitación corporal deslocalizada. Podríamos decir que los cuidados a los que se somete al niño

¹¹ FREUD, ob. cit., p. 2079.

¹² ARTAUD, ob. cit., p. 50.

¹³ Empleamos el término *extrañeza* para reunir y aludir a todos esos fenómenos ya señalados en los que el psicótico experimenta los propios pensamientos o sensaciones como ajenos o impuestos y a los que los psicopatólogos se han aproximado a través de diversas descripciones como las del delirio de influencia (J. Séglas), el síndrome de acción exterior (H. Claude), la xenopatía (P. Guiraud) o el propio automatismo mental o la alucinación psicometríz.

son en definitiva un lenguaje que aporta una envoltura y compartimentan un cuerpo extraño, roto y sin límites.¹⁴

El mecanismo que funda la neurosis consiste en la *represión*, es decir, en hacer inconsciente mediante el lenguaje este mensaje somático, en olvidar ese cuerpo extraño. La lucha neurótica no es más que el equivalente exterior y simbólico de aquel enfrentamiento con nuestros propios órganos excitados. En definitiva, con ese abandono del cuerpo con el que arranca la neurosis, no hemos hecho más que sustituir la dictadura de nuestros órganos por la de un exterior del que pasamos nuevamente a depender, esta vez bien diferenciados de él y bajo la creencia de que gobernamos nuestro cuerpo.

En la esquizofrenia, el estallido del lenguaje, que con sus significados otorgaba al cuerpo y al mundo una aparente unidad y armonía, deja al descubierto un cuerpo hostil que llama la atención del yo. Palabra y cuerpo le son expropiados al psicótico para luego retornar como algo ajeno y, por lo tanto, amenazante: al psicótico no le queda otra que sospechar de ellos. Pensemos en ello cuando Artaud anota:

«Esa molestia de sentir que uno depende de su cuerpo. No acepto no haber hecho mi cuerpo yo mismo»¹⁵.

«Ni mi grito ni mi fiebre me pertenecen»¹⁶.

El lenguaje funcionaría, en su versión íntegra, como LÍMITE INTERNO que mantiene a raya ese cuerpo originario, extraño y excitado. Según esto, entenderemos que, cuando ese límite interno se rompa, surja la angustia y la extrañeza frente a todos esos órganos imposibles de simbolizar, de hacer propios en definitiva. El médico francés Charles Blondel habló en *La conciencia mórbida*, un texto que suele citarse como valioso y precoz (1914), de la función activa del lenguaje sobre la cenestesia: el acceso al lenguaje nos permite olvidar el desconcierto cenestésico originario a favor de los significados y el vínculo social. Esta función del lenguaje falla en la psicosis, dice Blondel, y con este fallo aflora de nuevo el caos cenestésico que condena al enfermo al autismo¹⁷. Podríamos decir entonces, que en el automatismo carnal el cuerpo comienza a hablar su propio lenguaje, un lenguaje ininteligible. Quizá un fragmento de la *Carta de Lord Chandos* sirva para ilustrar lo que decimos. En ella el escritor austriaco Hugo Von Hofmannsthal trata de plasmar el desmoronamiento del lenguaje del que es víctima y la insuficiencia de los antiguos ideales. El protagonista ya no encuentra alivio en ellos, lo que causa una angustia profunda acompañada de un estado de extrañeza respecto a su cuerpo y, por extensión, del mundo:

«Entonces es como si mi cuerpo estuviese compuesto de claves que me lo

¹⁴ En este fragmento nos basamos en lo expuesto por Freud en *Inhibición, síntoma y angustia*. FREUD, «Inhibición, síntoma y angustia», *Obras completas* T. VIII, Madrid, Biblioteca Nueva, 2006, pp. 2859-66. También nos apoyamos en el texto de Dolores CASTRILLO titulado «El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante», *Freudiana*, 2011, 63, pp. 33-55.

¹⁵ ARTAUD, ob. cit., p. 84.

¹⁶ *Ibíd.*, p. 79.

¹⁷ A partir del texto de José María ÁLVAREZ «Un apunte sobre *La conscience morbide* de Charles Blondel», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1997, 63, pp. 465-68.

revelasen todo. O como si pudiésemos establecer una nueva y premonitoria relación con toda la existencia, como si empezásemos a pensar con el corazón. Pero cuando me abandona ese extraño embelesamiento, no sé decir nada sobre ello; y entonces no podría describir con palabras razonables en qué había consistido esa armonía que me invade a mí y al mundo entero ni cómo se me había hecho perceptible, del mismo modo que tampoco podría decir algo concreto sobre los movimientos internos de mis entrañas o los estancamientos de mi sangre»¹⁸.

INDIFERENCIACIÓN

Otra consecuencia de la fragmentación de la que hablamos es la indiferenciación entre el yo y el no-yo (la *pérdida de los límites del yo* de la que hablaba Víctor Tausk en su célebre artículo¹⁹) a la que solemos referirnos al hablar del esquizofrénico. Comprobamos con frecuencia que la autorreferencia se presenta acompañada de sentimientos de invasión e influencia, lo que requiere la disolución de los límites entre el cuerpo y el mundo. Veamos un ejemplo:

En un caso que podríamos calificar de esquizofrenia sin delirio, un hombre de 33 años, profesor, presenta los hallazgos más representativos del automatismo mental y carnal producto de la fragmentación: dificultad para concentración, palabras que le injurian, devanado mudo de imágenes (lo que él mismo describe como «un torbellino de imágenes absurdas y violentas, además de recuerdos al azar que atraviesan mi

cuerpo»). Llega a intentar esquivar estas imágenes literalmente: se mueve de forma estereotipada con la intención de dejarlas a un lado. Su voz, al leer en voz baja, resuena en su cabeza como afeminada. En su cuerpo, dice padecer un leve desajuste que le produce un gorgjeo intestinal que no llega a controlar. Repite que no es capaz de explicar lo que le pasa, se fotografía para comprobar que está ocurriendo en él algún tipo de transformación. Todo estos hallazgos tienen un carácter extraño, displaciente, continuo y automático para el paciente.

Pero su verdadero drama no es éste, sino el que los otros le hagan ver mediante diversos señalamientos que saben aquello que acontece en su cuerpo y en su cabeza. Que broten esas disparatadas imágenes en ella, piensa él, debe ser propio de una persona trastornada. Teme continuamente que ese ruido abdominal incontrolado le deje en evidencia. El vecino da un portazo, en la calle alguien pita con el coche, otro carraspea... así le señalan que lo saben todo. No posee ni su pensamiento ni su cuerpo, los cuales se han sublevado y le humillan. Está roto y sus trozos han quedado a la intemperie. Los ruidos del vecino son intencionados y referidos a él, ruidos que no hacen más que señalarle que todos saben de sus locos pensamientos y del descontrol de su organismo.

Aquí vemos como, con frecuencia, el otro tiene acceso al cuerpo del psicótico. Ahí está la indiferenciación típicamente esquizofrénica en la que el lenguaje, roto, ha

¹⁸ Hugo VON HOFMANNSTHAL, *Carta de Lord Chandos*, Madrid, Alianza, 2008, p. 26.

¹⁹ Víctor TAUSK, «Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia», *Trabajos psicoanalíticos*, Barcelona, Gedisa, 1983, pp. 181-221.

dejado de servir como piel que limita y protege. Antes hablábamos del límite interno que aporta el lenguaje para mantener a distancia y controlar esa parte intolerable que tiene todo cuerpo. Cuando falla esta barrera interna surge la extrañeza, en este caso frente a esas imágenes automáticas que surgen en su cabeza o ese desequilibrio intestinal, movimientos que experimenta como ajenos a él y que tanto le inquietan. Pero el lenguaje también funciona como barrera externa, aporta un LÍMITE EXTERNO. La ruptura de esta piel simbólica nos permite entender la pérdida de los límites del yo y los consecuentes sentimientos de invasión e influencia tan habituales en el esquizofrénico. Atendamos a Artaud cuando dice:

«Me he llegado a reencontrar en un estado de extrema conmoción, esclarecida de irrealidad, con trozos del mundo real en un rincón de mí mismo»²⁰.

Dando un paso más, un paso que nuestro profesor no alcanza a dar, manteniéndose en la angustia del automatismo sin delirio, el vecino podría llegar a quitarle algún órgano o implantarle un aparato que controlara su voluntad. En cualquier caso, para que esto sea posible, además de una ruptura interna del cuerpo, las barreras simbólicas que separan al yo del mundo deben estar rotas: la piel que conforma un lenguaje íntegro está perforada en el esquizofrénico y sus entrañas quedan al descubierto, a disposición del otro.

Zanjemos este apartado dedicado a la indiferenciación consecuente a la ruptura del

límite externo que aporta el lenguaje, con un fragmento del ya referido texto de Tausk. En él, además, sugiere un modo de entender la función que cumple la mentira en el niño y nos orienta si deseamos explicarnos las habituales dificultades del psicótico para elaborarla y resguardarse tras ella:

«Los enfermos se quejan de que todo el mundo conoce sus pensamientos, de que sus pensamientos no se hallan a cubierto en su cabeza, sino difundidos sin límites en el mundo, de manera que se desarrollan simultáneamente en todas las cabezas. El enfermo ha perdido la conciencia de ser una entidad psíquica, un yo que posee sus propios límites. [...] Conocemos el estadio en el curso del cual reina en el niño la concepción de que los demás conocen sus pensamientos. Los padres lo saben todo, hasta lo más secreto que pueda haber, y lo saben hasta que el niño logra su primera mentira. La lucha por el derecho de poseer secretos sin que los padres lo sepan es uno de los más poderosos factores de la formación del yo, de la delimitación y la realización de una voluntad propia»²¹.

PROYECCIÓN

En este punto, una vez tratada la extrañeza y la indiferenciación como producto de la ruptura del límite interno y externo respectivamente, ya podemos hablar de la *proyección psicótica*. Con ella, suele decirse, arrancan las ideas de perjuicio y el delirio²². Pero, para que algo íntimo se ponga fuera, en otro, primero tiene que desgajarse del yo (volverse extraño) y ese yo debe tener agujeros por donde pueda

²⁰ ARTAUD, ob. cit., p. 53.

²¹ TAUSK, ob. cit., p. 200.

²² Sacha NACHT, «La teoría psicoanalítica del delirio», *Curar con Freud*, Madrid, Fundamentos, 1972, p. 97.

salir el objeto (pérdida del límite entre lo interno y lo externo).

Podríamos pensar que hay algo en nuestro hombre de 33 años, algo que experimenta en definitiva en su cuerpo, que resulta displaciente e imposible de reconocer y que escapa o expulsa activamente para retornar posteriormente al yo como algo aún irreconocible, incontrolado (automatizado) y cargado de perjuicio que llega, incluso, a invadirle:

Encontramos en este caso, junto a la extrañeza y la indiferenciación esquizofrénicas, algo que ya señalábamos: pensamiento y cuerpo han adquirido una condición material y dañina. Aprovechando la condición carnal de estos despojos del yo, dice: «Me he fabricado personajes a partir de todo lo malo. Suelo ir al parque de cerca de casa y allí consigo pasarlos a la gente. Así se incomodan ellos y no yo. Es realmente divertido, me río mucho cuando los veo gesticular por eso». Sin embargo, aquellas personas no tardan en dedicarle nuevamente gestos que ponen en evidencia su transparencia frente al otro: surge de nuevo la autorreferencia y la angustia.

Vemos aquí un ejemplo de proyección psicótica²³, proceso mediante el cual se expulsan defensivamente los fragmentos que resultan extraños al yo, trozos que, finalmente, reclaman su atención desde el exterior. Es importante diferenciar esta modalidad de proyección, propiamente psicótica, de la que emplea el neurótico: mientras que el neurótico proyecta un con-

flicto del cual no quiere ser consciente, es decir, proyecta sus deseos y sus frustraciones; el psicótico llega a proyectar verdaderos fragmentos de su cuerpo que no puede reconocer como propios.

Este es, a nivel *microscópico*, el mecanismo que hace posible el delirio. Mientras que algunos psicóticos renuncian por completo a la búsqueda de una causalidad, de una explicación a los fenómenos que experimentan, y se quedan sumidos en la extrañeza, la cenestesia y la autorreferencia, otros no sólo logran alejar de sí aquellos órganos desgajados de su yo, además, mediante el trabajo delirante, establecen una diferenciación sólida entre lo propio y lo extraño, entre lo interno y lo externo. En la versión delirante, paranoica, de la esquizofrenia el sujeto pretende que lo que escapa o expulsa del cuerpo se mantenga a raya, precisamente, mediante el lenguaje o lo que ha quedado de él. Dicho de otro modo: en el delirio se emplean los restos materiales de las palabras como lazo que encorseta (empaqueta) los fragmentos del cuerpo. El delirio, como un intento de relato de lo inexplicable, hace posible, desde este punto de vista, un abandono del cuerpo, un olvido de su parte más carnal e intolerable.

Lo dicho, lo comprobamos en un paciente que solía acudir a urgencias sumamente angustiado: decía tener un golpe continuo en su mandíbula y le aterraba que ese ruido se extendiera por todo su cuerpo, ya que no lo controlaba. Tras una larga temporada en la que logró evitar los tratamientos de los psiquiatras, que en este

²³ Resulta llamativa la cercanía de este testimonio con lo que entendemos como *identificación proyectiva*, término propuesto por Melanie Klein para definir un mecanismo de defensa con el que el sujeto introduce elementos de su propia persona en el interior del objeto para dañarlo o controlarlo. Melanie KLEIN, «Notas sobre algunos mecanismos esquizoide», *Obras completas* T. II, Barcelona, RBA, 2006, p. 18.

caso no conseguían aliviarlo, retornó tranquilo con un discurso plagado de neologismos y que calificaríamos de delirio estructurado.

EPÍLOGO

Tratando de averiguar qué ocurre con el cuerpo en la psicosis hemos trazado un recorrido por los elementos más clásicos de la esquizofrenia y la paranoia, tanto los relacionados con la psicopatología (la alucinación, la autorreferencia, el perjuicio, la invasión e influencia, el delirio) como aquellos que tienen que ver con la subjetividad, con qué ocurre en el psiquismo de la persona que emite esos síntomas (fragmentación, extrañeza, indiferenciación, proyección). Para rematar, nos aproximaremos a otro apartado tradicional en este terreno psicopatológico: el de la *certeza psicótica*.

Desde ese cuerpo roto y perforado que hemos dibujado, la certeza en la psicosis no parece tener que ver con el nivel de convicción con la que el sujeto expresa sus pensamientos sino con la pasividad con la que presencia aquello que acontece en su cuerpo, lo cual resulta

incuestionable. En nuestro ejemplo, es en ese pasmo ante lo que emerge en su cabeza, en su abdomen, etc., donde nos parece que debemos situar el carácter psicótico de la certeza y, consecuentemente, del sujeto, así elaborase a posteriori un delirio plagado de dudas. Hacia esta idea parecía apuntar el magistrado Daniel Paul Schreber, que suele presentarse como el loco que más nos ha logrado transmitir acerca de qué es la psicosis, cuando escribía en el capítulo XI de sus memorias (titulado *Daños en la integridad física producidos por los milagros*):

«Puedo asegurar que no existe ningún otro recuerdo de mi vida del que tenga mayor certeza que de los milagros narrados en éste capítulo. ¿Qué puede haber más seguro para una persona que lo que ha vivido y experimentado en su propio cuerpo? Los milagros producidos en el cuerpo los considero los milagros más esenciales»²⁴.

Antonio González Herrera
Correspondencia: alienistas@me.com

²⁴ Daniel Paul SCHREBER, *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003, p. 126.

Futuro del automatismo mental

The future of mental automatism

Fernando Colina

Psiquiatra. Jefe de Servicio

Hospital Universitario Río Hortega (Valladolid)

RESUMEN

Se estudia el futuro del automatismo desde dos puntos de vista. El histórico, que enlaza el pasado de las psicosis, en cuanto a su estructura y fenomenología, con el porvenir que podemos imaginar y prever. El biográfico, que analiza la evolución del automatismo desde el punto de vista del propio psicótico.

Palabras clave: *Automatismo. Historia. Crítica del delirio. Conciencia de enfermedad.*

El automatismo mental es el núcleo psicopatológico de las psicosis. Para nosotros representa el síndrome más profundo y distintivo, la expresión más original de esa experiencia que llamamos esquizofrenia. Reúne en sí mismo todos aquellos signos calificados de fenómenos elementales o primarios que alumbran en la conciencia con el desencadenamiento de la psicosis, siendo la escucha delirante de voces su manifestación más específica.

Para guiar esta reflexión solo consideramos el tipo de voces que asociamos al automatismo mental, que son las que provienen de la ruptura del lenguaje. No se estudian, en cambio, las voces que pertenecen a otras estructuras psíquicas –no psicóticas– que hoy se incluyen también en el amplio abanico que agrupa el movimiento de los *Oidores de voces*.

Así las cosas, la pregunta por el futuro del automatismo tiene dos vertientes: una histórica y otra individual y clínica. La primera cuestiona la división del hombre moderno y los síntomas determinantes

RESUMEN

The history of automatism is studied from two different points of view. The historical one, which connects the past of the psychosis according to its structure and phenomenology, with the future that can we can imagine and foresee. The biographical one, which analyses the evolution of the automatism from the point of view of the own psychotic subject

Key words: *automatism. History. Criticism of the delusion. Consciousness of the illness.*

que haya de tener en el porvenir la escisión subjetiva. Es decir, formula interrogantes acerca de si la psicosis mantendrá el perfil actual, con su mezcla de automatismo inicial y elaboración delirante complementaria, si el automatismo se impondrá las más de las veces sin desarrollo delirante acusado, o si la angustia, los elementos primarios y la argamasa delirante adquirirán fisonomías inéditas y desconocidas hasta ahora. Dicho con otras palabras: si el automatismo seguirá secundado por la elaboración delirante, si el delirio recortará su presencia en el futuro dejando más aislado y solitario al automatismo, o si las figuras fenomenológicas del automatismo y del delirio han de cambiar en lo sucesivo.

La segunda cuestión no es histórica sino individual. Se refiere a la evolución del automatismo en la aventura particular que emprende cada uno tras el desencadenamiento de la psicosis. Un recorrido potencial que enfocamos desde el punto de vista de las posibilidades que se le ofrecen al afectado para reconocer su propio delirio, objetivarle, criticarle o adherirse a

él. Circunstancias que recogemos bajo el término genérico de crítica del delirio.

I.-

La pregunta histórica sobre el futuro del automatismo, que aquí se propone, exige analizar brevemente la influencia del pasado en la clínica psiquiátrica actual. Esto es, invita a preguntarse por las razones que han llevado al automatismo a convertirse en protagonista psicopatológico de la locura.

Acerca del pasado hemos sostenido que la esquizofrenia, tal y como la entendemos actualmente, es una locura de la modernidad. No fue conocida por las sociedades primitivas ni lo fue con plenitud antes de Descartes. De su obra y de su tiempo surgió la idea de conciencia, entendida como espacio representacional de la vida psíquica, y se hizo coincidir la identidad con el pensamiento. Desde ese momento el lenguaje soportó una nueva fragilidad. De hecho, la experiencia de las voces, tal y como se manifiestan en la esquizofrenia, carece de testimonios en la antigüedad.

Respecto al presente, la distinción entre psicosis con automatismo y sin automatismo –que comprende la psicosis maníaco depresiva, por supuesto, y la paranoia, entendida como delirio no procesual– sigue vigente aunque en algunos casos haya que forzar bastante las diferencias. En el seno de esta separación, aún vigente, cabe estimar que en la actualidad han descendido las grandes narrativas delirantes y aumentado los cuadros de automatismo puro, que apenas captan sentido y no desarrollan el delirio o lo hacen muy pobremente.

El futuro lo imaginamos desde estas premisas, lo que suscita inmediatamente la

duda acerca de si las psicosis solo con automatismo, sin apenas delirio que acuda solícito a sofocar ese estado, seguirán aumentando como dan la impresión de haberlo hecho hasta ahora. Nos referimos a un cuadro clínico muy *elemental* sin síntomas muy elaborados y *trabajados*, que armoniza simétricamente con la otra opción que se aventura en el porvenir, cual es el aumento de los cuadros límites, que cursa paralelo al retroceso de las neurosis bien organizadas del siglo XX. Las grandes construcciones sintomáticas, desde el delirio a las obsesiones estructuradas, se diría que están en retroceso. Las formas límites de padecer, a caballo entre las neurosis y las psicosis, son las grandes *favorecidas* por el paso del tiempo.

Una explicación de estos posibles cambios proviene de la posibilidad de que las heridas psíquicas del hombre sean mayores: o más profundas o más extensas y superficiales. Es decir, que la escisión subjetiva del hombre contemporáneo se haya abierto más o que la corteza mental que le protege sea más débil. En ambos casos cabe especular con la idea de que el delirio concorra menos o más débilmente a la convocatoria del pensamiento.

Así las cosas, suponemos que el hombre sufre una herida más honda que aflora sus elementos más psicóticos, o que la corteza de su yo se ha vuelto más débil, menos consistente, por lo que los síntomas de la locura naciente le atraviesan con más facilidad. Sucede entonces que hay psicóticos desarbolados y hondamente acuchillados, sin más síntomas que los propiamente automáticos, y hay otros que padecen por la delgadez de su piel de identidad, que deja escapar fenómenos elementales que le confunden y desorganizan fácilmente.

Como motivo para justificar estos cambios, pensamos en la transformación de distintos factores, sociales e individuales, que por su influencia favorecen unos trastornos sobre otros, bien por inducción directa, desencadenando las crisis, o bien indirectamente al modificar la recepción social de los síntomas. Podemos aludir a una gran número de agentes: cambios del espacio de la conciencia, de la simetría y profundidad de las relaciones con los demás, del grado de individualidad y privacidad, de la dinámica del deseo, de las fórmulas educativas, de la administración de los duelos, de los ideales familiares y colectivos, de los estilos de crianza y educación, de la intensidad del apego, de los hábitos de consumo, de la relación con el cuerpo, del ejercicio de la obediencia y del poder, de la idea y la relación con Dios, del concepto de salvación y perduración, de la imagen del pecado y del mal, de la visión cósmica, de los nuevos instrumentos informáticos, de la transparencia de las redes sociales, y de tantos más. Todos estos son componentes que comprometen la historia de la subjetividad, cuyos cambios afectan a lo que conocemos como psicosis, ya sea modulando los síntomas, modificando las heridas o cambiando la percepción común.

Como consecuencia de estos móviles, cambiantes y variopintos, las psicosis van adquiriendo una consistencia distinta, en la que también influyen, junto a los cambios de la subjetividad, la incidencia que puedan tener los tratamientos precoces en la infancia o la respuesta más adecuada de los dispositivos asistenciales. De hecho se puede conjeturar, pese a lo arriesgado de la afirmación, que las psicosis se van convirtiendo en un estado mejor acoplado. Ya no están tan alejadas de la realidad. Los psicóticos se van transformado en un

grupo social numeroso que comparte la vida con nosotros y que cuenta con sus propias asociaciones y congresos. El débil lazo social que establecen no les protege del todo, pero tampoco llega a inducir como antes tanta exclusión ni tanta construcción delirante.

Cabe pensar en una alternativa que prescindiera en parte del recurso tradicional al delirio. Una opción que, sin perder de vista los procedimientos de suplencia y estabilización que conocemos, intente edificar una entidad distinta por un camino inverso. Un aspiración, más o menos insegura, que no intente tanto apuntalar la psicosis como provocarla, desencadenarla o agudizarla, a sabiendas de que, bajo ese riesgo, se elige otro modo de vivir y otras opciones evolutivas. Se podría definir esta tarea como un esfuerzo que apunta más hacia la psicosis que hacia su contención. El síntoma, en estas circunstancias, deja de ser solo entendido como un propósito de recuperación, nacido de una mordedura psicótica, para convertirse también en una forma de intensificación que reclama una identidad propia. Dicho de otro modo, vislumbramos un proyecto de *huida hacia la psicosis*, antes que de una *huida de la psicosis*. Una iniciativa clínica que, por la dirección que elige y el destino que anhela, corre el riesgo de provocar con más frecuencia el automatismo simple, con su fuerte carga de angustia pero ajeno a la elaboración de otra realidad.

Esta acentuación ultramoderna de la psicosis arrastra el desdoblamiento del sujeto a sus últimas consecuencias. Sugiere entender la esquizofrenia como resistencia a una identidad normalizadora y no sólo como una pérdida de identidad convencional. A fin de cuentas, la historia de la esquizofrenia es la crónica del fracaso

subjetivo, tal y como lo conocemos hasta ahora, pero también lo es de la rebeldía ante la subjetividad. No es solo un defecto personal, sino al mismo tiempo una oposición sediciosa. En este sentido es un síntoma de la actualidad. Refleja y anuncia los defectos de la modernidad, en la que se inserta, y simultáneamente se opone a ellos con todas sus fuerzas. Por esta característica privilegiada, de rendición combativa, representa el punto ciego de los modernos, su límite cognoscitivo, pues desconocemos y desconoceremos siempre la causa de la esquizofrenia, que permanece en constante retirada ante los avances del conocimiento.

Esta alternativa se inserta entre los numerosos proyectos *voluntarios* de deconstrucción, disolución y rechazo del *principium individuationis*, pero van mucho más allá de la antigua renuncia de sí que propuso el cristianismo o la cultura oriental. Constituyen una tarea emancipadora que secunda la utopía de Nietzsche, cuya psicosis no responde tanto a un accidente subjetivo como a un aparente proyecto filosófico y vital. So obra no es la suplencia de una psicosis que se intenta evitar, sino el esfuerzo planificado que conduce al desencadenamiento como objetivo final.

Una perspectiva de este tipo tiene importantes consecuencias clínicas, pues tanto se opone a los afanes normalizadores como se rebela contra los abusos del actual paradigma de la recuperación. De hecho, defiende que en muchos casos no se observa en la psicosis nada que curar y menos que recuperar. La psiquiatría, en todo caso, si atiende a estos avisos con condescendencia, debe acompañar a la locura sin necesidad de vencerla, contentándose con ofrecer un reconstituyente psíquico o una ayuda para el camino.

Esta actitud, por otra parte, es asimila-

ble a un manifiesto a favor de los síntomas. Atacarlos y atajarlos sin piedad puede tener consecuencias no siempre positivas. Así lo creían aquellos médicos antiguos que veían en la tendencia a reprimir las crisis el riesgo de prolongar la enfermedad. De esa combinación de vencer al loco y embestir los síntomas, proviene precisamente la implacable evolución demencial que caracteriza la psiquiatría del siglo XIX: el deterioro funcional o la demencia precoz. Mientras que los psicóticos robóticos y desvitalizados de hoy, aplanados y aplatanados por los tratamientos, son sus avatares actuales. La prisión del momento no es ni la carcelaria del manicomio, ni la moral de la ideología curativa, sino el calabozo de la química prescriptiva y la mazmorra de la recuperación a cualquier precio.

Estar loco ya no significa necesariamente estar enfermo. También hay que ver en el psicótico a un disidente, a un conocedor de lo Real y a un militante antisistema, aunque, de momento, se presente desprovisto de alternativa política. Es el Diógenes de la modernidad más refinado y auténtico. El único vencedor de la lógica del capitalismo y del deseo. Por eso encarna como nadie la rebelión más feraz y consumada. Tan lograda, por otra parte, que el sistema intenta doblegarle para borrar de su presencia este testimonio molesto. O bien le encierra, como antaño, o bien intenta sin descanso incorporarle al tratamiento para normalizarle y neutralizar su oposición. Buen síntoma de ello es que cuando no acertamos a reducirlos mediante la curación, los calificamos de resistentes y perpe-tramos unos electrochoques contra ellos.

Una vez más es oportuno recordar el vigoroso reproche de Artaud a su psiquiatra, el Dr. Ferdière, intentando que entendiera

cabalmente su *poesía*: «Tratarme como delirante es negar el valor poético del sufrimiento que desde la edad de quince años surge en mí ante las maravillas del mundo, y de este sufrimiento admirable del ser es de donde he sacado mis poemas y mis cantos. ¿Cómo no consigue amar en la persona que soy lo que ama usted en mi obra? Es de mi yo profundo de donde saco mis poemas y mis escritos y a usted le gustan. Le suplico que recuerde su verdadera alma y comprenda que una serie más de electrochoques me aniquilaría».

II.-

El futuro personal del automatismo coincide o mantiene estrictas concomitancias con la evolución del delirio. Cada psicótico se enfrenta a la necesidad de asimilar paso a paso su futuro. En este sentido, lo que el delirante diga de su delirio puede ser más importante que el delirio mismo. Todo aquello que llamamos habitualmente *crítica del delirio* entra en este contexto, al igual que lo registrado bajo los términos de conciencia de enfermedad o psicoeducación. Su estudio no consiste tanto en discurrir sobre la anulación, abolición o confirmación del delirio, sino en analizar la relación que mantiene el delirante con esa experiencia.

La relación es diversa, como veremos, pero tiene unos límites que pocas veces son traspasados. El principal es la eliminación bajo raciocinio. La razón nunca puede vencer al delirio. Casi sería una contradicción. Si sucede, y el delirio es perfectamente objetivado y valorado tras su momento de efervescencia, debemos pensar en un fenómeno no estrictamente delirante, como pueda ser un *delirio neurótico*, si es que esto admite existencia real y lógica. Nos referimos con este término a algún tipo de

convicción irreal, profunda, irrefutable y excesivamente personal, que adquiere el aspecto de una cabezonería intransigente pero que no le podemos relacionar con la ruptura del lenguaje. Cabe identificarlo más bien como un simple síntoma psicótico, sin más, sin psicosis o estructura psicótica que lo sostenga. Coincidiría con lo que llamamos deliroides, ideas delirantes secundarias o delirio del deseo, que concurren sin claudicación ni fractura de la palabra.

II.1

La crítica completa del delirio, la palinodia ante los demás o la retractación íntima, están impedidas por tres razones principales.

A.-

Primero, por el hecho de que el delirio, desde la erupción del automatismo, arranca de una certeza axiomática, de un apotegma, de un postulado que se esgrime sin necesidad de argumentación, evidente por sí mismo. Esto es, nace como una proposición que se acepta sin razón y sin saber muy bien por qué, pero que da pie a un principio fundamental e indemostrable sobre el que se construye una teoría, un relato.

Un principio al que, por otra parte, hay que inyectar sentido para engordarlo y hacerlo crecer, y del que es muy difícil desembarazarse. Viene a reparar una herida demasiado profunda. En cierto modo irreversible. Por ello retractarse del axioma es difícil, acaso imposible. Eliminar el axioma con los medios de la razón no es concebible.

B.-

Por otra parte, el delirio es una figura racional que interviene como una lengua

sobreañadida, como un lenguaje autónomo que, junto a despertar la incompreensión de los demás, pues no es apto para dialogar con él, no se articula tampoco con el resto del discurso del delirante, lo que impide la crítica y el abordaje de uno al otro. No se hablan entre sí. El delirio es un discurso estanco y soberano. Independiente.

Los delirios son cintas verbales suplementarias que suturan la lengua, herida por la psicosis, como si fueran un esparadrapo locuaz. El delirio es el lenguaje del psicótico, que nos imaginamos desgarrado y necesitado de un suplemento rígido que intente frenar como sea la disgregación de la lengua, facilitar el régimen de la identidad y contribuir a la estabilidad de la estructura. Esa es su función principal. Muy difícil o imposible de corregir, pues viene a socorrer a un lenguaje debilitado y, por lo tanto, incapaz para el metadiscurso, en especial respecto a todo lo que ocurra en ese espacio descosido que no acierta a significar.

C.-

La tercera resistencia del delirio a la crítica proviene de su valor como síntoma. Así entendido, el delirio representa un defecto, una destrucción, pero también un trabajo creativo.

Freud fue el primero en considerar el delirio no solo como la prueba de la enfermedad sino como un empuje hacia la curación: «El delirio es el intento de restablecimiento, de reconstrucción». Pero Freud también fue pionero a la hora de explicar la fuerte adhesión del psicótico a su delirio: «Nadie abandona de buena gana sus síntomas», sostuvo al respecto. A ese valor de resistencia añadió, además, en el caso del delirio, un factor de identidad

que brega a su favor: «Estas personas aman su delirio como se aman a sí mismas. En esto consiste todo el secreto».

Gracias a esta triple ayuda, el psicótico aguanta en la trinchera y no da su brazo a torcer, pero al mismo tiempo tiene que templarla para que no se convierta en un problema mayor. Uno de los grandes dramas del psicótico se debe a que tiene que defenderse de la defensa misma. El delirante se enfrenta a dos fuerzas contradictorias, por un lado a la obligación de construir un parapeto e inyectar de sentido al automatismo, y, por otro, a la necesidad de pacificarla, deconstruirla y aguar algo el amor propio de su narcisismo.

Lo que no se puede esperar bajo las prometedoras palabras de la crítica del delirio es un metalenguaje sobre su desvarío, una suerte de confesión y arrepentimiento que desmantele su encarnizada resistencia. Nunca hay un reconocimiento del error, como quería lograr el antiguo tratamiento moral tratando de doblegar las creencias erróneas del enfermo. El delirio es irreconciliable con el desmentido o la retractación. No hay palinodia ni revocación posibles.

II.2

No obstante, el psicótico gana experiencia poco a poco e intenta suavizar el síntoma recurriendo a tres opciones estratégicas. Tres iniciativas distintas que demuestran cierto conocimiento reflexivo, aunque se limiten a una conciencia relativa y parcial de su delirio. Por un lado, puede ocultarlo y mantenerlo en secreto. Por otro, es capaz de desdoblarlo en dos corrientes, una personal e irrefutable, y otra cuya conciencia de irracionalidad comparte al menos con los demás. Por

último, en ocasiones se vuelve capaz de desactivarlo y retirar la espoleta que amenaza con la detonación.

A.-

El primer indicio de que el psicótico comienza a familiarizarse con su delirio, le localiza suficientemente y juzga con acierto su alcance, se detecta en que reacciona con reticencia a nuestra expectativa y procede a ocultarlo. La objetivación del delirio, necesaria para esconderle de nuestro análisis o curiosidad, equivale al inicio de la capacidad crítica. El silencio demuestra que ya lo reconoce y que empieza a identificar su perímetro y las consecuencias de exponerlo en público.

Como quiera que sea, debemos aceptar sin esfuerzo que el delirio tienda a la ocultación. Una de sus funciones más importantes, no lo olvidemos, es constituirse en un sucedáneo del secreto, en una opacidad que impida la transparencia mental que tanto le aflige y que tantas dificultades le crea por la imposición y divulgación del pensamiento. Si el psicótico no lo cuenta todo no es por capricho o por simple oposición sino por la necesidad de cerrar su vida mental y protegerla de la invasión y difusión que le atormentan. De ahí lo absurdo de querer hacerle confesar, al modo de un desesperado Clérambault cuando exigía interrogar, maniobrar y sublevar al delirante para forzarle a hablar. Gracias al delirio el psicótico recupera su opacidad y, como quien no quiere la cosa, aplica su estrenada competencia para esconder el delirio mismo lejos de nuestra indagación y merodeo clínico.

Por este motivo resultan inconsistentes los conceptos de delirio enmascarado o enquistado, tan al uso, que suenan a imputación y a alarma nuestra ante su secreto.

Antes que ayudarnos a observar el interior del psicótico, descubren nuestra exigencia de orden y confesión, nuestra intolerancia. Intentar desnudar el delirio del psicótico y arrancarle sin pudor su disfraz, aprovechándonos de su ocasional debilidad, es forzar su confianza y prescindir obscenamente de su consentimiento.

Por otra parte, además de encubierto y escondido, el psicótico necesita que, en buena medida, el delirio sea incomprensible, pues de ese modo evita la transparencia y protege la intimidad. Y esta limitación de nuestro saber sobre el sentido o las causas de su psicosis hay que aceptarla con humildad, sin exceso de interpretación ni medidas coactivas. El delirio es y debe ser incomprensible por definición. Lo cual no le reduce al asiento orgánico y cerebral, como anticipaba Jaspers, sino que le devuelve paradójicamente a la vida del diálogo y el sentido.

En esta ocultación estratégica y *voluntaria* también cabe incluir, junto al silencio y la incomprensión, todas las formas de juego que puede aplicar a su delirio. Ironizar, matizar, exhibir, juzgar sobre él, sobresimular, hacerse el loco más o menos seductoramente, son opciones *lúdicas* con las que el psicótico logra controlar su delirio y a la vez protegerse. Esta capacidad teatral no podemos tomarla como un paso atrás en el juicio crítico que nos gustaría escuchar, pues también revela una naciente capacidad del psicótico para comunicarse con su nuevo lenguaje, aunque sea una lengua aún de trapo y gutural.

Otra aplicación de la ocultación la encontramos también en una administración más personal del delirio. El hecho de que el psicótico se lo cuente a unos y a otros

no, conlleva un mayor dominio y control de ese pensamiento suplementario que las defensas psicóticas han puesto en marcha. A la postre, la capacidad para elegir a los destinatarios implica la presencia de un atisbo de deseo que presagia estabilidad.

Todas estas prácticas, referentes a la ocultación, la incomprendibilidad, el juego o la elección, dan testimonio de un proceso evolutivo saludable, antes que reflejar un intento de engaño, una convicción más morbosa o una despectiva frivolidad.

B.-

El psicótico, amén de dividido, interviene siempre desdoblado en dos campos simultáneos e incompatibles. Puede reconocer el carácter delirante de su delirio sin que esa lucidez le obligue a dejar de creer en él. Su convicción y su crítica son de un orden distinto a las nuestras. En su caso la certeza y la duda son capaces de vivir dándose la espalda y sin anularse mutuamente. Nada le impide afirmar sinceramente que delira sin dejar por ello de delirar, como si dos cabezas vivieran un mismo hecho de forma simultánea pero sin conexión mutua.

«Tenía delirios pero eran verdaderos»; «Deliraba y creía que me perseguían, pero, es que me perseguían de verdad»; «Tengo voces delirantes y otras que son verdaderas». Este tipo de expresiones son muy frecuentes y demuestran un conato de separación del sujeto de la enunciación y del enunciado. En una mitad se separan, en la otra no. Una mitad del enunciado sigue coincidiendo matemáticamente con la enunciación y lo impide. Por esa vía no se puede ir más allá en la crítica del delirio. No se puede aplicar una teoría de los tipos lógicos que anule la contradicción y esta-

blezca niveles jerárquicos en el conocimiento. La afirmación «yo deliro» es tan paradójica como el «yo miento» de Epiménides o la más moderna de Russell sobre «el conjunto de los conjuntos que se contienen a sí mismo».

Por esta confusión intrínseca, lo que llamamos a veces crítica del delirio, simplemente porque el psicótico nos da la razón, puede esconder un delirio más profundo que el delirio explícito. Pero también es cierto que abre un camino de asimilación y neutralización del delirio que es necesario respetar en su paradójica dimensión.

C.-

Junto a la ocultación y el desdoblamiento del delirio, tal y como los hemos expuesto, hay una tercera posibilidad de futuro: la retirada. La crítica del delirio alcanza su máximo nivel cuando sencillamente retrocede, se depone y se aparta del plano de la conciencia. No para quedar reprimido u olvidado definitivamente, sino para permanecer latente y disponible en una zona de penumbra. El delirio nunca muere, simplemente duerme o se esconde tal y como es, indemne e intocable.

En este gesto no encontramos un acto voluntario, como en la ocultación, sino que se limita a ceder el paso al pensamiento normal y apagar su función, ya innecesaria. Se desconecta de la vida psíquica pero permanece en la sombra, vigilante y perfectamente estructurado. Si vuelve a ser necesario emergerá tal y como estuvo, con la misma estructura, la misma lógica y los mismos argumentos, como si nunca se le pillara desprevenido.

En realidad, el duelo del delirio se hace a través de un retroceso que inutiliza la

idea, no por la asunción crítica de la equivocación del pensamiento. Quizá el psicótico olvide su delirio con ese mismo ejercicio de memoria con que, buscando la tranquilidad, omitimos a veces lo más incurable de la vida.

Pero, aunque no se recuerde, tampoco podemos decir que se olvide en sentido estricto. Simplemente queda almacenado en otro plano, en una dimensión en la que no se entra, ni por la puerta de la conciencia ni por la del inconsciente. Se ha retirado pero seguimos a merced de su reaparición. «Queda debajo de la alfombra», decía John Nash con la sapiencia del psicótico inteligente y veterano. Como si fuera un libro de delirios que poco a poco se cierra y ya no se deja leer. Un libro *incurable* que queda a nuestra disposición pero luciendo un separador en la página que mejor nos ha servido.

Ahora bien, a este resultado se puede llegar directamente o en un proceso de temporalización que no llega nunca a concluir. Este tipo de moderación, paulatina y templada, puede lograrse en dos direcciones: hacia delante o hacia atrás. Hacia el futuro la observamos cuando el psicótico es capaz de dosificar su

ambición, pudiendo aplazar ad calendas graecas las metas que defiende en su delirio. Freud describió este aplazamiento como sigue: «La lucha y la enfermedad pueden ya cesar. Sólo que el juicio de realidad, robustecido entre tanto, obliga a desplazar a un futuro lejano la solución; esto es, a satisfacerse con una realización que pudiéramos denominar asintótica del deseo. La transformación en mujer tendrá efecto en épocas muy lejanas y la personalidad del doctor Schreber permanecerá indestructible hasta entonces». Son muchos los psicóticos que desarman su delirio alejando suavemente su consecución.

Otros, por el contrario, desplazan el delirio al pasado, donde localizan el perjuicio delirante dándole por concluido. Las consecuencias del ultraje aún se siguen sufriendo pero mitigadas, mientras que el suceso traumático se da por acabado. No se duda del acontecimiento en ningún momento pero se renuncia a su actualidad.

Fernando Colina

Correspondencia: alienistas@me.com

INFORMES

DECLARACIÓN DE ATOCHA EN DEFENSA DE LA ATENCIÓN PÚBLICA A LA SALUD MENTAL

Ni el pasado ha muerto ni está el mañana, ni el ayer escrito

(Antonio Machado)

Quienes suscribimos estas valoraciones y propuestas somos ciudadanos/as conscientes de los derechos de las personas y de las obligaciones de los poderes públicos, somos conoedores/as cualificados/as de lo que está ocurriendo en nuestro ámbito de actividad sanitaria, nos sabemos responsables de nuestras acciones y omisiones asistenciales, somos profesionales de la salud mental que hemos vivido, y junto con muchos otros protagonizado cambios de progreso que se plasmaron en los principios que inspiraron el Informe de la Reforma Psiquiátrica desde el último inicio de la construcción democrática y contra la resistencia de algunos contemporáneos. Dichos cambios han traído la atención a las personas con trastornos y problemas mentales hasta niveles de respeto muy superiores al existente en un pasado que muchos recordamos con nitidez.

Hemos llegado a un momento histórico en el que coexisten avances, insuficiencias y riesgos.

Estamos en un punto crítico, en el que no se puede sostener por más tiempo el mero análisis pasivo, o la queja inútil en tanto que desvinculada de la acción, o la “perfección” teórica y el acomodo en lo conocido.

Están en grave riesgo progresos fundamentales en nuestras vidas y en nuestra convivencia, y también en nuestra identidad profesional y ciudadana.

Por ello, asumiendo la responsabilidad que nos corresponde, hoy 26 de abril en Madrid, iniciamos una andadura en la que nos sumamos a otros ya en camino, y llamamos a todos quienes quieran sumarse a ella. Buscaremos en particular a todos que trabajan en el ámbito de la atención a la salud mental, sumando, integrando: otros colegas psiquiatras y psicólogos clínicos, y desde luego a otros compañeros de aportaciones esenciales como enfermería de Salud Mental, trabajo social, terapia ocupacional, educadores sociales, y otros.

Nos dirigiremos a organizaciones que trabajan por la Sanidad Pública y a entidades y sectores sensibles y concernidos, buscando confluir, aportar, sumar, dibujar una trayectoria que se configura larga y de calado.

Colectiva y democráticamente, con tolerancia y valorando la riqueza de la diversidad de los análisis y de las propuestas, llamamos a construir con 2 urgencia los medios para

organizar líneas de acción sostenidas y dirigidas a modificar la grave situación actual que viene dañando logros anteriores, poniendo así en riesgo niveles de calidad imprescindibles en la atención a la salud mental y, de esta forma, enfrentar los peligros y daños que recibe la población por el deterioro progresivo de las concepciones, prestaciones y servicios de salud mental.

En ello estamos

SE ESTÁN CAUSANDO GRAVES DAÑOS

La política sanitaria que está ejecutándose ha causado ya graves daños. Y siguen produciéndose.

La información que se va conociendo sobre la evolución de la salud mental de la población es muy preocupante. Se confirman los pronósticos y avisos realizados con antelación suficiente como para adoptar las medidas preventivas, que a pesar de ser propuestas por órganos con autoridad y conocimiento (OMS), fueron conscientemente ignoradas por quien tiene la responsabilidad de proteger la salud de la población.

El daño sigue creciendo. El Gobierno conoce estos datos y sabe que validan lo que hasta hace poco era calificada solo como una percepción. Ahora, desgraciadamente, ya no es sólo una opinión. Ahora son las pruebas del juicio a una política sanitaria irresponsable y desconsiderada con los más vulnerables.

Sufrimiento, enfermedad, empeoramiento de la existencia de muchísimas personas, paro, acortamiento del futuro, compromiso del desarrollo de la infancia y la juventud, empobrecimiento,... Esa es la estela que deja atrás una respuesta premeditada a la crisis que se muestra con especial crudeza en el grave aumento de la desigualdad social injusta y en la condena a la pobreza crónica a amplios sectores de la población. Sería muestra de incompetencia de los gobernantes si no fuera una acción intencionada, que lo es.

zEn la sanidad la crisis ha sido la justificación para intentar ejecutar, desde el Gobierno y las oligarquías económicas con intereses en el sector, un plan madurado hace tiempo: el de la transformación de la salud y la enfermedad en mercancía, y en negocio la asistencia sanitaria a los ciudadanos.

La ofensiva desatada contra la sanidad pública con la promulgación del RD Ley 16/2012 tenía antecedentes antiguos (la Ley 15/97), e ideas justificativas que fueron instalándose desde hace ya años como razones cuando sólo eran valoraciones de parte interesada (la supuesta bondad de 3 la instauración del mercado como único regulador, la aparentemente neutra separación de provisor y financiador, la no demostrada insostenibilidad del sistema, ...).

Efectos más importantes de esa ofensiva son ya el deterioro de la asistencia y el daño a la equidad, así como el cambio de modelo sanitario al modificar el carácter universal de la asistencia con la recuperación del modelo mutualista. Los causantes de ello han abierto los

diques que todavía impedían la privatización y la venta de la sanidad pública. Y todo se ha hecho con aparente urgencia, justificados en la sostenibilidad supuestamente amenazada, sin que la medida principal adoptada tuviera nada que ver con el motivo que se argüía, sin participación ni debate, violentando la democracia que obliga antes que a nadie al poder ejecutivo.

A tales objetivos tales métodos: el reparto justo de lo común se dialoga y se intenta convencer de la norma que ha de regirlo; sin embargo la apropiación de lo de todos se ejecuta con prisa y/o a escondidas, sin permitir la discusión de sus razones...: Supone un modo de expropiación.

En este contexto, el sistema asistencial de salud mental sufre un daño agravado, consecuencia tanto de lo limitado de sus recursos y de la frágil posición que había alcanzado entre las prioridades de los gobernantes y planificadores sanitarios, como de las insuficiencias y contradicciones propias de sus disciplinas, organización asistencial, gestión, conocimientos y prácticas. La embestida contra la sanidad pública encontró al sector de salud mental en medio de una crisis prolongada, precisamente cuando la necesidad de aquellos a quienes se deben sus profesionales, los ciudadanos, iba a verse incrementada como resultado de la crisis económica y sus correlatos.

Y mientras, los directamente afectados, sobrecargados ya por las necesidades de salud, las dificultades que les crean muchas veces la atención que se les presta, y la frustración de sus derechos desatendidos, son situados por los que gestionan su salud como observadores, mientras se les pretende embaucar con ofertas de tratamientos y de futuros asistenciales que sin embargo se les regatean hoy cuando aún los tienen como derechos reconocidos.

ESTÁBAMOS AVISADOS

Estábamos avisados de que la crisis económica conllevaba un riesgo cierto de agravamiento de la salud mental de la población; también de las medidas para controlar o mitigar ese riesgo (OMS, 2010). Sin embargo, no se ha adoptado ninguna en el sentido recomendado.

Muy al contrario, se ha sostenido por el Gobierno una respuesta a la crisis, presentada como la única realizable cuando solo era una de las posibles, 4 que ha agravado la situación. Esa respuesta consistente principalmente en la reducción de los servicios y prestaciones públicas, y en la privatización de la atención a las necesidades sanitarias, ha creado una situación en la que:

- **Se vulneran los derechos de los ciudadanos/as** a la participación, al conocimiento de la información sanitaria relevante para sus vidas, al acceso equitativo a los servicios públicos y a la protección de la salud.
- **Se oculta información** sobre la evolución de la salud pública, los planes del Gobierno en relación con la asistencia sanitaria en salud mental, el funcionamiento de los servicios para su atención, incidentes adversos y daños relacionados con la restricción de recursos y la mala gestión de la red asistencial.

- **Se carece de dirección, de capacidad de gestión y de una estrategia de salud mental** que defina un plan para hacer frente a la evolución de la situación. La acción gubernamental ha debilitado y paralizado la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, que se encontraba en desarrollo desde 2006, lo que manifiesta una grave irresponsabilidad en este momento social y sanitario. La carencia de medios, la dirección incompetente y la gestión orientada a resultados numéricos presentados con apariencia de productividad, está creando efectos devastadores en la calidad asistencial y dañando la motivación e iniciativa profesional.

- **Se impide la participación en el funcionamiento y gobierno sanitarios**, tanto de la comunidad como de los profesionales. Se ha agravado el autoritarismo institucional en el funcionamiento cotidiano de los servicios de salud mental, se están desarticulando los escasos instrumentos colectivos de participación que aún existían, se promueve una forma de gestión que desconsidera la capacidad de los profesionales para aconsejar, asesorar y decidir.

- **Se empobrece y limita la respuesta asistencial** con efectos muy negativos, tanto sobre los derechos de los ciudadanos a prestaciones eficaces como sobre la eficacia terapéutica de los tratamientos. La capacitación de los profesionales permitiría niveles de calidad y seguridad asistencial muy superiores a los que actualmente se alcanzan pero se limita gravemente el necesario abanico de diversas opciones terapéuticas hacia las biologicistas, cerrando las redes de relación interservicios diversificados en el territorio, anulando la consideración y riqueza de los equipos, borrando el derecho a la palabra de los usuarios y el derecho a la escucha de los profesionales para un ejercicio clínico que tiene que tener en cuenta la naturaleza y condiciones del compromiso clínico y psicoterapéutico en su caso, y 5 acabando con los pocos pasos dados hacia el empoderamiento de los profesionales y los usuarios y sus familias.

- **Se descuidan los instrumentos de seguimiento de la formación de las especialidades de SM en los servicios de SM acreditados para tal fin (Unidades Docentes Acreditadas, UDAs)**. Deben quedar aseguradas y potenciadas adecuadas condiciones para esta importante responsabilidad de formar las nuevas generaciones de especialistas de SM, regular suficientemente las funciones y tiempos protegidos para ejercer la tutoría, establecer el Libro del Residente de SM como instrumento imprescindible, promover auditorías parcialmente dependientes de las Comisiones nacionales de cada especialidad, potenciar una formación de excelencia a resguardo de otras formaciones que en paralelo pudieran desarrollarse en dichas UDAs en detrimento de la formación de los especialistas de SM (Master, cursos de postgrado y otras).

- **Se potencia la estigmatización y la marginación** de las personas más gravemente afectadas, y no se previene la evolución hacia la gravedad de aquellas que aún no se encuentran en ese estado. Recientes valoraciones de altos responsables del entorno ministerial en la planificación en salud mental vinculando la enfermedad mental con el riesgo público sanitario, y con ello justificando acciones de control y vigilancia, constituyen tanto un indicador muy preocupante de la actitud prejuiciosa y la carencia de capacidad de relevantes responsables públicos en esta materia como de las amenazas en curso.

Sufren estos el peor daño: Son los más frágiles, los más necesitados, los que se encuentran en peor condición material, relacional y psíquica, los primeros y más gravemente afectados por el deterioro actual de la atención a la salud mental.

- En el abordaje de los sujetos de las demandas de atención en Salud Mental, se establecen **discriminaciones diagnósticas y terapéuticas** que es importante modificar atendiendo al conocimiento clínico y valorando este aspecto desde una gestión clínica que conozca **el valor de la actuación en salud mental comunitaria en los tres niveles de Prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria.**

- **Se anuncia el reforzamiento de las medidas de coerción mientras se reducen las acciones orientadas a la reinserción social.** El temible proyecto de reforma del Código Penal promovido desde el Ministerio de Justicia, a modo de reverso de las valoraciones estigmatizantes antes citadas, recrea el prejuicio de la peligrosidad del enfermo mental, y provoca de nuevo una desprotección y vulneración intolerable de sus derechos al diferenciarlo de los demás 6 ciudadanos solo por causa de su enfermedad. Donde debiera haber terapia e integración social sólo se prevé más coerción.

- **Las personas que padecen trastorno mental grave están siendo las que sufren el peor daño.** Son las más frágiles, las más necesitadas, las que se encuentran en peor condición material, relacional y psíquica, las primeras y más gravemente afectadas por el deterioro actual de la atención a la salud mental. Resulta insufrible que continúen existiendo hospitales psiquiátricos en el Estado de régimen manicomial.

- **Se están destruyendo activamente con estas políticas las bases de la convivencia social.** El modelo de sociedad por el que decidimos optar (democrática, tolerante, orientada en el reparto de lo común por la equidad) se está cambiando sin plantearlo a discusión, sin consultarlo. Se está creando otra vez la situación asfixiante en la que los más débiles no pueden esperar el apoyo que les deben las instituciones públicas. La preocupante política en curso en salud mental compuesta de imprevisión, ausencia de dirección, incapacidad de gestión, desorganización, insensibilidad social, prejuicio, autoritarismo, deficiente gestión de los escasos recursos, e ignorancia, nos conduce hacia un horizonte sanitario y social con insoportables niveles de sufrimiento personal y colectivo, de enfermedad, insolidaridad, devaluación de las personas, injusticia , y miedo.

DEBE SER FRENADA LA CONTRARREFORMA EN MARCHA

La regresión de la atención a la salud mental en ejecución debe ser frenada, y al tiempo deben ser corregidas las insuficiencias que facilitaron el deterioro actual. En el marco de la defensa de la sanidad pública, y de la gratuidad y universalidad en el acceso a sus prestaciones; uniéndonos a todos quienes promueven la mejora del Sistema Nacional de Salud para que, orientado en su actividad por la búsqueda de la equidad y por la protección de la salud de la población, contribuya al progreso de nuestra sociedad hacia mayores niveles de justicia social; quienes suscribimos este documento valoramos que deben desarrollarse las siguientes líneas de trabajo para hacer frente a la situación que antes analizamos:

1. **Ha de reafirmarse el carácter público de todos los bienes y servicios sanitarios, tanto en su titularidad como en su gestión.** Sin excepciones, sin ambigüedades, sin matices. La salud es un bien colectivo y su protección es un derecho de todas/os, es 7 expresión y base del igual valor de las personas, es condición para el desarrollo económico y social. Si las personas no son privatizables su salud no debe ser objeto de negocio.

2. **La atención a la salud mental ha de regirse por los principios de universalidad, equidad, eficiencia, solidaridad y normalización.** Nadie ha de quedar excluido de la misma si lo necesitara, nadie ha de dejar de recibir los cuidados y la atención que precise, de carácter integrador.

3. En la atención a la salud mental ha de revitalizarse (redefiniendo lo necesario tras analizar la experiencia acumulada) la comprensión multidimensional, **la respuesta multiprofesional, la orientación asistencial comunitaria, la continuidad de cuidados, la atención y apoyo en el ámbito domiciliario, y el trabajo psicosocial de prevención.** La dificultad de desarrollo de estas orientaciones no justifica su abandono sino que exige su mejor definición, sin ignorar que el empobrecimiento terapéutico y el imperio y abuso de la respuesta farmacológica como principal instrumento de atención, son también consecuencia del abandono de estos planteamientos.

4. La organización y funcionamiento de los servicios de atención a la salud mental en todos los niveles ha de ser participativa, **transparente, y potenciadora de la participación** de los profesionales y de los usuarios y sus familias. Ello requiere órganos de gestión democráticos, y la profesionalización e independencia política de la gestión.

5. Ha de situarse el centro de gravedad del esfuerzo asistencial en quienes más lo necesitan, clarificando y ordenando la demanda dirigida a los servicios de salud mental, **priorizando el desarrollo e implantación de recursos para la respuesta a las necesidades de las personas con trastorno mental grave.**

6. Es necesario **corregir la infradotación** de recursos asistenciales materiales y profesionales y proceder con urgencia a la verificación de existencia de condiciones para las buenas praxis atendiendo las especificidades del ejercicio de cada titulación profesional.

7. Para revitalizar la atención a la Salud Mental, **es preciso sostener los Centros de Salud Mental como eje vertebrador y de orientación funcional de la asistencia** y por ello ha de **modificarse la deriva hacia una posición nodal, jerárquica en la red asistencial de las Unidades de Hospitalización en salud mental de los Hospitales Generales.** Su progresivo papel en la 8 dirección *de facto* de la respuesta asistencial desdibujando en demasiadas ocasiones la grave ausencia de una auténtica red planificada y suficiente de recursos alternativos a la hospitalización, obliga a revisar su funcionamiento, los fines que se han ido imponiendo en su práctica, sus dotaciones, sus modos asistenciales, los criterios de evaluación que valoran su actividad, y su relación con el conjunto de la **red asistencial de servicios diversificados y territorializados, que debe ser promovida.** Fue un logro de la Reforma el cierre de hospitales psiquiátricos manicomiales. Pero cada vez con mayor

fuerza se observa en territorios del Estado un surgimiento del falso debate de más o menos camas de larga estancia en los hospitales generales, lo que constituye el enmascamiento de una involución solapada que hace difícil y en ocasiones imposibilita el tratamiento y mantenimiento de ciudadanos con trastornos psicopatológicos graves en su medio.

8. **No se ha de consentir ningún retroceso en la igualdad de trato legal a las personas.** La oposición ciudadana a la modificación del Código Penal es una necesidad democrática. El prejuicio hacia las personas con enfermedad mental al definir las como peligrosas solo puede causar daño y sufrimiento. Se debe mantener la alerta muy especialmente ante cualquier ampliación o presencia de prácticas coercitivas en los servicios de salud mental, que por su propio carácter reducen la autonomía de las personas y por ello imposibilitan el progreso hacia los objetivos de la asistencia sanitaria y social a las mismas. La cuestión de la defensa de los derechos (políticos, sociales, sanitarios) de las personas con enfermedad mental se ha de situar en primer plano de las preocupaciones profesionales. En este sentido la asistencia de corte manicomial en los diferentes hospitales psiquiátricos del Estado que aún existen, resulta tanto obsoleta como intolerable.

9. **Deben implantarse políticas de desarrollo profesional** orientadas a recuperar la motivación de los profesionales, a posibilitar el ejercicio de sus capacidades, a potenciar su formación de manera coherente y acorde con los objetivos sanitarios explícitos, a independizarles de la presión y sesgo formativo promovido por la industria farmacéutica, y a valorarles de acuerdo con su efectiva contribución a la actividad del Sistema Nacional de Salud.

10. Todos y cada uno de los profesionales sanitarios de salud mental hemos de asumir plenamente nuestra responsabilidad, **defendiendo nuestra autonomía en la realización del acto sanitario** (de diagnóstico, de cuidado, o de tratamiento) de forma acorde tanto con lo previsto en la ley, que nos responsabiliza y nos protege, como con 9 las exigencias éticas por las que orientamos nuestra actividad, reconocida como de especial valor social y humano. Adquiere importancia particular en la actual situación nuestro compromiso con la defensa de los derechos sanitarios de los ciudadanos impidiendo activamente que los profesionales seamos instrumentalizados para privar al ciudadano/a de la atención que precise, o para implantar y extender diagnósticos y tratamientos determinados en lo fundamental por intereses comerciales de la industria farmacéutica.

11. **Debe potenciarse la formación especializada a través del modelo Interno-Residente** en las disciplinas que conforman los equipos de salud mental, adecuando la misma a las necesidades asistenciales y a los procesos del equipo interdisciplinar, facilitando la consolidación, diversificación, crecimiento y calidad de sus programas y actividades formativas. En el proceso formativo, y ello desde el Grado, debe atenderse a la formación ética y en derechos de las personas por ser este el sustrato más básico de la identidad del sanitario, en tanto que ciudadano en proceso de progresiva asunción de responsabilidad en la especial función social de la atención sanitaria a los otros. Ha de garantizarse que el acceso a la formación especializada Interno-Residente se realice previa adquisición de

la condición de profesional sanitario, hoy aún incomprensiblemente pendiente de resolver en el caso de psicología clínica.

12. Ha de potenciarse la investigación: optimizando los recursos mediante acciones de integración con los principales centros e instituciones en las que esta se desarrolla (Universidades muy en particular), formando y facilitando la implicación de los profesionales, ampliando los objetos de interés investigador vinculándolos a las necesidades de la práctica, y reduciendo la dependencia de la industria farmacéutica.

13. Es necesario reforzar y apoyar el movimiento asociativo de usuarios/as y familias, con el objetivo de su empoderamiento, promoviendo su participación en la elaboración, seguimiento, evaluación y gestión de los programas y planes de atención a la salud mental, así como en el marco de la intervención clínica.

14. Deben derogarse ya la Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, y el Real Decreto-ley (ya convalidado como Ley) 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. 10 En la defensa de estos planteamientos y propuestas hemos de recordar que el progreso nunca está asegurado, y que siempre necesita para avanzar y sostenerse el mismo esfuerzo.

En Madrid, a 26 de abril de 2014

RESEÑAS

Aproximación a Freud: una lectura actual

Carlos Veiga

Erasmus Ediciones, 2014

Barcelona.

«¿Por qué Freud? ¿Por qué ahora?»

En la Unión Europea se consumieron 9.321 dosis de antidepresivos por cada mil habitantes en el año 1990. Una década después, en el año 2000, se consumieron 17.686. Casi el doble. En España se consumieron 6.922 dosis de antidepresivos y estabilizadores del ánimo por mil habitantes en 1993. En 2002 fueron 18.673 las dosis consumidas (casi el triple). ¿A qué se debe semejante epidemia de depresión?»

Señalando la sobremedicalización de una sociedad del siglo XXI que entiende el malestar psicológico como “*cerebros que se han quedado sin una sustancia*” empieza el Dr. Veiga su primera obra.

Y desde aquí, leemos a Freud.

Carlos Veiga Martínez es doctor en Psicología por la Universidad del País Vasco, psicólogo especialista en Psicología Clínica y licenciado en Antropología por la UNED. Trabaja como psicólogo clínico en un Centro de Salud Mental de Oviedo y desempeña su labor como profesor en la Unidad Docente de Psiquiatría y Psicología Clínica del Servicio de Asturias y en el seminario de Introducción al Psicoanálisis del Foro Psicoanalítico de Asturias.

Situándonos en el contexto actual (“*época postfreudiana*”) y con una postura crítica, C. Veiga nos ofrece un recorrido por la obra de Freud, con el propósito de traerlo a un presente donde “*la sociedad está bien, los horarios laborales son normales, los sueldos son adecuados, no debemos sufrir por las pérdidas, ni por las amenazas a nuestra forma de vida (...)*”. Resulta evidente que algo ha cambiado en el último siglo. Quizás en la manera de comprendernos a nosotros mismos. Por ello, el autor nos acerca a la posibilidad de reconstruir nuestra realidad presente, nuestra subjetividad. Y como herramienta: el psicoanálisis.

Su intención la deja clara con el título. Conseguirlo o no, es tarea para el lector. Querer aproximarse a Freud requiere trabajo consciente y deseo de saber. Veiga nos guía con su obra en esta afanosa tarea de conocimiento, haciendo de ella una experiencia de reflexión e insight.

La obra se divide en siete capítulos, cada uno con distintos apartados en los que se incluyen principalmente pequeños fragmentos de los textos de Freud.

Después de la introducción señalada más arriba, el lector comienza su aproximación a Freud con un primer capítulo dedicado al origen de psicoanálisis. Cómo nace desde un marco donde todo, incluido el alma del sujeto, es reducible a procesos fisiológicos (tópico todavía vigente). Descubrimos el punto donde el neurólogo vienés se encuentra con lo psicológico. *Freud, prodigioso descubridor del inconsciente*, según Deleuze.

En el segundo capítulo, sobre el origen del sujeto, seguimos familiarizándonos con el inconsciente a través de la interpretación de los sueños y los síntomas. “*¿Todo síntoma esconde un sentido?*” la respuesta a esta pregunta nos introduce en el conocimiento del deseo, la represión, las huellas (memoria sin conciencia), y nos ilustrará con un sueño de Freud, el sueño de la inyección de Irma. El primer sueño interpretado siguiendo la técnica psicoanalítica.

A la teoría de la seducción y las circunstancias que llevan a Freud a abandonarla se dedica el tercer capítulo. Pero entonces, “*¿abandona el origen sexual de la neurosis?*”. Planteando interrogantes se motiva al lector a conocer un poco más sobre la predisposición humana a la neurosis y, como no, el trauma y la sexualidad.

Con una nueva cuestión *¿Pulsión o instinto?* arranca el cuarto capítulo. Primero nos aclara el concepto de pulsión para luego responder a las incógnitas sobre el instinto sexual. Cuáles son el fin y los medios, dónde se sitúa la sexualidad infantil, ¿el inconsciente es machista?

En el quinto capítulo toca caso clínico. Concretamente, el famoso caso del pequeño Herbert Graf, o *Caso Juanito*, donde se analiza la curiosa fobia de un niño de cinco años a ser mordido por un caballo.

Los dos últimos capítulos están dedicados al hombre y la mujer. “*¿Cómo encontramos al partenaire sexual?*”. En el primero, *La vida amorosa de los hombres*, aprendemos sobre las condiciones del amor masculino según Freud, las condiciones que tiene que cumplir una mujer como objeto amoroso para que el hombre se interese por ella. Y, ¿cómo aman los hombres?, ¿es el amor un síntoma? Curiosa la ejemplificación con que el autor destapa el funcionamiento del falo como significante flotante: “*en el fútbol gana quien la mete más, pero sin tocarla con la mano*”.

Para acabar de alimentar la curiosidad del lector, el séptimo y último capítulo nos plantea el enigma de la mujer: *¿Cómo surge una mujer?* Para ello, nos presenta a Sidonie Csillag, la joven homosexual tratada por Freud. Y por qué no, ya que la *Cosa* va de mujeres, una aproximación también a Karen Horney, Marie Bonaparte y Ruth Mack Brunswick. Tres mujeres a través de las cuales se esclarecen las tres posiciones del sujeto femenino: la protesta, la frigidez y la femineidad normal. Tres respuestas a la castración, según Freud. De esta forma se involucra al lector en el debate histórico de la época, el *falocentrismo*, que entiende el falo como elemento principal en la sexuación del sujeto.

Y como no podía ser de otra manera, cierra el texto con un par de preguntas abiertas que dejan al lector con una tarea de construcción propia.

En mi opinión, se trata de una obra muy recomendada para aquel lector que busque un acercamiento eficaz a la complejidad freudiana, o para quien se haya frustrado en su intento. Se percibe la aptitud docente del autor. Con un lenguaje sencillo y técnico a la vez, nos lleva de una teoría a otra esclareciéndolas con ejemplos de la actualidad que hacen la lectura más cercana y fluida.

Como psicoterapeuta novel, este libro ha resultado ser la herramienta perfecta para sentar las bases del modelo psicoanalítico clásico y permitirme elegir por donde continuar.

*Marina Lagarón Criado
Psicóloga Interna Residente
Gijón (Asturias)*

Trabajo vivo en acto. Clínica de los encierros

Claudia López Mosteiro.

Editorial Topia, 2015

Buenos Aires. Argentina.

Este libro se propone dar cuenta de cómo es el trabajo domiciliario en salud mental desde un equipo interdisciplinario, dado que, según nos propone la autora “para quienes no han tenido la oportunidad de participar de un dispositivo como éste, se hace difícil imaginar cómo es que se puede establecer un espacio clínico por fuera de los lugares institucionales habituales. O de cómo la creación de un dispositivo novedoso visibilizó un campo que estaba oculto —para el que no quisiera ver—”. También se transmite una perspectiva, un lugar desde donde mirar y desde donde hacer, que se fue construyendo a partir de participar de diversas prácticas institucionales que se inscriben en una lógica que intenta superar la tradición hospitalocéntrica, hacia un modelo de Salud Mental Comunitaria.

El libro surge a partir del trabajo de investigación “El trabajo vivo en acto: saliendo de las lógicas del encierro. Análisis del Programa de Atención Domiciliaria Psiquiátrica-Psicológica-Social Programada en Situación de Crisis de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (AdoP-AdoPi)” presentado como tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria, en la Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

La autora a partir de integrar un equipo interdisciplinario de atención domiciliaria en salud mental se pregunta acerca de las situaciones de encierro de los pacientes, lo cual la llevó a pensar sobre las modalidades del encierro en los profesionales, las prácticas y los equipos. Así se configuraron los dos cuerpos de la investigación, a los que hace alusión el título.

Este libro se mete con un tema fundamental, el de las distintas formas del encierro. Y ese es su valor, que si bien toma la experiencia de este Programa como punto de partida, nos invita a pensar muchas cosas más que en nuestro propio trabajo; también en nuestras existencias. Solo así un libro empieza a ser literatura. Y me parece que estamos ante literatura. Tanto es así que las dos primeras referencias que el libro toma, son tal vez de dos personalidades que más supieron explicarnos qué es la literatura: Roland Barthes y Ricardo Piglia.

Estamos ante una novedosa escritura llena de bellos y sensibles relatos que nos conmueven; y por fin podemos recuperar el entusiasmo, al mostrar que otra clínica es posible en el tratamiento de la psicosis.

López Mosteiro relata que “El encuentro con las situaciones de personas confinadas en sus casas, más o menos locas, más o menos acompañadas, más o menos fracasadas o entregadas a su nada, me fue llevando a preguntarme por las diversas formas de la soledad. La pregunta por el autoencierro, o por los pequeños encierros, que al inicio formulé como hipótesis como una reproducción de la lógica manicomial, fue deviniendo en un campo de

saber más amplio”. Nos recuerda que sabemos acerca de los encierros y las instituciones totales, del Gran Encierro del que nos hablaba Foucault, pero no sabemos tanto acerca de estos pequeños ¿manicomios? que a veces se encuentran en las casas, donde las familias arman algo asociado al estigma, a la vergüenza, con la dificultad consecuente de abrir al mundo esa problemática y esa carga, y mostrar que ahí adentro hay un raro, un loco. Esa pregunta no está aún contestada, tal vez se sostiene como tensión.

El siglo pasado tuvo dos parejas de amigos que con maestría analizaron el encierro familiar. Una es la de Laing y Cooper, y luego la amistad que revolucionó nuestro modo de pensar la clínica, la de Deleuze y Guattari. Cada una de esas amistades mostraron contundentemente que cuando se trata de esquizofrenia, sólo podemos acercarnos a su modo de pensar, si abrimos el campo del encierro familiarista hacia una comprensión de la complejidad del social histórico allí presente. Parecía que no había ya mucho para sumar al pensamiento que despliegan estos textos que van, recordemos, desde “La muerte de la familia” hasta el “Antiedipo, capitalismo y esquizofrenia”. Evoco la alegría, el soplo de aire fresco que nos traían para nuestro trabajo. Pensar que esto es ya siglo pasado.

Este libro nos muestra cómo sus ideas son llevadas a la práctica hoy, y cómo funcionan aquellos pensares que revolucionaron el abordaje de la psicosis. Nos invita a pensar la relación transferencial no sólo en términos de una relación amorosa, el amor de transferencia, sino como aquello que se instituye como un extraño tipo de amistad.

En la presentación de los casos circula un estilo de amistad, una suavidad que nos sugiere que se va armando un concepto que podríamos llamar “amistad de transferencia” remediando el concepto de amor de transferencia. Esta amistad posibilita una libertad de movimiento en la labor clínica que es la clave que manejan estos equipos, que se nos presenta en este *trabajo vivo en acto* como un modo potente de no retroceder ante la psicosis.

Aquí se muestra que trabajar, vivir y actuar, es el modo propio de nombrar esta clínica. Y entonces a medida que transcurre la lectura un nuevo infinitivo se despliega: pensar. Pensar a partir de abrirse a las presencia de los cuerpos en ámbitos desacostumbrados a la acción asistencial, posibilita una clínica inventiva y productiva.

Me atrevería a decir que en estos relatos estos pacientes crónicos a los que visitan en sus encierros sedentarios se transforman por momentos en ese héroe beckettiano que “*habita en ninguna parte sin nada.*”

Pero el texto pone en claro que también aquí se asumen los riesgos de la política. Se enfrenta al poder psiquiatrizante allí donde éste se encuentra, en los propios espacios que ha desarrollado para expandir su pensamiento: en los dispositivos estatales donde se lleva adelante la política de salud mental, en los domicilios donde se consolidan y se inmovilizan las crisis, en las calles donde se confunden a veces los roles de los terapeutas y los pacientes.

Este libro entonces se hace necesario, porque nos muestra en acto en los dispositivos actuales, con los recursos que existen, una actividad del pensamiento que entusiasma frente a

las posturas resignadas más o menos biológicas, más o menos psicoanalíticas que dominan nuestro campo.

Los casos no se presentan de un modo resultadista. Son relatos, cuentos, pedazos de historia de vida, encuentros entre clínica y literatura, psicodrama y teatro sin demasiadas pastillas ni opiniones moralizantes. El lector tiene que asomarse a dejar sus prejuicios, el binarismo entre el bien y el mal es problematizado todo el tiempo, alrededor de un tema tan dogmatizado como es el del encierro desde una perspectiva donde se le pone el cuerpo a la complejidad que el tema convoca.

Este texto posee dos impertinencias: una es que no se presenta como la mayoría de los libros psi que hoy se escriben en la Argentina, con citas a Lacan y a Freud; acá se elige otro procedimiento: no se piensa para actuar —como decíamos desde el Análisis institucional— sino que se actúa para pensar. ¿Esta irreverencia quiere decir que no funciona o no interesa el inconsciente en estos intercambios, en esta aproximación terapéutica que propone la autora para pensar la clínica viva en acto? No. Por el contrario se trata de una estrategia, pues está la idea de que si no nos salimos del cliché del pensamiento, no nos vamos a poder salir del cliché en el encuadre y en el modo en que atendemos a este tipo de personas y de situaciones tan complejas.

Son las acciones que proponemos, las acciones que realizamos, las que después van proponiendo algún tipo de pensamiento. Lo que no quiere decir que no exista un pensamiento previo, no es un pragmatismo ni una frivolidad de los problemas; sino que es plantearse que todo pensamiento tiene que estar organizado por una actitud, no sólo que lo ligue a la verdad, sino que lo ligue a la invención.

La segunda impertinencia es sobre el saber médico hegemónico, pues pareciera que estas familias no están dominadas por ese modelo. No es esta hegemonía con la pastilla o con la tradición psicoanalítica la que va a resolver sus problemas, se trata de una cuestión más interactiva, y que apunta —como se presenta al final en los párrafos más políticos del libro— a la creación de un equipo interdisciplinario.

No hay posibilidad de armar un equipo interdisciplinario, sin inventar otra lengua.

Hace treinta años que hablamos de interdisciplina pero aún no podemos actuar interdisciplinariamente, porque cada uno sigue hablando su lengua. No creamos una lengua. ¿Y cuál es la lengua que aparece en estos casos? Atisbos de otra lengua, —los papelitos a través del marco de una puerta cerrada, el pedido en forma de grito desde el quinto piso—, de modos de hablar diferente. Los terapeutas en las casas tienen que aprender a hablar de otro modo, y también los que allí los reciben.

Una ventaja de este libro es que habla del trabajo domiciliario en salud mental, que tiene como característica principal cierta imprevisibilidad, que no es un instituido siempre igual —como puede ser un centro de día, un hospital, un consultorio—; siendo los encuadres móviles, lo cual hace del desconocimiento la posibilidad de una producción y una invención

constantes. No conocemos lo que nos va a pasar tan de antemano. Y hay poca gente que es capaz de enfrentar esa imprevisibilidad.

El libro muestra desde el comienzo que no hay clínica sin tener en cuenta el social histórico en el que vivimos, en el que prima una idea conservadora sobre la previsibilidad que hoy recorre todo el planeta, y ante todos los peligros que nos rodean y que hacen que cada vez se aplaste más el pensamiento, cada vez todo se vuelve más frívolo. Y esta subjetividad que se viene construyendo hace mucho tiempo, genera como efecto que cualquier situación de transformación en el campo de la salud mental, es decir en el de la subjetividad, sea muy resistida, incluso por nosotros mismos.

Como conclusiones se plantea que los procesos de desinstitucionalización son recorridos accidentados, no lineales, y que buscan intersticios por donde avanzar. Si bien hay una constitución y distintas leyes que los sustentan, muchas de estas experiencias, fruto de varios colectivos que trabajan para ello, son aún aisladas. Las experiencias innovadoras en el amplio campo de la salud y la salud mental, se dan en ocasiones con el viento de las políticas públicas a favor, pero muchas veces sin ese apoyo y aún en ámbitos francamente hostiles. Más que de políticas de desinstitucionalización definidas, habría una tolerancia a la existencia de algunos dispositivos, en tanto no cuestionen demasiado las lógicas existentes, o no las pongan a prueba; sin terminar de legitimarlos, y sin brindarles los recursos necesarios.

Esta resistencia política y simbólica, instalada socialmente, parecería que se expresa más en el propio sistema de salud mental que en los destinatarios de los programas.

Se piensa al trabajo en equipo en tanto implementación de tecnologías blandas, asociadas al espacio relacional entre el trabajador y el usuario, y que sólo adquieren materialidad en acto. En el contexto actual la interdisciplina revela la dificultad del sistema a incorporar algo nuevo y la resistencia de los propios integrantes de los equipos.

Las modalidades alternativas pueden asumir una modalidad de práctica inclusiva, comunitaria, territorial, intersectorial; o por el contrario una modalidad asistencialista, vertical, manicomializadora. Dado que muchos estamos formados en esta lógica es preciso conocer y estar atentos ante este riesgo.

Los dispositivos deberán crear condiciones para que los operadores puedan tener la capacidad de conservar cierta distancia en la proximidad, la flexibilidad para propiciar cambios en lo cotidiano y en particular, el dejarse atravesar por lo diverso y lo imprevisible, sin sentir amenazada la propia identidad en ese quehacer.

El Diccionario de la Real Academia española define: “Huésped, da. (Del lat. hospes, -ítis). Persona alojada en casa ajena. Persona que hospeda en su casa a otra”.

En la práctica hospitalaria, el hospital es el anfitrión. Cuando la intervención se descentra del hospital: el anfitrión es el paciente, quien nos aloja en su ámbito privado, para que

nosotros alojemos su padecer. Se configura entonces un interesante espacio de articulación de lo privado y lo público, donde se abre la posibilidad de una intervención más amplia, sobre la familia o grupo conviviente.

Finalmente, como expresa López Mosteiro: “Huéspedes somos, entonces; quienes vamos a las casas, y quienes nos reciben en ellas. Hay algo en común. Alojamos y somos alojados, por la palabra y por los muchos otros devenires que se produzcan entre nosotros”.

Oswaldo Saidón
Médico y psicoanalista
(Argentina)

Volviendo a la normalidad: La invención del TDAH y el Trastorno Bipolar Infantil

***Fernando García de Vinuesa, Héctor González Pardo
y Marino Pérez Álvarez
Alianza Editorial, 2014***

Queríamos recomendar la lectura de un libro que nos ha impresionado profundamente y enfadado en no menor medida. Se trata de ***Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil***. Nuestro enfado será compartido por ustedes si lo leen, al ver cómo se va desgranando de forma demoledora y con una amplísima bibliografía de qué manera se ha construido históricamente el diagnóstico de TDAH, sin la menor base biológica documentada, ni en el pasado ni en el presente, con un aumento de prevalencia en estrecha relación temporal con la aparición de los fármacos estimulantes usados para tratar este supuesto trastorno. Se detiene la obra en relatar los sangrantes conflictos de interés con las farmacéuticas –productoras de los derivados anfetamínicos con que suele medicarse a los niños diagnosticados–, que tienen los grandes (o pequeños) expertos que promocionan constantemente el trastorno, con la inestimable ayuda de medios de comunicación de masas (siempre alertas a la hora de insistir en el supuesto *infradiagnóstico*). Son especialmente duros los capítulos sobre los efectos adversos de los fármacos usados en estos niños y sin duda terrible la ausencia de estudios a largo plazo de los efectos de fármacos que se van a prescribir de forma indefinida. El apartado sobre el trastorno bipolar infantil y su creciente expansión, nos lleva ya a la indignación de que tal campaña de psiquiatrización y estigmatización, por no mencionar el tratamiento con fármacos que están lejos de ser inocuos se pueda llevar a cabo con la connivencia de tantos profesionales sanitarios o educativos que prefieren no plantearse la situación o no se preocupan por dejar de ser ignorantes frente a la misma. Y todo ello, tanto en el TDAH como en el trastorno bipolar infantil, en niños, los cuales, no lo olvidemos, no pueden ni siquiera rebelarse o plantear objeciones sobre este proceso de diagnóstico (de cuadros clínicos que, además, quedan ya conceptualizados como crónicos, es decir, causantes de una discapacidad de por vida).

Los autores del libro son **Fernando García de Vinuesa**, licenciado en Psicología, **Héctor González Pardo**, doctor en Biología y profesor de Psicofarmacología, y **Marino Pérez Álvarez**, especialista en Psicología Clínica y catedrático de Psicopatología y Técnicas de Intervención. Los dos últimos son a su vez los autores de otro libro de imprescindible lectura: ***La invención de trastornos mentales***.

Diremos, ya a título personal, que el libro nos ha impactado en el sentido de que nos ha hecho modificar nuestra posición previa sobre el tema. En nuestra condición de profesionales sanitarios, –psiquiatra y enfermera especialista en Salud Mental–, creíamos antes que este cuadro clínico se diagnosticaba de forma exagerada a un gran número de niños sanos pero traviesos, impertinentes o distraídos, en vez de reservarse para el mucho más

pequeño grupo de niños realmente afectados de TDAH. Sin embargo, tras la lectura detenida de la obra y en vista de toda la bibliografía recogida en la misma, tenemos que reconocer nuestro error y declararnos convencidos por los argumentos defendidos en el libro: **no creemos que exista un constructo tal como el TDAH (ni como el trastorno bipolar infantil)**. Los niños así diagnosticados son, en su inmensa mayoría, niños sanos pero con conductas que su entorno familiar o escolar no sabe tolerar o corregir de forma adecuada, y ante las que profesionales sanitarios o educativos influidos por gigantescas campañas de marketing (tanto de laboratorios farmacéuticos en busca de beneficio económico como de profesionales en busca de prestigio) certifican la etiqueta diagnóstica y prescriben el fármaco a continuación. Que haya una muy pequeña minoría de casos en los que aparezcan alteraciones de conducta que se deban a problemas de tipo neurológico de diferentes clases, por lesiones traumáticas, perinatales o de otro tipo, o bien a trastornos psiquiátricos como psicosis de inicio temprano, no significa tampoco que sean TDAH, sino que en cada caso habría que buscar el trastorno real subyacente.

Sí queremos dejar clara una cosa: aunque no creemos en la existencia de enfermedades tales como el TDAH o el trastorno bipolar infantil somos plenamente conscientes de la existencia de niños y padres que sufren por alteraciones de conducta, causadas por y causantes de, diversos malestares a niveles individuales, familiares, escolares o sociales en sentido amplio. Sabemos que los niños lo pasan mal, que sus padres sufren por ellos y que sus maestros y compañeros ven difícil la tarea de ayudarles. Pero situar el problema en un marco mítico de neurotransmisores averiados y la solución en psicofármacos inductores de estados mentales anómalos y potencialmente peligrosos además de adictivos, sólo añade más dolor al problema original. Problema que deberá entenderse y atenderse en su contexto, sobre todo familiar y social, y que sólo allí podrá ser aliviado sin convertir al niño en un discapacitado crónico medicado para un trastorno que no existe.

En fin, que de verdad que recomendamos vivamente la lectura de este libro. Como sabemos que el tema es polémico, nos imaginamos que habrá opiniones encontradas, y encontradas, sobre el mismo. Pero es importante, antes de empezar con las opiniones, repasar bien los hechos. Y este libro está lleno de ellos.

Recogemos a continuación algunos fragmentos del epílogo de la obra que resume, mucho mejor de lo que hemos podido hacer nosotros, el contenido de la misma.

“Este libro ha abordado el estatus científico y clínico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (conocido por las siglas TDAH), así como del trastorno bipolar infantil redominado en el DSM –5 como "trastorno de desregulación disruptiva del humor". Se trata, sin duda, de dos diagnósticos controvertidos que, de hecho, dividen a la comunidad científica, clínica y educativa, en cuanto a su entidad: si realmente definen categorías clínicas como *trastornos* neurobiológicos o son *problemas* normales de los niños. Problemas que, aún pudiendo ser importantes en algunos casos, no por ello serían propiamente trastornos o enfermedades. Esta controversia y división alcanza también a los padres, en el centro del escenario, sometidos a menudo a informaciones contradictorias, cuando no son objeto de campañas de marketing farmacéutico.”

“Estos diagnósticos no sólo se aplican a niños con problemas, realmente. Debido a estas etiquetas y sus formas descriptivas sobre lo que es y no es normal, muchos aspectos normales – pero que demandan más atención por parte de los adultos – están siendo recalificados como anormalidades, como si todo lo que no sea fácil de llevar fuera un problema a tratar. Tenemos, en consecuencia, niños con problemas reales que reciben a cambio diagnósticos falaces y tratamientos sin eficacia y a menudo perjudiciales. La eficacia de la medicación está, si acaso, en la reducción de "molestias" para los adultos, pero no, por ejemplo, en la mejora del rendimiento escolar. Por otro lado, están esos niños tan sólo incómodos de llevar que son enderezados a golpes de diagnóstico y farmacia.”

“La conclusión de nuestra revisión de la evidencia científica es que el TDAH y el trastorno bipolar infantil carecen de entidad clínica: no suponen diagnósticos con validez, su etiología no se ha identificado por más que se ha buscado y los marcadores biológicos específicos –genéticos y neurobiológicos– brillan por su ausencia. Todo ello sea dicho sin menoscabo de que estas denominaciones, ya usuales, pueden tener que ver, a veces, con importantes problemas educativos, familiares y escolares. Otra cosa es que estos problemas se consideren patologías como sí fueran enfermedades "tratables" como otras cualesquiera, que es lo que hemos revisado aquí y mostrado que no es el caso.”

“La conclusión coherente con la revisión realizada no permite circunscribir la validez de los diagnósticos a unos pocos casos *realmente* existentes, supuesto que el problema con estos presuntos trastornos fuera sólo de sobrediagnóstico. El problema no es cosa de sobrediagnóstico, sino cosa de entidad, en concreto, de carencia de entidad clínica. La solución no está, por tanto, en reclamar mayor rigor y precisión (criterios más claros, instrumentos más fiables, pruebas con mayor validez), que siempre está bien reclamar, sino en plantear la cuestión de base. Algunos críticos con el TDAH y el trastorno bipolar infantil terminan por reintroducir las concepciones que critican y así contribuir a la confusión, a cuenta de decir que no todos los casos son auténticos trastornos, sino algunos pocos, sin que, de todos modos, haya evidencia para ello. Sería como criticar la noción de milagro, aduciendo que no todos los milagros son auténticos, sino unos pocos. Los problemas que puede haber con la atención, la actividad y el humor de los niños se han de situar en otro contexto, fuera de la consideración de trastorno biomédico, que ya hemos visto qué da de sí.”

“Las alternativas están claras: o bien se sitúan los problemas con los niños en el contexto de las formas de vida actuales (problemas, si acaso, que no trastornos o enfermedades) o bien se medicaliza la infancia a cuenta de una concienciación sobre supuestas "patologías psiquiátricas", una solución ésta que puede ser ella misma iatrogénica si es que no "perversa" cuando se toma a los niños como diana de la industria farmacéutica. Situados en el contexto de las formas de vida, sobre el telón de fondo de las concepciones y prácticas que se *ciernen* sobre los niños, los problemas en cuestión no dejan de existir, en la medida en que existan, pero el *problema* es otro: que la educación de los niños es más complicada de lo que se pensaba. Padres y profesores pueden estar desbordados y los propios niños "atentos" a lo que les apetece, "inquietos", "divertidos" y

"aburridos". Y padres y profesores puede que necesiten ayuda, pero esta no tendría por qué ser a costa de un diagnóstico ni de un tratamiento *centrado* en el niño, ni dirigido a su cerebro ni a su mente. Estamos hablando de una posible ayuda que empezaría por analizar las conductas de los niños y de los adultos en el contexto en que se dan, de acuerdo con la historia, "costumbres" y cultura *dentro* de la que las conductas de unos y otros se aprendieron y funcionan actualmente."

"Es hora de salir de esa retórica al servicio de la patologización, según la cual nadie es responsable de nada, sino el cerebro del niño y los genes que le han tocado, una especie de pecado original o de predestinación. Para esta retórica, el cerebro y los genes son los culpables perfectos, por impersonales. Aparte de que no hay evidencia genética ni neurobiológica, sino *creencia*, el problema con esta ofuscación genético –y –cerebro –céntrica es doble. Por un lado, desvía la atención de donde están las condiciones del problema: el mundo en el que viven los niños, y por otro, va en detrimento de las posibles soluciones en su contexto natural que no es otro que el modo de vida actual, donde entran los problemas que pueden tener los adultos con la atención, la actividad y el humor de los niños."

"Con todo, el propósito de este libro no era más que tratar de contribuir a la *vuelta a la normalidad*, con sus problemas, dificultades, responsabilidades y ayudas que sean necesarias y saludables. Nos parecería un logro del libro si sirviera a investigadores, profesionales (clínicos y educadores), padres y políticos para pararse a pensar acerca de la escalada de patologización de la infancia y ver si no sería mejor *volver a la normalidad*."

Hasta aquí, los fragmentos que hemos seleccionado del epílogo de la obra comentada. Si son profesionales sanitarios o educativos, o padres, o simplemente personas interesadas en que no les engañen (y en no querer perpetuar el engaño), no deberían dejar pasar la oportunidad de leer el libro completo.

José G. – Valdecasas Campelo
Psiquiatra

Amaia Vispe Astola
Enfermera especialista en Salud Mental

Canarias (España)

IN MEMORIAM

MICHELE TANSELLA (1942-2015)

El académico de la salud mental comunitaria

En la primavera de este año (2015) moría el Prof. Michele Tansella tras una corta enfermedad. M.Tansella había trabajado durante más de 40 años en Verona (Italia) como profesor de psicología y como Director de los Servicios de Salud Mental de Verona-Sur. Era un ejemplo de cómo es posible unir la vida académica al trabajo en salud mental comunitaria, por eso sus publicaciones y sus textos tenían el sabor de lo bien hecho, con un pensamiento coherente, bien estructurado y sin dejar de lado su tan deseada salud mental basada en la evidencia. Nos queda en herencia la excelente revista que creo hace varios años y que hoy edita Cambridge University Press; *Epidemiology and Psychiatric Sciences*.

Tuvimos oportunidad de conocerlo en 1988 en un curso que organizamos en Asturias, al comienzo de la reforma psiquiátrica en España y de la que publicamos un libro sobre *Nuevos sistemas de atención en Salud Mental*¹, donde M. Tansella hablaba de *La epidemiología psiquiátrica; de la monitorización de los servicios a los estudios de población*. El curso se desarrolló durante una semana en la Escuela Asturiana de la Granda (Avilés) y nos permitió compartir muchas horas de conversación amena y sugerente. Tras este primer contacto, comenzó una relación más estrecha y los servicios de salud mental de Asturias pudimos participar junto al Prof. Tansella y otros equipos europeos en el proyecto de la Clasificación Internacional de cuidados de salud mental donde Michelle Tansella siempre fue nuestro valedor y apoyo. Su última visita a Asturias coincidió con el Congreso Nacional de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental) de 2003, donde dictó un curso junto a G. Thornicroft.

Su trayectoria estuvo siempre en continuo progreso con múltiples iniciativas donde destaca la creación de la *Red Europea de evaluación de servicios de salud mental*, pero la consolidación de su práctica vino cuando la OMS reconoció a su servicio como *Centro Colaborador de la OMS para la investigación y formación en salud mental y evaluación de servicios*. En la despedida que su gran amigo Graham Thornicroft realiza en la revista que fundó Tansella, señala “*su innata intensidad, inquietud e impaciencia para resolver problemas, sea cual fuera la hora del día o de la noche*”. M. Tansella ya tiene un lugar en la salud mental como el académico que supo poner todo su conocimiento científico al servicio de la realidad cotidiana de la atención a la salud mental.

Víctor Aparicio Basauri
Psiquiatra
Asturias (España)

¹ García González J., Aparicio Basauri V. *Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación*. Principado de Asturias. 1990.

² Michelle Tansella 1942-2015. Obituary by G. Thornicroft. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* (2015), 24, 461-463.

NOTICIAS BREVES

Nueva Jefa de la Unidad de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Sustancias de OPS/OMS

Devora Kestel ha sido seleccionada para ocupar el puesto de Jefa de Salud Mental, Alcohol y Abuso de Sustancias en la Oficina Regional de OPS/OMS para la Américas con sede en Washington D.C. (EEUU)

Se crea el *Lisbon Institute of Global Mental Health* (LIGMH)

Es un Instituto independiente promovido por la Facultad de Medicina de la Universidad Nueva de Lisboa, la Fundación Calouste Gulbenkian y la Escuela Nacional de Salud Pública de Portugal. El Instituto tiene como proyecto generar un conocimiento innovador, colaborar en fortalecer y proveer capacidad técnica a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Las principales actividades serán:

- Desarrollar investigación en servicios y epidemiología
- Proveer asistencia técnica a los países y a organizaciones no gubernamentales.
- Promocionar la colaboración internacional de redes para la investigación, la formación y la cooperación técnica

El Presidente es el Dr. José Miguel Caldas de Almeida y el Secretario General el Dr. Benedetto Saraceno. En el comité internacional del Instituto hay cuatro españoles: Francisco Torres (Granada), José Luis Ayuso (Madrid), Jordi Alonso (Barcelona) y Víctor Aparicio (Asturias).

Comisión para la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil (España)

Quedó constituida en Diciembre de 2014 la Comisión para la especialidad de psiquiatría infanto-juvenil. Esta comisión tiene como objetivo preparar las bases del programa de formación de los nuevos especialistas, así como las condiciones que deben reunir las unidades docentes. Esta previsto que en 2017 salgan las primeras plazas docentes. Ha llamado la atención que la comisión tenga un sesgo marcadamente hospitalario.

Biblioteca Iberoamericana sobre Drogas y Adicciones (BIDA)

Es una plataforma especializada en el ámbito de las drogas y las adicciones. Se inició en el año 2014 en el marco del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD). Está financiada por la Unión Europea a través de la Dirección General de Desarrollo y Cooperación. Actualmente está integrada por una Red de 10 Centros de Documentación pertenecientes a las Agencias

Nacionales de Drogas de Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, España, México, Perú, Portugal y Uruguay. BIDA permite el acceso a citas y documentos a textos completo de literatura especializada en drogas y adicciones en su fondo documental, así como a literatura gris de alto interés (tesis doctorales, informes institucionales, etc.). Igualmente cuenta con un catálogo de revistas científicas: <https://bida-copolad-pnsd.mssi.gob.es/bida-copolad/revistalist/>

Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities (Publicación)

Nueva publicación del Instituto de Salud Mental Mundial de Lisboa en la que se señala la necesidad de protección de los derechos de los niños con discapacidad psicosocial y la urgente necesidad de finalizar con el modelo institucional y promover acciones basadas en modelos comunitarios. Documento disponible de forma gratuita en la web (http://www.lisboninstituteofgmh.org/assets/docs/publications/Promoting_Rights_and_Community_7891.pdf)

Mikel Munarriz, nuevo Presidente de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría-profesionales de la Salud Mental)

El Dr. Mikel Munarriz (Castellón de la Plana) ha sido elegido Presidente de la AEN en el reciente Congreso celebrado en Valencia (2015) para un mandato de 3 años.

Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 de OPS/OMS

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros adoptaron el Plan de Acción sobre Salud Mental para guiar las intervenciones de salud mental que se realicen en la Región de las Américas entre 2015 y 2020. Los trastornos de salud mental y por uso de sustancias tienen una alta prevalencia y son factores que contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad, las lesiones y la mortalidad prematura, además de aumentar riesgo de padecer otras condiciones de salud. El plan se puede descargar en la web de OPS http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11337&Itemid=41600&lang=es.

Conferencia Regional de Salud Mental “Logros y desafíos: 25 años después de la Declaración de Caracas” (Santiago de Chile)

La conferencia dio la oportunidad para la reflexión sobre los años transcurridos desde la Declaración de Caracas de 1990, que destacó la necesidad de cambiar la atención psiquiátrica convencional para alcanzar los objetivos compatibles con una atención descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva, basada en la comunidad y en el ejercicio de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Cabe resaltar que si bien ha habido muchos avances logrados por los países, aun persisten serias limitaciones en cuanto a la implementación efectiva de políticas y planes que promuevan el acceso a servicios de salud mental adecuados a las necesidades de la población. La Conferencia ha servido para establecer y fortalecer colaboraciones productivas para reforzar los compromisos asumidos

por los países de la Región para acelerar las acciones hacia una reducción de la brecha de tratamiento. En la Conferencia hubo un reconocimiento a los expertos que desde 1990 han colaborado en la Región de las Américas para impulsar los cambios necesarios para reducir la brecha en Salud Mental. El Dr. Levav, antiguo responsable de salud mental de OPS e impulsor de la Declaración de Caracas (1990), recordó los avatares de esa Declaración y agradeció en nombre del grupo de expertos el reconocimiento de OPS y de la Conferencia.

Instrumento de evaluación basado en DDHH y con la participación de los usuarios (OMS)

Ya esta disponible la versión española de este instrumento de OMS con todas sus herramientas, que sirve para realizar una evaluación de los dispositivos asistenciales bajo el prisma de los DDHH y con la participación de los usuarios (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=935&Itemid=1106&lang=es). Este instrumento ha sido aplicado por primera vez en español en los servicios de salud mental del Principado de Asturias.

Plan de Salud Mental de Asturias 2015-2020

El Consejero de Sanidad del Principado de Asturias ha presentado el nuevo Plan de Salud Mental para el periodo 2015-2020. Este plan sustituye al anterior (2011-2016).

Nuevo Atlas Mundial de Salud Mental (OMS)

Ha salido en 2015 el nuevo Atlas Mundial de Salud Mental 2014, que cada 5 años desde 2001 publica la Organización Mundial de la Salud. El Atlas esta basado en una encuesta que la OMS pasa a los Ministerios de salud sobre la atención en Salud Mental. El atlas se puede consultar en la WEB de OMS en su versión en inglés (http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/)

La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale

Esta revista de salud ha sacado un número (Vol.21, nº 7, 2015) dedicado al tema de salud mental en el extremo oriente (http://applications.emro.who.int/dsa/lemhj_21_07_2015.pdf). Entre los autores están B. Saraceno, S. Saxena, M. Funk, G. Ivbijaro, R. Gater, M. Van Ommeren,...

Sección de psicoterapia de grupo (AEN)

Se ha creado una nueva sección dentro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de la Salud Mental dedicada a la psicoterapia de grupo (www.aen.es)

Día Mundial de la Salud Mental 2016

La Federación Mundial de Salud Mental ha lanzado el lema para el Día Mundial de 2016 (10 de Octubre): “Dignidad en Salud Mental: primera ayuda psicológica y de salud mental para todos”.

REUNIONES CIENTÍFICAS

- **II jornadas internacionais de história da loucura, da psiquiatria e da saude mental**
 9-10 mayo 2016
 Coimbra (PORTUGAL)
cientifico.shis@gmail.com
- **XXVI Jornadas Nacionales AEN**
 “Construyendo ciudadanía”. Modelos y servicios que respetan los derechos de las personas.
 2 -3 de junio de 2016
 Cartagena (Murcia)
www.aen.es
- **Gulbenkian summer course**
 “Global Health and Health Diplomacy”
 20-24 Junio 2016
 Lisboa (Portugal)
www.lisboninstitute.gmh.org/assets/files/SummerCourse_2016.pdf
- **3^{er} Congreso Regional de la Federación Mundial de Salud Mental**
 24-26 agosto 2016
 Buenos Aires (Argentina)
http://www.congreso2016.aasm.org.ar/en/congreso/congreso-regional
- **Conferencia Regional de Salud Mental Comunitaria**
 No hay salud sin la Comunidad
 10-12 octubre 2016
 Lima (Perú)
http://www.conferenciasaludmentalperu2016.com
- **IV Jornadas Interautonómicas del Norte (AEN)**
 “Tiempo de cambio, Tiempo de reflexión”
 Octubre 2016
 Gijón (Asturias)
aenasturias@hotmail.com

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGIA Y SALUD
MENTAL**

José Filgueira Lois
Ignacio López Fernández
(Compilados)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACIÓN SIN HOGAR**

Mónica Trinchero Ramos
Víctor Aparicio Basauri
(Compilados)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS

Andrés Cabero Álvarez
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DÉFICITS Y TRATAMIENTO**

Berta Moreno Küster
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**

César Luis Sanz de la Garza
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 2, 2005



ESTADOS LÍMITE

Pedro Marina González
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 1, 2006



**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**

Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA

Tiburcio Angosto Saura
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 1, 2007



**PSICOTERAPIAS EN LOS
SERVICIOS PÚBLICOS**

Paz Arias García
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 2, 2007



**REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL**

José Juan Uriarte Uriarte
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 1, 2008



ARTE Y PSIQUIATRÍA

Oscar Martínez Azumendi
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 2, 2008



SALUD MENTAL INFANTIL

Purificación Ripollés Eiro
(Compiladora)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 1, 2009



**ADHERENCIA
TERAPÉUTICA**

José Luis Hernández Piza
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 2, 2009



**LA SALUD MENTAL EN
CENTROAMÉRICA Y R. DOMINICANA**

Víctor Aparicio Basauri
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 1, 2010



**SALUD MENTAL Y
EMERGENCIA HUMANITARIA**

Víctor Aparicio Basauri y Paz Arias García
(Compilados)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 2, 2010



CLÍNICA LITERARIA

Ramón Esteban Análiz
(Compilador)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental

I. Márquez, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Barakda,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. Irujo, C.
Mancoske, C. Raposo, J. N. Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 11, número 1, 2012



**SALUD MENTAL COMUNITARIA:
EL MODELO DE GIRONA**

Cristina Gualeny y Jordi Gid
(Compilados)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental

I. Márquez, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Barakda,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. Irujo, C.
Mancoske, C. Raposo, J. N. Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2014



Cárcel y Salud Mental

Félix Muñoz
(Compilador)

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 12 - Núm. 1 - 2014

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación

Iñaki Markez 7

El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente?

José Manuel Arroyo-Cobo 13

Enfermedad mental y drogas en prisión

María del Mar Lledó, Cesar Manzanos, Marcos Álvarez 27

¿Se puede obligar a tratar a un enfermo mental en prisión?

Luis Alejandro Bastida..... 37

La Unidad Terapéutica y Educativa de Villabona: un modelo alternativo a la prisión tradicional

M.^a Begoña Longoria 51

FEAFES: 20 años comprometida con la población penal penitenciaria con trastornos mentales, con sus familiares y allegados/as

José M.^a Sánchez Monge 59

Una década de historia del Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP). Del congreso de la AEN en Oviedo al congreso de la SESP en Madrid

Iñaki Markez, Alicia Abad, Clara Repeto, Mariano Hernández 69

INFORMES

Consenso de Brasilia 2013 83

RESEÑAS

La desmanicomalización: crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro..... 89

IN MEMORIAM

Robert Castel..... 93

Jean Oury 95

José Manuel García De La Villa 98

Diego Gutiérrez..... 100

NOTICIAS BREVES 101

REUNIONES CIENTÍFICAS 103

NORMAS DE PUBLICACIÓN 113

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de Llano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
aenasturias@hotmail.com
www.aen.es

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

profesional de la Salud Mental, con título de

que desempeña en (centro de trabajo)

y con domicilio en c/

Población D. P. Provincia

Tel. e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS

N.º CUENTA IBAN

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índex Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3. 1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3. 4. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3. 4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver): se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá *et al.*, poniendo el (los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábicas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

