

*Psychosis and social bond:
approach from the
Lacanian analytical device*

Psicosis y lazo social: abordaje desde el dispositivo analítico lacaniano

p. 30 - 45

Carol Ferrández Jaimes
José Leonardo Acevedo Rincón

nov/10

tesis **Psicología** 5
ISSN 1909-8391

30

Psicosis y lazo social: abordaje desde el dispositivo analítico lacaniano

*Carol Fernández Jaimes
José Leonardo Acevedo Rincón*

Recibido: julio 7 de 2010
Revisado: agosto 22 de 2010
Aprobado: octubre 27 de 2010

Correspondencia: Psicólogos. Participantes del Semillero de Investigación de Psicosis y Psicoanálisis. Fundación Universitaria Los Libertadores. Bogotá, Colombia.
Correo electrónico: fjcarol182@gmail.com; jolear22@yahoo.es

ABSTRACT

It is presented a recount of the findings obtained in the process of investigation oriented by the Psychosis and Psychoanalysis group, having into account the contributions that the group has seen, regarding the psychoanalytical perspective as an alternative pro the establishment of the social bond of the psychotic patient. The work was done on the Nazareth Hospital, program Ecotherapy, 20th locality of Sumapaz, Bogotá; it was performed with 64 psychotic subjects on individual and group sessions for a period of 11 months. Oriented from the Lacanian conceptions, once a week discussions with investigators from the group were done, in which the obtained records from the clinical work were articulated with the analytical theory; from such analysis it could be concluded that through a guided work from the Lacanian analytical device, in group and individual spaces, it was potentiated the emergence of signifiers, of processes of the order of identification and work around the body, its uniqueness and recognition, that gave account of the establishment of the social bond.

Key words: Psychosis, social bond, individual clinical work, group clinical work, analytical device, subject.

RESUMEN

Se presenta un recuento de los hallazgos obtenidos en el proceso de investigación orientado por el grupo Psicosis y Psicoanálisis, teniendo en cuenta los aportes que el grupo ha visto en cuanto a la perspectiva psicoanalítica como una alternativa en pro del establecimiento del lazo social del sujeto psicótico. El trabajo se llevó a cabo en el Hospital de Nazareth, programa Ecoterapia, localidad 20 de Sumapaz, Bogotá; se realizó con 64 sujetos psicóticos en sesiones individuales y grupales por un periodo de 11 meses. Orientados desde las concepciones lacanianas, se llevaron a cabo discusiones una vez por semana con investigadores del grupo, en las cuales se articulaban los registros obtenidos en la labor clínica con la teoría analítica; de dichos análisis se pudo concluir que mediante un trabajo guiado desde el dispositivo analítico lacaniano, en espacios grupales e individuales se potenció la emergencia de significantes, de procesos del orden de la identificación y trabajo en torno al cuerpo, su unicidad y reconocimiento, que dieron cuenta del establecimiento del lazo social.

Palabras clave: psicosis, lazo social, trabajo clínico individual, trabajo clínico grupal, dispositivo analítico, sujeto.

A veces la locura es solo una máscara que oculta un saber fatal y demasiado seguro.

(Nietzsche, 1970, 11)

Introducción

¿Es posible abordar clínicamente a sujetos que han sido diagnosticados por la nosología médica y psiquiátrica como esquizofrénicos, desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana, con miras al establecimiento del lazo social? Esta fue la pregunta que nos convocó a esta investigación, por una parte, como estudiantes de décimo semestre de Psicología, por otra, como participantes del semillero Psicosis y Psicoanálisis, que trabaja el tema de la psicosis desde una perspectiva psicoanalítica lacaniana y, finalmente, también como psicólogos practicantes en una institución de salud mental, teniendo en cuenta que la mayor preocupación en el momento de intervenir en psicosis gira en torno a la cuestión de la inclusión social del paciente psicótico; se percibe que se empieza por una exclusión del psicótico por la sociedad, la familia e incluso las instituciones que buscan neurotizarlo o condenarlo al olvido a través de mecanismos como la no escucha, el encierro, la inmovilización por vía física o por vía farmacológica.

Aunado a lo anterior, es menester mencionar que, por el lado de la Psicología, se ha hecho un andamiaje por medio del cual se establece una metodología a seguir con los psicóticos, que radica en encontrar las características que los llevarían a una próspera clasificación o emisión diagnóstica de lo que podría ser una psicosis, desconociendo lo que se denomina psicosis en tanto estructura.

La Psicología presenta diferentes alternativas de abordaje de las enfermedades mentales, especialmente en el nivel de la psicoterapia, desde distintos enfoques. El énfasis se centra en el hacer. Sin embargo, no se observan constructos teóricos elaborados que den cuenta de los procesos asociados a la emergencia del loco (Báez, Karam, Velosa & Rodríguez, 2008, 104).

Por lo tanto, siguiendo a Báez (2009), la respuesta no se encuentra en la neurotización del psicótico; la neurosis lleva implícitos sus propios mecanismos sintomáticos, como podrían ser el Edipo y la castración (Báez, 2009), en tanto que la forclusión es el mecanismo que impera en la psicosis; por consiguiente, sería erróneo homologar al sujeto psicótico dentro de los esquemas funcionales neuróticos, por ejemplo las formas de producción económica o estructuras de personalidad específica y pensadas para el universo neurótico. Pensar al psicótico apresado en el deseo neurótico de funcionar en lugares como una forma de producción económica o una forma de ser, no es propiamente pensar la posibilidad del establecimiento del lazo social.

A lo anterior añádase que se trabajó en el devenir constante de una alternativa de abordaje clínico, que pone en el dispositivo analítico el despliegue de todo un proceso que se abre paso a través de la escucha y que permitió el hacer, del lazo social, la emergencia de la palabra de sujetos psicóticos que empezaron a mobilizarse

en tanto opera el dispositivo analítico, donde ellos, los psicóticos, no solo fueron observados, sino escuchados, lo que repercutió en la movilización hacia el lazo social.

Antes de continuar, es necesario abordar la concepción de sujeto, dado que nos referimos a los psicóticos, no como pacientes o como enfermos u otra denominación categórica, sino como sujetos. En Lacan (1955-1956) se puede encontrar, a lo largo de su seminario Las Psicosis, el tratamiento que él da al psicótico; decimos tratamiento en tanto que lo trata como sujeto, no como un ente o un psicótico que no es sujeto; sus referencias al psicótico las hace en términos de sujeto, sujeto en tanto que tiene un decir, en tanto hay palabra, en tanto que ante la forclusión de un significante primordial tiene el mecanismo psíquico necesario para crear una forma de defensa tan compleja como el delirio, tan compleja como la alucinación, con las cuales se defiende de lo forcluido, creando un mundo y un lenguaje propio que alberga un sentido; de ahí que, en tanto que tiene sentido, se escucha. Ahora bien, sujeto de la neurosis, sujeto de la psicosis, la diferencia estriba en la forma o mecanismo de defensa; para la neurosis su mecanismo de defensa ante la resolución edípica es la represión y su resolución la da en tres o tal vez cuatro formas: neurosis obsesiva, fóbica, histérica y mencionamos la perversión; para el caso de la psicosis, su forma de defensa ante el rechazo de la castración es la forclusión de un significante primordial; el neurótico acepta al padre renunciando a la madre, el psicótico rechaza, forcluye al padre para quedarse en el deseo de la madre; no obstante las dos formas de defensa, tanto para una estructura como para otra, hay un sujeto, un sujeto preso del lenguaje, de la palabra, un sujeto que crea sus formas de defensa, un sujeto con lazo social y con la posibilidad del establecimiento del mismo; de ahí que Lacan nos convoque a

generar el espacio de escucha como primordial en el abordaje del psicótico, tal y como vemos en el siguiente enunciado:

Al igual que todo discurso, un delirio ha de ser juzgado en primer lugar como un campo de significación que ha organizado cierto significante, de modo que la primera regla de un buen interrogatorio, y de una buena investigación de la psicosis, podría ser la de dejar hablar el mayor tiempo posible (Lacan, 1984, 174).

Por tanto, y teniendo en cuenta la pregunta principal de nuestra investigación, surgieron otros interrogantes que guiaron constantemente el actuar nuestro como psicólogos practicantes que proponen una alternativa de abordaje clínico con psicóticos; preguntas como ¿cuál es el lugar en el que se debe ubicar el psicólogo desde unos lineamientos analíticos lacanianos para generar espacios de escucha con miras al establecimiento del lazo social?, ¿qué alternativas de trabajo clínico se pueden realizar para instaurar el dispositivo analítico lacaniano en pro del establecimiento del lazo social?, permitieron, en su conjunto, dar cuenta de una alternativa de trabajo clínico con sujetos psicóticos desde una mirada psicoanalítica fundamentada en los trabajos lacanianos en torno a la psicosis, alternativa de trabajo clínico sustentada en la instauración de trabajos grupales que se llevaron a cabo durante 11 meses, diariamente, de lunes a jueves, con sesiones de trabajo de dos horas en las cuales dos psicólogos practicantes estaban siempre en acto de presencia escuchando a cada uno de los asistentes que paulatinamente fueron hablando, contando, permitiendo la emergencia de su palabra con la cual se veía un devenir discursivo. Abordaje sustentado en las sesiones o encuentros de trabajo clínico, uno a uno, en que los sujetos psicóticos empezaron a asistir para ser escuchados, pero con el tiempo algunos empezaron a demandar sesiones de

escucha privada; otros quizás no volvían, pero continuaban su trabajo grupal, y algunos, durante los 11 meses, asistieron puntualmente a la hora indicada para hablar y ser escuchados por otro que les permitió ubicarse en el lugar de sujetos que podían ser escuchados.

Método

Se convivió con los sujetos psicóticos por un periodo de 4 días a la semana en el programa Ecoterapia, durante 11 meses. La interacción con los sujetos fue constante, ya que el trabajo clínico se realizaba de las 7:00 a.m. a las 8:00 p.m., o más, tiempo en el cual se trabajó en sesiones individuales y grupales, se llevaron a cabo observaciones y trabajo de escucha en las tomas de medicamento, a la hora de dormir y así mismo se compartió con ellos las horas de alimentación en el comedor común, experiencia fundamental que permitió, junto con los demás procesos clínicos, abrir espacios que condujeran al establecimiento del lazo social y al actuar desde el dispositivo analítico, dado que se generaban otros espacios donde también operaba la escucha.

La información, recolectada tanto en estudios de caso como en el trabajo clínico grupal e individual, se organizó en diarios de campo y posteriormente se procedió al análisis de los mismos a la luz del saber lacaniano; se compararon cada uno de los casos con los preceptos de la clínica analítica propuesta por Lacan; del análisis comparativo de los datos surgieron formulaciones en cuanto a alternativas de abordaje, las cuales fortalecieron el trabajo clínico en aras del establecimiento del lazo social con sujetos psicóticos.

Es de resaltar que metodológicamente se actuó a partir del dispositivo analítico, que instaura un discurso regido por una ética que demarca el actuar constante en el que se ubica el lugar del

clínico, que es el lugar de la escucha, apostando por la palabra, por el trabajo en torno al significante, para la instauración de un proceso clínico atravesado por la transferencia, dando apertura a la palabra, y propiciando un espacio para que el psicótico en su escucha enuncie aspectos en torno a su historia, y que de esta manera pueda ubicarse como un sujeto que tiene un decir frente a sí mismo, atravesado por significantes que, puestos en juego en la escucha, llevan a la posibilidad de la instauración del lazo social.

Las fases que se siguieron para el desarrollo de este estudio, se encuentran distribuidas de la siguiente manera:

Fase inicial: observación de la población que conforma el programa de Ecoterapia; de cada uno de los pacientes, su comportamiento, propiciando el lugar de la escucha, y en tanto psicólogos practicantes, que actuaban desde una mirada psicoanalítica lacaniana, ubicándonos desde el lugar de significante que no significa nada y que se ubica como un significante para otro sujeto. A la vez, con estas personas se realizaron trabajos grupales y se dio apertura al espacio de escucha que permitió el devenir del sujeto psicótico.

Fase de escucha: se trabajó con 16 personas en sesiones individuales de 10 a 30 minutos a la semana, realizando el trabajo de escucha 3 veces por semana, de lunes a jueves desde las 2:00 p.m. hasta las 5:00 p.m. Se propuso trabajar con cada uno de los pacientes en sesiones individuales tres veces por semana, para poder registrar los cambios que se suscitaban con cada uno de los pacientes, a fin de presentarlos en reportes semanales con el director del proyecto. En todo caso, el espacio de escucha también se llevaba a cabo con los 64 pacientes del programa en los espacios grupales, actividades que se realizaron diariamente.

Fase de análisis de la información: la información recolectada en las sesiones de trabajo grupal e individual se analizó a la luz de los preceptos de la clínica analítica lacaniana previamente estudiados; los actos de los sujetos psicóticos, así como también sus enunciaciones, se analizaron teniendo en cuenta conceptos de la clínica, como la transferencia, el significante, el deseo, la forclusión, el nombre del padre, el goce, elementos que nos guiaron, más que a una comprensión, a velar por una ética en la clínica que permitiera la emergencia del discurso en el psicótico y el establecimiento del lazo social.

Resultados

Hacia la instauración de un abordaje clínico desde una perspectiva analítica lacaniana

Desde los primeros encuentros con los habitantes del programa Ecoterapia se dio una gran importancia al fuerte trabajo clínico individual, con una intensidad de 3 veces, en ocasiones 4 veces por semana durante un tiempo de 15 a 30 minutos; en algunos casos se requerían los 45 minutos o más. En el trabajo grupal, teniendo en cuenta la importancia de generar espacios de escucha que permitieran la emergencia de la palabra en el psicótico, se empezó a pensar una alternativa de trabajo que no fuese exclusivamente lúdica, como cantar, bailar, hacer manualidades, y ocupar el tiempo libre de los sujetos desde que se levantaban hasta la hora de dormir para favorecer su funcionalidad, sino que por el contrario, y teniendo en cuenta que la neurotización no es una salida clínica para el abordaje del psicótico, se acuñó una dinámica diferente en cuanto a que ya no se realizarían actividades lúdicas exclusivamente, sino procesos de trabajo grupal en aras del establecimiento del lazo social, ya que lo lúdico obedece a un orden que se aparta de nuestra perspectiva analítica, en tanto que “se trataría, simplemente, de

enseñarle a la gente gimnasia, música y cuanto se les ocurra. Los procedimientos pedagógicos pertenecen a un registro absolutamente ajeno a la experiencia analítica” (Lacan, 1983, 134).

Por tanto, se empezó a trabajar pensando en el dispositivo analítico lacaniano, generando espacios de escucha, estableciendo un horario fijo de sesiones individuales con cada uno de los sujetos; la intensidad dependía del sujeto mismo; muchos lograron generar transferencia con el psicólogo practicante y asistían los 3 días a la semana a la misma hora; se empezaron a generar los espacios de trabajo grupales, acompañados por dos psicólogos practicantes, espacios pensados no como juegos o momentos de distracción, sino como espacios de abordaje clínico, y se empezó a pensar en una forma distinta de la inmovilización física como método para amainar la fuerza pulsional agresiva que se gesta durante un episodio de crisis.

Al empezar el trabajo surgió un interrogante: ¿qué hacer durante un episodio de crisis? La respuesta se supo solo cuando se enfrentó la primera crisis; la paciente lanzaba gritos, golpes, insultos que se remitían a la enunciación de significantes que para el oído neurótico no serían más que insultos e improperios; no obstante, se escuchó a la paciente, y pareció que de momento todo iba bien, pero no se tomó la precaución de guardar cierta distancia ante la fuerte actividad física que se veía en ella; fue así como surgió el primer episodio en el cual un psicótico nos agredía directamente; frente a este acto, y por pérdida de control de la situación, se dio el consentimiento para la inmovilización, la única a la cual accedimos.

Posteriormente, la misma persona presenta de nuevo un cuadro de crisis psicótica en el cual, según ella: “no la dejan salir a encontrarse con su padre ni con sus primitos”; acompaña este episodio

con violencia y recurre a sujetar dos enormes rocas con sus manos, amenazando agredir a las personas que se encuentran cerca en ese instante. B, como la llamamos, alienada, enuncia: *“no me llevan adonde mi familia, adonde mi padrecito y adonde mis primitos... los voy a matar si no me abren la puerta”*; el psicólogo practicante le recalca que *“no se le va a llevar a ninguna parte si no suelta eso que tiene en la mano en este momento, recuerde que tengo la puerta cerrada y no se abre sin mi permiso”*; la paciente responde con los mismos significantes: *“¡déjeme salir o lo mato!”* (amenaza con las rocas). Finalmente el psicólogo practicante le dice: *“¿Qué espera que no lo hace? Si espera unos momentos, a lo mejor pueda darle salida para ver a su papá y a sus primitos, mientras tanto acompáñeme a su habitación”*. Al ver la imposibilidad de la eficiencia de su ataque, se calma y se procede a continuar trabajando con ella.

En otro caso, un sujeto con psicosis paranoide entra en crisis; lo preocupante es que se trata de un hombre de contextura gruesa, aproximadamente 1,80 metros de estatura, quien camina de un lado a otro emitiendo el siguiente significativo: *“quiero matar, las voces me ordenan matar”*; sus ojos rojos y sus puños en posición de ataque hacen que la situación sea algo riesgosa; tomando distancia, se le indaga sobre la procedencia de las voces, sin embargo no se obtiene respuesta alguna; se hace acompañamiento, no se le deja solo, pero siempre guardando la distancia; se le dice: *“pues en este momento le doy la orden que se dirija inmediatamente a su cuarto y no salga de ahí hasta nueva orden”*, significantes que se emitieron con una voz fuerte e imperativa. ¿Qué sucedió? La psicóloga practicante asumió la postura que se supone asume un general, sargento o figura del ejército; por otro lado, pareció que el sujeto lo significó de esta manera. La cuestión es si en estos casos, que son complicados y en que realmente se puede presentar una situación peligrosa, se deba asumir la posición que el sujeto bajo forma delirante está representando, es de-

cir, la orden se la daba un general, un sargento, pues entonces desde el real donde nos encontramos nosotros, brindarle ese posible que él quiera y revertirlo a él, de hecho la figura del nombre del padre se le avino en lo real a través de su delirio, y pareciera que lo que se realizó en ese momento fue responderle delirantemente desde esa figura; lo cierto es que un paso de lo real a lo imaginario se dio en ese momento, pues el paciente se retiró a su cuarto obedeciendo la orden; ese significativo de lo real pasó al plano de lo imaginario y desde allí se surtió una respuesta que amainó la fuerza pulsional que en ese momento se estaba presentando.

Es así como, dando la apertura al espacio de escucha, aun en momentos de crisis, los psicóticos hacían esfuerzos por elaborar significantes que en ese momento no permitían la emergencia de una red discursiva que permitiera el lazo social y que por consiguiente menguara el estado agresivo generado por su estado actual de crisis; fue de esa manera como las vendas y el aislamiento de sus compañeros fueron remplazados por la escucha y el interrogar de sus propios significantes, que permitían que el sujeto hiciera lazo con su cuerpo, con sus significantes amo y paulatinamente se ampliara su red discursiva.

No obstante lo anterior, el espacio de escucha estaba de antemano establecido, el cual facilitaba la transferencia, que para muchos no se da en la psicosis, pero que, en la clínica lacaniana específicamente, se ha podido verificar que se da en algún momento del proceso clínico. De repente, el paciente transfería al terapeuta todo aquello de lo cual se veía desprovisto, las pulsiones que en un momento dado no se manifestaban en ningún otro espacio; es así como el terapeuta era poseedor de lo que para el ojo común podría ser considerado como agravios, o su contrario. Especialmente, con los casos de paranoia, se veía en los pacientes una adherencia positiva al trabajo uno a uno;

asistían puntualmente a sus sesiones en los días estipulados; en la sala de espera aguardaban a que llegase el tan anhelado momento, ya que según ellos podían hablar sin que nadie más los escuchara y dado que el psicólogo practicante constituía la persona de la cual esperaban alguna recuperación, alguna ayuda o sencillamente algún espacio para hablar.

En cuanto a los casos de esquizofrenia, el panorama no era muy alentador, ya que se requería ir en la búsqueda del sujeto psicótico para llevar a cabo el trabajo grupal o individual; no obstante, se daba, ya fuera en el cuarto, en la huerta, en el comedor o en la oficina de trabajo del equipo de la institución. Para el caso de la manicodepresión, la situación era un tanto particular, en tanto que la asistencia a sus sesiones de trabajo no era igual de rigurosa y cumplida que en los casos de los sujetos paranoicos. La asistencia o no al espacio de escucha dependía del estado en que se encontrara; generalmente, en la entrega a un estado melancólico, el sujeto no asistía, sin embargo la transferencia también era notoria; en el estado maniaco transfería toda esa pulsionalidad que en un momento melancólico se hallaba estancada; por otro lado, en el estado melancólico el sujeto buscaba la manera de que el psicólogo practicante fuera en su búsqueda y ayuda, buscando generar alianzas que le dieran la razón y permitieran así salir de su estado melancólico, caso que no se daba, el de la alianza, ya que, como ética que regía la clínica, desde los preceptos lacanianos, radica en no acceder al deseo del sujeto.

Del trabajo tanto grupal como individual, los cambios que se suscitaban en los sujetos psicóticos eran notorios, pudiendo así evidenciarse un mayor vínculo con sus compañeros; en los esquizofrénicos se veía cómo con el transcurrir de las sesiones el anclaje a un espacio específico se veía vencido, el sujeto se desplazaba a otros espacios, las largas horas de silencio se veían interrumpidas

por la emisión de algunos significantes, empezando así a evidenciarse los primeros acercamientos hacia la instauración del lazo social; comenzaron a generarse demandas por parte de estos pacientes en torno a enunciación de necesidades o reconocimiento para sí mismos; se suscitaban significantes que trataban de anclarse entre sí, como : *“Doctor, necesito que me ayude a ubicarme porque a veces siento que como que no me encuentro, si no, ¿para qué está usted?”*. *“Doctor, tengo problemas con asociaciones en las derivaciones de mis palabras, es mi mayor problema, sé leer pero no logro asociar las cosas, palabras?”*.

Lo interesante de estas enunciaciones es que las genera una esquizofrénica que desde la llegada al programa evitaba hablar con alguien y no salía de su cuarto sino estrictamente para recibir sus alimentos, que por un largo tiempo llevaba hojas de ruda en su cabeza y que frente al psicólogo practicante permanecía en una sola posición, sin enunciar verbalmente significativo alguno; dichas enunciaciones se dan después de meses de trabajo. Ya para las últimas sesiones se escuchaban significantes como: *“A mí no me gusta ser experimento de nadie, yo soy un humano, no soy de experimento, no quiero que estén haciendo experimento conmigo, lo traen aquí como un mueble, se parrandeán conmigo, y me bailan la cabeza?”*; a nuestro criterio, si no son estas emergencias discursivas de un paciente esquizofrénico que intenta hacer lazo social y reconocerse a sí mismo como sujeto, ¿cómo más podrían configurarse?

En otros casos se escuchaban enunciaciones como: *“Doctora, no me lo va a creer, pero después de hablar con usted yo estoy más tranquila, me puedo ir a dormir tranquila”*; enunciaciones de A. D., con una estructura de psicosis paranoide que durante un tiempo no se dirigía a su cuarto a dormir, sino que caminaba de un lado a otro, y que no obstante la insistencia del personal de enfermería de acompañarla a su cuarto, se rehusaba a hacerlo.

Es así como, con el transcurrir del tiempo, se empezaron a gestar toda clase de manifestaciones: mayor tiempo de permanencia en una actividad, enunciación de significantes, vinculación a espacios terapéuticos grupales, preocupación por otro compañero, pero, al mismo tiempo, el mismo proceso generaba angustia, la angustia en el psicótico sorprendido en el espacio de trabajo tanto grupal como individual, lo cual desencadenaba aislamiento por un tiempo determinado, mayor actividad delirante o alucinatoria que a la postre se constituyen en formas de defensa y autocuración por parte del sujeto, y que, lejos de ser acalladas o menguadas, eran las fases en las cuales igual se hacía presente el espacio de escucha permitiendo así la generación de significantes que se anclan al goce y permitieran algún intento de establecimiento de lazo social.

En cuanto a dicha actividad delirante, el delirio en sí mismo debe considerarse como una defensa del sujeto (Lacan, 1984); se buscaba realizar el trabajo clínico, no acallándolo o tratando de que el sujeto comprendiera lo irracional, tal vez, de sus delirios, sino por el contrario se trabaja en torno al mismo, haciendo hincapié en los significantes enunciados, generando así que en un momento dado el sujeto sacara a colación significantes que se podían anclar a otros. No en vano el mismo Lacan nos dice: “El sujeto se defiende, pues bien, ayudémosle a comprender que no hace sino defenderse, mostrémosle contra qué se defiende. Una vez que se colocan en esta perspectiva, enfrentan múltiples peligros y, en primer término, el de marrar el plano en que debe hacerse vuestra intervención” (Lacan, 1984, 116).

Cabe resaltar que, después de las continuas sesiones de escucha, el sujeto empezaba a evidenciar cambios físicos manifestados en el cuidado con su propio cuerpo. En los primeros encuentros se evidenciaba un descuido por su cuerpo,

era como si fuese ajeno a ellos mismos, incluso cuando se referían al cuerpo, se evidenciaba la clara fragmentación del mismo en tanto que hacían alusión a una parte del mismo, por lo general las llamadas o conocidas zonas erógenas, siempre se referían a los senos o zonas genitales, muy poco se referían a la integridad del cuerpo; con el tiempo empezaba a verse cómo, para sorpresa nuestra, encontrábamos a mujeres que usaban delineador o “rimer” como una de ellas decía, empezaron a usar aretes o a recogerse el cabello de una forma que no era usual, a enmarcar sus labios, y cuando se les reconocía los cambios efectuados por ellas mismas, no era necesario que enunciaran algo al respecto, el real hablaba, eran claros pasos del registro real al imaginario. Claro que también es necesario mencionar que había pacientes que de antemano procuraban estar siempre bien presentadas, especialmente cuando se anunciaban visitas, pero era importante ver cómo estos cambios se daban en sujetos que nunca lo hacían.

De otros hallazgos que generaron ciertos interrogantes

Para un caso como el de una psicosis paranoide, la paciente bajo el proceso analítico pone en tela de juicio su delirio, asume que todo el problema lo tiene en la mente, que ve lo que quiere ver o lo que se imagina, que el problema es de ella, y busca una y dos y varias estrategias para encontrar el camino que la aleje del sufrimiento; actualmente escribe, se dedica a escribir y mostrar sus escritos a su psicóloga practicante; sin embargo, en proceso de escucha narra que no es suficiente: “la escritura me ayuda, doctora, pero no es suficiente”; se sigue indagando qué hecho o qué cosa sería lo suficiente y siempre llega a varias cuestiones: por una parte, el baile en el cual trata de hacer lazo social; por otra parte, se vincula al servicio de cocina y menciona: “yo soy estudiante, eso no es lo mío, lo hago por dinero pero no me siento bien, quiero otras cosas, algo estable, como secretaria o trabajar en algo de oficina”.

De hecho, en una sesión afirma: “definitivamente la cocina no es lo mío, yo me retiro, mejor sigo escribiendo y como estoy en clases de computación...”: a partir de ese momento habla con uno de los directores del proyecto, abandona la labor de cocina y empieza a escribir sus notas en computador, y actualmente se encuentra trabajando como editora en la primera entrega del periódico mural del programa.

Un punto importante al que hemos llegado radica en que, aun así, en la psicosis la cuestión está en la forclusión de un significante primordial; se ha evidenciado que el inconsciente opera con sus mecanismos. Se han visto lapsus, se han visto los sueños, se han visto los *actings*, los chistes, y ¿esto que nos quiere decir?

Antes de responder, es necesario recordar lo siguiente: para el caso de una paciente con psicosis maniacodepresiva, se han evidenciado varios lapsus en diversas sesiones; al hablar de Dios y enunciar que es “una mujer consagrada a Dios que hace el bien”, y después de trabajar sobre el significante Dios y el perdón, la paciente manifiesta: “el que me las hace me las paga”; una vez terminada la frase, se tapa la boca, y posteriormente se ríe y no puede decir nada al respecto, vuelve y dice: “yo no quise decir eso”, pero al finalizar la sesión menciona: “yo soy una mujer muy vengativa, sí, y el que me las hace me las paga”. Se cierra con esto la sesión y surge la pregunta ¿es o no un lapsus?

En otra sesión, la paciente habla del malestar que le genera el hecho que sus compañeros no recen con ella; se indaga la razón de la molestia, y se trabaja en el significante rezar; manifiesta que “quisiera cambiar a las personas”; se trabaja sobre este nuevo significante y dice: “ojalá no estuvieran al lado mío”. Nuevamente se tapa la boca, se ríe, mira a la psicóloga practicante y dice: *¡ay, yo resulto diciendo unas cosas!* ¿Quién las dice: el Otro, o el otro, el deseo de ella, el inconsciente?

Para el caso de una paciente con esquizofrenia, específicamente en la época que no podía caminar y su cuerpo tenía una inclinación de 90 grados, decía: “no puedo caminar, me mato, me mato, me caigo”, y se le dice: “... pero no entiendo, E., si hace un momento cuando no había nadie, caminaste sola y de hecho bien, sin estar tan inclinada, explícame qué pasó”. Ante este cuestionamiento, queda perpleja y empieza a emitir los mismos significantes alienantes y luego se va hacia su cuarto caminando bien y sola. ¿Qué es esto, una manipulación consciente o inconsciente? ¿Qué tan inconsciente es? ¿Qué tan inconsciente es cuando dice que era corrompida? Y luego dice: “no, no dije eso, dije que las mujeres, las otras, son corrompidas..., todas, yo soy blanca y verdadera, me da rabia que no me entiendan” ¿Puede entenderse esto como una salida inconsciente, y en el momento en que la emite, trata de racionalizarla?

Lo anterior, así como en otros muchos casos, nos lleva a preguntar si los sujetos con psicosis, a pesar de la forclusión de un significante primordial, responden con mecanismos inconscientes; casos como el de Octavio que comenta sus sueños: “soñé que Ruth se me alejaba, se me iba”; es el indicio de cómo opera el inconsciente en él y este inconsciente oculta el temor de ser rechazado y no tener a ningún otro ser de soporte, el otro que le brinde cariño y protección; ¿son o no los actos oníricos mecanismos del inconsciente, este inconsciente que se formuló con Freud, y que hoy se evidencia con estos casos de psicosis?

Incoherencias o lapsus en el discurso, como en el caso de L., quien decía: “me siento bien trabajando, pero porque puedo comprar cosas a los demás compañeros, pensándolo bien, soy una mujer triste... Pero no debería estar triste porque gano dinero, sin embargo gano poquito... los doctores han podido controlar mi mal comportamiento, pero sin embargo aún siento

como resentimientos y eso me duele”. ¿Se evidencia un sujeto del inconsciente, pero presa de la forclusión de un significante primordial que se remite al rechazo de la castración?

Dado lo anterior, y revisando a Lacan, encontramos: “Tratándose de la psicosis se ponen en juego los mismos mecanismos de atracción, de repulsión, de conflicto que en el caso de las neurosis, cuando los resultados son fenomenológicos y psicopatológicamente diferentes, por no decir opuestos” (Lacan, 1984, 284); de lo cual podríamos colegir que el inconsciente tal vez opera en el sujeto psicótico, pero la cuestión está en qué plano opera, ¿en el real o en el imaginario, o absolutamente en lo real?

De la irrupción de estrategias terapéuticas grupales

Para la perspectiva analítica lacaniana, el proceso de escucha es de una importancia vital, pero, lejos de esto, intentamos otras estrategias que permitieran la movilización del sujeto al establecimiento del lazo social.

Revisando lo escrito por Lacan en el Seminario Aun, se entiende que “el goce en tanto sexual es fálico” (Lacan, 2002, 17); esta localización del goce aislado del cuerpo y no coordinado con lo fálico, explicaría la imposibilidad del establecimiento del lazo social, pues ante la fragmentación del cuerpo, ¿bajo qué Otro u otra figura imaginaria identificarse, con cuál imagen especular se identificaría un sujeto en tanto su cuerpo se halle fragmentado? (Lacan, 1984); de ahí que se colija que ante la falta de un cuerpo unario no sea posible establecer lazo social en tanto que no se pueda identificar con el otro. Es la fragmentación del cuerpo la que impide el establecimiento del lazo social en tanto no daría el paso a la identificación con otra imagen especular y todo lo que ello implica.

De lo mencionado surge la necesidad de trabajar en nuevas estrategias de abordaje con el psicótico encaminadas a generar esa identificación del cuerpo, esa identificación de sí mismos; por ende, empezaron a gestarse los espacios grupales llamados obras de teatro, café tertulia, relación con el cuerpo, danzas con el cuerpo, sesiones fotográficas, trabajo en campo abierto, espacios de pesca, trabajo de escritura, trabajo con espejos; en sí, un conjunto de trabajos grupales que son poco convencionales respecto a los que emplearía un clínico que se inclina por un enfoque analítico; pasamos no solo a la escucha, sino a articular a la escucha lo escópico, la mirada, el tacto, medidas que en su conjunto permitieran que el sujeto se reconociese y fuese reconocido por otro.

Es de reconocer que la iniciativa surge de una demanda de la institución en realizar diariamente actividades con cada uno de los cinco grupos que tenían formados en el programa; en total, cinco actividades diarias desde las 8:30 a. m. hasta las 4:00 p. m. En un primer instante esta propuesta de trabajo no era muy apetecida por nosotros en tanto centrábamos la importancia en el trabajo individual; sin embargo, con el transcurrir de las sesiones, nos percatamos de la importancia de estos trabajos y de cómo permitían una emergencia de la palabra de un sujeto psicótico que se hallaba ausente.

En un primer momento el conocido grupo de relación con el cuerpo resultó ser de las estrategias de trabajo que más demandaban los sujetos, ya que solicitaban que se hiciera con mayor frecuencia; este trabajo, más allá de buscar una relajación del cuerpo inexistente, dadas las características del inconsciente, generaba el espacio propicio para trabajar en la unicidad de un cuerpo fragmentado, y de hecho para que salieran las pulsiones concentradas en el cuerpo y que no se proyectaban hacia otros objetos; es

así como, después de finalizado el trabajo de relación con el cuerpo, se abría un espacio de escucha, en el cual los sujetos manifestaban sus problemas con otros compañeros, sus angustias, sus necesidades y buscaban encontrar soluciones para ello; se generaban discusiones acaloradas entre ellos mismos que daban cuenta de la *ex-sistencia* de un sujeto.

Por otra parte, el café tertulia se convirtió en el espacio predilecto de los sujetos; asistían casi todos los del programa, se trabajaba con todos, no se hacían distinciones por categorías funcionales o por estructura, allí estaban reunidos esquizofrénicos, paranoicos, maniacodepresivos, generando espacios de discusiones donde ellos mismos proponían temas específicos a tratar, las discusiones giraban en torno a dichos temas, es así como se hablaba de temas políticos, deportivos, se hablaba de cuestiones como el respeto, el amor, la religión y todos estos temas surgían en la medida en que en ellos aparecían necesidades; en este espacio se enunciaban significantes que buscaban anclarse a otros significantes, y se daban discusiones cuyo fin era defender las posturas o generar alianzas entre compañeros para defender las mismas.

Sujetos que en contadas ocasiones o casi nunca enunciaban significantes y se sumían en el total silencio o poco salían de sus cuartos, lo hacían puntualmente todos los miércoles a las 4:00 p. m., y en torno al café, un significante de suma importancia para ellos, se generaban las discusiones que ellos mismos propiciaban. En dicho espacio se escuchaban enunciaciones significantes como: *“la educación es un compendio de libros, de la historia del hombre... no puedo decir más, se me hace corto circuito”*, enunciación de un sujeto con una estructura de psicosis esquizofrénica que difícilmente enunciaba algún significante; *“la tristeza más grande de mi vida es la muerte de mi madrecita linda, que me dejó aquí, solita”*, enunciación de la

mujer esquizofrénica que aseguraba ser virgen, blanca y pura verdadera, y que en tan solo una ocasión habló delirantemente de la madre. Frente a la educación, Marcela menciona: *“educación es respetar el marido del otro, las cosas, eso es educación, díganle a esa otra que no me robe las cosas”*, haciendo alusión a que la otra paciente o compañera no respetaba su pareja, y que siempre decía *“yo soy Marcela, la novia de Juanito”*.

En las danzas, los participantes empezaron a manifestar su gusto por la música; fue así como escogían la música y lograron armar coreografías; allí participaban personas de cualquier estructura y ubicadas en cualquier grupo funcional (la institución tiene a los sujetos ubicados por grupos de funcionalidad mayor o menor); fue así como, en una presentación ocurrida el 4 de octubre de 2009, ante un grupo de estudiantes de las universidades Antonio Nariño y Libertadores, mostraron su coreografía y manifestaron a una compañera: *“por favor K, no nos haga quedar mal, mire, no nos haga hacer el oso, por favor muévase bien”*. Al final de la presentación salieron ordenadamente y preguntando si los visitantes habían quedado contentos.

De la misma manera se gestaron logros en torno al trabajo con fotografía en el cual buscaban sus mejores prendas: para el caso de las mujeres, maquillaje, se peinaban de otras formas y buscaban ser fotografiados, pero el mayor asombro era ver posteriormente sus fotos y hablar en torno a las mismas.

Todos estos trabajos grupales se vieron fundamentados en una premisa de Lacan: *“Consideramos la relación de narcisismo como la relación imaginaria central para la relación interhumana”* (Lacan, 1984, 134). Es al revisar este texto y al analizar este enunciado que encontramos fundamentación teórica para el trabajo grupal, buscando así que el sujeto psicótico alcanza-

ra a reconocerse en el plano de lo imaginario y en esa mediada pudiese reconocer a otros compañeros y en parte al Otro, por medio de identificaciones especulares que se articulan en el plano de lo imaginario; es por ello que se formularon los trabajos con fotografías y fundamentalmente el trabajo con espejos, y las demás propuestas realizadas, que permitían la interacción entre ellos mismos, cruzando así al plano imaginario de las relaciones interhumanas y permitiendo el atrapamiento erótico o la tensión agresiva, hecho que solo puede realizarse bajo la relación narcisista. Lacan explicita: “Solo pueden hacerse reconocer por él porque él está de antemano reconocido. Debe estar reconocido para que pueda hacerse reconocer” (Lacan, 1984, 78); de lo cual se entiende que el trabajo grupal se constituyó en un espacio que permitió que los sujetos pudieran reconocerse a sí mismos, hacer lazo y de paso reconocerse frente a un otro.

Es de resaltar cómo el trabajo de danza libre, que se realizaba con la alternancia de música clásica y folclórica, hacía que los sujetos empezaran a movilizar las pulsiones ancladas a su cuerpo; en un primer momento no permitían que otra persona trabajara con ellos, pero posteriormente empezamos a ver cómo escogían a una pareja y empezaban a bailar, incluso personas que iban de visita al programa, ya fueran trabajadores del Hospital o personal externo, se veían atraídos por este tipo de trabajo y resultaban involucrados; tanto así que escogían una persona, sujeto psicótico con el cual realizaban el trabajo grupal que generalmente duraba 2 horas.

Otro aspecto importante lo protagonizaron las revistas clínicas, en las cuales no participábamos solo los psicólogos practicantes, sino que asistían los directores del proyecto; se realizaron dos revistas en que participaban 4 sujetos; en este espacio eran escuchados, y

lo interesante es que los sujetos eran avisados con un día de anticipación, se les anunciaba que al siguiente día nos íbamos a reunir con otras personas para escucharlos y poder ayudarlos; al siguiente día no llegaban puntuales a la revista, no porque no quisieran, sino porque se estaban arreglando, o poniendo énfasis en su aspecto personal. Dora, que llevaba matas en la cabeza y con la misma ropa, llegó tarde porque “*qué pena con ustedes, doctores, pero es que me estaba arreglando*”. E. llegó también tarde porque estaba arreglándose, y en verdad era de las pocas ocasiones en las cuales se le veía maquillada y con su traje especial para visitas.

Durante la revista lograban enunciar o evidenciar un mayor despliegue de significantes, frente a las personas allí reunidas; procuraban hablar más en pro de que pudiésemos ayudarlos, según ellos; surgían así mismo las contradicciones de su delirio y terminaban por solicitar ayuda y otros espacios de escucha. Después de la revista los cambios también eran notorios en cuanto a que los sujetos que asistieron a la revista se veían angustiados, manifestaban que necesitaban ayuda, o sencillamente ampliaban su red significativa y solicitaban que el espacio de escucha a nivel individual fuera más seguido.

A la postre, el trabajo realizado por un lapso de 11 meses, tanto en espacio individual como grupal, consistió en procesos intensos, así como también la convivencia con ellos, permitiendo la movilización subjetiva de sujetos que se catalogan como locos, alienados y que carecerían de un discurso coherente; se dio apertura a un espacio tanto grupal como individual en pro del establecimiento del lazo social, se apreciaron cambios subjetivos en tanto emergían significantes que estaban acallados por el fármaco o el olvido, se vio la vinculación que puede haber entre los mismos psicóticos, e incluso psicóticos y neuróticos; se rompió con

el imaginario del psicótico violento y agresivo, para encontrarnos con personas capaces de hacer lazo social y de permitirse la emergencia subjetiva que en el neurótico quizás se halle más acallada y alienada al imperativo discurso del amo capitalista que rige nuestros días.

Conclusiones

Durante el abordaje clínico que se llevó a cabo con los sujetos psicóticos hospitalizados en el programa Ecoterapia del Hospital Nazareth, se evidenció cómo el dispositivo analítico se ha configurado en un medio que permite en el psicótico el establecimiento del lazo social, dado que apuesta por la palabra, por la apertura de un espacio de escucha donde el sujeto no solamente elabora sus significantes, sino que permite la entrada de un discurso que lleva, con el transcurrir de las sesiones, al encadenamiento de significantes, aunado a un proceso clínico que apuesta también por la enunciación a través de la palabra, de la historia de un sujeto, que lo lleva a ubicarse como sujeto que tiene un decir frente a sí mismo.

En los casos mencionados se ha visto cómo los periodos de crisis y aislamiento total pueden pasar de un plano real a un plano del orden de lo imaginario, llevando así al sujeto a enunciación de deseos parciales o demandas; así mismo, la transferencia facilita la movilización pulsional que se encuentra anclada constituyendo un goce aislado en el cuerpo; esto se evidencia en la mayoría de los casos, donde se pudo observar cómo sujetos anclados a un mismo espacio o lugar, o que no emitían significantes, empiezan a moverse a otros espacios, empiezan a enunciar significantes, como en el caso de la mayoría de sujetos con esquizofrenia, casos también en los cuales se veía a sujetos saliendo de sus cuartos, atendiendo a su imagen personal y asistiendo a los trabajos grupales propuestos; todo lo cual muestra la posibilidad de que puedan relacionarse con otros objetos.

El dispositivo analítico, en tanto que dispositivo, en tanto que permite un discurso que propende a la escucha, a una ética clara, hace posible la constitución de una alternativa de trabajo clínico que le permite al psicótico generar significantes, elaborar sus significantes y ampliar su red discursiva, permite la instauración de un discurso que se instaura no solo en el espacio de trabajo uno a uno, sino en todos los espacios: comedor, dormitorio, trabajo grupal, permitiendo que el sujeto trabaje en torno a su cuerpo, en torno a sí mismo, y tenga la posibilidad de reconocerse como sujeto que puede demandar, que puede enunciar su palabra y que esta puede ser escuchada; incluso como sujeto que puede molestar o expresar su contenido o descontento, en la medida en que el dispositivo permitió también un espacio para fortalecer o permitir el proceso de identificación con trabajos fundamentales en torno al narcisismo y al cuerpo, como se vio a lo largo de los trabajos realizados, que le permitían al sujeto ubicarse en un lugar determinado en el cual pudiese reconocerse como un sujeto con una corporeidad no fragmentada, sino unida, con un cuerpo que es suyo y con el que puede manifestar y de hecho manifiesta o tiene un decir para otro.

El trabajo grupal no puede verse únicamente como un espacio donde el psicótico va a hacer o producir un producto que va a contentar al neurótico, no puede verse como un espacio de neurotización; por el contrario, lo que mostramos es la posibilidad de establecimiento del lazo social por cuanto se potencia en el psicótico la posibilidad de emisión de significantes, en tanto desde otro lugar se da el parte de recibido, en tanto que es escuchado; así mismo, más allá de hablar de vínculos sociales, el trabajo grupal sigue potenciando el lazo social pues permite que el psicótico pueda darse un lugar en un discurso, en tanto pueda no solo enunciar su palabra, sino enunciarla para un otro, con la posibilidad de que otro sujeto la reconozca, la

acepte o la niegue o la discuta, pero da cuenta de la posibilidad que el sujeto sea en tanto su palabra, que sea sujeto y se reconozca en tanto hay reconocimiento por parte del otro, proceso fundamentalmente imaginario, que de alguna u otra forma desancla al psicótico de ese real absoluto en el que se halla inmerso para defenderse de lo forcluido, de ese real agobiante en el que goza el psicótico y rompe con la posibilidad de hacer lazo.

Por cuanto hay un paso de lo real a lo imaginario, como se vio en diversos casos, no solo se evidencia la posibilidad de lazo, sino que, aunado a ello, surgen cuestionamientos en torno a lo simbólico. El psicótico tiene su mundo simbólico propio; que no sea un mundo simbólico acorde a lo neurótico, no es indicativo de que no lo tiene, sino que su mundo simbólico se ordena en torno a la falta de un significante rechazado; sin embargo, a pesar del rechazo de dicho significante y de un simbólico no consensuado con el neurótico, no se puede seguir en la comprensión de un psicótico que no es sujeto; por el contrario, lo que evidencian, no solo los resultados sino los trabajos de Lacan, es que hay un sujeto, en tanto hay palabra, incluso podríamos atrevernos a enunciar que hay sujeto en tanto hay goce, en tanto está sujeto a su propio goce, en tanto se defiende de eso

insoportable para sí mismo, en tanto el sujeto crea formas de defensa, como el delirio, la alucinación, y los significantes amo; hablamos perfectamente de un sujeto que está sujetado a estos elementos con los que sobrelleva su falta; lo que resulta duro para el neurótico es que no es la misma defensa que este emplea, pero aun así vemos psicóticos con toda la posibilidad de crear e inventar su mundo, de establecer lazo, de asumirse en un lugar determinado y de efectuar movimientos en el plano imaginario.

Para finalizar, no obstante el trabajo realizado tanto a nivel grupal como individual y establecer que hay de hecho una posibilidad de establecimiento de lazo social del psicótico, aún quedan algunos interrogantes, primordialmente si en el psicótico operan mecanismos del orden del inconsciente, lapsus, sueños, chistes, y desde qué registro operan: ¿desde lo real, lo simbólico o lo imaginario?, interrogante que de momento dejamos abierto para el lector y quizás para futuros trabajos. No obstante, es menester recalcar la posibilidad de lazo, la existencia de un sujeto en la psicosis, la posibilidad de un abordaje clínico distinto al farmacológico y a la neurotización, y la presencia de un sujeto que puede interrogarse, que puede reconocerse y hacerse reconocer, un sujeto que aún en muchos espacios es confinado al olvido.

Referencias

- Báez, J. (2009). Psicosis y cotidianidad: “la tragedia de un lazo social”. *a-Nudamientos*, 5. Recuperado de http://www.carlosbermejo.net/a-NUDAMIENTOS5/Psicosis_y_cotidianeidad.htm
- Báez, J., Rodríguez, R., Karam, J. & Velosa, J. (2008). Factibilidad de intervención en la psicosis desde el psicoanálisis en un programa institucional de inclusión social. *Tesis Psicológica*, 3, 100-115.
- Lacan, J. (2002). *El Seminario. Aun. Libro 20*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1984). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis, 1955-1956*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1983). *El Seminario. El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, Libro 2*. Buenos Aires: Paidós.
- Nietzsche, F. (1970). *Así habló Zaratustra*. Barcelona: Círculo de Lectores.