

A propósito de un caso de paranoia («El hombre al que Dios le dijo: me das asco»). Función de las alucinaciones y del delirio

J. Fabio RIVAS GUERRERO *

RESUMEN

El caso clínico que se desarrolla en este trabajo (una Parafrenia I.C.D.-9), pretende dar cuenta de cómo por vía delirante-alucinatoria un sujeto intenta resolver lo insostenible de su posición narcisista, sufrir los efectos de la castración simbólica, inscribirse en la lógica de los intercambios simbólicos y —por último— adecuar su deseo a los límites que la cultura comporta.

A la par, se muestra la concordancia de su aventura personal con su estructura familiar.

Se adjuntan respuestas del paciente y sus padres, ante algunas láminas del Test de Apercepción Temática (T.A.T.) de Murray.

SUMMARY

The clinical case which it develops in this work (one Paraphrenia I.C.D.-9) pretends to show through delirious-delusional way one subject intends to resolve the untenable of his narcissistic position, to suffer the effects of the symbolic castration, to enrol in the logic of the symbolic exchanges and —at last— to adapt his desire to the limits which the culture involves.

At the same time it shows the concordance of his personal adventure with his family structure.

It encloses answers of the patient and his parents before some pictures of the Thematic Apperception Test (T.A.T.) of Murray.

PALABRAS CLAVE

Psicosis. Paranoia. Narcisismo. Idea delirante. Alucinación auditiva. Castración simbólica.

KEY WORDS

Psychosis. Paranoia. Narcissism. Delusional idea. Auditory hallucination. Symbolic Castration.

0. INTRODUCCION

Dentro de estas jornadas dedicadas al estudio de «La Psicosis» deseamos presentarles una serie de reflexiones teóricas en torno a un caso clínico (historial clínico que, amparados en lo que suponemos es la mejor tradición freudiana, hemos denominado «El hombre que le daba asco a Dios»), pues los avatares por los que circula el sufrimiento de este hombre nos parece que pueden dar cuenta teórica de algunos aspectos de algunas psicosis, entendiéndolo a éstas, en general, como una aventura: un intento de reparación, a veces trágico y siempre doloroso.

El contexto en el que se produce la contención y escucha del mis-

(*) Jefe de la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Servicio Provincial de Salud Mental.

Trabajo presentado en la VIII Reunión de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría (AAN). Córdoba, 22 y 23 de noviembre de 1985.

mo es la Unidad de Psiquiatría de un Hospital General (el Hospital Civil de Málaga), único lugar de internamiento del dispositivo de asistencia psiquiátrica comunitaria del Servicio Provincial de Salud Mental de Málaga. Es allí donde, respondiendo a la demanda del padre, un equipo de salud mental comunitaria ingresa al paciente, tras arrojarle éste por el balcón de su casa (un primer piso).

1. MOTIVO DE LA DEMANDA

Como hemos señalado, el motivo inmediato de la demanda de ingreso fue «hacerse tirado» por el balcón de su casa.

Es un paciente joven (25 años), soltero, bien constituido físicamente, orgánicamente sano, que, tras arrojarle por el balcón, cae de pie (el traumatólogo que lo examinó en el área de urgencias del Hospital no recomendó más que una bota de yeso por esguince de un tobillo, solución que el paciente rechazó).

Posteriormente, el paciente y su padre narraron al psiquiatra de guardia lo que había sucedido: al parecer, el paciente quiso salir desnudo a la calle, a lo que el padre se opuso, originándose una discusión entre ambos (llegando el hijo a amenazar al padre, diciéndole que Dios le había dicho que tenía que matarlo). Cuando el padre consigue convencerle de que para salir a la calle tenía que vestirse y el paciente entra en su habitación para hacerlo, el padre le cerró la puerta de la misma. Instantes después se arrojó por el balcón, porque «Yo jamás lo hubiera hecho, como usted tampoco lo haría..., pero Dios me lo ordenó. Hace falta tener mucho valor para hacerlo, y yo no lo tengo; sin embargo, lo hice».

2. SEMIOLOGIA (SINCRONICA-DIACRONICA) DEL ESTADO ACTUAL

El paciente presenta buen nivel de conciencia, buena orientación auto y alopsíquica (temporo-espacial) y ausencia de

síntomas psicoorgánicos. Se muestra en todo momento correcto y abordable, con estado de ánimo triste-ansioso y manifestando una serie de ideas delirantes y alucinaciones acústicas (que posteriormente comentaremos). No existen alucinaciones visuales ni ningún otro tipo de alteración sensorio-perceptiva, tampoco presenta alteraciones formales del curso del pensamiento (ni disgregación, ni disociación, ni retracción autista). Duerme mal («las voces» no le permiten casi dormir) y apenas come (presentando marcada pérdida de peso), «para ver —según dice el paciente— si de una vez por todas me muero y puedo descansar».

Hace aproximadamente dos años —dice el paciente— «Dios, en forma de Espíritu Santo, se metió en mi cuerpo para ayudarme», interfiriendo desde entonces en su vida, con el consiguiente malestar para el paciente (Dios le impide expresarse correctamente, le habla sin cesar «de todas las cosas», le da órdenes, conoce los pensamientos del paciente, le mueve la cabeza, por ejemplo, mientras se afeita..., no permitiéndole, en fin, vivir tranquilo).

Es un Dios, por otra parte, coherente: en una de las entrevistas le proponemos que nos diga a nosotros lo que a su vez Dios va diciéndole a él (durante la entrevista), «para que nosotros podamos hablar con ese Dios», lo que el paciente rechaza como imposible, pues supondría darle órdenes a Dios, «y Dios habla cuando quiere, para eso es Dios». En esto no se parece al paciente, que muestra, sobre todo durante las primeras entrevistas, una persistente tendencia a buscar la consistencia de las normas de la Unidad de Psiquiatría (o de verificar la repetición de su inconsistencia), es decir, que unas veces, y ante parecidas demandas que nos hace, se le respondiera «no», otras «sí», etc.

Todo comenzó, como hemos señalado, hace dos años (esta es la primera fecha que nos da el paciente, posteriormente surgirá una nueva fecha de inicio), cuando —según dice él mismo— «me estaba

tocando de un modo suave, como los maricas... Soy despreciable, y Dios me dijo: "No te toques", y no me deja tocarme, ni siquiera debo ducharme» (llevaba tiempo sin hacerlo, negándose los primeros días del ingreso a realizarlo). Le señalamos que su Dios parece un Dios terrible, una especie de demonio que le hace la vida imposible, le dice que se arroje por el balcón, etc., a lo que el paciente nos responde sin ningún reproche a su Dios, de hecho nunca llegó a manifestarlos: «Dios lo hace por querer yo doblarme el labio superior (volvér-selo hacia fuera), que quería parecerme yo a un guaperas, a un tío muy guapo que había visto yo... ¿Usted cree que esto es normal? (refiriéndose a querer volverse el labio)... y Dios vino para ayudarme...».

Aparece, pues, en un momento de la historia del paciente, un corte (sincrónico) paradigmático * (1, 2, 3). Dios dentro de él. Corte paradigmático que viene a impedir algo que sintagmáticamente (diacrónicamente) en el paciente se despliega, a saber: 1) la identificación narcisista (labio superior hacia arriba, como un guaperas del barrio), y 2) el amor narcisista (tocarse como un marica); es decir, Dios aparece rompiendo, impidiendo, el narcisismo, del sujeto.

3. HISTORIAL PERSONAL

Fue un embarazo no buscado (la hermana tenía cuatro meses cuando ocurrió), «porque vino» —según dice la madre—. Parto sin datos de interés, al igual que el desarrollo psicomotor, salvo que comenzó a hablar a los tres años («Es que él siempre ha sido muy tímido —dice la madre—, muy bueno, muy tímido, muy

templado... muy pegado a mí, no quería salir a la calle»). No hubo temores nocturnos ni fobias infantiles. Durante la infancia, enfermizo y delicado, «salía de una enfermedad y cogía otra». Parecido físicamente al padre y de carácter a la madre, «rubito, blanquito, con pelo dorado, muy bueno, dócil, obediente, reservado, no se relacionaba, muy listo, tímido, no tenía valor para enfrentarse a la vida» (madre). Escolarización desde los seis a los catorce años. Trabajó en una oficina hasta los diecisiete años, «los dueños —según la madre— estaban muy contentos con él, pero lo despidieron porque de seguir tendrían que haberlo asegurado».

A los diecisiete años fue operado de una hernia discal (la madre atribuye el estado mental de su hijo a secuelas de esta intervención quirúrgica) y, según nos dice el paciente, «poco después de esta operación comenzaron los problemas (comencé a volverme los labios hacia arriba, como los labios de mi madre, como los labios de Camilo Sexto, y eso no es normal, eso es un monstruo, por eso vino Dios a ayudarme, y no he querido, por eso estoy así). «Yo antes me llevaba bien con Dios, hasta que un día él dijo: "Me das asco... ¡Dí, gracias! Me das asco, me das asco... ¡Dí, gracias!" y como no dije gracias, a partir de entonces Dios no me quiere, a Dios le daba asco de mí. Si a mí me da asco de mí mismo, ¿cómo no le va a dar a Dios? A partir de entonces estoy hecho una porquería (y dice esto señalándose la boca, el pelo y la cara en general): me duelen las caderas, las rodillas..., y la clave está en los ojos, que yo no los muevo, los mueve Dios».

Es decir, en el momento en el que Dios le impide el «status narcisista», ese cuerpo (amor cerrado sobre sí mismo) cae, se descoyunta, se descompone. Boca, pelo, cara, caderas, rodillas, ojos... pierden su unidad y compostura: las referencias hipocóndricas hacen su aparición.

Posteriormente trabajó (con un intervalo para realizar el Servicio Militar, donde sufrió arrestos frecuentes «por la bebida»)

(*) Para SAUSSURE la relación que une los términos lingüísticos puede desarrollarse en dos planos: el paradigmático y el sintagmático. Fue el propio SAUSSURE el que intuyó que de alguna manera lo sintagmático y lo paradigmático debía de corresponder a dos formas de actividad mental, intuición desarrollada posteriormente por JAKOBSON y más ampliamente por BARTHES.

de pintor hasta la edad de 23 años, fecha en la que «la psicosis» se hizo clínicamente presente. A la vuelta del Servicio Militar, según la madre, el paciente había cambiado, «no era igual, que era muy raro, todo el día por la calle, frecuentes borracheras, apenas comía, no obedecía, contestaba con malos modos...».

También a los 23 años muere la abuela paterna, quien —según su hermana— «nos había criado». El paciente no asiste al entierro, quedándose desde ese día en la casa, sin salir para nada de su habitación (allí comía, leía...) durante siete meses, y aduciendo que no podía andar por un esguince (consultaron a un traumatólogo, que no encontró razones para ello). Pasado este tiempo, el paciente vuelve a sus intentos de separación y «loca» escapada con respecto a su familia (se pasaba todo el día fuera, frecuentemente borracho, negándose a obedecer a los padres, con agresividad verbal y física con ellos, etcétera), a la par que se iba haciendo cada vez más manifiesta la sintomatología psicótica. Es visto por un psiquiatra, negándose el paciente a tomar medicación y a volver a la consulta. El cuadro clínico continúa agudizándose, a veces lloraba o reía sin motivos manifiestamente aparentes, surgen alteraciones de conducta (por ejemplo, ponerse a rezar en medio de la calle, «es que Dios me lo decía, me lo ordenaba. Nadie que vaya solo puede hacer eso. Si yo lo hacía es que estaba con Dios, que no estaba solo»), etc.

4. VALORACION DE SI MISMO

Corroborando lo anterior, el paciente nos muestra una imagen de sí mismo indigna de ser amada, ni siquiera por él, un «self» (4, 5) roto en todos sus aspectos: físico («el cuerpo hecho pedazos... que estoy mal»), erótico («horroroso»), intelectual («valgo poco»), sexual («que soy poco hombre, tuve varias novias, todas las relaciones se rompieron, quizá los padres de ellas pensaron que estaba loco, que

era muy feo para sus hijas»). El paciente ha tenido relaciones heterosexuales escasas y poco satisfactorias. No relaciones homosexuales.

Imagen hecha añicos que contrasta con los continuos intentos de su madre y de su hermana por recomponerla narcisísticamente (con el rechazo, casi podríamos decir miedo, del paciente ante este intento de apaño), apelando ellas —durante las entrevistas— a lo inteligente, bueno, mañoso y guapo que el paciente era.

5. SOBRE EL NARCISISMO Y SUS AVATARES

En los 15 días que estuvo con nosotros, además de ser diagnosticado de Parafrenia (I.C.D.-9) y tratado psicofarmacológicamente, mejorando el cuadro clínico en el sentido de disminuir la ansiedad, recuperar el sueño, encontrarse subjetivamente mejor, quedar reducida la actividad alucinatoria a comentarios sobre pequeños detalles cotidianos (que no interferían de modo importante en su vida) y alcanzar cierta paz, cierto equilibrio con la presencia de Dios en su interior (delirio del que nunca abjuró y que —según sabemos por los compañeros que lo continúan tratando en la comunidad— aún persiste), intentamos abrir su historia (si es que en sentido estricto la tenía) y su estructura, a los efectos de la palabra (más allá aún de su propia palabra o de la nuestra).

Se le mostraron algunas láminas del test de percepción temática de MURRAY (T.A.T.), siendo las respuestas insinuadoras del callejón sin salida en que se encontraba el paciente, en el intento delirante de superación de su posición narcisística (ver respuesta T.A.T. del paciente).

El narcisismo primario (6, 7) —como sabemos— es para FREUD una etapa precoz y estructural en el desarrollo del Yo (autoerotismo, narcisismo, elección del objeto), etapa que debe ser superada para poder el sujeto tener acceso (por la única

vía posible: el deseo) a objetos distintos de su propio Yo, es decir, de su propia imagen corporal. Este amor reproduce, según FREUD (8) al propio amor materno. La fórmula podría ser: «amo mi imagen (en ella deposito mi erotismo), tal como mi imagen fue amada por mi madre (fuente de erotismo)». Posición idílica, siempre añorada (como todos los paraísos perdidos), pero no exenta de peligros (angustia) (9, 10, 11), del peligro de ser ahogado por el deseo de la madre (la angustia de la muerte destructora); de aquí la inestabilidad de la posición narcisística: el sujeto desea ser arrancado de ella (ser castrado simbólicamente) y a la par lo teme. El corte, por tanto, no puede ser absoluto: el sujeto deberá ser arrancado de su narcisismo para tener historia, relación con los objetos, acceso a la vida... (12), y a la inversa, esa relación con los objetos implica que el sujeto ha podido resguardar un resto de su capital libidinal (el denominado Yo-ideal) (13).

Para que esto suceda es necesario que funcione un axioma en la estructura familiar: que la madre haya asumido su propia castración simbólica (pues si la madre no tiene falo, el niño no es el falo de su madre, cayendo de su posición narcisistofálica); es decir, que sea una madre deseante («sexual») y que con su deseo introduzca en la estructura a la figura del padre, quien deberá cumplir su cometido: ser el agente de la castración simbólica, lo que en el psiquismo del niño quiere decir que la madre está castrada y que él está castrado, al igual que toda persona, incluido el padre, y que todos están sometidos a un orden exterior a la propia estructura: al orden de la cultura y la ley, más allá de los códigos escritos (con su significado imaginario edípico de prohibición, deseo, culpa, seducción, angustia...) (18).

Pero volvamos al resultado del T.A.T. Encontramos allí a un sujeto pasivo, ensimismado (L-1, L-14), en actitud contemplativa ante los objetos (y ante él mismo como objeto pasivo), «sin saber» como usarlos, ni como situarse en el proceso de

uso/intercambio de los objetos y de él mismo como tal.

En toda relación objetual está en juego la posibilidad de su propia destrucción (L-3, L-13); sobre todo, lógicamente, las relaciones que impliquen hacer la experiencia de la diferencia de los sexos (es decir, las relaciones heteroeróticas-sexuales) (L-13)

Hay en el sujeto la posibilidad de una relación armónica, gratificante. Es una relación sustentada desde una posición oral (L-3, L-8, L-10), en la que no está en juego dicha experiencia de diferenciación sexual (L-10); es decir, desde una posición narcisística. En caso contrario, como hemos señalado, no puede establecer dichas relaciones (L-1, L-3), siéndole imposible satisfacer/se su oralidad (L-3).

Hay en el paciente otra posibilidad de relación (la que él mismo califica como «robo» (L-6, L-8) para intentar conseguir algo de lo que, cuando se identifica con las figuras masculinas, carece (el paciente, sin embargo, cuando se identifica con las figuras femeninas, posee ese «algo», pero lo esconde). Ahora bien, establecer dicha relación («el robo») implicaría, en principio, que el sujeto asume su propia castración simbólica. Lo que sucede con el paciente es que el deseo, que lógicamente se derivaría de la asunción de su castración (según la fórmula: castración \rightarrow no completud-falta \rightarrow deseo), al no articularse como demanda (al fin y al cabo, el robo es un tipo de relación intersubjetiva en la que uno de los sujetos evade su demanda), elude la posibilidad de inscribirse como tal deseo, es decir, como deseo legalizado y limitado (castrado).

Por una de las dos vías (una narcisista, otra —«el robo»— casi narcisista) puede tener acceso a «objetos» cuya posesión puede implicar su propia destrucción (L-8, L-13).

Existe, además, esbozo de una instancia super-yoica (L-7), esbozo que contrasta con la ineficacia («musarañas») con que éste aparece en L-12. Por último, se observan posibles tendencias homosexuales (L-9).

6. FUNCION DEL DELIRIO EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

Respecto a la historia familiar del paciente, una cuestión se nos impone. ¿Qué relación guardará el intento delirante de superación de su intolerable posición narcisística, con la dinámica familiar que le antecede cronológicamente y a la que el paciente se incorpora al nacer? O dicho de otro modo, ¿tendrá alguna función el delirio, no ya sólo para el sujeto, sino también para su estructura familiar? Veamos:

El padre tiene 60 años y es el único varón de una familia de seis hijos (él es el segundo), vive sano, alto de estatura, grueso, de aspecto bonachón (no lo imaginaría uno capaz de ningún tipo de violencia), trabaja de fontanero, y nos muestra verbalmente una hipervaloración de su «self» sexual. Así, se considera a sí mismo «muy hombre». «Tuve muchas novias... y porque no podía con más. Ella —refiriéndose a su mujer— era igual que las demás, pero le tocó la suerte».

La madre, de 58 años, vive sana (con hipoacusia), se dedica a las labores del hogar, y muestra durante las entrevistas aspecto tranquilo, sosegado, nada ansiosa. Posee en su haber un intenso historial de pérdidas (sus dos hermanos varones, los primogénitos, murieron casi recién nacidos. Sus padres también murieron cuando ella tenía alrededor de cinco años, siendo cuidada, junto con su única hermana —mayor que ella—, por una tía). Siempre fue de carácter retraído, vergonzosa, apocada, metida en su casa, aunque considera que ella «valía físicamente... pero no me gustaba salir». Cuando conoció a su marido le gustó «por alto, guapo y por su forma de ser».

Tienen dos hijos, la mayor es una mujer de 26 años, casada con tres hijos, vive sana y lleva el nombre del padre en femenino, es ella la que siempre acompaña a la madre a las entrevistas, mostrándose muy segura de sí misma, llena de «sentido común», y llevando siempre «la voz cantante»; y el paciente, que recibió el nombre del abuelo materno (muerto).

A los padres se les pasó a cada uno —por separado— algunas láminas del T.A.T. (ver respuestas), con el siguiente resultado:

El padre mostraba también dificultad para inscribirse en la diferencia de sexos (L-1, L-10). Para él, desde la posición masculina, cualquier objeto puede ser agresivo (ser atacado-atacar, destruido-destruir; es ésta su dinámica) (L-1, L-4, L-13), pues los objetos (su propio doble narcisista) le generan celos psicóticos; es decir, amor y odio camuflados de infidelidad (L-4, L-10, L-13). Y desde la posición femenina consigue, por un lado, retener su propio estallido agresivo (su propia destrucción) (L-4), y por otro, quizá, estar atento, vigilante para no perder el objeto que lo mantiene en su posición narcisística (L-5).

Por tanto, quizá ese «ella era igual que las demás, pero le tocó la suerte» —con el que el padre se refería a su elección de objeto—, habría entonces que tacharlo y en su lugar reinscribir: «a ella la elegí, entre todas las demás, porque no iba a cuestionar mi narcisismo, sino que lo favorecería, resguardándome además de la otra cara que el narcisismo conlleva: la agresividad, la destrucción, la muerte».

En cuanto a la madre, sus respuestas son el complemento ideal de las del padre. Quizá tantas pérdidas favorecieron —paradójicamente— su deseo de completud fálica, adhiriéndose al marido, al hijo... Así, predominan en ella frecuentes identificaciones proyectivas (15, 16) (es decir, dificultad de separación de los objetos, con los que hasta llega a confundirse: L-1, L-4, L-5, L-10, L-14), el resto no parece interesarle; sin embargo, esa «solución sin salida —la identificación proyectiva— le es fuente de tristeza y angustia. Como modo de huir de ella se plantea la auto-destrucción, la fuga, el ensimismamiento... que tanto nos recuerda a las «soluciones» del paciente antes del surgimiento clínico de la psicosis.

Es decir, que podríamos pensar que el modo en que el paciente se relaciona con

los objetos (y él mismo se convierte en objeto de intercambio) es isomórfico con el modo en que combinadamente los padres también se relacionan con los objetos (y se relacionan e intercambian entre sí).

7. ALGUNAS CUESTIONES TEORICAS

Pareciera pues, que con su psicosis, el paciente no sólo intenta salir de su insostenible posición narcisística, sino que — como un emergente de la estructura familiar — fuera «el sujeto designado» para resolver lo que la estructura familiar tiene aún pendiente: inscribir en ella la castración simbólica (17, 18). El sujeto de la castración, esa función del padre simbólico que el padre real (19) es incapaz de realizar, y menos aún el padre real del paciente, estando, como está, inmerso en los fantasmas de su propio narcisismo, la soporta como un efecto de la tercera generación (abuelo, padre, hijo) el propio paciente; o mejor dicho, el paciente en tanto que paciente, lo que equivale a decir, en tanto que alienado narcisísticamente en su otro Yo (que es el Dios Padre alucinado).

El paciente, por tanto, por un defecto de la estructura familiar, no puede sufrir la castración simbólica. Su única posibilidad de acceso a ella es imaginariamente; en

este sentido, cuando el paciente y su madre relacionaban «la enfermedad de los nervios» con la operación de hernia, quizá apuntaban hacia algo de verdad. La operación quirúrgica (sufrida como castración imaginaria, por el paciente) bien pudo actuar como precipitante de la psicosis, pues por vía imaginaria, pudo ser un intento de arrancar al paciente de su posición narcisista. Ya sólo necesitaba un agente de esa terrible castración imaginaria (que lo deja hecho trizas), un agente también imaginario y terrible: Dios Padre, es decir, su propio doble narcisista.

Un Dios Padre que, por vía imaginaria-alucinatoria redobla los propios pensamientos del paciente (con lo que el paciente oye, como provenientes del exterior, sus propios pensamientos). Alucinaciones cuyo cometido son: 1) ser el vehículo de esa castración imaginaria — tal como hemos señalado —, y 2) correlativamente con lo anterior, intentar situar al paciente en relación a la Ley, dentro de las pautas del intercambio simbólico (20, 21, 22, 23, 24) que definen estructuralmente el acceso a la cultura (que es el fin de la castración simbólica y de la resolución edípica).

Comparemos su alucinación «princeps» («Me das asco: ¡Dí gracias!...») con otro diálogo entre Dios (un ángel representante) y un mortal (la Virgen), proveniente éste de nuestra tradición cultural-religiosa: «El Dios te salve...» (25).

El Angel:	Tú	=	Lugar simbólico (en el que la Virgen es situada al sufrir su propia castración simbólica).	=	Significante *
	Llena de gracia. El Señor está contigo. Eres bendita entre todas. En tu vientre portarás a Jesús...		Significados de ese lugar simbólico.		Significado

La Virgen: «He aquí la esclava... Hágase en mí, según su palabra». Es decir, asumo mi castración simbólica y, por tanto, soy en el lugar (señalado en el discurso por el significante «Tú») en el que Dios me sitúa, en relación a los demás lugares de la cadena simbólica (otros significantes), para componer la red de intercambios y relaciones que la cultura comporta. Lugar (significante «Tú»), cuyo contenido (significado) es el señalado anteriormente («Llena de gracia...»).

Sin embargo, en nuestro paciente, las cosas no suceden de este modo. Veamos:

$$\text{Dios: } \frac{\text{Tú}}{\text{Me das asco.}} = \frac{\text{Lugar simbólico}}{\text{Significados de ese lugar}} = \frac{\text{Significante *}}{\text{Significado}}$$

¡Dí gracias!

simbólico.

Paciente: No dice nada, y no dice nada porque no puede asumir ese lugar simbólico, esa castración simbólica (pues nada sabe de ello, por estar abolido en su estructura psíquica y familiar), sólo imaginariamente puede repetirlo de un modo alucinado. Si el paciente hubiera tenido acceso a la castración simbólica, estaríamos en otra estructura psicopatológica (no psicótica), neurótica o perversa, y el «Me das asco» lo portaría un anoréxico histérico, un sadomasoquista, un obsesivo, un religioso franciscano, etc.

(*) Significante que se relacionará con todos los demás significantes, en una vasta red de relaciones (para constituir el amplio discurso de las relaciones socio-culturales).

8. COMENTARIOS FINALES

Para terminar, volvamos al principio. No hemos pretendido dar cuenta de todos los tipos que constituyen ese auténtico cajón de sastre denominado «Las Psicosis», ni siquiera de todos los aspectos y matices de este historial.

Hemos mostrado un caso en que, por vía delirante-alucinatoria, un sujeto intenta (fallidamente, no puede ser de otro modo) resolver lo insostenible de su narcisismo primario, sufrir los efectos de la castración simbólica e inscribirse en la lógica de los intercambios simbólicos que la cul-

tura comporta. A la par, se ha entrevisto la lógica que une su aventura personal con su estructura familiar.

Hemos querido mostrar, en fin, unos fenómenos delirantes-alucinatorios, intentos sustitutorios (imaginarios) de rellenar un hueco en la red simbólica del sujeto, donde la sintomatología, como señal clínica que es, debe entenderse no tanto como una *abertura* (grieta) a reparar con un taponamiento (véase a este respecto parte de la Historia de la Psiquiatría), sino como una *apertura* (pues las aperturas no se taponan, sino que, como inauguraciones que son, se facilitan y se celebran).

BIBLIOGRAFIA

- (1) SAUSSURE, F. de: *Curso de lingüística General*. Ed. Losada. Buenos Aires, 1977.
- (2) JAKOBSON, R.; HALLE, M.: *Fundamentos del lenguaje*. Ed. Ayuso. Madrid, 1973.
- (3) BARTHES, R.: *Elementos de semiología*. Comunicación. Serie B. Madrid, 1970.
- (4) CASTILLA DEL PINO, C.: *Introducción a la psiquiatría*. Tomo I. Alianza Universidad. Madrid, 1980.
- (5) GUNTRIP, H.: *El self en la teoría y en la terapia psicoanalítica*. Buenos Aires, 1973.
- (6) FREUD, S.: «Introducción al narcisismo», en *Obras Completas*. Tomo VI. Biblioteca Nueva. Madrid, 1973.
- (7) LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B.: *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed. Labor. Barcelona, 1977.
- (8) FREUD, S.: «Un recuerdo infantil de Leonardo de Vinci», en *Obras Completas*. Tomo V.
- (9) — «La cabeza de Medusa», en *Obras Completas*. Tomo VII.
- (10) — «Lo siniestro», en *Obras Completas*. Tomo VII.
- (11) — «Análisis de la fobia de un niño de cinco años (caso Juanito)», en *Obras Completas*. Tomo IV.
- (12) — «La disolución del complejo de Edipo», en *Obras Completas*. Tomo VII.
- (13) — «El yo y el ello», en *Obras Completas*. Tomo VII.
- (14) — «Totem y Tabú», en *Obras Completas*. Tomo V.
- (15) LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B.: *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed. Labor. Barcelona, 1977.
- (16) MEISSNER, W. W.: «Notas sobre la identificación proyectiva», en BLUM, H. P. (comp.): *Diez años de psicoanálisis en los EE. UU. (1973-1982)*. Ed. Alianza Universidad. Madrid, 1983.
- (17) LACAN, J.: «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis», en *Escritos*. Tomo II. Ed. Siglo XXI. México, 1983.
- (18) — *La Psicosis*. Ed. Paidós. Barcelona, 1984.
- (19) SAFOUAN, M.: «La función del padre real», en *Estudios sobre el edipo*. Ed. Siglo XXI. México, 1977.
- (20) IBÁÑEZ, J.: *Más allá de la sociología*. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1979.
- (21) LEVI-STRAUSS, Cl.: *Las estructuras elementales del parentesco*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1969.
- (22) MOSCOVICI, S.: *Sociedad contra natura*. Ed. Siglo XXI. México, 1975.
- (23) GOUX, J. J.: *Los equivalentes generales en el Marxismo y el Psicoanálisis*. Ed. Caldén. Buenos Aires, 1973.
- (24) SHELL, M.: *Dinero, lenguaje y pensamiento*. Ed. F.C.E. México, 1985.
- (25) LACAN, J.: «Tú eres el que me seguirás», en *Las Psicosis*. Ed. Paidós. Barcelona, 1984.

T.A.T. DEL PACIENTE

L-1. «Pues un muchacho pensativo, mirando un violín o algo por el estilo».

L-3. «Pues aquí una señora, por lo visto algo preocupada, echada encima de una almohada, que quizá se le haya olvidado la comida de los chiquillos, o un niño que le haya roto un jarrón... o, a lo mejor, está descansando tranquilamente».

L-4. «Pues aquí tenemos una parejita, hombre-mujer. El está un poco enfadado. Ella lo mira con dulzura. Detrás tiene un cuadro. Está bien... que le hayan puesto los cuernos. No creo, porque esta muchacha no tiene cara de mala persona».

L-5. «Una señora que está entrando al saloncito. Muchos libros por aquí. Está preocupadilla. También tiene cara de mala lechecilla».

L-6. «Aquí tenemos un señor y una señora. Un ventanal, unas cortinas y la pared al fondo, detrás de ellos... el tío puede estar pensando en cogerle dinero de otra habitación».

L-7. «Un señor escuchando a otro señor y no sé nada más... No puedo... Le puede estar diciendo que tiene una nariz un poco grande. Bueno, la mía es más grande. A lo mejor es el hijo de él. Le puede estar diciendo: no te metas los dedos jamás, que te puedes buscar una ruina».

L-8. «Esto... operando aquí. Le estarán sacando algo que tendrá malo en el estómago o algo... Y, además, sin anestesia, porque parece que está aquí llorando el hombre o lo que sea. Y es raro esto, porque tiene aquí una escopeta en el quirófano. ¿Yo no sé lo que hará aquí este muchacho dentro del quirófano? ¿Porque es un quirófano? El que se ríe es Dios, ¿por qué yo no me voy a reír?».

L-9. «Esto yo no lo entiendo ya. Aquí parece que hay un hombre descansando encima de otro, con la nuca en la espalda; descansando tranquilo. Parece que están en la "mili". No sé... con su gorro puesto muy perita... Así quisiera estar yo, como este muchacho».

L-10. «Aquí hay una pareja de ancianos, una parejita de ancianos diciéndose cositas en la oreja. Está muy perita y eso... Le estaría diciendo: ¿qué vas a poner hoy de comer?... Que le ponga conchas finas».

L-12. «Esto no tengo yo ni idea. Un chava tendido en una cama y el viejo haciendo musarñas ¿no?... Por lo visto, si está dormido, ¿para qué le hará así?».

L-13. «Aquí hay una muchacha que está... una muchacha que está medio... que se le ven los pechos, y el muchacho que está mosqueado por lo que sea. A lo mejor se ha acostado con ella. No sé. Pero él por lo visto está llorando, porque tiene la mano en la cara. Y la habitación, los libros, la lámpara, la mesita, su corbatita... está perita. Que esté llorando porque a lo mejor se ha muerto, que a lo mejor le ha dado un infarto después de estar acostado con ella».

L-14. «Un hombre asomado a la ventana; por lo visto en la oscuridad, con la ventana abierta... que está ahí maravilloso, asomado a la ventana, tan a gusto».

L-17. «Un hombre subiendo por una cuerda, fuerte... es un atleta. Ya está. Se va riendo de su propio poder. Está bien pintado eso... para hacer ejercicios, hacer músculos...».

T.A.T. DEL PADRE DEL PACIENTE

L-1. «Este niño o este hombre está pensativo, que tiene problemas. Esto que se ve aquí parece un arma o algo, aquí parece que veo un arma de fuego ¿no? Parece que hay una espada también. Podía estar pensando en coger un arma u otra, para suicidarse o suicidar a cualquiera... hacer daño a cualquiera».

L-4. «Bueno, esto es una pareja, un hombre y una mujer. Parece ser que él está un poco nervioso y que ella lo está aguantando. No veo otra cosa. Puede ser que lo hayan atacado o que él vaya a defenderse... porque tenga celos de otra persona... de un hombre como él».

L-5. «Bueno, aquí veo una señora que parece que está abriendo la puerta. Un poco el carácter que tiene parece ser un poco alterado. Y se le ve una pierna. Lo demás lo veo una cosa normal. Puede tenerlo porque a lo mejor ha entrado alguien a la casa, ha sentido ruido y, al movimiento, ha abierto la puerta... A lo mejor un intruso que ha entrado a robar o cualquier cosa».

L-10. «Yo creo que estos son dos hombres, los que se ven. Se ve la mano de uno y veo la cara de otro, pero no se le ve la boca, tiene un borrón. No veo otra cosa, a mi modo de ver, a mi juicio, no lo veo... Uno parece que tiene los ojos cerrados, prácticamente los dos (ojos). Parece ser que el de abajo le tiene puestas las manos en el pecho y parece que se están condoliendo de algo que le ha pasado a uno o a otro. Bueno, yo también veo que el de abajo no es un hombre, es una mujer, tiene pelos».

L-13. «Pues esta fotografía pertenece a un suicidio, parece que de su señora o la amante, y parece que está arrepentido, por la mano. Yo afirmaría que era eso, un suicidio, porque si no estaría abrazándola, si hubiera sido muerte natural. Parece que está arrepentido de lo que ha hecho. Puede hacerlo por celos, por una depresión nerviosa, por un ataque de locura, todo eso puede ser... o por un amor impropio que tuviera ella».

L-14. «Aquí se ve un señor con una ventana, y el señor que está asomado a la ventana, bien que está en una cárcel o asomándose a la ventana. Una cárcel no puede ser, porque la ventana no está cerrada... está abierta».

T.A.T. DE LA MADRE DEL PACIENTE

L-1. «Está pensando. Está triste. Está pensando en lo que tiene... ¡El pobre! Una pena también verse de esta manera. ¿No sé por qué está así, porque los

sufrimientos que pueda tener una persona tan joven, sin tener ninguna preocupación por estar así?... Como mi hijo, pensando en la enfermedad».

L-4. «¿Esto qué es? Esto, que está aquí pensando en lo que va a hacer y lo está consolando la madre o la señora para que no se marche de la casa o algo... Desesperado de no poder llevar esta vida y la vida hay que tomarla como viene... Será del alcohol y se desespera y se quiere matar por lo menos, o no llevar esa vida, y no sabe lo que hacer».

L-5. «¿Esto qué es? Es la habitación, y la madre asomándose a la puerta a ver lo que ha hecho. A mí me ha pasado también igual, abrir la puerta a ver cómo está o no está... Que la madre tenga que estar asustada para ver si se ha matado o no se ha matado, o lo que ha hecho, ¿cómo no se sabe como viene?».

L-10. «Esto es... Aquí la madre con él. Desesperación, angustia. No se sabe lo que hacer... Amargamiento por la vida que lleva, una vida mala. Está amargada la pobre de ver lo que tiene. Tristeza...».

L-13. «Esto es que está arrepentido él de lo que hace, de la vida que lleva, y está amargado y no sabe lo que hacer. Está pensativo el hombre, se comprende que está nervioso. Y la mujer, la pobre está ahí... El de pronto piensa en lo que va a hacer. No quiere ni ver a la mujer ni ver a nadie; y ella pensando en el cuadro que tiene, en la vida que lleva él».

L-14. «¿Esto qué es? Esto, que va a tirarse por la ventana, ¿no? Escaparse... tirarse por la ventana porque está desesperado, hartado de la vida, que la vida que lleva así no puede ser, que no es una vida tranquila... ¡como mi hijo!».