

# El cuerpo y las psicosis.

## *The body and the psychosis: current treatments.*

Roser Casalprim.

Psicoanalista, Barcelona.

### Los tratamientos actuales

Empezaremos con una palabras de Sarah Kane que nos permitirá ilustrar de entrada el tema que vamos a abordar, para después, plantearles algunas de mis preocupaciones relativas a los tratamientos actuales de las psicosis, o si quieren, de la locura, en el ámbito de la salud mental, para finalmente introducir la cuestión sobre los efectos posibles sobre el cuerpo -en este caso del cuerpo del sujeto psicótico-, de una práctica clínica, la analítica, basada en la palabra. Ello nos lleva a formular las siguientes preguntas: ¿cuándo se trata de la psicosis es eficaz el tratamiento analítico?, ¿qué condiciones de posibilidad y qué límites nos plantea esta práctica en el trabajo analítico aplicado a las psicosis? Para responder a ello, les hablaré de un caso.

#### 1. Sarah Kane

Se trata de una dramaturga y escritora, diagnosticada de esquizofrenia que, en 1999, escribió un breve monólogo, titulado “4.48 Psicosis”. El título hace alusión a la hora en que se realizan más suicidios, según las estadísticas del país británico, argumentando que más o menos a esta hora acaba el efecto de los psicofármacos (antipsicóticos, ansiolíticos, etc.) tomados la noche anterior y empieza de nuevo la angustia. Dice la autora:

*“Después de las 4.48h no voy a hablar más (...) he llegado al final de esta lúgubre y repugnante historia, la historia de una mente confinada en un **cuerpo extraño** (...) He estado muerta por mucho tiempo (...) Canto sin esperanza en el límite”.*

*“Es tan jodido el dolor que se puede sentir y que no es físico. Todos los tratamientos psiquiátricos intervienen y toman en cuenta la parte física del asunto. Entonces te duermen o te excitan o te relajan o te estimulan, pero nada puede aplacar este sufrimiento que no es físico (...) Se trata de una dolencia que se engendra en los pliegues de mi mente”.*

*“Hay una falta de **comprensión** que sólo el que los padece lo puede entender. Uno puede llegar a acompañar pero sin entender. Es desolador” (1).*

Hemos elegido estos fragmentos porque nos permiten ilustrar algunas cuestiones que nos interesa resaltar: en las psicosis es frecuente y casi constante, la vivencia de “**un cuerpo extraño**”, en la que el cuerpo va por una parte y el sujeto por otra, ya sea a través de cierta automatización del cuerpo que cobra movimientos más allá del dominio de quién lo habita: enlentecimiento motriz, hiperactividad, fuerte agitación corporal, catatonía o rigidez corporal, u otras sensaciones corporales diversas como, por ejemplo, “un rayo que me traspasa”, tal como decía recientemente un sujeto psicótico. En el caso de la esquizofrenia, encontramos fundamentalmente los fenómenos de la fragmentación del cuerpo o su inmovilización total o parcial, en la paranoia la invasión del cuerpo por el goce del Otro, en algunos casos de autismo, la indiferencia total por el cuerpo del otro, sin borde, “*pudiéndose mover en el espacio (...) como si el cuerpo del otro fuese invisible o transparente*” (2), o en algunos casos, los pasajes al acto, en los que se produce un “dejar caer su cuerpo”.

Por otra parte, **las limitaciones del tratamiento psicofarmacológico**: a menudo sólo los fármacos

no pueden aplacar el sufrimiento que “no es físico” sino psíquico, “engendrado en los pliegues de la mente” tal como lo describe S. Kane. Lacan, en uno de sus escritos, nos recuerda, también que “*la locura es un fenómeno de pensamiento*” (3). Esto se contrapone, por tanto, a la tendencia actual dominante cuyo discurso se centra sólo en la capacidad de actuar con el psicofármaco sobre el cerebro como si se tratase de un conocimiento causal del origen del trastorno.

La praxis clínica muestra a menudo que el loco, también se resiste a que se responda de él o se lo trate sólo en términos puramente biológicos, olvidando o suprimiendo la realidad psíquica subjetiva.

Finalmente, la autora alude al tema de la **comprensión**, mostrando una gran lucidez. Salvando las distancias y la heterogeneidad del contexto de los ámbitos de esta enunciación, también Lacan en el Seminario sobre “Las Psicosis” advierte de que es preciso que el clínico “*se abstenga de comprender, (...) se trata de interrogar (no de comprender) retomando los significantes del psicótico, lo más cerca posible de lo que nos dice, no introducir significantes nuevos, en suma, partir de una posición de no saber, ya que ¿de qué nos habla el psicótico? De algo que le ha hablado, testimonio de este ser que le habla al sujeto*” (4).

Si no se trata de comprensión, ¿de qué se trata, pues? En la psicosis, entre otras cuestiones, se trata de poder escuchar, es decir, de acoger lo que el sujeto trae de su certeza, desde una posición de no saber y absteniéndose de interpretar. Por otra parte, se trata de apuntar en la intervención a orientar el goce, es decir, favorecer la invención propia a la que apunta cada sujeto en el trabajo que podrá ir realizando sobre su psicosis y posibilitar que algunas derivas “negativas” hacia las que se pueda ir deslizando las pueda frenar ya que, a nuestro entender, las intervenciones del clínico pueden apoyar ciertas cristalizaciones en uno u otro polo.

## 2. ¿Cuáles son los tratamientos actuales de la psicosis?

Para hablar sobre los tratamientos actuales de las psicosis y de los llamados “trastornos mentales” en general, es preciso contextualizar la cuestión

ya que no es lo mismo hoy día que hace 40 o 20 años. De entrada, en el ámbito de la salud mental ya no se habla apenas de psicosis sino de TMS/TMG, categorías que engloban varios diagnósticos al mismo tiempo, entre ellos las psicosis, formulados en base a la clasificación internacional de la OMS (CIE 10) en el caso de la infancia y la adolescencia y en el Manual diagnóstico DSM-IV en el caso de los adultos. Haciendo un análisis muy somero de este último manual, destacaremos que implica la descomposición/destrucción de la nosología psiquiátrica clásica, desapareciendo la noción de “enfermedad mental” y substituyéndola por la de los “trastornos”, de manera que hay un gran número de individuos que pueden cumplir los criterios de definición de un trastorno. Por otra parte, se trata de un intento, diríamos fallido, de encontrar un lenguaje común frente a la diversidad de orientaciones teóricas y prácticas clínicas *psi*, que tampoco son tantas. Es por eso que este manual se fundamenta y se define como *ateórico*. Por otra parte, se habla de “clientes” o de “usuarios” y hay una clara tendencia a la homogeneización de los tratamientos basados fundamentalmente en protocolos y guías clínicas consensuadas y avaladas por la *evidencia científica*.

A nuestro entender, se trata de un recurso cada vez mayor a un reduccionismo positivista sustentado en una ideología que aspira, sin conseguirlo, a localizar el síntoma del sujeto en un marcador biológico, ya sea un gen o un déficit de la bioquímica cerebral.

Por otra parte, asistimos a la institucionalización de un cambio de paradigma, un proceso iniciado aproximadamente a principios de los años 90, que atraviesa todo el campo social y, por lo tanto, todas las disciplinas o saberes y sus prácticas, así como el ámbito de la formación y la investigación. Se trata de un paradigma en el que se prioriza lo que es objetivable. En consecuencia, nos encontramos en un momento histórico en el que se intenta reducir la subjetividad a números, estadísticas, siglas, evaluación de la eficacia y la eficiencia -según la ideología del *management*-, se habla de la “gestión” de casos, etc. Asistimos también, a un cambio cultural y ético que favorece la implementación a gran escala del consumo de psicofármacos, situando el problema de los malestares de la existencia y los

síntomas de los diversos sufrimientos mentales en las coordenadas del mercado.

Este proceso tiene una lógica compleja y no hay que olvidar que incluye diversas variables de orden social tales como la crisis económica, los procesos migratorios, la globalización, etc.

De manera muy simplificada y, por tanto reduccionista, éste es el marco general de hoy día.

Y frente a este panorama, ¿cuál es la visión social que se tiene del psicoanálisis?, ¿está, tal como dijo Derrida ya en 1996, “asimilado a un medicamento vencido, relegado al fondo de una farmacia, que puede siempre servir en caso de urgencia o de falta, pero hay cosas mejores?” (5). Éste es también uno de los eslógans de algunos psiquiatras y otros profesionales *psi* para apoyarse en la eficacia de la medicación o de las terapias que aseguran la curación de determinados síntomas en seis sesiones (por ejemplo, las fobias), frente al tiempo más largo de una experiencia que le requiere a un sujeto preguntarse sobre las causas de su malestar o hacer un trabajo sobre su psicosis, que puede incluir la medicación o no.

No compartimos el pesimismo que se desprende de lo que plantea Derrida, quizás sí que, en la actualidad, la experiencia analítica quiere ser relegada como terapéutica, también en el ámbito de la salud mental, pero, según nuestro parecer, la práctica analítica es una de las más rigurosas que hay, por tanto es deseable y esperable que pueda permanecer. Ahora bien, otro tema es si los psicoanalistas estarán a la altura de responder a las nuevas modalidades de presentación de los síntomas actuales, tanto en el ámbito clínico como en el sociocultural.

En noviembre de 1967, Lacan hizo una conferencia sobre “el psicoanálisis y la formación del psiquiatra” (*Petit discours aux psychiatres de Sainte-Anne*) en el Círculo de estudios psiquiátricos, fundado por Henry Ey. Se trata de una conferencia de gran valor por la anticipación de algunas cuestiones que podemos ir localizando en el momento actual con respecto a los efectos de determinadas prácticas clínicas. Entre otras cuestiones, Lacan destaca la *Historia de la locura* de Foucault, elogiando que este autor “*demuestra magníficamente la mutación esencial que se produce a partir del momento en que (...) los locos han sido tratados,*

*de la manera que se nombra como humanitaria, a saber: encerrándoles (...)* Es a partir del momento en que el loco es aislado que se empieza a tener la idea de síntoma”. Y continúa: “*El hecho de que se tienda cada vez menos a no aislarlos quiere decir que se ponen otras barreras, otras murallas, (...) se les considera cada vez más como objetos de estudio más que como punto de interrogación*” En esta misma línea, advierte que esta práctica generará “*una nueva repartición (...) que se llamará: el efecto de segregación*” (6) ¿Acaso no ocurre ya en la actualidad algo de lo acabamos de plantear tal como muestran algunas de las llamadas *poblaciones diana* que son estudiadas y clasificadas bajo el epígrafe de un trastorno determinado y a las que se les aplican después tratamientos de carácter estandarizado? Estamos pensando, como uno de los ejemplos entre otros, en ciertos casos diagnosticados de TDA/H, cuya indicación y advertencia, por parte de algunos clínicos, a los padres de los menores estriba en que si sus hijos no toman medicación pueden devenir violentos, drogadictos e incluso delincuentes.

Y finalmente para retomar el punto planteado al inicio, el psicoanálisis como práctica clínica, que según una expresión de Lacan, “*no es una terapéutica como las demás*” ¿cómo se sitúa en relación a otras prácticas clínicas? y, más concretamente en relación al tema que nos ocupa, ¿cuál es su abordaje de las psicosis? Responderemos a estas preguntas a través de un caso clínico.

### 3. Caso R.: “Va de retro”

Se trata de una adolescente que empezó el tratamiento a los 14 años en el marco de un centro de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ), en el inicio del desencadenamiento de su psicosis y cuyo trabajo de análisis aplicado a la psicosis duró hasta cumplidos ya los 18 años, llevándose a cabo un destacable trabajo en red, tanto a nivel de la escuela ordinaria como con el centro de día al que R. acudirá a partir de los 16 años y después con el CSMA para que prosiguiese su tratamiento.

Es un caso de psicosis paranoica, con oscilaciones entre la persecución y la erotomanía.

Ante todo destacaremos algunas cuestiones fundamentales de la historia de esta sujeto, a la que

llamaremos R., ilustrando, después, el recorrido que realizará durante el tratamiento hasta alcanzar una cierta estabilización.

Algunos elementos de la historia familiar.

Con respecto a la historia familiar, sólo disponemos de algunos elementos fragmentarios de ella, a pesar de las múltiples entrevistas mantenidas con la madre de R. Ésta, sólo pudo relatar algunas cuestiones, algo confusas y fragmentadas, de la historia infantil de la paciente, como si para ella su hija no tuviese “historia”. Por otra parte, el padre sólo consintió en acudir a una única entrevista: no creía en los *psí* de ninguna índole. Según refirió la madre: “*pasaba de todo y no quería saber nada*”, cuestión a la que él mismo asintió, diciendo que él “*no sabía nada*” y que era la madre “*quién sabía todo*” acerca de las hijas. La madre lo presentaba como un hombre “*encerrado en sí mismo, tosco y de pocas palabras*”.

R. es la hija menor. Tiene otras dos hermanas de 20 y 16 a. respectivamente. Tanto ella como su hermana mayor nacieron “*sin esperarlas*”. Cuando se quedó embarazada de su hija menor, el padre estaba muy deprimido. Ella no deseaba más hijos. Apenas se acordaba ya del embarazo de R. del que sólo destacó que tuvo algunas dolencias en la barriga. Parto y nacimiento normales.

R. empezó a hablar y andar más tarde que sus hermanas -la madre no pudo precisar, quizás casi a los 2 años, pero aseguraba que siempre fue más lenta en todo, se movía poco y con torpeza. Para ella, su hija siempre “*falló en que era tímida y cobarde. Todavía ahora si no sabe, no pregunta*”. Por otra parte, le asustaba lo nuevo por desconocido. De pequeña, también le daba miedo el agua y, si le chillaban, se ponía muy nerviosa y no dormía.

Bastante apegada a la madre y a su hermana mediana por la que se hacía representar y quién, a menudo, respondía en su lugar.

R. nunca fue a la guardería y empezó a ir al colegio sin dificultades. La madre recuerda que, alrededor de los 7 años, dijo durante un tiempo que era adoptada. La hermana mediana siempre alardeaba de que a la única que los padres esperaron fue a ella. Efectivamente, ése fue para la madre el único embarazo decidido y deseado.

En definitiva, no parecía que a R. le fuese reconocida, de entrada, su existencia como tal en el deseo de la madre.

Nada destacable con respecto a los abuelos paternos ni maternos, ni en el discurso de la madre ni de R. Un tío paterno esquizofrénico, pero no sabían nada de él, a excepción de lo dicho, porque el padre nunca quería hablar de él.

Sobre el desencadenamiento

Cuando recibimos a R. la primera vez, presentaba claros signos de psicosis: alucinaciones auditivas y visuales, interrupciones a nivel del pensamiento, desconexión, aislamiento social -sólo salía de casa para ir al Instituto-, enlentecimiento motriz, andaba de lado, a menudo hacía el gesto de taparse la cara, cierta confusión temporal y reticencia.

Ya de entrada, sitúa los trastornos de carácter persecutorio que la agobian.

Lo primero que dirá es que los niños de su clase la insultan en la manera de ser que tiene ella. Le dicen: “*cara de banana, mongola y que está loca*”. Cree que “*tienen algo de verdad, pero poco...*” Considera que es una chica “*triste, aburrida y rara*”. A veces tartamudea cuando va a comprar o tiene que hablar, porque se pone nerviosa. ¿Qué la pone nerviosa? “*El solo hecho de hablar*”. Teme que no va a saber pronunciar bien las palabras, todas las palabras, excepto “*porque*” y “ *pues*”, ya que le sirven de apoyo para seguir hablando. Más tarde agregará:

“*Dicen, por ahí, que yo antes era un Dios. Cuando estoy en mi casa y en todas partes, me miran, me hablan y me dicen que me fui con uno... y dejé de ser Dios, pero es una tontería...*”.

Precisará que esto le ocurre desde hace unos dos meses y que fue “*de repente*”.

Por su parte, la madre relatará que, cuando está en la calle dice que la están mirando o que hablan mal de ella, que anda mal. Desde hacía un mes, se ponía de lado para comer -como si se tapase para que no la vieran-, se tapaba para vestirse y no quería ducharse porque decía que la observaban. Apenas comía y no quería dormir porque oía voces que le decían que no iba a despertar,

que moriría porque se la “*llevarían con ellos*”. Le preguntaba a la madre el significado de algunas palabras que oía y no comprendía.

En aquel momento, tanto la madre como R. se mostraban muy reticentes a la medicación, así que no hice una indicación en este sentido (7), pero señalé que posiblemente sería necesario más adelante y atendí a R. a la mañana siguiente.

Las primeras entrevistas, a pesar de su reticencia a hablar en algunos momentos, permitirán cernir la coyuntura del desencadenamiento. La tónica de éstas era el relato de R., a muy pequeñas dosis, sobre el instituto y algunos de los fenómenos que le retornaban en lo real, fundamentalmente las conversaciones que oía referidas a su “cara de banana” y las miradas que le “*decían cosas*”, que ella clasificaba en dos grupos, “*las normales*” ( que, a veces, hacía cosas que estaban mal, algunos movimientos torpes, su lentitud ) y “*las que no le gustaban*”, que resume en una: “*me dicen que soy una ramera*”.

En una entrevista manifestará su certeza de que no caía bien a la gente. Dirá: “*yo sé que no caigo bien a la gente, lo sé desde hace poco*”. “*Desde cuando?*”, le pregunté. Desde hacía unos 2 meses, fue entonces cuando oyó el primer comentario, “*que no caía bien*”, el segundo, “*eres tonta*” y “*no dices nada gracioso*”. Después, los insultos: “*eres una ramera*” y una canción que ellos cantaban:

*“Ella es banana, so puta religiosa. Ella es banana, es un monstruo”. También cantaban: “campana sobre campana, pero diciendo banana sobre banana”.*

A la siguiente entrevista, que se iniciará diciendo: “*soy única en el mundo, yo eso lo sé, soy diferente, única, pero las cosas me afectan como a los demás*”. Después de preguntar: “*¿Qué te está afectando ahora?*”, empezará a quejarse de que no puede confiar en la gente porque cuentan lo que les dice y relatará que en una ocasión le dijo algo a una persona -que deja bien claro que no dirá quién es- y, desde entonces, no cesan los comentarios. Durante una excursión con la escuela hacia dos meses, se encontró con un chico que le manifestará su interés por ella. Le dijo que ella le gustaba y que querría ser su novio. R. referirá: “*un chico me acosó con sus insinuaciones*”.

Aunque en un primer momento tuvo la impresión de que le gustaba, al cabo de poco se dio cuenta de su rechazo. Le dijo a él que todavía era pequeña y que sólo le gustaban las palabras afectuosas, nada más.

A su regreso de la excursión, empezará a no poder dormir, a no tener ganas de comer, a aislarse, etc.

Podemos, pues, hacer la hipótesis de que fue este punto de “*acoso*”, de una intrusión amorosa que no pudo soportar, lo que parece haber provocado el desencadenamiento. A partir de este momento, la situación del sujeto se agrava, deviniendo cada vez más difícil.

Por otra parte, coincidiendo en el tiempo, su hermana mediana, en la que R. se había apoyado siempre, empieza a tener un novio y a pasar menos ratos con ella, lo cual contribuirá a su desestabilización.

Un aparato de influencia particular: el retro (8)

Se trata de un instrumento del que R. empezará a hablar al cabo de casi un año de tratamiento, coincidiendo con su regreso de unas vacaciones de verano, en las que dirá que se divirtió bastante, a excepción de un día en que fue con su hermana mediana a un bar y se encontró con chicos de su edad y mayores que ella. Refiere que se puso muy nerviosa, se puso a llorar y salió huyendo, a causa de que oyó voces que aludían a sus lunares y a su nombre y apellidos: “*ésa que tiene dos lunares en la cara, ésa es la puta*”. “*Putas es un ataque a mi nombre propio, así que no quiero que me llamen R. sino S.*”. Después de asegurarse de que el analista no va a contar a nadie lo que iba a decir, dirá que quiere hablar de “*lo más íntimo*”: “*me adivinan el pensamiento con un aparato*”. Antes no quería hablar de ello por vergüenza y porque le gustaba que la adivinasen, ahora no puede “*pensar libremente*”. Se queja de su intromisión ya que le transmiten rumores y le sustraen pensamientos, incluso ha dejado de escribir un diario -a lo cual la había alentado en otro momento- porque se lo leían (Aquí, el analista le propone guardarlo, para preservarlo de la intromisión). No puede precisar bien su estructura, no sabe cómo es ni de qué modo se encuentra ligada a él, quizás por una especie de telepatía, pero sí sabe que sirve para

identificarla cuando habla ella o cuando hablan los otros. Tampoco sabe quiénes son los que la adivinan, son desconocidos y no los puede definir, pero la agobian. Lo que ahora sí sabe, es que “no vetea” (9), lo cual para R. equivale a que no se desarrolla como una persona normal, ya que le cuesta hacer las cosas: gimnasia, preparar comidas, cree que debería empezar a plantearse si quiere casarse y tener hijos... y todavía se considera muy infantil. Eso es lo que la diferencia del resto de personas.

Poco a poco, podrá ir precisando que el aparato es parecido a un micrófono por el que se oye y se puede hablar, como el de los traductores, y lo nombrará “retro”. A través de él, también se ven imágenes: “es una pantalla con imágenes”, dirá. Imágenes en un solo plano, proyectadas sobre las paredes y los cristales. En esta pantalla ella se puede ver entre un chico que le gusta y su mejor amiga, por ejemplo, en un momento en que se plantea que a su amiga le gusta el mismo chico que a ella.

Si bien se produce un período bastante largo en el que R. a menudo está agitada y angustiada por esta intromisión, por este aparato de influencias negativas y la expansión -debido a esta influencia- de lo que ella nombra como “los comentarios que oye” al ámbito escolar e incluso a la sala de espera de la consulta ambulatoria (quedando sólo preservadas su clase y el despacho del ambulatorio), seguirá elaborando el “retro”, de manera que, después de un proceso largo y arduo, pasará de influenciarla negativamente a influenciarla positivamente. Se podría decir, de manera muy sintética, que pasó de “los perseguidores” a los “protectores”.

En este período arduo, tanto para R. como para la función del analista, se producirán diversos episodios tanto de carácter persecutorio como erotómano, hasta que la sujeto, de ser objeto de interés para muchos chicos (“yo sé que gusto a muchos chicos”) -incluso del padre-, pasó a decir:

*“me parece que tengo alucinaciones, creo que un chico va detrás de mí, que muchos me van detrás y es por eso que algunos están en contra de mí y me insultan (...) Yo tengo una enfermedad. Dicen que, detrás de la enfermedad que tengo, hay otra que se llama “mens-hou-*

*se” (mente y casa, dirá), aunque no tiene sentido”. Hay que recordar que “mens” también equivale a “hombres”.*

Si bien, en un primer tiempo, no sabía ni podía definir quiénes la adivinaban y leían el pensamiento, en un segundo momento, empezó a identificar a personajes con los cuales se comunicaba a través del pensamiento: ellos le hablaban y ella les hablaba también. Dirá: “por el retro me expreso mejor, tal como lo siento” (...) “es como un marco a través del cual me pueden ver y nos hablamos. A veces me agobian, pero ahora, casi siempre me calman”. Estos personajes son chicos y chicas de su edad fundamentalmente, algunos van cambiando y otros permanecen. Los chicos le preguntaban si quería salir con ellos, si quería besarles, hacer el amor, si querría casarse. Las chicas, por su parte, o la copiaban o eran lo contrario de ella. Primero algunos tenían un carácter persecutorio, pero, a éstos, al cabo de un tiempo los eliminaba del retro -haciendo una especie de deconstrucción del personaje correspondiente- y después, poco a poco, después de su selección, la mayoría de los elegidos, fueron siendo un apoyo para ella. Decía que la ayudaban.

La mayor parte de cuestiones que se fue planteando respecto a un posible encuentro sexual, pasaban por el retro. Se puede decir que el “retro” le permitía, en este momento, mantener una distancia con respecto a esta cuestión del “encuentro con el otro sexo” e irse planteando algunas preguntas al respecto.

Personajes del *retro*: la multiplicación de imágenes del semejante

Construirá dos series de personajes -en dos tiempos distintos- que estarán en el retro, a los cuales identificará y definirá. Destacamos sólo algunos de ellos, los más significativos:

1er. tiempo, 1ª serie:

- Manolo: se trata de un chico que le gusta, del que dirá: “fue el primero que llegó por el retro. Estaba sola y me acogió. Después, vino D. y J., entre los dos me decidí por J. -era más bueno- y entre J. y Manolo, decidí por Manolo, es el más bueno... Bajito y sin lunares”.

- El Grande: se trata de un hombre mayor que tiene un libro rojo de psiquiatría o de psicología. “*Me ayuda en mi enfermedad*”, dirá.
- Elisenda: se trata de una chica que la copia en todo, en el pelo, en el vestir.
- R. H: primeramente, para R. “*ella es la guarra, la puta*”. 2º R. la criticará porque va diciendo que le tiene celos por ser más guapa e inteligente. Dirá: “*es conocida, moderna, famosa, guapa y con mentalidad de mayor, al contrario que yo que tengo una mentalidad más infantil*”, “*no coincidimos en nada*”. 3º “*Parece mi doble*”.
- Pablito: tiene voz de niño y la ayuda. Le gusta hablar con él por su voz. Quiero destacar al respecto que, a lo largo del tratamiento, R. realizará un destacable recorrido por el objeto voz.
- David Cirici: es el autor de un libro que leyó (10). Ella también quiere escribir uno, en el que quiere reflejar que es “*única*”, ya que todo lo que le pasa es lo mismo, “*es todo uno: cara de banana-puta-Raquel*”.

Por otra parte, hay otros personajes que van entrando y saliendo, sin permanencia.

2º tiempo, 2ª serie: Se trata de los personajes que permanecerán estables en el retro hasta el final del tratamiento:

- Manolo, porque estaba sola y la acogió. Confía en él.
- El Grande, porque la ayuda en relación a su enfermedad.
- Vanesa, tiene la misma enfermedad que ella.
- Antonio, un chico de etnia gitana que le gusta y por el cual había sentido en otro momento una gran animadversión, porque su madre le había dicho que había robado. Ello lo anuda a un recuerdo infantil -que sitúa a los 5-6a.- en que había robado unos cromos. A partir de esto concluye: “*prefiero puta a ladrona*”.
- R. H: “*ahora tiene mucho estilo*”, dirá.

El rasgo común de todos ellos es que los admira porque la ayudan, situándolos en el plano del Ideal.

A partir de este momento, R. empezó a centrar más su interés en escribir fragmentos de cancio-

nes sobre el amor, empezó a hablar de los inicios de su enfermedad, llevando a cabo un cierto trabajo retrospectivo de su primera infancia en el que destacará su timidez, el cambio repentino respecto a la letra y algunos de sus miedos. Empieza también a preguntarse sobre el futuro de su enfermedad y de su futuro como mujer.

Hay un artículo de V. Tausk, titulado “*Acerca de la génesis del aparato de influir*”, en el que él plantea, siguiendo a algunos autores de la psiquiatría clásica, que la máquina de influir ha sido creada por la necesidad de causalidad inmanente al hombre. En cambio, en otros casos, la misma necesidad de causalidad es responsable de la creencia en perseguidores que actúan por sugestión y telepatía sin la ayuda de una máquina.

Queremos decir, aquí, que el “retro” construido por esta paciente tiene bastantes resonancias con el aparato de influir descrito por dicho autor.

Por otra parte, podemos hacer la hipótesis de que en el caso de R., el retro o el aparato a través del cual le adivinan el pensamiento, es una búsqueda y hallazgo de una causa de las transformaciones patológicas que la invaden, es el término final de la evolución del síntoma -que empezó con los sentimientos de perplejidad y extrañeza-, o si quieren, lo que le permite ir construyendo el síntoma. Dicho en otros términos, lo que le retorna de lo real desemboca en la construcción de un aparato de influencia, que le permite situar una causa -de sus males-, a través de una organización discursiva que le permite ordenar los fenómenos elementales y en un segundo tiempo, una protección frente a éstos, como un intento de suprimir el lugar de la aparición posible de la amenaza.

Hemos visto, que el “retro” lo va construyendo en varios tiempos: primero, se trata de un aparato que no sabe cómo es, luego lo irá describiendo y elaborando. Por otra parte, se trata de un aparato manipulado por enemigos desconocidos e indefinibles y, en un segundo tiempo, sabe cómo son y su círculo se amplía (casi como ocurre con el complot paranoico). Y, después, hay una transformación de los perseguidores en protectores, o mejor dicho, todo lo que le viene por el lado persecutorio es mediatizado por el retro y lo puede ir neutralizando a través de los personajes que la

protegen y/o ayudan, produciéndose cierta “estabilización” que le permite sostenerse para vivir sin tanto sufrimiento.

En cuanto a la eficacia de este recorrido del tratamiento de R. lo dejamos abierto para el debate ya que para tratar esta cuestión hay que remitirse primero a lo que se entiende por la eficacia de un tratamiento y ésta es una cuestión que requiere un desarrollo bastante amplio y específico. Sólo agregaremos que, si bien hoy día en el ámbito de la salud mental podemos decir que, cada vez más, parece haber también, un concepto imperante relativo a la eficacia terapéutica, sigue siendo un tema polémico ya que la polémica entre las diversas prácticas clínicas sobre qué cura y qué no cura o qué se cura y qué no se cura sigue abierta y en construcción y ello porque no todas las prácticas clínicas coinciden a la hora de dar respuesta a estas preguntas. Esperemos que el debate en este sentido siga y pueda seguir existiendo.

Noviembre 2012

### Notas

- (1) Kane. S. 4.48 Psychose. Ed. L'Arche Paris, 2001.
- (2) Izcovich.L, El cuerpo y sus enigmas. Ed. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, 2009. pág.24.
- (3) Lacan. J. Propos sur la causalité psychique. Écrits. Éditions du Seuil. Paris, 1966.

- (4) Lacan. J. Seminario III “Las psicosis” Ed. Paidós. Buenos Aires, 1984, págs. 63 y 75.
- (5) Galende, artículo acerca de su libro “Psicofármacos y salud mental”. Lugar editorial, 2008, pág. 31.
- (6) Lacan. J. Petit discours aux psychiatres de Sainte-Anne. Inédito, con traducción mía, págs. 13 y 15.
- (7) Al cabo de unas varias entrevistas volví a introducir el tema, ya que se produjo un agravamiento previsible de su estado y, por tanto, de su sufrimiento psíquico. Se pautaron, antipsicóticos.
- (8) Ante todo, conviene destacar que no se trata de ideas de influencia, sino de un instrumento construido por el delirio de R.  
Retro = forma prefijada de la partícula latina “retro” que significa “hacia atrás”. Denota también un tiempo anterior. Otra acepción común es: que se inspira en el pasado o lo recuerda.
- (9) Vetear = señalar o pintar vetas en una cosa. Veta = propensión a alguna cosa; franja de una materia que se distingue de la masa en la que se halla interpuesta.
- (10) El libro al que R. hace alusión es “*El conde y la leprosa*”. Se trata de una joven que no puede hablar y, a través de una operación, podrá hacerlo.

### Contacto

Roser Casalprim • rcasalpr@copc.cat