

Tres miradas, una apuesta: aproximaciones teóricas a la esquizofrenia

Zahiry Martínez Araujo

Licenciada en Psicología Clínica Dinámica, Universidad Central de Venezuela (1998) y Magíster en Psicología Social Universidad Simón Bolívar (2009). Profesora del Departamento de Ciencia y Tecnología del Comportamiento de la USB y de la Escuela de Psicología de la UCV.

End.: Edificio Estudios Generales, piso 1, Dpto Ciencia y Tecnología del Comportamiento. Universidad Simón Bolívar, Sartenejas. Caracas. Venezuela.

E-mail: zamartinez@usb.ve

Wendy Estrella Yannarella

Licenciada en Psicología Clínica Dinámica, Universidad Central de Venezuela (1998), Especialización en Psicodiagnóstico de la Atención Temprana, Universidad Camilo José Cela Madrid, España (2006), Directora y fundadora de la Unidad de Apoyo a la Familia la Integración y la Discapacidad (UNAFID), Profesora de la Universidad Metropolitana y la Universidad Monte Ávila. (Caracas, Venezuela)

End.: Centro Comercial Plaza Las Américas I, piso 2, oficina UNAFID, final Boulevard El Cafetal, Caracas, Venezuela.

E-mail: wendyestrella@cantv.net

Resumen

El tema de la esquizofrenia ha representado siempre un asunto de difícil comprensión, de allí la necesidad de abrir (o mantener abierto) el debate sobre su origen y destino, su diagnóstico y tratamiento, desde perspectivas diversas que dentro del área de la salud mental y de las ciencias sociales y humanas en general estén interesadas en participar. El artículo presenta, en principio, una revisión sucinta de la historia del término esquizofrenia y su aplicación desde la psiquiatría y el incipiente psicoanálisis, para luego describir desde una perspectiva tradicional de la medicina psiquiátrica, su conceptualización y caracterización, haciendo especial énfasis en su sintomatología. Posteriormente, se aborda con mayor cuidado los aportes críticos y alternativos realizados por el psicoanálisis, especialmente el freudiano y lacaniano; así como por la teoría (comunicacional) del doble vínculo, planteada desde la Escuela de Palo Alto, para atender, describir y comprender las situaciones y actores que configuran la emergencia de la esquizofrenia, como síntoma, como constitución y como proceso. Desde estas perspectivas críticas, aún siendo distintas y distantes, se observan como puntos coincidentes, la trayectoria y configuración de un sujeto que imposibilitado de entrar en el discurso, da cuenta de la ruptura de su propio vínculo social. Para finalizar, proponemos algunas apuestas de atención hacia el paciente con diagnóstico de esquizofrenia, apuntando hacia el compromiso ético y la dignidad humana.

Palabras-claves: Esquizofrenia. Psiquiatría. Psicoanálisis. Doble vínculo. Discurso.

Abstract

The issue of schizophrenia has always been a difficult matter to understand, hence the need to open (and keep it open) the debate about its origin and destination, its diagnosis and treatment, from diverse perspectives within the area of mental health and social sciences and humanities in general are interested in participating. This paper shows, at first, a brief review of the history of schizophrenia term and its application from the psychiatry and the emerging psychoanalysis; afterward, it is described the

concept and features of schizophrenia and specially its symptoms from a traditional perspective of medical psychiatry. Later on, it is addressed more carefully the critical and alternatives contributions made by psychoanalysis, with emphasis on Freudian and lacanian perspective, as well as the double bind communicational theory -from the known Palo Alto School- to address, describe and understand the situations and actors that shape the emergence of schizophrenia, as a symptom, constitution and / or process. Similar views are found on these critical perspectives, even though they are so distant and different, such as the focus on the path and shape of a subject who has been isolated from the social discourse and hence its social ties are broken. Finally, we propose some commitments about how to care the patient with a diagnosis of schizophrenia, pointing to the ethical and human dignity.

Keywords: Schizophrenia. Psychiatry. Psychoanalysis. Double bind. Discourse.

Presentación

Antiguas y muy variadas son las explicaciones con las que se cuenta sobre la esquizofrenia. Cualquier tipo de análisis en este ámbito implica la decisión fundamental de cuál o cuáles teorías considerar al momento de diagnosticar y de emprender tratamiento alguno. Tres son las corrientes que ocupan nuestras reflexiones en esta oportunidad: La Psiquiatría Tradicional, el Psicoanálisis y la Teoría del Doble Vínculo.

Estas propuestas, lejos de complementarias parecen en principio contradictorias; no obstante, nuestro elemento de análisis (el discurso de la persona con esquizofrenia¹) nos ha permitido identificar en ellas interesantes puntos de encuentro que posibilitarían mejores resultados al momento de acercarse y atender a la persona con (diagnóstico de) esquizofrenia.

Para emprender este camino, resulta necesario en primer lugar, seguirle la pista a la historia del término que hoy ocupa nuestras reflexiones: La Esquizofrenia, para luego abordar con mayor profundidad las propuestas teóricas y sus planteamientos diversos.

Transitando la historia del término Esquizofrenia

Mientras algunos consideran la esquizofrenia como una enfermedad orgánica, bioquímica e incluso genética², otros autores la conciben como un problema de adaptación social. Sin embargo, en lo que la gran mayoría coincide, es en el hecho de que se trata de una condición cuya sintomatología es variada, compleja y difícil de asir. La evolución del término Esquizofrenia y su descripción ha requerido numerosos años de estudio.

La psiquiatría ha ocupado gran parte de su tiempo en investigar los elementos asociados a la extravagante y progresiva evolución de ciertos trastornos mentales que presentan algunas personas y que desde hace un siglo se dio a conocer como esquizofrenia. Por ejemplo, Henry Ey (1976) presenta en su manual de psiquiatría, definiciones de algunos autores donde inicialmente describían a las personas con déficits intelectuales y/o afectivos, como alienados, débiles mentales, e incluso afectos de estupidez desde su más temprana edad, asignándoles el nombre de dementes precoces, tal como lo denominó Morel quien en 1860 encontró jóvenes de 20 a 30 años afectados de “una desconcertante disposición a ser insensible a los fenómenos del mundo exterior” (Broustra, 1979, p.24).

Posteriormente, Hecker, en 1871 en Alemania, designó esta enfermedad como una hebefrenia (estado demencial de la gente joven); y en 1874, Kahlbaum, por su parte, interesado sobre todo en sus trastornos psicomotores (inercia, flexibilidad cérica, catalepsia, hiperquinesia, patetismo de las expresiones, manierismo) los describió como afectos de catatonia o locura con tensión muscular (Broustra, 1979).

Kraepelin entre 1890 y 1907 reunió todos estos casos y les dio el nombre de Demencia Precoz: especie de locura caracterizada por su evolución progresiva hacia un estado de debilitamiento psíquico y por los profundos trastornos de la afectividad. Distinguía tres formas clínicas en la demencia precoz: una simple, la hebefrenia; una catatónica o hebefrenocatatónica, y una forma paranoide, definida por la importancia de las ideas delirantes, más o menos extravagantes e intrincadas. (Ey, 1976)

Pero todos los observadores de esa época coincidían en que en tales casos se trataba menos de una demencia (en el sentido de debilitamiento intelectual global, progresivo e irreversible) que de una disociación de la vida psíquica, que pierde su unidad; era por tanto una especie de disgregación de la personalidad. Es precisamente esta noción la que subyace al concepto de esquizofrenia introducido por Bleuler en 1911, en su libro *Dementia Praecox* ou *groupe des Schizophrenes*, para quien estos enfermos no eran dementes, sino personas afectadas por un proceso de disociación o disgregación (*Spaltung*, en alemán) de sus funciones psíquicas, que desintegra su capacidad asociativa y que al alterar su pensamiento, les sume en una vida aislada (Ey, 1976; Broustra, 1979). De hecho, el origen etimológico de la palabra esquizofrenia deriva del griego $\sigma\chi\lambda\acute{\iota}\zeta\epsilon\iota\nu$ (*skhizein*) que significa separar, escindir, y $\phi\rho\acute{\epsilon}\nu$ (*phren*) inteligencia, esto es, espíritu desgarrado o escindido. (Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, 2001)

Así se impuso la propuesta de Bleuler, ya que correspondía a una realidad y a una corriente importante de psicopatología psicodinamista, que al atender a criterios más clínicos para la definición de la enfermedad, lograba descartar de alguna manera la fatalidad evolutiva a la que estaban sujetos los pacientes bajo la etiqueta de demencia precoz (Broustra, 1979, p35)

No obstante, en la actualidad, el diagnóstico de cualquier patología suele estar sujeto a los parámetros establecidos por los manuales diagnósticos de trastornos mentales avalados por la American Psychiatric Association (APA) de Estados Unidos, y el DSM IV (y en su edición TR –texto revisado) es, en general, el manual utilizado para el diagnóstico en las instituciones psiquiátricas

Sobre la base de una serie de evaluaciones, dice el Manual, para el diagnóstico se puede definir un sujeto esquizofrénico como aquel cuya sintomatología esencial es la presencia de manifestaciones psicóticas que comprometen la actividad social y laboral por una parte, así como la manifestación de alteraciones de múltiples procesos psicológicos: atención, afectividad, voluntad, sentido del Yo, conducta psicomotora, contenido, curso del pensamiento y en consecuencia del lenguaje.

Lo característico de la esquizofrenia, de acuerdo a estos criterios, es una mezcla de signos y síntomas presentes durante una parte significativa de tiempo -durante un mes- y con algunos signos del trastorno que han persistido durante al menos 6 meses. Tales signos y síntomas están asociados a una marcada disfunción social y laboral. Los síntomas característicos se categorizan en positivos o negativos, los primeros indican un exceso o distorsión de las funciones normales y los negativos una disminución o pérdida de los mismos. Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen la percepción, el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, afectividad, fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención.

Convencionalmente se han tomado algunas conductas consideradas típicas de esta alteración en base a las cuales ha sido definida clínicamente. Específicamente según el DSM-IV la esquizofrenia es una alteración que persiste durante al menos 6 meses e incluye por lo menos un mes de síntomas tales como: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico. También se incluyen en esta patología los subtipos específicos de esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, indiferenciada y residual).

Manifestaciones Clínicas

La preocupación por establecer el diagnóstico de una evolución esquizofrénica es un hecho cotidiano en cuanto a prácticas médica-psiquiátricas se refiere. En este sentido, nos señala Ey (1976) en su Tratado de Psiquiatría que, a partir de la organización progresiva de los trastornos, de su movimiento evolutivo, es posible reconocer el proceso esquizofrénico que se encuentra vías de formación. En una esquematización clínica basada en la continuidad o discontinuidad del desarrollo mórbido, puntualiza el autor, pueden distinguirse diferentes formas de inicio de la enfermedad.

Tras peripecias, pródromos, lentas progresiones o estallidos, se instaura la esquizofrenia, pero lo esencial del cuadro debe ser descrito sin olvidar que las psicosis esquizofrénicas evolucionan

por lo general durante años; puede decirse que durante la mayor parte de la existencia. Entre los elementos descriptivos básicos se encuentran por una parte la disgregación de la vida psíquica (modo esquizofrénico de desestructuración de la conciencia y de la personalidad, llamado Síndrome de Disociación), y por otra una producción delirante. Ambos aspectos son estrictamente complementarios y están unidos por caracteres comunes: la ambivalencia, la extravagancia, la impenetrabilidad y el desapego, que dan a la sintomatología su carácter particular.

La extravagancia aparece como resultado de la distorsión de la vida psíquica, cuya pérdida de unidad, incomodidad y malestar conducen a rodeos extraños o fantásticos que dan la impresión de una serie de paradojas encadenadas caprichosamente.

Igualmente la incoherencia en el mundo de las relaciones, su tonalidad enigmática, y el hermetismo de sus intenciones, conductas y proyectos determinan la impenetrabilidad que caracteriza al esquizofrénico. Por otra parte, el retraimiento del enfermo hacia sí mismo y el abandono a la ensoñación interior definen el desapego típico de esta condición.

Finalmente la ambivalencia se manifiesta como una experiencia de antagonismo simultáneo o sucesivo de dos sentimientos, de dos expresiones, de dos actos contradictorios: deseos amor-odio, afirmación-negación, etc. Los términos opuestos son vividos conjuntamente en una especie de yuxtaposición (Ey, 1976).

La actividad delirante

Partiendo de las manifestaciones ya descritas se hace evidente la instauración progresiva del delirio, que va creciendo hasta constituir una modalidad en las relaciones y en la comunicación. Verdadero signo de alarma en la psicosis, el delirio evidencia la fisura del "Yo". Con frecuencia las ideas delirantes suelen surgir aparentemente sin razón. Generalmente los temas que aparecen son de tipo hipocondríaco, de influencia, de envenenamiento o de transformación.

Más a menudo se desarrolla un sistema de ideas que mezcla especulaciones abstractas con interpretaciones e intuiciones deli-

rantes. La invasión delirante no se hace entonces calladamente ni por una sorda infiltración, sino que estalla por medio de experiencias alucinatorias o de despersonalización (Ey, 1976)

La vivencia delirante es caótica, está compuesta de ilusiones, interpretaciones y alucinaciones, el mundo interior está perturbado y las sensaciones cenestésicas alteradas. El carácter inefable de la experiencia introduce un sentimiento de extrañeza, vivido como un desquiciamiento muy difícilmente expresable, menos aun formulable. La experiencia es y permanece oscura, se trata de algo “misterioso”. El sujeto no puede encontrar las palabras para analizarlo, lo que le permitiría despegarse un poco de ello. Muy a menudo la “extrañeza” es vivida en la esfera del cuerpo y el pensamiento. (Ey, 1976)

Pero la forma más frecuente de delirio está representada en el esquizofrénico por la experiencia de una influencia; se siente entonces bajo la fuerza de una serie de comunicaciones o de guía a distancia del pensamiento; fluidos, ondas radares lo captan y lo constriñen (Ey, 1976).

Disgregación de la vida psíquica: Síndrome de disociación

La disgregación puede definirse como un desorden discordante de los fenómenos psíquicos, los cuales han perdido su cohesión interna. Sus efectos se manifiestan en alteraciones del sistema lógico, desorganización de la vida afectiva, alteraciones psicomotrices y particularmente en trastornos del curso del pensamiento, del campo de la conciencia y del lenguaje; estos últimos de mayor interés en el tema que nos ocupa.

Las manifestaciones clínicas que a continuación se describirán responden a aquellos avatares que sufre el Yo.

1. Alteraciones del sistema lógico

Desde la perspectiva psiquiátrica tradicional, el pensamiento arcaico o irreal constituye no un pensamiento demencial sino un pensamiento regresivo, gobernado por las exigencias afectivas y por la necesidad de modificar el sistema de realidad, de escapar a las leyes y de las categorías lógicas del entendimiento. Arcaico, ya

que está caracterizado por una regresión al nivel prelógico donde las palabras poseen el poder de modificar el mundo externo y la persona misma, constituyéndose en cierta forma una mentalidad mística consecuencia de la ingenuidad del pensamiento. Irreal por ser un pensamiento paralógico, a la vez simbólico y sincrético. Las abstracciones de este pensamiento no son los modos lógicos por los cuales se obtiene un concepto en la realidad conocida, sino que son refugios, retiradas sistemáticas sin base objetiva. (Piro, 1987)

2. Discordancia psicomotriz

De acuerdo a Ey (1976), la ambivalencia provoca una especie de oscilación perpetua en la iniciativa motriz, así como en la ejecución y en la suspensión del movimiento. En relación con la mímica facial, conduce a una serie de expresiones paradójicas que se presentan sin coordinación entre la expresión y la emoción. Las impulsiones, el negativismo, las estereotipias y la catalepsia responden igualmente a los efectos de esta ambivalencia.

3. Desorganización de la vida afectiva

Donde la esquizofrenia pone de manifiesto uno de sus aspectos fundamentales es en la comunicación; ésta cuando no está truncada es realmente limitada. Progresivamente la persona con esquizofrenia se encierra en un círculo de creencias, de deseos y de sentimientos intensos, una mezcla de relaciones ambiguas que se esfuerza en destruir y recrear sin descanso. A partir de la situación parental, proyecta en todos quienes lo rodean, los afectos y fragmentos de imágenes que fastasmatisan las primeras relaciones fundamentales. Se evidencia una adaptación desviada de las expresiones emocionales que aparecen ante el otro de manera desconcertante y aparentemente inmotivadas (Ey, 1976).

4. Trastornos del curso del pensamiento y del campo de la conciencia

El pensamiento esquizofrénico aparece desordenado y en ciertas ocasiones lentificado hasta llegar a la perseverancia (estancamiento, rumiación mental de interminables series de palabras o ideas, denominación automática de objetos), precipitado, prolijo y/o discontinuo.

Un fenómeno notable es la interceptación, es decir, el relato se detiene bruscamente durante algunos segundos y sin que se experimente molestia alguna ante este hecho, el pensamiento se eclipsa, queda como en suspenso, para luego reanudar la conversación sobre el tema precedente o sobre otro surgido bruscamente. La persona con esquizofrenia indica por la forma de su razonamiento, la mala coherencia de su contenido psíquico: la estructura diferenciada e intencional del acto psíquico está dislocada (Piro, 1987).

5. Trastornos del lenguaje

Ciertamente no puede separarse el pensamiento de su expresión verbal, por ello el estudio del lenguaje de personas con esquizofrenia permitirá comprender los procesos de discordancia a los cuales se ha hecho referencia.

5.1 Alteraciones Fonéticas

Estas presentan la misma falta de intencionalidad unificadora del razonamiento. Entonación, ritmo y articulación están desintegrados; lo mismo ocurre con la estructura de las palabras cuya unidad frecuentemente es rota. Con regularidad la elocución de estos sujetos presenta característicos saltos de intensidad como son la afonía e hipofonía voluntarias. Por otra parte la estructura fonética de la palabra sufre en personas con este diagnóstico todos los tipos de alteraciones posibles; sustituciones, duplicaciones de las vocales iniciales, inversiones son típicas alteraciones del patrimonio verbal (Piro, 1987)

5.2 Alteraciones semánticas

Alteraciones gramaticales e incoherencias sintácticas caracterizan las más frecuentes modificaciones que del lenguaje se observan en la persona con esquizofrenia. Pueden observarse toda una serie de perturbaciones gramaticales y sintácticas que afectan el lenguaje, pero que garantizan de alguna manera la conservación de la estructura de las frases, así como también una pérdida completa del orden verbal y/o una extrema simplificación de las frases hasta alcanzar un estilo telegráfico. Este estilo discursivo -en el sentido de la estructuración gramatical- tiende como se ha dicho a la simplificación, por lo cual resultan fácilmente suprimidas determinadas categorías de palabras, como artículos, pronombres personales, pronombres demostrativos, conjunciones, adverbios.

De esta forma, el lenguaje -y su estilo discursivo- se torna pobre, reducido al mínimo indispensable. Otras veces la simplificación viene dada por el uso de verbos en infinitivo o la supresión del plural, o del género. Así pues, la significatividad del lenguaje está fuertemente comprometida y el mismo puede volverse del todo incomprensible (Piro, 1987)

Por otra parte los neologismos, “palabras nuevas” creadas por el sujeto, constituyen términos personales, “privados” en cierto sentido, e incomprensibles para los demás.

La incoherencia sintáctica es frecuente y consigue transformar el lenguaje en una ensalada de palabras. La forma más común de lenguaje semánticamente disperso está constituido por una serie verbigerativa de frases sin aparente significado, y proposiciones incomprensibles o absurdas hasta el punto de deformar completamente la estructura lingüística, de modo que resulta de ellos una total incoherencia o una (aparente) completa carencia de significado (Ey, 1976).

El lenguaje verbal de la persona con esquizofrenia y su actitud hacia el interlocutor pueden estar frecuentemente perturbadas o pueden permanecer en otros casos completamente inalteradas. Aún así, la conversación representa para esta persona una situación a menudo complicada y en ciertos casos dramática. La dificultad de la relación con el otro actúa aquí plenamente y puede determinar situaciones donde a través del mutismo se alcanza un bloqueo total de la comunicación.

En el habla esquizofrénica, una de las formas características viene dada por el soliloquio, el cual puede adquirir las formas más variadas (conducido en voz alta o baja, en presencia de otros o a solas, breve o extenso) y su contenido puede estar atiborrado de todos los tipos de alteraciones fonéticas, sintácticas y semánticas (Ey, 1976).

Otra de las manifestaciones que resaltan en este lenguaje verbal es el gradual o imprevisto decaimiento de la atención durante la conversación. Este fenómeno aparece vinculado a un deslizamiento del interés -ya inicialmente débil- por el interlocutor. En este sentido la distracción de la conversación debe ser diferenciada de la interrupción, esta última psicopatológicamente determinada.

Son frecuentes del mismo modo las verbigeraciones o frases de conversación rápida, brillante, impulsiva y las más de las veces privadas (aparentemente) de significado; frases y palabras que se suceden con gran rapidez. De acuerdo a Piro, a pesar de que la actitud de la persona con esquizofrenia es genéricamente discursiva, y el lenguaje parece usado como medio de expresión y comunicación, el resultado en la producción verbal es nulo a los fines de la comprensión del discurso. Por el contrario, las cantinelas, letanías o declamatorias se diferencian de las verbigeraciones porque en estas últimas aún es visible un esfuerzo de comunicación y un residuo de estructura formal; en el caso de las letanías o cantinelas se trata de producciones sonoras que no tienen ningún carácter de lenguaje, ni en la estructura ni en la función; no pasan de ser producciones silábicas o vocales (Piro, 1987).

En el recorrido realizado para la descripción de la esquizofrenia y sus manifestaciones predomina indudablemente el discurso psiquiátrico, muy eficiente a la hora de describir y taxonomizar condiciones de la vida psíquica.

Sin embargo, otras teorías como las psicoanalíticas y las comunicacionales, han renovado de alguna forma esta actitud fundamentalmente descriptiva hacia la persona con esquizofrenia, al trascender un poco más y considerar también lo que sucede en su entorno, a través suyo y en su propia persona. Bajo la mirada de estas teorías, la persona con esquizofrenia ya no puede ser considerada en forma aislada, como simple portadora de una enfermedad, sino en una estructura compleja, de la cual representa un síntoma.

Este hecho ha propiciado una visión terapéutica menos sesgada y ha permitido demostrar que además de describir los síntomas detalladamente, también es posible hablar con la persona con esquizofrenia, pero sobre todo que es posible escucharla. De estas teorías nos ocuparemos a continuación.

Psicoanálisis y Psicosis

El concepto de esquizofrenia ha tenido una evolución de larga data, pero es recién en 1911, y por influencia del psicoanálisis, que surgen tres textos que intentan ordenar el trabajo en el campo de la psicosis para establecer conceptos que más allá del aspecto

descriptivo planteen la cuestión de la estructura psicótica. Desde ese entonces, aparecen trabajos como los de S. Freud (“El caso Schreber”, 1911); de E. Bleuler (“Demencia precoz: El grupo de las esquizofrenias”, 1911); y de C.G. Jung (“Acerca de la libido”, 1911)

En general, separando a M. Klein y sus alumnos, los analistas habían tomado un rumbo respecto a la psicosis que la excluía de la práctica psicoanalítica, pues esquivaban su tratamiento y eludían la presencia del psicótico argumentando que la doctrina freudiana había sido concebida para la neurosis.

Freud en 1911 en relación al caso de Schreber, plantea su renuncia en el ensayo de un plan curativo para la psicosis, pero deja una puerta sin cerrar al afirmar que dicha renuncia puede ser sólo temporaria hasta hallar un plan más idóneo. Al encuentro de ese plan se consagró J. Lacan.

Al igual que Freud, Lacan se mostró interesado desde muy temprano en el fenómeno psicótico, y es con su tesis doctoral en 1933 que marca su inmersión en el mundo de la psicosis. Su trabajo, titulado “De las psicosis paranoicas en sus relaciones con la personalidad”, no sólo representa una crítica a las teorías de orden organicista planteadas por Henry Ey y otros autores, sino que se constituye como puente de paso de la psiquiatría al psicoanálisis.

Descripciones Clínicas desde el Psicoanálisis:

Desde una mirada psicoanalítica también es posible encontrar descripciones claras de las manifestaciones clínicas de la esquizofrenia; Laplanche y Pontalis (1993) por ejemplo, incluyen entre una serie de características, la incoherencia del pensamiento, de la acción y de la afectividad (que se designa con las palabras clásicas de discordancia, disociación y disgregación), la separación de la realidad con replegamiento sobre sí mismo y predominio de una vida interior entregada a la producción de fantasías, actividad delirante más o menos acentuada, siempre mal sintetizada; por último, el carácter crónico de la enfermedad, que evoluciona con ritmos muy diversos hacia un deterioro intelectual y afectivo, conduciendo a menudo a estados de aspectos demenciales.

Complejo de Edipo y su relación con la psicosis

Sin duda el psicoanálisis está ligado a la idea del Complejo de Edipo como estructura fundamental de la constitución del sujeto y la subjetividad. Es desde allí, que cuestiones como la distinción entre neurosis y psicosis adquieren sentido.

Grosso modo, podemos entender al Complejo de Edipo como un fenómeno cultural, donde la prohibición del incesto es preexistente al individuo y está mediada por la función paterna, introduciendo así la dimensión social, es decir la mayoría de los emblemas, tradiciones, valores y demás significaciones ideológicas en juego para la inscripción social del sujeto (Aparicio, 1984).

Desde las más tempranas etapas de la vida, la relación madre-hijo se constituye en función de un orden de inscripciones, de vivencias, de satisfacción que el sujeto tratará de renovar continuamente en forma de fantasías. La prematurez propia del ser humano, crea en el niño algo más que la fijación duradera a sus primeros objetos de amor: origina además un deseo de fusión (Horstein, 1979).

Así, la ruptura de la unión con la madre será vivida por tanto como la pérdida de una parte importante de sí. Cerca de la madre se encuentra generalmente el padre (o aquel quien ejerza esta función), ese otro sujeto al que ella está unida por una relación privilegiada y que es responsable del quiebre de la relación exclusiva madre-niño. Al buscar la madre en un tercero lo que el niño no puede colmar, lo destituye de su posición de privilegio (Horstein, 1979).

La decepción Edípica implica que en el lugar del deseo de la madre está el padre, y que el niño, desalojado del privilegio absoluto de la relación dual, deberá someterse al orden de la ley. La operación Edípica es llamada Metáfora Paterna en la enseñanza de Lacan, pues implica la sustitución de un término por otro: el lugar ocupado por el deseo de la madre pasa a ser ocupado por el significante del Nombre del Padre.

La castración se entiende desde aquí como el momento de ruptura entre la identificación y la relación objetal, es el instante de corte que inaugura la pérdida de toda unión y representa ese sacrificio de objeto que tiene valor estructural para el sujeto. Al desear otra cosa, la madre se presenta ante el sujeto como incompleta,

ya el niño no es todo lo que la madre aspira tener, ahora, el deseo materno está dirigido a otro lugar, desalojando al sujeto de su posición (Horstein, 1979).

Finalmente la situación Edípica es una situación de exclusión absoluta para el niño, donde se ve desposeído de la madre por el padre, pero también del padre por la madre. El valor antropogénico del Edipo se sitúa a nivel del pasaje a lo simbólico, pues el niño efectúa su entrada en lo humano en tanto la intervención castradora del padre instauro la ley. La prohibición del incesto funciona como significante de un límite que no debe ser traspasado.

El Complejo de Edipo representa en realidad el precio pagado por el sujeto al orden simbólico, por su entrada en el reino de la cultura. Condición de posibilidad de todo sujeto, el complejo de Edipo constituye a la vez sus fronteras y sus límites (Aparicio, 1984)

Desencadenamiento Psicótico

En el universo del psicótico el Nombre del Padre está meramente excluido, literalmente no existe en él. Lacan empleará el término forclusión para el mecanismo en juego en esta operación. El desencadenamiento psicótico ocurre entonces ante una situación que evoca para el sujeto la idea de un referente (simbólico) que nunca llegó a poseer, se enfrenta por tanto a la falta de un significante primordial (el significante del Nombre del Padre) el cual nunca llegó a ocupar su lugar por la vía edípica. Así, donde debía estar el registro de la paternidad simbólica sólo hay un hueco, una brecha a la cual el sujeto debe enfrentarse, de ahí la sensación habitual de fin de mundo que se advierte en los primeros estadios de una psicosis.

Pero el psicótico no se desencadena sólo bajo la presión de emociones o de afectos más o menos acentuados, el estallido aparece a la luz de una serie de coyunturas ordenadas y reguladas en un momento específico. Es cuando las circunstancias le piden responder con significaciones a las ideas de la vida, la muerte, el sexo o la identidad, por ejemplo. Se trata de significaciones ausentes debido a la forclusión del significante del Nombre del Padre (Miller, 1984).

La condición permanente de la estructura psicótica y su desencadenamiento queda ilustrada claramente por Lacan en lo que llamó la metáfora del taburete:

“Todos los taburetes tienen cuatro pies (...) Puede que en un comienzo, el taburete no tenga suficientes pies, pero que se sostenga de todos modos hasta un momento cuando el sujeto, en una determinada encrucijada de su historia biográfica, se halla confrontado a este defecto que existía desde siempre” (Lacan en Aparicio, 1994)

Así, al llamado del significante del Nombre del Padre responde un puro y simple agujero, agujero simbólico determinado por la ausencia del significante primordial. El desencadenamiento no es más que el resultado de la recusación de este significante, cuando el sujeto se ve enfrentado a una situación que le exige algo más que las muletas imaginarias con las que hasta entonces intentó suplir dicha falta. La paternidad es una situación de este tipo; no hay modo de acceder a ella por otra vía que no sea la simbólica (Aparicio, 1984).

Confrontado al vacío simbólico, el sujeto se precipita en una catástrofe imaginaria, crepúsculo de su mundo. El cataclismo imaginario y la profunda perturbación del discurso que se conocen como manifestaciones típicas de la psicosis, aparecen como consecuencia de esta falta (la de uno de los pies del taburete).

Lacan califica como momento fecundo a esta fase preparatoria hecha de dudas y de perplejidad que antecede al desencadenamiento delirante. De este modo surge la perplejidad, fenómeno clínico que se presenta en las fases agudas durante las cuales el sujeto queda expuesto a una experiencia que le es enigmática (Aparicio, 1984).

En el momento del estallido psicótico, el fenómeno elemental se muestra bajo la forma de alusión, esto es, el sujeto no puede dar cuenta de lo que le está ocurriendo, puesto que hay algo que permanece suspendido, invadiéndolo y confundiéndolo (Kizer, 1988).

Lacan encuentra en el fenómeno de perplejidad el resultado de una falla en las relaciones del sujeto con el significante. De esta manera, la perplejidad ya no se explica como una disolución del yo, o una regresión a funciones más arcaicas, sino a partir de una falla en el orden simbólico. (Uribe, 1996).

El hecho de que lo forcluido sea un significante primordial, lleva al sujeto a un punto en el que pone en duda el conjunto de su sistema signifiante. Por esto, el psicótico se ve obligado a responder mediante nuevos significantes, a volver a estabilizar su mundo mediante el trabajo del delirio, a suplir como pueda la carencia del Nombre del Padre.

El delirio, un mecanismo para obturar la brecha abierta

La ausencia del significante del Nombre del Padre produce una ausencia de significado, y el delirio psicótico intenta subsanar esa significación faltante para cerrar la brecha abierta; es en cierto modo una forma de dar sentido al mundo amenazador que le rodea, amenazador justamente por la falta de una significación esencial que le imponga un orden. Falto de una relación con un significante ordenador, el psicótico se agarra a esos juegos de significantes que son los delirios (Miller, 1984).

Desde el pensamiento psicoanalítico puede entenderse al delirio como algo estructurante en tanto intento de relación del sujeto con el Otro, una suerte de restitución del 'orden' perdido. De allí que la formulación freudiana de la formación delirante como una tentativa de reconstrucción, equivalente a un esfuerzo del sujeto por restablecer el vínculo con el mundo, continúa vigente en los planteamientos lacanianos.

Lacan señala, que la construcción de la metáfora delirante (como él lo denomina) constituye una suerte de remiendo de aquella malla simbólica rota y es incapaz de incluirse dentro de cualquier categoría plausible o verosímil (Aubert, 1988).

La pseudo-lógica del delirio, es capciosa y falaz, se autojustifica y está subordinada a un postulado afectivo, donde el sujeto se disuelve en su propia creencia. Esta lógica afectiva es de carácter binario y por lo tanto no se puede explicar a partir de la lógica tradicional, (Aubert, 1988). Por tanto, aquellas construcciones verbales que han sido tradicionalmente descritas como nulas en su valor comunicacional, lo son sólo ante un Otro que no comparte el sistema lógico desde el cual están siendo generadas. Por ende, el prejuicio según el cual al psicótico le falla la lógica, es en sí un prejuicio desde el sentido común (Lombardi, 1995).

Finalmente, desde el pensamiento psicoanalítico es posible debatir aquellas ideas propias de la psiquiatría tradicional sobre la imposibilidad de comunicación del psicótico. La ausencia de significaciones comunes podría hacer pensar que todo en la psicosis es un *sin-sentido* y es verdad que no se encuentra en ella un sentido común. Sin embargo, a través del delirio, el psicótico puede estabilizar un campo de significaciones propias no compartido con el interlocutor.

Psicótico: Objeto de Goce del Otro

Sólo puede tenerse una idea de qué es el goce en la medida que se hable de él. Se trata de la referencia freudiana a un estado en que las pulsiones se satisfacen cada una por su propia cuenta sin que exista ninguna organización de conjunto, pero sobre todo, sin que en su constitución se vea implicado el otro. Solo, un cuerpo puede o no gozar. En la acepción Lacaniana el goce es real, o sea, es algo que está fuera de la simbolización y el sentido, es constante y vuelve siempre al mismo lugar (Beneti, 1988).

Lo que separa el goce del cuerpo es el significante, este constituye una barrera fundada por el lenguaje. Esta separación tiene efecto en la vida humana a través de la educación, las reglas y normas del mundo social que instauran cadenas, redes significantes que por una parte atemperan el goce y lo separan del cuerpo, y por otra ligan este último al lenguaje. La estructura edípica cumple un papel en este sentido.

Como ya se ha mencionado, la función paterna quiebra la relación dual madre-hijo, destituye al sujeto de su posición privilegiada y al tiempo impone la castración materna. Esto es, coloca ante el niño a la madre (el Otro) incompleta, tachada por una falta. Con esta operación hay una reducción en la vida pulsional, un ordenamiento significante.

Pero, en la estructura psicótica, la forclusión del Nombre del Padre, efecto del fracaso del abrochamiento de la metáfora paterna, deja permanecer esa relación privilegiada con la madre, donde ésta representa un otro completo, sin barramiento alguno. El psicótico tiene que vérselas con un Otro no castrado, no descompletado, y encarna en su cuerpo el objeto de la vida pulsional del Otro. El sujeto sabe, con la certeza de la psicosis que el Otro goza de él (Kizer, 1988).

Fuera de toda posibilidad de simbolización, el psicótico queda invadido por un goce no localizado, no anclado, no simbolizable. Excluido de una red significativa el goce en el psicótico permanece fuera de discurso.

En la psicosis existe un retorno del goce desde lo real; de allí la reflexión freudiana presente en el caso Schreber, en su apartado sobre el mecanismo paranoico, donde afirma que “lo interiormente reprimido retorna desde el exterior” (Freud, 1911/1996, p.1520) y que Lacan va a trabajar rigurosamente.

En la esquizofrenia, el goce emerge desde su ámbito para invadir la vida del sujeto avasallándolo en su cuerpo. No existe la posibilidad de atemperar el goce o separarlo del cuerpo, pues la barrera fundada en el lenguaje no se constituyó. El goce en la esquizofrenia queda atrapado en el cuerpo y aparece como el sostén de vivencias catatónicas, de putrefacción o cadaverización del cuerpo, así como también de ese “lenguaje de órgano” que define el hablar esquizofrénico (Kizer, 1988).

Es por ello que aquellas manifestaciones que son descritas desde el discurso médico-psiquiátrico como graves alteraciones en el área de la psicomotricidad, responden, desde el planteamiento psicoanalítico, precisamente a esa falta de ordenamiento discursivo en el sujeto psicótico, que lo imposibilita a organizar tan siquiera sus órganos en una unidad llamada cuerpo.

“Cuando la pérdida de los límites es tan brutal, el sujeto se ve ante el caos de sus propios órganos y de las funciones que les adjudica el lenguaje sin la ayuda de ningún órgano, de ninguna lógica” (Lombardi, 1995, p 65)

Psicosis: Dentro del Lenguaje y fuera de Discurso

La palabra discurso, desde el psicoanálisis remite a la idea de vínculo social; es lo que regula según un orden preciso los vínculos que los humanos establecen entre ellos sin saberlo. Las personas están encadenadas, unidas, y ello es justamente porque hablan (Rabinovich, 1976)

Además de su uso corriente, en la enseñanza lacaniana el término tiene una connotación lingüística, pues apunta a una serie superior a una frase, el discurso forma un mensaje que tiene un comienzo y un cierre.

“El discurso para Lacan tiene un alcance mucho más amplio que el uso simple de la palabra. Es una estructura, una estructura que da su marco a la palabra y que, por ello, la orienta según su lógica propia. En suma, la posibilidad de la palabra, es decir, el llamado al Otro, se da en el marco del discurso. El discurso encadena la palabra y le da sus leyes.” (Clastres, 1986)

Lo que la observación del fenómeno psicótico revela es que aun disponiendo del mismo lenguaje que los demás, el psicótico hace de él un uso muy distinto. Los significantes se agolpan, se aglutinan en fonemas desenfrenados, alejados de la lógica posicional, creando neologismos, frases incompletas o vacías (Ateneo psicoanalítico de Córdoba, 1988). De allí que para Lacan el psicótico está fuera del discurso, visto este como una estructura.

A propósito de la ruptura del sujeto psicótico con un orden simbólico o discursivo, pero desde una postura epistemológica distinta al psicoanálisis, aparece la Teoría del doble vínculo, que intenta dar cuenta de la complejidad del fenómeno de la esquizofrenia más allá de las mono-causalidades y simplificaciones medico-psiquiátricas que en diversas oportunidades se emplean como única alternativa.

Teoría de la Comunicación: Doble Vínculo y Esquizofrenia

Debido a la relación entre el papel de la familia y la aparición de síntomas esquizofrénicos, se han llevado a cabo numerosos estudios a fin de determinar el papel del medio familiar en la génesis de esta patología.

La teoría del doble vínculo sostiene en este sentido, que el esquizofrénico ha crecido en una situación de aprendizaje, en la cual es necesario responder a mensajes de contenido contradictorio. Se considera de esta forma a la esquizofrenia como una forma de adaptación secundaria a un tipo de comunicación aprendida en relación con un tipo de interacción (familiar) determinado y constante.

Bateson y la escuela de Palo Alto (1956)

La teoría de la psicosis establecida por Bateson y mantenida desde 1956 por su escuela, se apoya básicamente en la idea de que deberían ser tomados en cuenta los tipos y modos comunicacionales en las que está inmerso el sujeto, y en consecuencia plantear los problemas en términos de comunicación: el nexos patológico del esquizofrénico vendrá dado por la hipótesis del doble vínculo.

Bateson (1972) propone un enfoque de doble vínculo, desde el cual, la continuidad en las comunicaciones humanas se quiebra reiteradamente y de manera inevitable en la psicopatología de las comunicaciones cotidianas. La intensión de esta propuesta es demostrar que tal patología en su forma extrema presenta síntomas cuyas características formales la llevan a ser clasificada como esquizofrenia.

Los seres humanos manejan diferentes formas de comunicarse, donde entran en juego el humor, la fantasía, la metáfora, la imaginación, entre otras.

El humor, por ejemplo permite explorar temas implícitos en el pensamiento mediante el empleo de mensajes que se caracterizan por ser una condensación de tipos lógicos o modos comunicacionales que evidentemente para el momento no representan una discontinuidad. Así, las señales que se emiten son evidentemente de un tipo superior al mensaje en que formalmente vienen dadas e igualmente alcanzan una estructuración y rotulación más complejas (Bateson, 1972).

Ahora bien, los esquizofrénicos presentan dificultades o diferencias al asignar los modos comunicacionales correctos a:

- a) los mensajes que recibe de otras personas.
- b) los mensajes que él mismo emite de manera verbal.
- c) sus propios pensamientos, sensaciones, percepciones.

En cuanto al pensamiento esquizofrénico es posible afirmar que éste opera en base a una silogística paradójica, silogismos distorsionados donde se identifican predicados tales como:

Los hombres son mortales.

La hierba es mortal.

Los hombres son hierbas.

El ejemplo anterior nos permite concebir a la elocución esquizofrénica como rica en metáforas, y aunque éstas son un recurso vital en la expresión y construcción de toda comunicación humana, la diferencia está en que el esquizofrénico hace uso de metáforas no rotuladas.

Según las propuestas de las teorías del aprendizaje es posible afirmar que los seres humanos emplean el contexto como guía de selección de los modos de comunicación. Es decir, que el esquizofrénico vive en un universo donde las secuencias de acontecimientos son tales que sus hábitos comunicacionales desviados resultan adecuados de alguna manera (Bateson, 1972).

La proposición de esta teoría es que tales secuencias producidas en la experiencia externa del paciente son de alguna manera responsables de los conflictos interiores en la asignación de modos comunicacionales. Para denominar estas secuencias no resueltas de experiencias se emplea el término “Doble Vínculo” (Bateson, 1972),

Recurrimos a Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) para revisar la descripción que hicieron sobre una situación de doble vínculo. Así, En cualquier situación particular, dos o más personas mantienen una relación intensa y vital, como la familia, la amistad, el amor, la psicoterapia; y en ella se dan procesos tales como:

Se es emitido un mensaje que constituye una negación de la existencia del sujeto, pues el mismo contiene proposiciones complementarias y contradictorias entre sí. Por ejemplo, el niño está situado entre la hostilidad de uno de los padres que niega su cólera y al mismo tiempo exige que el niño también la niegue; si el niño le cree al padre, mantiene la relación necesaria para él, pero niega entonces su propia percepción. Si cree en su percepción se mantiene en la realidad, pero piensa que pierde la protección del padre y la madre. Es imposible por tanto decidir el sentido del mensaje y el niño queda de esta forma prisionero de este doble vínculo.

La experiencia se repite durante un largo período. El niño se halla ante la imposibilidad de salir del marco fijado de este modo de comunicación, prohibiéndose la posibilidad de reconocer la contradicción en la paradoja del mismo. La violencia inadvertida es automantenida en el doble vínculo que se convierte así en el modelo de comunicación esquizofrénica. (Watzlawick et al 1967; Watzlawick en Ey, 1976)

El sujeto no puede comentar la contrariedad de los mensajes que se le están comunicando para efectuar su discriminación, es decir, no puede formular una enunciación metacomunicativa, como lo haría cualquier otra persona fuera de esta situación.

Bateson y cols (1972) sostienen que tales comunicaciones distorsionadas tienen efectos directos sobre el comportamiento: En estos casos, si el sujeto cree que la situación de doble vínculo es lógica y coherente para los otros, buscará entonces constantemente explicaciones, constituyendo así el delirio paranoide.

Si el sujeto escoge obedecer al azar (a todas las órdenes o a cualquiera de ellas) de forma literal, adoptará una postura hebefrénica. Pero si en algún caso el sujeto decide bloquear la entrada de información y defenderse contra cualquier percepción, aparece entonces la catatonia.

El doble vínculo es la clase de comunicación que se establece entre la madre y el niño (sujeto pre-esquizofrénico) o entre éste y la familia en general. Pero esta no es exclusiva de los sujetos con esquizofrenia; situaciones altamente estresantes pueden atrapar a cualquier persona en una situación de doble vínculo ante la cual muy probablemente reaccionará igual a una persona con diagnóstico de esquizofrenia.

La situación de doble vínculo hace que cualquier persona se sienta en candilejas. El sujeto con esquizofrenia se siente todo el tiempo bajo un foco, de una manera tan terrible que responde de una manera insistente y literal aún siendo absolutamente inadecuado, confunden lo literal y lo metafórico en sus propias verbalizaciones y sólo encuentran seguridad ante una situación de doble vínculo en el desplazamiento a un enunciado metafórico.

Tal desplazamiento es más seguro y le permite ante una situación sin salida convertirse en otra persona o insistir que se encuentra en otra parte, ante lo cual la situación de doble vínculo no logra actuar.

Reflexiones finales: nuevas perspectivas

Aproximarnos a la noción de esquizofrenia desde tres perspectivas teóricas, nos demanda un ejercicio de reflexión crítica que posibilite la emergencia de posturas, prácticas, e iniciativas que permitan un tratamiento éticamente responsable.

Se trata de fomentar un posible tratamiento de la psicosis que responda a las necesidades propias y fundamentales de cada individuo. Pero ¿cómo conocer tales demandas si no se escucha a la persona diagnosticada? ¿cómo contribuir a su recuperación sin tomar en cuenta sus propios esfuerzos por restablecer el propio orden perdido?

Si bien es cierto que el encuadre hospitalario (psiquiátrico) permite estabilizar a la persona con esquizofrenia con el uso apropiado del tratamiento farmacológico, también lo es el hecho de que en su mayoría la relación médico-paciente se fundamenta sobre el prejuicio de la imposibilidad de comprender lo que esta persona dice, siente y padece, dada las alteraciones propias de su sistema lógico y los trastornos del lenguaje.

Este contexto de contradicción y **sordera institucional**, propia de situaciones de “doble vínculo”; se vuelve insuficiente para la persona con esquizofrenia, no responde a sus demandas, dificulta aún más el establecimiento del lazo social, lo coloca en una posición pasiva como objeto de estudio y lo aísla del mundo y la realidad social durante un tiempo.

Por décadas, la intervención medicamentosa ha sustituido a la dedicación necesaria para una verdadera recuperación. Se dejó de escuchar, y la clínica se limitó a la búsqueda de la adecuación del síntoma a la plantilla clasificatoria que son los manuales para el diagnóstico de las enfermedades.

No debería bastar con el control de la actividad neuroquímica mediante el uso de psicofármacos para el logro de la llamada

“estabilización”. Sería justo considerar también los mecanismos generados desde el propio sujeto en la búsqueda de tal fin. Desde la práctica psiquiátrica más tradicional, el delirio es el blanco del tratamiento medicamentoso, y es calificado como **anormal y peligroso**, pero desde otras perspectivas el delirio resulta un importante compromiso del sujeto por explicar su propia condición. Es necesario retomar el hábito de la escucha y validar la construcción delirante en la clínica de la psicosis como algo más que un síntoma.

En muchos países de Latinoamérica y el mundo predomina el modelo tradicional psiquiátrico, pero no se puede negar el campo que han ganado los modelos de intervención comunitaria, familiar, y psicosocial. Los lineamientos de salud pública propuestos por organismos internacionales de salud como la Organización Mundial de Salud (2006; s/f) y la Organización Panamericana de la Salud (2009) promueven cada vez más la psiquiatría comunitaria y la prevención como estrategias fundamentales. Rehabilitación cognitiva, capacitación para el trabajo, modelos de intervención a domicilio, programas familiares y de sensibilización comunitaria, son todas propuestas que prometen una intervención más allá de la estabilización medicamentosa.

Sin embargo, estos mismos organismos internacionales de salud indican que tales modelos aun no se implementan adecuadamente; la relación costo-eficacia continúa favoreciendo el modelo psiquiátrico tradicional y el presupuesto dedicado a atención primaria en América Latina y el Caribe es prácticamente nulo.

Abrirse a la escucha del paciente mental, llegar a sus familias y comunidades, considerar su reinserción social como parte fundamental de la estabilización, son todas formas de promover una intervención más justa y duradera. El reto: perseverar en la aplicación de modelos de salud que rescaten el discurso del paciente mental, que fomenten su abordaje como ser social, y que promuevan un verdadero acompañamiento en los contextos más favorables. En palabras de Freud, el reto sigue siendo “no retroceder ante la psicosis”

Notas

1. Este análisis -que no presentaremos en este artículo- forma parte de una investigación nuestra mucho más amplia titulada: “La enfermedad mental y la Institución Psiquiátrica desde el discurso del paciente”
2. Estamos de acuerdo con lo que plantea Pennington, H.J. (2003) en su artículo “Esquizofrenia, genética y complejidad” sobre la tendencia, errónea, de algunos biólogos, investigadores y científicos en general, en sobresimplificar los fenómenos, desatendiendo la complejidad y enfatizando finalmente en explicaciones monocausales de la esquizofrenia.

Referências

- American Psychiatric Association. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a.ed.). Madrid, España: Masson.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (40th ed.). Washington, DC: Author.
- Aparicio, S. (1984). *De la Verdrangung a la Forclusión. Escansión Ornicar?* (1) 84-118
- Ateneo Psicoanalítico de Córdoba. (1991). Las funciones del padre en las neurosis y psicosis. In Fundación del Campo Freudiano. *Clínica Diferencial de las Psicosis: Relatos presentados al quinto encuentro internacional* (pp 238-245). Buenos Aires, Argentina: Author.
- Aubert, J.; Baccara, J.P. & Serge, P. (1991). *Aspectos del Delirio*. In Fundación del Campo Freudiano. *Clínica Diferencial de las Psicosis: Relatos presentados al quinto encuentro internacional* (pp 85-92). Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Barbato, A. (1998). *Schizophrenia and public health*. Nations for Mental Health. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization. Recuperado el 20 de agosto de 2010 de http://www.who.int/mental_health/media/en/55.pdf

- Bateson, G. (1972). *Doble Vínculo v Esquizofrenia*: Buenos Aires, Argentina: Carlos Lothé.
- Beneti, A. (1991). Verneinung: Clínica diferencial entre neurosis y psicosis. In Fundación del Campo Freudiano. *Clínica Diferencial de las Psicosis: Relatos presentados al quinto encuentro internacional* (pp. 223-231). Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Broustra, J. (1979). *La esquizofrenia*. Barcelona: Herder.
- Clastres, G. (1986). Sobre la noción de discurso en Lacan. *Analítica*, 8 (9), 15-29.
- Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2001).(22a ed). Madrid, España: Espasa.
- Ey, H. (1976). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona, España: Toray-Masson.
- Freud, S. (1996). *Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (Obras Completas). Madrid, España: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado en 1911).
- Hornstein, L. (1979). Acerca del Edipo. *Analítica* (1) 59-89.
- Kizer, M.; León Vivas, E.; Luongo, L.; Portillo, R.; Réquíz, G. & Ravard, J. (1991). *El otro en las psicosis*. En Fundación del Campo Freudiano. *Clínica Diferencial de las Psicosis: Relatos presentados al quinto encuentro internacional*. (pp 115-126). Buenos Aires, Argentina: Manantial.
- Laing, R. (1979). *El yo dividido: Un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1993). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona, España: Labor.
- Lombardi, G. (1995). *La psicosis*. Buenos Aires, Argentina: Atuel.
- Miller, G. (1984). Acerca de la clínica en la psicosis. In Fundación Del Campo Freudiano *¿Cómo se analiza hoy? Documentos de trabajo preparados para el tercer encuentro internacional* (pp. 207-223) Buenos Aires, Argentina: Manantial.

- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental: Derechos humanos y legislación*. Recuperado el 23 de agosto de 2010, de http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *En toda América, el tratamiento disponible dista mucho de satisfacer las necesidades de salud mental*. Recuperado el 20 de agosto de 2010 de http://www.new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1884&Itemid=25
- Pennington, H. J. (2003). Esquizofrenia, genética y complejidad. *Actualidades en Psicología*, 19 (106), 148-154.
- Piro, S.(1987). *El Lenguaje esquizofrénico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rábinovich, D. (1979). El psicoanalista entre el amo y el pedagogo. *Analítica* (1) 29-57.
- Uribe, G. (1996). Psicosis y perplejidad. *Analítica* (15) 31-39.
- Watzlawick, Paul, Veabin, Janet H, & Jackson, Don D. (1967). *Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Buenos Aires, Argentina: Tiempo Contemporáneo.

Recebido em 13 de fevereiro de 2010

Aceito em 17 de março de 2010

Revisado em 08 de abril de 2010