

LOCURA Y NEUROSIS.

JORGE ENRIQUE CHACÓN AFANADOR

**MONOGRAFÍA PARA OBTENER EL TÍTULO DE: ESPECIALISTA EN
PSICOPATOLOGÍA Y ESTRUCTURAS CLÍNICAS.**

ASESORA: BEATRIZ ELENA MAYA

**MAGÍSTER EN CIENCIAS SOCIALES ÉNFASIS EN PSICOANÁLISIS, CULTURA
Y VINCULOS SOCIAL.**

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

MEDELLÍN

2019

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN.....	3
ANTECEDENTES.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
OBJETIVO GENERAL:.....	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	17
JUSTIFICACIÓN.....	17
METODOLOGÍA.....	24
Diseño metodológico.....	25
Técnica de recolección y análisis de datos.....	26
CAPÍTULO 1.....	28
Recorrido histórico en torno a la noción de locura.....	28
La locura en la Edad Media y el Renacimiento.....	28
La noción de locura en la Época clásica.....	30
La noción de locura en el siglo XVIII.....	32
La noción de locura en la Modernidad.....	37
CAPITULO 2.....	40
La neurosis.....	40
La histeria y la medicina científica.....	41
La histeria en el campo de la Psiquiatría.....	42
Jean Martín Charcot: La histeria y la neurología.....	45
Una teoría psíquica de la histeria.....	47
La neurosis obsesiva: Antecedentes psiquiátricos.....	49
La histeria en el psicoanálisis. (Freud).....	52
Enseñanzas de la histérica.....	53
CAPÍTULO 3.....	55
Locura y Neurosis.....	55
CONCLUSIONES.....	62
REFERENCIAS.....	65

INTRODUCCIÓN.

La presente monografía conlleva quizás a una tarea significativa y atrayente: preguntarse por la locura en pleno siglo XXI aun cuando la psiquiatría ha realizado grandes esfuerzos por erradicarla.

Desde hace tiempos, la locura ha sido un enigma; ante esto, la psiquiatría de la modernidad ha pretendido enfrentarla construyendo un saber sobre la base de una disciplina de observación, contando con la observación del enfermo, con intenciones de normalizarlo y adaptarlo bajo la puesta en marcha de prácticas que lo apartan o expulsan de su entorno.

El saber psiquiátrico, soportado en los manuales diagnósticos y estadísticos, reduce al loco sobre una mirada orgánica defectuosa, sostenida en una postura neurocientífica que ha ganado espacio en tiempos de la tecnociencia, descartando así la pregunta por el sujeto (loco). En este sentido, la presente monografía trata de profundizar (rastrear) la noción de locura en la neurosis, habilitando así un reencuentro con una noción cargada de diversas connotaciones y resonancias, toda vez que a lo largo de los años ha recibido diversos significados.

Si bien el tema de la locura se encuentra presente a lo largo de la historia, su definición y concepto ha evolucionado no solo desde el punto de vista social y cultural, sino principalmente al interior de las disciplinas interesadas en su estudio como es el caso específico del psicoanálisis y la psiquiatría, disciplinas que han tratado al loco de manera diferente, bien enalteciendo su locura, abordándola en relación con la posesión demoníaca o aislándolo en asilos y hospitales bajo el propósito de garantizar el orden social. Dichos pasajes en el tiempo han dejado marca significativamente sobre la cultura, así como en las representaciones sociales sobre la locura que de alguna manera han dado origen al temor y rechazo, reflejado en la separación manifestado hacia finales del siglo XVIII, de la que era considerada enfermedad mental.

Teniendo en cuenta la línea de investigación trazada en la presente monografía se hace necesario delimitar a qué se puede referir el término de locura. La locura, por un lado, en cuanto concepto ha

acompañado al ser humano a lo largo de la historia; por el otro, se puede señalar que el significado de dicho concepto varía según el momento histórico. En este sentido, definir la locura puede ser una tarea difícil y es por ello que en este primer capítulo se hace importante realizar un recorrido histórico entorno a dicho concepto, que permita de alguna manera contextualizar al lector respecto al origen del mismo.

Es así como en el primer capítulo se realiza un acercamiento a la historia de la locura a partir de los aportes realizados por Michel Foucault. El capítulo segundo se centra fundamentalmente en explorar las contribuciones realizadas por Sigmund Freud respecto a la neurosis, específicamente en lo concerniente a la neurosis histérica y obsesiva, a la par con lo anterior, se realiza un acercamiento a la postura de la psiquiatría clásica respecto a dichas entidades clínicas, señalando a su vez importantes aportes realizados por J.M. Charcot relacionados con los estudios de la histeria y que a su vez retoma Freud para construir su entramado teórico.

Es necesario abordar los postulados desde el nacimiento de la medicina hasta lo que se podría considerar la edad de oro de la psiquiatría, por cuanto aclara la labor emprendida por Freud ligada a la clínica psicoanalítica, lo que permite comprender de mejor manera su episteme.

El capítulo tercero permite articular los señalamientos abordados en el capítulo anterior, de manera que se logre responder a la pregunta de investigación la cual se centra en: ¿Cuál es el estatuto que debemos darle a la locura en su relación con neurosis?

Todo lo anterior se soporta una investigación de tipo cualitativo con una estrategia metodológica propia de los estados del arte basada en la realización de una revisión documental que permite la sistematización y exposición rigurosa del saber construido sobre un campo de conocimiento o una temática determinada.

ANTECEDENTES.

El rastreo propio de los antecedentes de investigación relacionados con el tema de interés permite identificar los artículos de investigación que, cumpliendo con los criterios de selección (temporalidad, pertinencia y accesibilidad) aportan a la construcción y delimitación del problema de investigación propuesto.

Cabe señalar en primera instancia que los artículos encontrados abordan el tema de la relación entre locura y psicosis. Por un lado, algunos autores establecen una relación de equivalencia entre estos dos conceptos, y por otro, se abordan como conceptos diferentes principalmente en la obra de Lacan.

Es así como Muñoz (2008) en su artículo “El concepto de locura en la obra de Jacques Lacan” realiza un recorrido en torno a las primeras referencias de Lacan sobre la locura. Señala que la distinción entre los conceptos de psicosis y locura nace antes de que el psicoanálisis surja como campo de investigación interesado en el abordaje clínico de lo patológico en la historia de la psiquiatría. Para dicho autor, tomar como equivalentes los conceptos de locura y psicosis acarrea consecuencias clínicas significativas. Soportado en el Seminario 3, en el cual Lacan se dedica principalmente al estudio de la estructura psicótica, Muñoz menciona que en ese Seminario Lacan no emplea el concepto de locura tal como lo trabaja en sus primeros escritos y, en consecuencia, cada vez que la mencione se está refiriendo a la psicosis. A su vez, Muñoz establece que Lacan en el Seminario 3 se refiera a una locura que no es la psicosis, una locura esencial al ser humano, es decir una locura de todos que es la locura propia del ser hablante y otra locura de otro estilo la cual hace referencia a la psicosis. A su vez, Muñoz plantea en este artículo que, si la locura puede coincidir con la psicosis o no, lo mismo puede afirmarse de la neurosis.

A partir de lo señalado, establece que el concepto de locura se sitúa en una región conceptual diversa a la que estamos habituados a recurrir cuando hablamos de las estructuras freudianas. Define la locura como fenómeno y en ese sentido indica que se trata de un observable clínico particular que se relaciona fundamentalmente con el ser del hombre y no con una psicopatología.

En este sentido se habla de “la locura esencial del hombre” y no habla de la locura del sujeto, lo cual parece sugerir que para Lacan esta concepción de la locura no está vinculada a la subjetividad particular sino a la esencia misma del hombre en tanto hablante, sujeto del significante. Por otra parte, de acuerdo con Muñoz en el artículo mencionado, Lacan también trabaja su articulación de la locura con la neurosis, y para ello hace referencia al texto Intervención sobre la transferencia acudiendo al caso Dora. Finalmente, señala Muñoz que, si bien la locura se entiende como un desanudamiento del nudo borromeo, Lacan intenta otra formalización a partir de la estructura neurótica, a partir de la cadena olímpica.

De otra parte, Muñoz (2010) en su artículo “La locura y sus versiones en la obra de Jacques Lacan I: Locura y neurosis” aborda el problema de la delimitación conceptual en la obra de Lacan en donde el concepto de locura es empleado de manera indiferenciada, con lo cual se amplía las ventajas de servirse de las versiones de la locura presentes en la obra de Lacan. En dicho artículo Muñoz aborda la problemática conceptual en cuanto a lograr una definición más clara de locura y principalmente frente a lo que considera un agudo problema clínico frente a lo que se puede denominar “neurosis enloquecidas”. Señala Muñoz que el término locura ha carecido de significado y delimitación a lo largo de la historia y que en ese sentido el término ha variado en cuanto a su definición, de acuerdo con las épocas.

Igualmente, Muñoz considera en este artículo que en el momento en que la locura empieza a ser estudiada y clasificada, surge el concepto de psicosis con el cual se pretendió nombrarla científicamente, denominación propuesta técnicamente para ser reemplazada como sinónimo de

“enfermedad mental”, de “afección psiquiátrica”, aun cuando dichos términos no alcancen para definir la locura.

Las diversas discusiones que se han dado en torno a la concepción de locura a lo largo de la historia, de acuerdo con lo señalado por el autor en este artículo, ha dado lugar al hecho de plantearse si la locura ha de ser considerada como enfermedad mental de pleno derecho y que no sea considerada como exclusiva de las psicosis. Lo anterior conlleva a plantear la posibilidad de estar loco sin ser psicótico y, al contrario, que existan psicóticos que no están locos. Se concluye en este artículo que la locura es una categoría que atraviesa de manera perpendicular las estructuras propuestas por Lacan (neurosis, psicosis y perversión) y que por tanto el “fenómeno de la locura” puede articularse en cualquiera de dichas estructuras.

La propuesta del psicoanálisis frente a la locura radica en señalar que el ser humano no es un cuerpo como se le ve desde la concepción materialista, ni mucho menos una mente, sino por el contrario un cuerpo atravesado por el lenguaje. Por tanto, en la comprensión de la psicosis y de la neurosis, cuerpo y lenguaje se convierten en dos aspectos que se deben tener en cuenta.

Otro autor de interés es José María Álvarez (2007) quien en su artículo “Locuras que no lo parecen” señala que desde épocas antiguas ha existido cierta preocupación por demarcar los límites de la locura. A su vez, como resultado del fortalecimiento de la ideología de las enfermedades mentales durante el siglo XIX, se originó un aumento de la nosografía psiquiátrica que brindaba ciertas orientaciones frente a las dificultades para delimitar las enfermedades mentales y la normalidad. Considera este autor que la problemática de las locuras que no lo parecen se ha “reactualizado en escenarios de la clínica mental distantes entre sí”, con lo cual se ha abierto el terreno de las preguntas respecto a los límites que separan la locura de la normalidad, la psicosis de la neurosis.

En este orden, el autor resalta la importancia de ser cuidadosos y no caer en generalizaciones en el diagnóstico de psicosis, pues esto acarrearía graves consecuencias a los pacientes y arrasaría la concepción tradicional de las neurosis.

Por tanto, y teniendo en cuenta los antecedentes señalados, la pregunta por la locura en las neurosis se convierte en un tema reclamante. De un lado, el concepto neurosis permite hacer una demarcación en el psicoanálisis respecto a las generalidades que se pueden dar o encontrar con la psicología y la psiquiatría.

Así mismo, el abordaje investigativo de la locura en la neurosis requiere de actualización y cuestionamiento permanente, no sólo desde el punto de vista teórico, sino desde la clínica, enfrentando los retos que ella señala desde la mirada psicoanalítica.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Abordar el tema de la locura, puede ser asumido como un retorno a hablar de un tema que quizás ha quedado distanciado del debate científico, desde el mismo momento en que la psiquiatría quiso reemplazarlo por nociones quizás más apropiadas. Indagar la enigmática locura y hablar de ella, resulta tan remoto como la humanidad misma, pues desde que el hombre tiene la capacidad del lenguaje y a su vez alguna forma de legalidad y de razón, existe la posibilidad de que se viole la legalidad y se pierda o altere la razón.

Dada su variada expresión (extraña e incoherente) es posible plantear que, a lo largo de la historia, la locura se constituye en un enigma para el Otro. Michel Foucault en *La historia de la locura*, (1961 – 1993) nos ha acercado a la forma como la locura ha hecho presencia en la humanidad y como ha sido concebida. En este sentido, la variedad de rostros que encontramos en la locura permite plantear la importancia de su abordaje, toda vez que su sola presencia, se convierte una figura enigmática (por cuanto no se le alcanza a comprender, y por tanto difícilmente se logra entender o interpretar) para la humanidad, al cual le otorga un sentido e intenta curar mediante diversos tratamientos.

Foucault da a conocer los diversos cambios que la locura ha mostrado a lo largo de la historia. Es así como en la obra mencionada, dicho autor señala cómo la “Edad Media había colocado la locura en la jerarquía de los vicios. En el siglo XIII es común encontrarla en los llamados malos soldados de la psicomaquia” (1993); teniendo en cuenta el saber y la moralidad religiosa propia de este momento, al loco sólo se le podía dar ese lugar propio del vicio y del pecado. Por otra parte, hacia finales de la Edad media “la locura y el loco son personajes importantes, en su ambigüedad: amenaza y cosa ridícula, vertiginosa sinrazón del mundo y ridiculez menuda de los hombres”; en este sentido, en el Renacimiento, caracterizado por la producción artística, la locura asumió el rostro que reflejaba la

obscuridad que se encontraba en la belleza humana; de esta forma, la locura se transformó en lo que revela al mundo por medio de la crítica, el teatro, las letras, la poesía. Ya en la Edad Moderna, la locura fue vista en un primer momento como alienación mental, para luego ser vista como enfermedad. En la contemporaneidad se define como trastorno, y adicional a esta noción como espectro, a partir de lo cual su semblante se desvanece, acercándose así al talante de normalidad.

En distintos momentos de la humanidad, se han realizado ingentes esfuerzos por concebir la locura, explicarla, preguntándose cómo es posible que un sujeto enloquezca, sosteniendo de esta forma comprensiones relacionadas con la causa, asumiendo posturas que pasan por esotéricas, pasionales, religiosas y morales, como también psicológicas y organicistas (biologicistas). A pesar de lo anteriormente señalado, la locura sigue siendo interrogada.

Desde el nacimiento de la ciencia, se han venido realizando variados intentos por responder a los interrogantes a los que la locura enfrenta, principalmente a través de la disciplina que ha hecho de ésta su razón de ser, la psiquiatría clásica.

Dicha disciplina, partiendo de la observación y descripción dio paso a grandes señalamientos; sin embargo, pese a los aportes realizados por la psiquiatría de la época clásica, los cuales permitieron su entendimiento y abordaje, la ciencia se alejó del sujeto dando pie para que la locura se empezara a asumir como objeto de estudio.

A partir de este momento, se presenta un estancamiento respecto a los aportes de la psiquiatría clásica, y los locos empiezan a ser vistos no como locos, más sí como objetos de conocimiento y rechazo. El loco, y por tanto la locura, concebida como objeto, está ligada al surgimiento de la ciencia que, en palabras de Heidegger (1958), convierte lo humano en campo de observación y estudio.

La postura de objeto de estudio y conocimiento, sumada al rechazo de la locura, es percibida con claridad como un suceso de la contemporaneidad; por tanto, para pensar y comprender estos sucesos, se hace necesario abordar el discurso de la ciencia, a partir del cual se podrá establecer cómo

la construcción de saber y conocimiento resulta fundamental como objetivo de dicho discurso. Lo anterior se convierte entonces en un elemento para comprender la razón por la que la psiquiatría clásica se interesa en elaborar un saber en torno a la locura.

Ahora bien, para la psiquiatría contemporánea, un saber que surja a partir de la palabra y la experiencia misma del loco no es su objetivo; lo será clasificarla y medicalizarla con la intención de “normalizarla”; normalizar a los sujetos que sufren y aquejan psíquicamente, posibilitando en este sentido la entrada a la cadena del consumo.

Ya Michel Foucault con *El Poder Psiquiátrico* (1974) realiza con claridad un acercamiento detallado respecto al objetivo de la psiquiatría y de las prácticas asilares e interventivas en diferentes momentos de la historia.

Por otra parte, el *DSM* se convierte en la figura que permite mostrar el objetivo del discurso contemporáneo. Sin soporte teórico alguno (es bueno recordar que dicho sistema de clasificación eliminó la subjetividad) se han presentado cinco versiones cuyos resultados de esta operación ateórica ha dejado muchos interrogantes, puesto que pretende señalar que los trastornos del alma y del psiquismo se reducen a una avería en un motor (Roudinesco, 2000).

La clínica contemporánea, a partir de lo anteriormente señalado, no tiene interés en saber de la locura, mucho menos en los enigmas que la rodean. Dicha clínica busca emitir de manera rápida un diagnóstico para luego medicalizar y normalizar al loco, y así hacerlo alguien que se integra al mundo.

Es pretensión entonces de la clínica psiquiátrica la integración del loco a los imperativos sociales, de modo tal que cumpla con ciertas condiciones a partir de las cuales pueda ser productivo y tenga acceso a las diversas ofertas del mercado. Lo importante es (asunto con lo que quizás la psiquiatría no cuenta) que en el loco hay un sujeto.

Teniendo en cuenta la otra noción que se aborda en este trabajo y que se encuentra relacionado con la neurosis se hace necesario abordar la manera como se relacionan con otros de interés (diagnóstico, “enfermedades mentales”, síntomas, abordajes o tratamientos respectivos), así como las diversas formas de acercarse a aquellas. Es necesario mencionar que, a partir del esclarecimiento de la noción de neurosis, se puede definir lo que corresponde de manera específica al psicoanálisis y así, limitar o enmarcar con más detalle el concepto de neurosis, señalando las diferencias entre la psicología y la psiquiatría.

El concepto de enfermedad mental resulta de vital importancia en la actualidad, toda vez que muestra la necesidad de no caer en un reduccionismo orgánico. Es necesario tener en cuenta que el origen de dicho concepto se encuentra en el poco claro tránsito que encontramos entre la medicina y la psiquiatría, en la cual, los diferentes trastornos se ordenan, clasifican y categorizan, con lo cual se orienta a una constante oscilación que va entre la medicalización y desmedicalización.

Por un lado, encontramos a la medicina interesada en un diagnóstico diferencial soportado en la patología anatómica, la cual permite localizar el origen de la enfermedad en la organicidad y las estructuras corporales del sujeto, y por el otro la psiquiatría que emite un diagnóstico dicotómico, reflejo de su poder sobre la razón, estableciendo quién sí y quién no está loco, quién es normal y quién anormal.

En medio de estas dos disciplinas, se encuentra la neurología y con ella el nacimiento de un cuerpo neurológico, resultando de esto una muy clara opción de la psiquiatría para ubicar en el organismo el sufrimiento o padecimiento psíquico.

En torno a lo anterior, la clínica contemporánea no tiene interés en saber de la locura, mucho menos en saber sobre los interrogantes que encierra; por el contrario, dicha clínica encontró la forma de emitir con premura un diagnóstico con la intención de medicalizar y normalizar al loco, haciendo de éste un sujeto adaptado al entorno social en el que se encuentre.

Michel Foucault en “*El poder Psiquiátrico*” (1973-1974) señala que, tras querer lograr un diagnóstico absoluto, la psiquiatría establece una prueba con la cual califica o excluye lo ilustrado por la locura con su nombre de enfermo, trasladando la demanda del sujeto que ingresa al manicomio a un lenguaje caracterizado por la patología, ajustando de esta manera tanto los motivos de consulta como los síntomas que acompañan la enfermedad. Ante esta situación emerge un interés mayor, consistente en pretender localizar la enfermedad partiendo de una causa orgánica. Surge así el cuerpo neurológico ante la dificultad de la psiquiatría para localizar la enfermedad mental en un cuerpo lesionado que permita por tanto una intervención directa sobre él y que entonces respondiera a la intervención. Las acciones sobre el cuerpo dan origen a un interés localizacionista a partir de la cual la localización de la enfermedad es suficiente, y así poder ser investigada y reconociese la manipulación, tratamiento y cura. Se observa en lo anterior la influencia de la medicina interesada en la justificación de la enfermedad, acompañada de la psiquiatría que a su vez edifica el padecer humano de forma orgánica, y una neurología que soporta su quehacer investigativo en la ubicación de las enfermedades mentales, con lo cual se obtiene un desplazamiento de lo psíquico a una causa orgánica, dejando entonces de importar el padecimiento del sujeto.

Por otra parte, Foucault en su libro “*Enfermedad Mental y Personalidad*” (1954) señala que, a lo largo de la historia, la enfermedad mental y la enfermedad orgánica, se han percibido entremezcladas, dado un afán por utilizar la misma metodología para la exploración de la enfermedad orgánica y la enfermedad mental. Según dicho autor, tanto en la enfermedad mental como en la orgánica, ha estado presente la acción de agrupar signos y síntomas que indiquen la enfermedad, y cómo evolucionan.

Lo anterior se puede evidenciar teniendo en cuenta lo contenido en el *DSM* en su IV y V versión de la APA (2000 – 2014) en donde se menciona que el trastorno mental requiere una distinción entre los trastornos mentales y los físicos, señalando adicionalmente que por medio de los

manuales no ha sido posible encontrar una definición que muestre de manera detallada las fronteras del concepto. El *DSM V* (2014) define trastorno mental de la siguiente manera:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (Asociación Americana de psiquiatría, 2014).

En cuanto al psicoanálisis, tanto Sigmund Freud como Jacques Lacan asumieron inicialmente el sistema de clasificación de la psiquiatría clásica; sin embargo, Freud realizó un trabajo investigativo basado en las enfermedades y la incidencia del Inconsciente.

Por su parte a Jacques Lacan le corresponde el surgimiento de los manuales diagnósticos como el *DSM*, pero no brinda atención alguna por cuanto considera que se soporta en datos propios de la estadística, entrando entonces en profundas diferencias con la clínica psiquiátrica de la cual tanto él como Freud fueron alumnos, y a partir de la cual el enfermo hablaba a la figura del médico, mostrando así la diferencia entre la clínica de la descripción y la del interrogatorio. Aun el constante interés de la medicina por la búsqueda de la causa orgánica de la enfermedad mental y su interés por restablecer la salud del enfermo, la investigación ha servido poco al enfermo y a la enfermedad.

La psiquiatría aborda al enfermo y a la enfermedad buscando la causa, dejando de lado el testimonio del sujeto, pues si bien se ocupa de manera superficial de lo que dice el paciente y del cómo lo dice, no profundiza o se detiene a analizar en eso que dice; por otra parte, la clínica psicológica, apoyada en los acontecimientos de la vida del enfermo, afirma un saber sobre la verdad respondiendo con generalizaciones al hacer frente a los límites de su búsqueda.

La postura del psicoanálisis es otra. El psicoanálisis enfrenta no la enfermedad sino el padecimiento psíquico como algo propio de los hablantes; por tanto, el resultado de esto es que la perturbación, el trastorno o el desorden, se encuentran atados (sujetados) al uso de la palabra y del lenguaje. El hombre, en tanto sujeto de palabra y de lenguaje, es asumido por el psicoanálisis como un sujeto dividido entre lo orgánico y lo psíquico, a partir del rompimiento entre la naturaleza y la cultura.

El psicoanálisis habla de síntomas, trata síntomas, no conductas; trabaja con lo que se somete al desciframiento pues nace de conflictos del deseo y de la pulsión. Por tanto, para el psicoanálisis, las enfermedades mentales son del sujeto, no del organismo; su interés es por el malestar que es propio del sujeto.

Se pueden pensar a las locuras dentro de una dimensión temporal, como un efecto transitorio, es decir, algo que se considera no tanto y no solo en términos de estructura sino de episodio, un acontecimiento. Lo anterior puede llevar a plantear los problemas tanto clínicos como a la vez teóricos que se crean al considerar la noción de estructura como algo fijo y que permanece, sea que se exprese o no clínicamente.

Lo anterior termina en muchos casos equiparando la noción de estructura clínica a la idea de ser. Se “es” neurótico, psicótico o perverso, y, en los hechos, se piensa ese ser en términos de una esencia inmutable y siempre idéntica a sí misma. Una idea no muy fácil de argumentar con Lacan, si se tiene en cuenta los esfuerzos realizados y argumentados para afirmar que el sujeto y lo que lo estructura, no es el ser, ni tiene un ser, sino que por el contrario el sujeto es un efecto de la falta en ser que el lenguaje efectúa.

Las locuras no son una forma del ser y por tanto no comportan ninguna ontología. No se “es” loco. Se “está” loco, sea el tiempo que eso lleve. Al plantear que el sujeto enloquece, no supone que dicho sujeto haya sido siempre loco, sino que, ciertas circunstancias se han conjugado para producir

el modo de estar que se denomina loco. Una serie de sucesos, conjugados con ciertas particularidades o características de la estructura subjetiva, hacen que el sujeto enloquezca.

El valor clínico que adquiere considerar la locura, diferenciándola de la psicosis, es que tiene un carácter episódico, lo cual implica un inicio (algo que la desencadena) y un final, es decir, después del cual el sujeto deja de estar loco, aun cuando quedan ciertas marcas de su enloquecimiento.

Surge entonces una pregunta, la cual lleva a señalar las circunstancias que conducen al enloquecimiento. ¿No se vuelve loco quien quiere sino el que puede? De ser así, ¿de qué condiciones hablamos para que se dé dicho enloquecimiento?

Los temas que se abordan en esta propuesta (locura –neurosis – psicopatología) en relación con el psicoanálisis son significativos toda vez que se encuentran relacionados con otros conceptos de la clínica psiquiátrica y de la psicología clínica como lo son las llamadas enfermedades mentales, su clasificación, los síntomas y abordajes o tratamientos terapéuticos, así como las alternativas de aproximación a dichas “enfermedades”

El esclarecimiento de la noción de locura y su relación con la neurosis conlleva ciertas dificultades, toda vez que se torna polémico pues señala cómo la mirada psicoanalítica asume una postura diferente de la psiquiatría y de la psicología. Teniendo en cuenta lo planteado surge la pregunta de investigación que orientará el desarrollo de la presente monografía:

¿Cuál es el estatuto que debemos darle a la locura en su relación con neurosis?

Es decir, se quiere explorar cómo se articula la locura con la neurosis a partir de la teoría planteada por Sigmund Freud y Jacques Lacan. Como tesis a trabajar en esta monografía se plantea que la locura es una categoría que atraviesa perpendicularmente (a la neurosis, a la psicosis y a la perversión) pero a efectos de esta monografía, se centrará en la neurosis.

OBJETIVO GENERAL:

- Analizar la relación entre la locura y la neurosis a partir de los planteamientos realizados por Sigmund Freud y Jacques Lacan.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir la noción de neurosis en Freud y Lacan
- Explicar la noción de Locura a partir de la propuesta freudiana y lacaniana.
- Discernir el lugar de la locura en la neurosis.

JUSTIFICACIÓN

Es particular el interés por conocer sobre los enigmas que la locura traza al interior del saber psiquiátrico y de la psicología. Pensar e indagar en dichos enigmas, en los agujeros a los que se enfrentan las disciplinas del campo psi cuando de abordar la locura se trata, es uno de los propósitos de esta investigación documental.

Vale la pena imaginar la locura a partir del fenómeno que permite pensar una serie de imágenes fragmentadas, rostros siniestros, discursos discordantes, cuerpos fantaseados, etc. por tanto una fenomenología que puede ser propia de la psicosis (alucinaciones y delirios).

La ciencia fundada bajo el *cogito ergo sum*, sólo considera un sujeto y es el de la razón. En este sentido, los fenómenos de la locura se presentan entonces como los fenómenos del no cogito o fenómenos de la sinrazón, poniendo a la ciencia en un lugar propio de no saber, pues si se tiene en cuenta la postura según la cual para todo hay un saber, los fenómenos de la locura rompen con dicha postura de la ciencia, pues al instalar un enigma, un agujero, a los cuales va a pretender llenar con los postulados del saber psiquiátrico intentando dar una explicación a aquello que se le muestra extraño, corriendo el riesgo de descartar la pregunta que origina la corriente del saber científico.

Jacques Lacan sabe identificar con precisión el momento a partir del cual se funda el sujeto de la ciencia, pues para él, existe un “cierto momento del sujeto que considero como correlato esencial de la ciencia: un momento históricamente definido del que tal vez no nos queda por saber si es estrictamente repetible en la experiencia, aquel que Descartes inaugura y que se llama cogito. Este correlato, como momento, es el desfiladero de un rechazo de todo saber, pero por ello pretende fundar para el sujeto cierta atadura en el ser... (Lacan. 2008).

No deja de resultar extraño que la ciencia de la modernidad constituya el sujeto de la razón, pero a su vez, establezca una ruta angosta que forcluye al sujeto mismo. De lo anterior se desprende que la locura como contraria a la razón, se incluye como objeto, tal como se ha mencionado; sin embargo, pese a lo anterior, no significa que sea puntualizada; la locura resulta y seguirá siendo un enigma para el saber científico, enigma que pide ser abordado y resuelto con saber, motivo por el cual la ciencia ha delegado a la psiquiatría esta tarea de resolverlo.

El encerramiento del loco (hay que agradecerse a Pinel) conlleva a su exclusión. En este encierro se instalan barreras, dentro de las cuales se destaca aquella según la cual “consideramos mucho más objeto de estudio que como punto de interrogación a nivel de lo que remite a cierta relación del sujeto...” en palabras de Lacan, lo cual deja claro que la ciencia, en cuanto al loco no quiere saber; el loco es a partir de ahora, llevado a una posición de objeto al cual conocer.

En el *seminario 3 (Las psicosis)* Lacan señala que en el siglo XIX los sujetos que por alguna razón eran aislados o reclusos en hospitales, eran denominados paranoides, y por tanto la paranoia era locura. “Sepan que, en su extensión máxima, en la psiquiatría alemana, [la paranoia] recubría casi íntegramente todas las locuras: el sesenta por ciento de los enfermos de los asilos llevaba la etiqueta paranoia” (Lacan. 2004). La nosología francesa denominaba paranoico a aquella persona cuya característica era el malhumor, desconfianza, malévolos, con extrema sobreestimación de sí.

Dicha descripción, distanciada del campo clínico, sugiere la concepción que se tenía de la locura; pese a esto, Lacan plantea que "...las psicosis son, si quieren (no hay razón para no darse el lujo de utilizar esta palabra) lo que corresponde a lo que siempre se llamó, y legítimamente se continúa llamando así, las locuras..." (Lacan. 2004).

En este mismo seminario, Lacan aclara que psicosis no es demencia, ni mucho menos está relacionado con la pérdida de las facultades mentales. Pese a lo anterior, parece plantear cierta similitud en torno a la noción de locura y psicosis. No obstante, esto cambiará en el transcurrir de su obra. Lo que se deja establecido en el Seminario 3 es que la psicosis, en cuanto término de la psiquiatría clásica, es tomado por Lacan; así como también lo fue por Freud quien propuso bajo este título una de las variedades de su nosografía, misma que Lacan va a denominar estructuras psíquicas.

Teniendo en cuenta que Lacan demanda el uso de los dos términos (locura y psicosis), el asunto a comprender es respecto al uso que hace de los mismos. Muñoz (2008) al momento de indagar el uso de dichos términos en la obra del psicoanalista francés, se encuentra con una diferencia.

Dicho autor conduce a la enunciación que Lacan realiza en el año de 1946 en su texto "Acercas de la causalidad Psíquica" partiendo planteado por Hegel en la fenomenología del espíritu.

Muñoz, basado en el texto citado de Lacan anteriormente y en el breve discurso a los psiquiatras, plantea que existe un punto de encuentro entre la locura y la psicosis, el cual ubica en el lugar de la libertad. En este sentido, en la locura el sujeto es libre de las ataduras respecto a la relación con el Otro, pero se encuentra ligado al ideal del Otro, con lo cual plantea que la locura es propia del ser, inseparable al ser humano atado y ebrio con su imaginario, en constante lucha por la afirmación de su imagen. Sostiene el autor que la locura "corresponde a la dimensión de la locura humana que se deduce de la constitución imaginaria del yo y, en ese sentido, desborda los límites de la distinción neurosis-psicosis-perversión, o, dicho de otra manera, no es apresada por la lógica con que se construyen las estructuras freudianas" (Muñoz. 2008) con lo que deja señalado el punto de

distanciamiento entre locura y psicosis, dado que la psicosis obedece a una noción que apunta a las estructuras propuestas por Freud que marcan la dinámica de la defensa frente al trauma y su formación sintomática.

Sin embargo, Muñoz señala un punto discordante entre psicosis y locura al acudir a las formulaciones de Lacan en torno a la clínica borrona. De acuerdo con el autor, Lacan al hablar de la psicosis, hace referencia al anudamiento que intenta el sujeto para llenar el agujero de lo real, mientras que en la locura se da es un desanudamiento; “cuando a cualquiera de Uds. les falta uno de esos redondeles de hilo, Uds. deben volverse locos...cuando una de las dimensiones les revienta, por cualquier razón, ustedes deben volverse verdaderamente locos” (Lacan. 1973). En este sentido, la locura hace referencia a un exceso quizás de manifestaciones clínicas antes que a cuestiones de estructura.

Pese a lo anterior, Lacan realiza una lectura de la psicosis que permite una vez más introducir al lector en la importancia de diferenciar con claridad locura y psicosis pues en un seminario anterior hace una lectura de la psicosis a manera de desanudamiento y no como intento de abordar a través del anudamiento del agujero en lo real; “¿Quieren un ejemplo que les muestre de qué puede servir esta hilera de nudos plegados que vuelven a ser independientes con sólo cortar uno? No es muy difícil encontrarlo, y no por nada, en la psicosis (Lacan. 2007)

Siguiendo con Muñoz, dicho autor plantea como errado pretender homologar locura y psicosis, pues en lo que se logra establecer a partir de la lectura del seminario 20 y el paso al 21 es que la locura es definida como desanudamiento, a partir de la cual se entra a explicar la locura como algo propio de la psicosis. Por tanto, hay una estructura clínica (la psicosis) caracterizada por un anudamiento y, la locura como desencadenamiento.

Ahora bien, en lo que corresponde a la locura y la neurosis, es importante tener en cuenta que el hecho de que la locura no sea asunto exclusivo de las psicosis estimula los límites clásicos de las

neurosis y las psicosis, abriendo así un margen que puede ser completado con otra categoría clínica, o bien dicho margen convertirse en un corte que abra la opción de entender neurosis y psicosis, y también a las locuras, según otra perspectiva.

La división locura-psicosis significa la posibilidad de que un síntoma se haga presente desde el punto de vista semiológico, como se describe habitualmente como síntoma psicótico

Esta monografía resulta entonces un intento por desarrollar un trabajo sobre la locura como enigma y la neurosis rescatando la importancia de hablar de locura y no de enfermedad o trastorno, aun cuando su condición de estructura no pertenezca a lo que Lacan ha reconocido. Es decir, se refiere a la posibilidad de enloquecer sin que se trate por ello de un síntoma de naturaleza psicótica.

Freud, en *Estudios sobre la histeria* (1893-95) se acercó de manera temprana a esto al señalar que “la aprehensión existente...en todo neurótico, de caer presa de la locura”. A su vez, posteriormente en *Análisis terminable e interminable* (1937) señala que las anormalidades del yo en varios momentos son semejantes a las del psicótico, proporcionando con esto pistas interesantes a tener en cuenta.

Respecto a lo anterior, Freud (1894) logra entrever tempranamente el hecho aquí señalado cuando en su *Neuropsicosis de defensa* observa que “no es raro que una psicosis de defensa interrumpa episódicamente la trayectoria de una neurosis histérica o mixta”. Si bien es cierto que Freud no parece resaltar una oposición entre neurosis y psicosis en este momento inicial de su trayectoria investigativa, la cita en mención puede entenderse como su producto.

Freud logra describir de manera sintética tres formas de defensa a saber: conversión, falso enlace y desestimación, las cuales vincula de manera lineal con la histeria, la neurosis obsesiva y la psicosis alucinatoria, respectivamente, aclarando que dichas formas de defensa podemos encontrarlas en un mismo caso.

A su vez, vale la pena señalar que esta afirmación es planteada por Freud luego de haber reconocido, por un lado, la dificultad de separar la histeria de otras formas de neurosis, con lo cual se ve obligado a proponer la noción de neurosis mixtas para designar la histeria combinada con fobia y/o síntomas obsesivos; de histeria con neurosis de angustia y de neurosis de obsesiva con neurastenia. Por otra parte, la incompatibilidad de la psicosis alucinatoria con la persistencia de la histeria y de la neurosis obsesiva.

Pareciera que Freud logra identificar una diferencia clínica entre las posibles combinaciones de las diferentes neuropsicosis, con lo cual demuestra la distancia de una oposición absoluta entre neurosis y psicosis, y la interrupción episódica del curso de una neurosis por una psicosis de defensa, es decir, un episodio psicótico en el curso de una neurosis.

Freud dedica algunas reflexiones en varios apartados de su obra a lo planteado en párrafos anteriores respecto a que la oposición neurosis – psicosis parece mucho más fuertemente establecida. Es así como en *Neurosis y Psicosis* (1924) señala que “el yo no tendrá la posibilidad de evitar la ruptura hacia cualquiera de los dos lados deformándose a sí mismo, consintiendo menoscabos a su unicidad y eventualmente segmentándose y partiéndose” con lo cual explica “las inconsistencias, extravagancias y locuras de los hombres”.

La anterior formulación encuentra continuidad en textos como *Fetichismo* (1927), *La escisión del yo en el proceso defensivo* (1940 – 1938) y *Esquema del psicoanálisis* (1937 – 1939) a partir de los cuales puede decirse que Freud configura una línea de investigación a partir de la cual retoma la idea de lo escrito en sus manuscritos en torno a señalar que la operación de defensa produce modificaciones y deformaciones en el yo sin expresión sintomática.

Vale entonces la pena señalar lo planteado que se trata de fenómenos que para Freud no corresponden a síntomas típicos de las neurosis y las psicosis, y que en tanto fenómenos se expresan

bajo la forma de locuras y extravagancias, y que en ese sentido pueden relacionarse con lo que Lacan llama aspectos locos, aspectos chiflados del fantasma, fuera del sentido común.

Dado que la presente investigación monográfica tiene por objetivo explorar la articulación de la locura con la neurosis, se aborda no sólo la problemática conceptual en juego en lo que corresponde a lograr una definición más precisa de locura, sino que, a su vez, el problema clínico que presentan lo que habitualmente se puede conocer como neurosis enloquecidas.

METODOLOGÍA.

La presente propuesta de investigación es de tipo cualitativo, misma que de acuerdo con lo planteado por Martínez (2011) tiene como principal fundamento la comprensión del sentido, así como la orientación de las acciones humanas. Cabe resaltar que la comprensión interpretativa se soporta en un proceso propio de la hermenéutica, a partir de la cual toda la experiencia se realiza al interior de un marco contextual. A su vez, es importante señalar que en el proceso de construcción de conocimiento se encuentra una interacción duradera entre el sujeto cognoscente y el de estudio. Es así como se puede señalar que la investigación de enfoque cualitativo tiene dentro de sus objetivos comprender e interpretar la realidad social del sujeto, con el propósito de orientar su realidad interna (subjetiva) y por ende su accionar.

En los estudios cualitativos es importante comprender la singularidad de los sujetos y comunidades en su propio contexto. Con lo anterior, se logra explorar, inspeccionar la realidad tal y como es experimentada por otros, a partir de la forma como interpretan sus constructos, significados, creencias, etc. De igual manera, la presente propuesta de investigación se soporta en un enfoque interpretativo. De acuerdo con Monteagudo (2000), dicho enfoque permite un proceso de interpretación en doble vía, toda vez que por un lado involucra la forma como las personas interpretan la realidad edificada socialmente por ellas, y por el otro, describe a la manera como quienes investigan hacen un intento por comprender cómo los sujetos construyen sus realidades.

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible resaltar que el proceso de investigación cualitativo desde el enfoque interpretativo contempla dos narrativas a saber: aquellas que construyen los sujetos sociales sobre sus prácticas y discursos, y las creadas o construidas por quienes realizan la investigación teniendo en cuenta lo que observan y de lo expresado por los sujetos en torno a sus vivencias.

Diseño metodológico

La estrategia metodológica que soporta el presente proyecto de investigación, propia de los estados del arte, se definen de acuerdo a autores como Gómez Vargas, Galeano Higueta y Jaramillo Muñoz, (2015) citando a (Galeano Marín y Vélez Restrepo, 2002; Alzate Marín, 2006; López, 2009; Peña Arenas, 2009) como una estrategia investigativa que tiene como soporte la realización de un inventario que permite luego la sistematización y exposición rigurosa del saber construido sobre un campo de conocimiento o una temática determinada. Al interior de esta estrategia se hace posible identificar unos enfoques que fundamentan tres tipos de definiciones diferentes:

En primer lugar, permite rescatar para así describir, en segundo lugar, comprender y en tercer lugar recuperar con el objetivo de invitar a la reflexión y la consolidación de nuevos conocimientos.

El primer enfoque permite recuperar para describir; orienta su accionar hacia revisiones bibliográficas exhaustivas lo cual permite saber sobre el estado actual del conocimiento construido, sobre un concepto específico. Visto de esta manera, el estado del arte es un “tipo de evaluación descriptiva, sistematizada y consistente. Supone el revivir de una mínima parte de la memoria científica de la humanidad en aquel campo dentro del cual enmarcamos nuestro proyecto investigativo” (Bojacá Acosta, 2004, p. 193).

Teniendo en cuenta el segundo enfoque, el estado del arte es definido como construcciones teóricas que se fundamentan en un análisis minucioso y exhaustivo de textos escritos sobre una temática específica, que se sirven de la hermenéutica para acceder y establecer las nuevas producciones teóricas.

De esta manera, a partir de dicha estrategia se examina la elaboración de un marco conceptual útil como referente teórico para futuros usos de los conceptos investigados; los recorridos bibliográficos realizados no aspiran por exponer el estado actual de determinada teoría o concepto,

sino por el contrario comprender el bagaje histórico que responderá al cómo se llegó a construir dicha teoría o concepto. (Pérez Burgos et al, 2011).

Finalmente, respecto al tercer enfoque, se establece que el estado del arte da lugar a una metodología que substancialmente permite recuperar de amañera reflexiva la producción de conocimiento, promoviendo una postura que permita interrogar, criticar y elaborar, dando un sentido particular a la información obtenida. (Vélez Restrepo, Peláez Jaramillo y Gómez Hernández, 2003; Franco Vasco, 2007; López López, 2009; Zapata Carvajal, 2009).

La unidad de análisis que soporta la presente investigación está dada por la noción de locura en las estructuras clínicas neurosis y psicosis a la luz de la teoría psicoanalítica; para abordar dicha unidad, se establecen como categorías de análisis los siguientes conceptos: Locura y neurosis según los planteamientos teóricos propuestos por Freud y Lacan.

Técnica de recolección y análisis de datos.

Dentro de las técnicas de recolección de la información, se recurre a la revisión bibliográfica entendida a partir de lo planteado por Gálvez (s.f), como un procedimiento estructurado que permite delimitar, rescatar y crear en un discurso, en un texto, la información relevante resultado del proceso de revisión, y de esta manera responder al problema o pregunta de investigación. Para la elaboración de la revisión bibliográfica, se tuvieron en cuenta las siguientes fases:

1. La investigación documental, que da lugar al proceso de búsqueda y selección de material bibliográfico relacionado con la pregunta o problema que fundamenta el ejercicio investigativo.
2. Una vez seleccionadas las fuentes bibliográficas se realiza la lectura analítica y crítica de los contenidos expuestos en las mismas.

3. Registro de la información, elaboración de los registros escritos que permitan reconocer de manera práctica las ideas centrales y las conceptualizaciones actuales de las categorías que fundamentan la empresa investigativa.

Como soporte para las técnicas de recolección de la información, esta se realizó a través de una matriz (Excel) bibliográfica, instrumento diseñado por el grupo de investigación Psiconex de la Universidad de Antioquia, la cual permite, por un lado, sistematizar cada uno de los textos que conforman la población documental que sustenta la presente investigación y, por otro lado, seleccionar el material considerado irrelevante.

Cabe señalar que, a través de la matriz analítica de contenido, (propia de del instrumento mencionado), se organizan los textos de la muestra, y a partir de esto se logra extraer párrafos que se consideran de importancia y que por tanto están relacionados con las categorías de análisis, presentes es en la matriz, permitiendo de esta manera sistematizar las fuentes bibliográficas utilizadas en la presente investigación, y el uso preciso de los aportes conceptuales de los autores abordados. Gómez Vargas, Galeano Higueta, y Jaramillo Muñoz, (2015).

CAPÍTULO 1.

Recorrido histórico en torno a la noción de locura.

Realizar un recorrido histórico respecto de la noción de locura durante los siglos XVII al XIX, es importante en la medida que permite abordar el estudio de las condiciones que desencadenan determinadas situaciones o personas dentro de su cotidianidad, entren a ser considerados dentro de una categoría. Es por esto por lo que es necesario presentar la evolución de la noción de locura, soportada principalmente por el trabajo de Michel Foucault (1967), destacando sucesos de importancia ocurridos en la Edad Media y el Renacimiento, resaltando a su vez los cambios que dicha noción presenta durante la época Clásica y en la Modernidad, poniendo en discusión formas actuales de prácticas interventivas iniciada en el siglo XVII.

La locura en la Edad Media y el Renacimiento.

De acuerdo con Foucault (1967) en la Edad Media (también conocida como Edad de la Locura), el poder reposaba en manos de la organización feudal y la iglesia. El concepto de locura es utilizado para hacer referencia a los sujetos frente a los cuales no se tenía conocimiento respecto a cómo ser tratados socialmente, o que estuvieran en contra de la estructura económica y el orden establecido (es decir, los herejes y los brujos). Dicho autor considera que los locos eran vistos como endemoniados, y, por lo tanto, el deber de la medicina (médicos) se centraba en realizar el dictamen respectivo y diferenciar entonces entre los que eran considerados herejes y quienes no lo eran, y así la Inquisición pudiese continuar con el proceso requerido.

Según Foucault (1967), a finales de la Edad Media la lepra (mal de la época) desaparece del mundo occidental, con lo cual se crea un vacío que debe ser llenado por una nueva forma de la enfermedad. En primer lugar, se piensa que las enfermedades consideradas como venéreas son las que ocupan dicho lugar; sin embargo, el siglo XVI demostrará que esto era un error, toda vez que

dichas enfermedades empiezan a ser parte de las enfermedades médicas, aun a pesar del componente mortal que aquellas implicaban.

Es a finales de la Edad Media, la época en la cual el loco alcanza el lugar de personaje importante, al cual se relacionan con la sinrazón, con un saber oscuro y con la muerte. Poseedor de individualidad, es amenazante al encontrarse relacionado con la verdad. Lo anterior cambia a partir del momento en que la locura se reorganiza en el Renacimiento y empieza a ser recibida por el humanismo médico.

Entender la separación entre razón y sin razón, requiere acudir a los planteamientos cartesianos en torno a la razón y la locura. Descartes, en sus *Meditaciones Metafísicas* señala que, si bien los sentidos pueden engañar, no de todo se puede dudar, aun cuando sea percibido por los sentidos: “¿Con qué razón se puede negar que estas manos y este cuerpo sean míos?” (Descartes, 1987, pag.12).

Descartes señala que a no ser que se asemeje con los locos que dicen una cosa cuando en realidad es otra, no puede negar su existencia, la cual se encuentra enlazada al pensamiento, pues es el ser pensante quien se percata, a través de los sentidos, de las cosas corpóreas que hay a su alrededor.

Es importante entender lo anterior en la medida en que, de acuerdo con Foucault (1967), es con Descartes con quien se da la separación de la razón y la locura. Para Descartes, la locura está del lado de los sueños y las diversas formas de error, dejando un resto de verdad.

A partir de lo anterior, se logra establecer que existen poderes que influyen en la noción de locura. En la Edad Media, el feudalismo ejerce su poder con el objetivo de mantener el orden en el que los locos eran considerados como aquellos que estaban en desacuerdo con los mandatos establecidos. Por otra parte, la locura en la Edad Media y en el Renacimiento se encuentra relacionada con la verdad y es poseedora de una individualidad, separada de la razón.

La noción de locura en la Época clásica.

Como se ha mencionado, los discursos y acontecimientos propios de la época influyen en la noción de locura, mostrando por tanto los cambios que se han originado. A continuación, se abordarán dichos cambios surgidos en el siglo XVII y XVIII, identificando a la locura como pérdida de la individualidad obtenida en épocas pasadas y empieza a entremezclarse con lo asocial

El surgimiento de los internados es uno de los fenómenos de importancia que caracterizan la época clásica, toda vez que es a partir de éstos que la locura es encerrada. De acuerdo con Foucault (1967) hacia 1656 en París surge un decreto a partir del cual se agrupan ciertos establecimientos con el objetivo de servir a los pobres. El “Höspital Gënëral” no era una instancia médica sino una estructura jurídica y administrativa cuyo deber se centra en controlar, juzgar y corregir a los pobres de París.

La locura en esta época no era considerada una enfermedad por lo que la presencia del médico se asumía dos veces por semana con la intención de abordar a aquellos sujetos que tenían la probabilidad de enfermar.

Es a principios del siglo XVII que la locura pierde su individualidad ya que no se diferencia entre los criminales y los vagabundos; por lo tanto, su lugar se encuentra en los asilos, prisiones o correccionales, pues el internamiento con función de vigilancia y tratamiento moral, no se distinguía entre sus personajes, dado que todos respondían a desordenes de la conducta y el corazón (Foucault 1967). Se hace necesario en este punto, comprender cómo las estructuras de poder tienen unas intenciones relacionadas con el mismo el cual se presenta enmascarado. Si bien puede pensarse que las instituciones de encierro surgen como una forma de reacción frente a la crisis económica europea, o como solución a las dificultades a nivel social. Sin embargo, las instituciones de encierro dieron origen a nuevas significaciones frente a los problemas de la ciudad, a la pobreza y al trabajo.

Dichas instituciones dan respuesta a una nueva ética del trabajo, a partir de la cual se condena la ociosidad y se da inicio a un imperativo moral condenando de esta manera a los diversos desordenes sociales (Foucault 1967).

De acuerdo con este autor, durante el siglo XVII la locura se encontraba ligada a la razón y a las reglas de la moral, motivo por el cual el internamiento es útil bajo el objetivo de eliminar a los asociales, recluyendo en lugares de trabajo a mendigos, perezosos, libertinos, criminales, indigentes, mujeres, niños. A su vez, el proceso de internamiento resulta importante por cuanto permite una reorganización del mundo ético y moral de la época, dando origen a nuevas formas de integración social y forjando el camino de la locura hacia la alienación mental. Al respecto, es importante señalar el papel que empieza a tener la culpa en relación con el castigo de los internados. Foucault (1967) plantea que quienes sufren de enfermedades venéreas y forman parte de los insensatos, deben ser castigados para alcanzar a ser purificados de las enfermedades del corazón de las que padecían y para lo cual era necesario “grandes remedios” (purga, baños, confesión).

De igual manera se juzga y condena la incredulidad, en la media que es considerada un referente de orden de la época y atentatoria contra la religión y por tanto peligrosa.

Se destaca en este proceso el papel que cumple la sociedad en torno a la forma de juzgar a las personas, dando origen con esto a un cambio en la historia de la sin-razón. Si bien la nave de los locos (*nef de fous*) transportaba personajes abstractos, ahora los locos empiezan a ser considerados personajes concretos juzgados por la sociedad en la que se encuentran. La sin-razón empieza a asumirse como un hecho netamente humano. Por tanto, la locura alcanza una particularidad que le permite tener un lugar especial, pero a la vez escandaloso. Previamente el mal se debía exponer como castigo, y esta época, por la vergüenza que conlleva, se suprime con el internamiento.

La noción de locura en el siglo XVIII.

Michel Foucault (1967) señala que, durante el siglo XVIII, las practicas asilares se convierten en problema de orden social, dado que son soportadas a su vez por unas prácticas morales que son administradas, y en donde el interno es visto en primera instancia como sujeto moral. Esta época, de acuerdo con Foucault, se caracteriza por su postura frente a fenómenos como la ociosidad, la cual no es aceptada y por tanto encerrada, y en ese sentido todo interno que manifiesta sus deseos de trabajar es puesto en libertad.

A su vez, aquellos que ejercían una práctica sexual que no fuera aceptada socialmente, o quienes practicaban el libertinaje o libertad de pensamiento eran considerados profanos de lo sagrado, y por tanto encerrados y condenados, ya que estas formas de comportamiento correspondían a los deseos del corazón, es decir a la sinrazón. El juzgamiento moral y la sanción del escándalo se convierten en esta época en algo cotidiano. La homosexualidad, que era ya una cuestión de lo cotidiano, se convierte en una de las formas de amor caracterizada de la sinrazón, y en consecuencia castigada, toda vez que era considerada atentatoria de los intereses de la familia y daba origen al escándalo público.

Foucault en *El Poder Psiquiátrico* (2005) al abordar el tema de las practicas asilares, señala cómo el asilo debe cumplir como institución su función distanciado (encerrado) e independiente del sistema y presión familiar, y a su vez debe reproducir la misma realidad de la familia, para lo cual debe tener en cuenta la existencia de ciertos elementos de dicha realidad que la persona del médico le impondrá al loco, bajo la premisa que esto se convertirá en la “cura”, en la medida que logre aceptarlos y adoptarlos a la realidad impuesta. La persona del loco debe por tanto aceptar la voluntad del médico, quien posee un poder superior a él; aceptar su identidad impuesta, su enfermedad, la maldad contenida en la locura. De acuerdo con Foucault, es mediante el poder asilar, que se harán

valer para la persona del loco dichas realidades como “la realidad”, produciendo para esto, en el asilo, la apariencia de un espacio familiar, asegurando de esta manera la “cura”.

Foucault (2005) aborda la función familiar y señala cómo la familia es quien fija a los individuos a las instituciones, dando origen con esto a que se desplacen de una a otra, en la medida en que dichas instituciones adquieren el deber de suplir o sustituir aquello que en la familia no se logró realizar, y esto a fin de favorecer los procesos de adaptación y socialización, lo cual genera la aparición de las funciones o de los discursos PSI (psiquiatría, Psicología, Psicosociología, Psicoanálisis) quienes no sólo expresarán el discurso familiar, sino que se encargaran de ejercer el control institucional.

Teniendo en cuenta el recorrido histórico que se ha llevado hasta el momento sobre la noción de locura, es necesario identificar cómo un evento envuelto entre la cotidianidad pasa a ser patológico, y por ende a requerir de herramientas de castigo y corrección. De acuerdo con Foucault (1967a), el paso a lo patológico se relaciona con la inmersión de la culpa en una creencia cotidiana de la época, aspectos que se salían de lo aceptado como por ejemplo los extravagantes, quienes pasan a ser los signos inequívocos de la enfermedad con la psiquiatría del siglo XIX.

Con Foucault (1967a), se sabe que la experiencia de la época clásica de la locura se vive de dos formas. La primera, relacionada con el sujeto de derecho y la incapacidad e irresponsabilidad que posee al considerarse un enfermo, y por ende de necesitar del otro, el curador, quien tiene poder sobre el loco. La segunda, referente a lo social, destaca al loco como un extranjero, que es responsable de sus actos, y que carga con una culpa moral, por lo cual, él es el excluido.

Ahora bien, Foucault (1967b) en el siglo XVIII, al tratar de definir la locura, se enfrentaba con dificultad, debido que, al ser la locura tan difusa, (precisamente eso era lo que hacía reconocible al loco) y teniendo en cuenta que para la época era fundamental el método sintomático de la medicina, y por tanto lo observable, es claro que la locura no encontraba lugar allí. El hombre razonable, era

capaz de reconocer al loco al observarlo como el otro, como el que era diferente a sí mismo, teniendo así el deber de señalarlo y pronunciarlo.

De acuerdo con Foucault (1967b), para que la locura pudiese ingresar en la nosología, necesitaba no solo de su percepción negativa, como defecto o desorden, sino también de la posibilidad de reconocerse a partir de sus manifestaciones, en lo cual fracasa. La razón era el contenido de la percepción del loco, el principio de análisis de la locura entre las diversas enfermedades.

La sin-razón que expresa la locura devela la verdad que esconde, siendo esta una razón (Foucault, 1967b). Se desprende de lo planteado por el autor que el internamiento del loco impide la expresión de ese ser y el confinamiento en un no ser revelándolo como una nada, corrigiéndolo o suprimiéndolo, aniquilándolo.

En la época clásica se presentan entre las clasificaciones, diversas formas de locura como: la demencia, la manía y la melancolía y la histeria e hipocondría, que resultan nociones claves para la psicología moderna, y las cuales ingresaron en el Manual diagnóstico de trastornos mentales, prevaleciendo en el actual, a excepción de la histeria.

Foucault (1967c), destaca que la Sinrazón que había sido apartada en las prácticas del confinamiento, reaparece dotada de un poder que es establecido para generar duda, incertidumbre. Un poder que sin duda interroga en secreto, pero de forma inminente los discursos de la razón y del orden presentes en el siglo XVIII. Pero más que provocar dicha interrogación subversiva, se logra percibir un esfuerzo por producir la “renegación de la sociedad”, reflejada ésta, en “el vestido desgarrado, la arrogancia en harapos, una insolencia que se soporta, y cuyos poderes inquietantes se acallan por medio de una indulgencia divertida” (Foucault, 1967c, p.11.). Se puede decir entonces, que es la primera vez, desde el “Gran Encierro”, que la sinrazón empieza a ocupar un lugar importante en la familiaridad del contexto social, es decir, el loco logra posicionarse como un personaje social

susceptible de interrogación, como un personaje que pondrá en tela de juicio el orden infranqueable de la sociedad de la época clásica.

Cabe destacar que en dicha época se vislumbra un modelo disociativo basado en prácticas excluyentes, puesto que el loco debe mantenerse aislado de la sociedad con el fin de garantizar el control y mantener el orden social.

Es así como el miedo y la angustia, se constituyen en los dispositivos que reforzarán y justificarán la existencia de las prácticas de confinamiento ya que “se teme siempre el ser internado”. En este sentido, en el siglo XVIII surge un miedo inusual; miedo animado por todo un discurso sobre la moral: “La gente se aterra de un mal bastante misterioso que podría esparcirse, según se dice, a partir de las casas de confinamiento para amenazar en breve a las ciudades. (Foucault, 1967c, p.12.).

Ahora bien, con relación a la sinrazón, ¿Dónde puede ubicarse esta? ¿En qué órgano puede alojarse? ¿En qué órgano deberá buscarse la lesión?... Es así como en lo aparente y no en el rigor del saber médico, donde la sinrazón afronta a la enfermedad y se aproxima a ella, por no decir que ocupa su lugar. Mucho antes de que sea expuesto el problema de saber en qué medida lo insensato es patológico, se había formado, en el lugar del confinamiento y por una alquimia esencial, “una mezcla entre el horror de la sinrazón y las viejas obsesiones de la enfermedad” (Foucault, 1967c, p.14.).

Es necesario resaltar que en el siglo XVIII nace un movimiento decisivo que pretende tratar de situar la locura de manera cada vez más precisa y más rigurosa en lo que respecta a su desarrollo y su evolución histórica, aun cuando en esta época la sinrazón era el contratiempo del mundo. Frente a esto, se inicia la reconstrucción de las celdas de la Salpêtrière, bajo la pretensión de la creación de un asilo que, sin dejar de conservar sus funciones primordiales, sea modificado de tal manera que el mal habite allí por siempre, sin llegar a esparcirse y a contaminar el resto de seres existentes; un asilo que contenga por completo a la sinrazón y que la ofrezca como espectáculo, pero como un espectáculo

que la muestre en su máxima expresión y en su franca naturaleza pero que no amenace a los espectadores, que no exista riesgo alguno de contagio.

Así pues, se puede identificar cómo formas que se encontraban entre la cotidianidad pasan a ser inaceptables, siendo la condenación moral, la sanción al escándalo, especialmente el que afecta el interés de la familia, las que introducen el paso a lo patológico, al neutralizar la eficacia de las creencias de la época, haciéndolas culpables, pasando a la prohibición, la represión y el control, envueltos en el régimen de orden y disciplina del espacio asilar. En este, se experimenta claramente el conocimiento del poder en la definición del saber, y por ende se basa en la obediencia, en la imposición del poder del médico sobre el “loco”. Así mismo, la definición difusa de la locura que hacía reconocible al loco, y la presencia de razón en la “locura”.

Ahora, en lo que concierne a los tratamientos centrados en el cuerpo del loco, se puede tener en cuenta que, si bien la terapéutica de la locura no se aplicaba en los hospitales, dado que su función no era corregir, sino aislar, en la época clásica, sí se da un tratamiento centrándose en el cuerpo de loco, para sanar sus fibras nerviosas: la consolidación, la purificación, la inmersión y la regulación del movimiento (Foucault, 1967). Durante el siglo XIX, se va inscribiendo la locura con la culpabilidad, al aparecer métodos de tipo moral: miedo como castigo, alegría como recompensa. Se va organizando la psicología entorno al castigo y ésta psicología surge separando a la locura de la sinrazón. Así pues, se procede a abordar los cambios experimentados en la noción de locura durante el siglo XIX.

La noción de locura en la Modernidad

El Siglo XIX se caracteriza entre otras cosas por sus fuertes cambios y revoluciones tanto a nivel político, económico como filosófico, las cuales obligaron a reorganizar las ideas implementadas en épocas anteriores. Es también conocido como el siglo en el cual se destacan los trabajos realizados por Philip Pinel entorno al nacimiento de la psiquiatría. Todo ello traería consigo una serie de cambios sobre la noción de locura y a su vez reconciliaciones respecto a los planteamientos realizados.

De acuerdo con Foucault (1967) en el siglo XIX se logra un reconocimiento del alienado, así como también del hombre social en interdicción del sujeto jurídico, como incapaz y loco.

A partir de las experiencias del clasismo, se forma en el siglo XIX, lo que desde el positivismo se va a conocer como alienación mental, lográndose así la conformación de la experiencia moral de la sinrazón, la base del conocimiento “científico” de la enfermedad mental (Foucault 1967). Durante este siglo se continúa relacionando a la locura con la animalidad y la coacción moral prevalece; aun cuando la sinrazón debe ser dominada con el internamiento, las prácticas cambian debido al afán de la objetividad, con la cual se cree estar hablando de una única locura, asociada a la ética de la sinrazón y al escándalo de la animalidad. De acuerdo con Foucault (1967) para Pinel es importante el retorno a la naturaleza como herramienta terapéutica, ya que con ella se logra ordenar el desorden de la locura, toda vez que Pinel considera que la locura requiere de unas barreras que puedan contener el desorden, requiriéndose para ello un espacio ordenado de manera natural. Según Foucault (1967), la naturaleza de la locura está en ser una razón secreta, en existir por y para ella.

De acuerdo con Foucault (2002), en el siglo XIX, se cambia el castigo del cuerpo por la corrección de las almas, a través del encierro, en el cual se controla y se hace a los individuos más “dóciles y útiles”, como producto del desarrollo del siglo XVI al XIX. El autor plantea que del siglo XVII al XVIII se desarrolla la disciplina en los hospitales, el ejército, las escuelas, los colegios o los

talleres, como forma de someter los cuerpos, de dominar y manipular las fuerzas humanas, a través de la vigilancia, las clasificaciones, rangos, exámenes, ejercicios entre otros.

Foucault (1967), señala que el tratamiento moral, el miedo y la coerción, aparecen no tanto como instrumentos para intimidar, sino como medios terapéuticos por sí mismos. Un miedo que genera un sentimiento de culpabilidad y con ello una conciencia moral, que permiten organizar la locura.

En este sentido, el tratamiento moral, y la respectiva práctica en el espacio asilar, surge para normalizar, para convencer al loco de su error, recurriendo para esto a una cierta racionalidad que existe en el loco, y que puede permitir su cura.

Dicho tratamiento requería introducir un orden moral y un régimen disciplinario, promovidos principalmente por el médico. Un tratamiento que se basaba en un programa pedagógico que necesitaba de comprensión y castigo físico, y que asemejaba al loco con un niño que necesitaba ser reeducado en sus costumbres, y hábitos sociales.

En lo que respecta a los cambios producidos en las viejas clasificaciones, según Foucault (1967), se relacionan con la afinidad de los síntomas en la evolución progresiva de un tiempo a otro, dejando de relacionar la enfermedad con una causa orgánica. No obstante, el afán de clasificar según lo evidente o lo manifiesto, es desviado por las denuncias morales de la época que aparecen entre la locura y las señales esta. El autor plantea que en la época clásica se consideraba que era en la imaginación donde estaba la sinrazón y se encontraba la síntesis entre el loco y la locura. La imaginación perturbada, desviada, es la conocida como delirio, y es en esta donde se forman nexos entre locura y sinrazón, abarcando así en una misma experiencia, a la sinrazón, la locura y los locos.

Así pues, entre los acontecimientos relevantes del siglo XIX, se pueden encontrar el nacimiento de la psiquiatría con Pinel, quien busca tratar al loco como ser humano, como un enfermo, por lo cual se observa con horror el trato previo que se les había dado a los locos. Se menciona aquí

a la locura como razón secreta, y se considera que al hacer perdurar cierta racionalidad que hay en el loco, se puede llegar a la cura. También se ha destacado el cambio respecto al castigo del cuerpo por la corrección de las almas. De igual manera se ha abordado lo concerniente al tratamiento moral, al orden moral y el régimen disciplinar que lo acompaña, junto con el miedo y la coerción como tratamientos terapéuticos que al ejercer culpa permiten la adquisición de una consciencia moral. Un tratamiento ejercido principalmente por el médico, para “reeducar” al loco, una concepción de locura como enfermedad.

Para finalizar, la pretensión de este capítulo ha sido permitir identificar el recorrido histórico de la noción de locura, con las respectivas condiciones de emergencia, destacando la existencia de un poder que influye en los respectivos cambios de la noción. A través de este capítulo, se ha buscado generar un cuestionamiento por esa noción cuya historia se desconoce o se ha dejado a un lado, por esas prácticas que imponen su saber y su poder, pretendiendo una adaptación, y dejando a un lado el sujeto hablante, sin escucharlo o callándolo, pues su palabra solo “la tienen en cuenta” para reafirmar su diagnóstico.

CAPITULO 2.

La neurosis

Los aportes freudianos respecto a los padecimientos del sujeto, generó una profunda y rápida reelaboración en torno a la etiología y nosología de la época. La técnica analítica fundamentada en una única regla fundamental permitió sorprendentemente explorar las determinaciones sobre las cuales se basan los síntomas, los sueños, las inhibiciones, las angustias y las fantasías. Así, el método analítico propuesto por Freud incide y pasa por el acto del decir del ser hablante, cuyo horizonte ético se encuentra en la satisfacción transformadora de dicho acto.

La vía del análisis florece en la singularidad del caso pasando por las incomodidades de lo particular. Bajo esta premisa Freud tiene cuidado al atender las consecuencias que el dispositivo analítico genera a nivel de lo particular del síntoma. Es así como desde sus inicios investigativos, se vio obligado a demandar a categorías clínicas antiguas, para reformularlas y/o agruparlas de manera diferente, uniendo padecimientos del cuerpo con otros de la mente, y así investigar durante décadas dichos agrupamientos. Así, la nosología psicoanalítica alcanzó con Freud (más tarde con Lacan) equilibrar ciertos tipos clínicos que en la actualidad resultan sólidos e inalterables. Algunas de las categorías freudianas (histeria, paranoia, perversiones) han sido borradas de los manuales psiquiátricos que el discurso dominante del modelo médico siembra con el propósito de someter el síntoma al trastorno para así tratarlo bajo la medicalización y reeducación emocional, sin recurso de la palabra.

El psicoanálisis no se encuentra interesado en el dominio o desaparición del síntoma, sino por el contrario, su interés está en situar y preservar las determinaciones reales que pertenecen al sujeto; preservarlo en su estatuto freudiano en la cual el síntoma es como una rasgadura del ser, inscrita en las variedades de la causalidad subjetiva. El presente capítulo basado en las neurosis en el

psicoanálisis freudiano tiene la pretensión de acercarse a la elaboración freudiana respecto a los planos nosográfico y etiopatogénico, planteando a su vez que una psicopatología analítica es posible en la lógica del pathos del sujeto.

La histeria y la medicina científica.

El saber médico de 1600, próximo a transformarse por los avances del discurso de la ciencia, presenta determinadas características. De acuerdo con lo planteado por Paul Bercherie (1983) “la clínica como disciplina autónoma de observación y descripción no existía todavía en esa época, en la que se interpretaban sin límites claros la forma mórbida y la imagen metafórica que a la vez la explicaba y la generaba” (pág. 22). Sin embargo, los avances del empirismo repercutirán respecto de las posturas anatómicas, particularmente en lo concerniente a la constitución del sistema nervioso. Los resultados obtenidos por esta vía permitieron una transformación profunda de la noción de histeria, tanto en lo que respecta a su patogenia como en lo concerniente a sus manifestaciones clínicas. Vale recordar que la postura clásica imperante desde la antigua Grecia concebía a la histeria como una dolencia propia de la mujer, cuyas manifestaciones fundamentalmente estaban dadas por paroxismos.

La causa era considerada efecto de desórdenes del útero, soportada en la idea hipocrática del movimiento agitado de la matriz por todo el cuerpo, así como también en la idea galénica de los humores (la del efecto nocivo de la suspensión de la regla) con lo cual se generaba una irritación por vía simpática de los nervios, desencadenándose así los síntomas del “mal de matriz” (Bercherie, 74)

Hacia 1618, el médico francés Charles Lepois, soportado en una serie de investigaciones de corte neuroanatómico, concibe la histeria como enfermedad cerebral cercana a la epilepsia, la cual puede manifestarse en los dos sexos. Si bien Lepois realiza una descripción del cuadro clínico

de la histeria enfatizando en las crisis, explora una serie de síntomas individualizados como por ejemplo trastornos sensoriales en los cuales se incluye la ceguera, sordera; trastornos sensitivos como anestias cutáneas, cefaleas; trastornos motores en los que se incluyen las parálisis, contracturas, temblores; y trastornos vegetativos como las palpaciones cardíacas, angustia y disnea.

La anterior concepción de la histeria presume un cambio frente a la tesis Thomas Willis en 1667 en lo que respecta a la clínica, por cuanto desplaza el interés desde la semiología de la crisis y otros accesos paroxísticos histéricos, hacia un pequeño grupo de síntomas que permanecen presentes. Este cambio ocasiona un acercamiento entre histeria e hipocondría, preocupación intensa y persistente por los estados de salud, la cual se centra principalmente en síntomas corporales, asociados a un afecto de tristeza. Los aportes de Willis resultan decisivos respecto a la constitución de la clínica de la histeria, toda vez que sienta las bases para pensar una base neurológica de la histeria, que luego, años más tarde, retomará Charcot y se convertirá en condición de posibilidad para el surgimiento de la clínica psicoanalítica.

La histeria en el campo de la Psiquiatría.

Thomas Sydenham (1735-1975) realiza una descripción de la histeria agregando a las conocidas manifestaciones paroxísticas y a los síntomas corporales, un tercer tipo de fenómenos, entorno a las perturbaciones de carácter, describiéndolas de la siguiente manera:

“Ahora bien, aunque las mujeres y los hombres hipocondríacos estén extremadamente enfermos del cuerpo, lo están más aún del espíritu, pues desesperan absolutamente de su curación, y si a uno se le ocurre darles la menor esperanza, montan en una gran cólera, de modo que esa desesperación es esencial de la enfermedad. Por otra parte, se llenan el espíritu de las ideas más tristes y creen que les acontecerá todo tipo de males. Se

abandonan, por el menor motivo, e incluso sin él, al miedo, a la cólera, a los celos, a las sospechas, a las pasiones más violentas y se atormentan sin cesar a sí mismos (...) No conservan ninguna ecuanimidad y sólo son constantes en su liviandad de carácter. Tan pronto aman en exceso como odian sin razón a las mismas personas. Si se proponen hacer algo, cambian de repente de propósito y emprenden una tarea que es contraria sin terminarla. Son indeterminados, indecisos, no saben nunca qué partido tomar... Se sabe también que las mujeres histéricas ríen o lloran inmoderadamente sin ninguna causa evidente. (...) La noche, que es para los hombres un momento de reposo y tranquilidad, se convierte para estos enfermos (...) en ocasión de mil penas y mil temores, a causa de los sueños que tienen, y que por lo común giran en torno de muertes y fantasmas” (Sydenham; p. 87-92)

Se destaca de lo anterior la singularidad con la que Sydenham aborda los síntomas corporales permanentes, otorgándoles un valor objetivo y que doscientos años después evolucionan hasta llegar al terreno de las perturbaciones de carácter. En el discurso psiquiátrico del siglo XIX se impone la idea respecto a que las pacientes histéricas engañan de manera intencionada a los médicos. Dicha concepción será cuestionada por Charcot.

Vale la pena retomar brevemente el contexto epistémico en el cual florece el abordaje psiquiátrico de la histeria. Es alrededor de 1854 que el médico Jean-Pierre Falret, discípulo de Pinel y Esquirol sienta las bases respecto a un estudio exhaustivo cuya evolución permitiría comprender genuinas especies naturales y no solo variedades de la locura, la cual era concebida como género único. Benédic Morel, alumno de Falret, privilegia el criterio etiológico, en oposición al valor diagnóstico del detalle clínico. En respuesta al problema de la causa, recalca la doctrina de la degeneración hereditaria, la cual intenta responder a la pregunta respecto a la relación entre los trastornos mentales y los trastornos nerviosos presentes en los pacientes antes de la enfermedad.

Articulado con lo anterior, Morel introduce la noción de “locura histérica” por transformación psíquica de la neurosis; la delineación, aledaño al temperamento nervioso, del trastorno del carácter (egoísmo, celos, impaciencia, irritabilidad, tendencia a mentir) y por último una cercanía genética entre los trastornos del carácter y la locura histérica.

En ese sentido, la locura histérica es caracterizada por exagerada movilidad de los fenómenos patológicos (sucesivos periodos de exaltación o de postración) alucinaciones y delirios, tendencias impulsivas (suicidio, homicidio, piromanía) y tendencia a terminaciones crónicas como es el caso de la demencia precoz.

Se desprende entonces de lo anterior un nuevo grupo semiológico el cual consiste en perturbaciones mentales que se agregan a las ya existentes (manifestaciones paroxísticas, síntomas físicos y perturbaciones de carácter). Sin embargo, el interés presentado por Morel frente a la histeria se soporta en la posición particular de las perturbaciones del carácter, propias de estas neurosis relacionadas con la descripción realizada por Sydenham:

“...estos pacientes tienen la costumbre de exagerar sus sensaciones, experimentan la necesidad de que uno se ocupe de sus sufrimientos. (...) Nunca se las quiere como habría que quererlas; llevan la manía de la sospecha hasta el último límite posible. Se hunden en las suposiciones más extravagantes, más falsas, más ridículas e injustas. Por otra parte, el amor a la verdad no es la virtud dominante de su carácter, de modo que nunca exponen los hechos en su realidad, y engañan tanto a sus maridos, a sus padres y a sus amigos como a sus confesores y sus médicos”. (Sydenham; p.212).

La cita anterior, permite establecer con claridad el movimiento dado entre la imitación y el engaño desde el plano del cuerpo al de las perturbaciones del carácter. Dicho movimiento se encuentra de manera acentuada en la descripción realizada por Falret en su delimitación de la locura

histórica realizada en 1866, separándola de la locura razonante. Dicho autor establece cinco categorías respecto al carácter histérico:

“...la gran inestabilidad de todas sus disposiciones psíquicas, según el momento en que se las observa” (...) el espíritu de contradicción y de controversia (...) el ánimo de duplicidad y de mentira (...) la rapidez e instantaneidad en la producción de las ideas, en los impulsos y en los actos (...) Finalmente, las histéricas son por lo general romanticonas y soñadoras, (...) coquetas y vanidosas con más frecuencia que verdaderamente ardientes y apasionadas” (Falret; p. 489-503).

Jean Martín Charcot: La histeria y la neurología.

Charcot cuenta dentro de la historia del campo clínico de la histeria con un lugar destacado, toda vez que es responsable de restituir con decoro el lugar de enfermedad al padecimiento histérico, el cual se caracterizaba desde la mirada del saber psiquiátrico. Charcot enfrenta con firmeza dicha postura, extendiendo el método nosológico al terreno de la histeria y reclama la objetividad de sus síntomas, para a su vez introducir la técnica de la hipnosis en el abordaje de la histeria, concibiendo a su vez a ésta como neurosis artificial de naturaleza histérica. Con esto, Charcot concibe las bases para la reducción al terreno de lo absurdo que Sigmund Freud manejará respecto a la histeria como enfermedad de base orgánica, señalando entonces la ruta para pensar una causa psíquica de naturaleza inconsciente. A lo largo de finales del siglo XIX, realizará grandes intentos por abordar los misterios de la neurosis a partir del diagnóstico diferencial.

Al respecto vale tener en cuenta lo señalado por Marcel Gauchet a saber:

“Para que se impusiera la idea de que existen enfermedades psíquicas era indispensable primero dominar las enfermedades orgánicas vecinas. Debemos nuestra histeria «psicológica» a la autocrítica de la neurología misma. Fueron necesarios quince años de

trabajo (de Charcot) contra sí mismo para expulsar de su área de competencia aquello que había llevado tanto tiempo comprender” (Gauchet,1997; p.10).

Teniendo en cuenta lo planteado hasta el momento, es necesario fundamentar algunas reflexiones epistemológicas respecto a la importancia que tiene Charcot frente a la constitución de la clínica de la histeria y el descubrimiento del inconsciente.

El sufrimiento psíquico propio de la histeria se encuentra articulado al prejuicio que se dejará ver más tarde. Charcot se propone desde el inicio sacar a la luz leyes de asociación, de sucesión de síntomas, enfrentándose así a una particular forma de brindar atención y distanciándose del pensamiento psiquiátrico. La indagación de la histeria y sus diversas manifestaciones, arrojará un conjunto de cuadros clínicos variados. Dichas indagaciones permiten a Charcot diferenciar tres grandes grupos sintomáticos: En primer lugar, enfrenta los fenómenos paroxísticos intermitentes. En segunda instancia logra la descripción de un estado mental constituido por excitabilidad y sugestionabilidad, en donde se excluye del campo de la histeria cualquier rasgo moral y fundamentalmente cualquier concepto que provenga de la psiquiatría. Finalmente, la indagación metódica de los paroxismos histéricos facilitó la distinción de diversas formas de ataque.

Respecto a la causa, Charcot tiene una concepción de histeria traumática en respuesta a sus constantes preguntas respecto a la localización de los accidentes patológicos, relacionada con una causa mecánica. Ahora bien, vale la pena señalar que producto del esfuerzo realizado por Charcot en cuanto a precisar los diagnósticos diferenciales, establece una separación con tres entidades mal diferenciadas de la histeria.

En primer lugar, Charcot demuestra que la epilepsia trata de simples manifestaciones de histeria. Resalta de los síntomas, el aspecto mismo de la crisis y la evolución. En segundo lugar, Charcot se centran en un trabajo orientado a reducir la noción de locura histérica. Consideran propio de la histeria un estado mental peculiar caracterizado por excitabilidad y sugestionabilidad del que

aparta cualquier rasgo moral, pues no es encontrado en su práctica. Adicional a esto, de la locura histérica solo conservan los estados delirantes considerados como propios de los últimos periodos de la crisis histérica, la cual es de corta duración.

Finalmente se encuentra la neurastenia. El cuadro clínico conformado por una serie de síntomas de orden tanto físicos como psíquicos, es reducido por Charcot a una serie de estigmas propios y un particular estado mental caracterizado por depresión cerebral.

Una teoría psíquica de la histeria.

El recorrido que se ha venido realizando exige contemplar ahora la exploración realizada por Charcot respecto a la clínica de la histeria y que le permitieron el descubrimiento del componente psíquico propio del traumatismo. La noción de trauma se impone a partir de 1877 como acción que desencadena los accidentes de la histeria proveyendo así “la primera revelación de la diátesis histérica, latente hasta el momento” (Bercherie, 1983 - Pág. 70). Pero lo que realmente va a resultar novedoso hacia 1885, no será el hecho traumático en sí, sino por el contrario, la explicación de su forma de acción, es decir, demostración respecto al distanciamiento entre la causa y los efectos.

Aun así, lo que va a resultar un factor determinante frente al descubrimiento de 1885, refiere a la concepción de las parálisis psíquicas, parálisis por sugestión experimental, las cuales eran producidas en el estado hipnótico relacionado con el sonambulismo. La posición de Charcot frente a estos hechos se sostuvo en no brindar atención al hecho de incluir reseña alguna a dichas manifestaciones histéricas en las publicaciones científicas de la época, producto del fraccionamiento por una clínica que no logra atrapar aun, y el comienzo de una postura teórica que se empieza a imponer. El asunto es que las parálisis se tornan perentorias ante la necesidad de comprender los mecanismos ante los cuales la ideación actúa en el cuerpo, con lo cual se toma de manera obligada un desvío hacia la psicología.

El trabajo realizado por Charcot se verá alterado de alguna manera por la influencia de Hippolyte Bernheim en 1884 en torno a la sugestión en los estados hipnóticos. Los trabajos de Bernheim, consecuencia del efecto de los estudios en torno a las expresiones hipnóticas abordadas por Charcot desde 1877, ampliaron el campo de la hipnosis que impugna sin rodeos su postura reducida al terreno de lo patológico. En oposición plantea la importancia de considerar la hipnosis como expresión exclusiva de la sugestión. Frente a este desafío, Charcot da inicio a una tentativa por responder a dicho planteamiento y lleva el problema de la histeria a sus dominios imponiéndose el reto de identificar los rasgos clínicos diferenciales, bajo el razonamiento en torno a la cual, si las parálisis psíquicas no pertenecen al dominio de lo orgánico, esto es debido a un estado especial o condición patológica aparte que permite definir la histeria y que se refleja en una clínica específica.

A la muerte de Charcot, hacia al año 1892 Janet va a plantear que las manifestaciones del estado mental de los histéricos dependerán de una división de la personalidad, acompañada de ideas fijas, reflejo de un estado mental fracturado el cual es originado por cierto déficit en la predisposición neuropática. De acuerdo con lo anterior, la escisión del estado de consciencia se convierte en un rasgo primario de los fenómenos histéricos, la cual tiene como base una debilidad de la capacidad respecto a la síntesis psíquica. Dicha postura resulta contraria a la que va a asumir Freud, para quien la escisión es secundaria y en la histeria de defensa es consecuencia de un episodio de carácter voluntario del sujeto.

Ya hacia finales de la época clásica, se da inicio a lo que puede considerarse el ocultamiento de la histeria cuya explicación se encuentra dada por la extensión de la esquizofrenia, debido quizás a los trabajos realizados por Emile Kraepelin y Eugen Bleuler. Es quizá Kraepelin quien, con sus trabajos en torno a la locura histérica y su tratado de psiquiatría, propone un cuadro clínico en el que se logran destacar dos rasgos fundamentales, a saber:

“...primero, la aparición y desaparición en forma de ataques de cierto número de trastornos de diverso género; segundo, el hecho de que sean influidos por agentes extraños. Estos dos caracteres nos indican en seguida con absoluta certeza que el caso en estudio pertenece a la enfermedad conocida con el nombre de histerismo.” (E. Kraepelin; p.150)

La neurosis obsesiva: Antecedentes psiquiátricos.

A diferencia de la histeria, la neurosis obsesiva en tanto entidad clínica se encontraba en el campo de la medicina cuando Freud comienza a bordarla para estudiarla. Es así como es posible encontrar una precoz descripción de lo que muchos años después Freud logra delimitar como neurosis obsesiva a partir de los trabajos realizados por Esquirol. Discípulo de Pinel y por tanto representante de la alienación mental, Esquirol realiza de manera detallada y profunda una nosografía. Dentro de sus aportes se encuentra la creación de las monomanías, dentro de las cuales se agrupan las afecciones mentales con afectación parcial a la mente. Esquirol distingue en este grupo dos variedades de monomanías; por un lado, las afectivas o razonantes, en las que el trastorno del carácter, de la afectividad y del comportamiento están sostenidos por capacidades de razonamiento y de racionalización intactas” (Esquirol; p. 34).

Frente a lo planteado por Esquirol, hacia 1866 Falret describe ocho categorías dentro de las cuales incluye la locura histérica, y las restantes se convierten en un primer intento de delimitación de la clínica de la neurosis obsesiva en dos perspectivas:

Por un lado, la hipocondría moral con consciencia, caracterizada por un fondo de pesimismo y postración y un estado en el que la realidad exterior pierde su interés llevando a que el sujeto se sienta indiferente frente a todo e incapaz de actuar por falta de energía. Sumado a lo anterior se describen crisis de terror y obsesiones impulsivas con compromiso de la inteligencia y

manifestaciones de ansiedad. Por el otro, se encuentra la alienación parcial con predominio del miedo al contacto de objetos del exterior (locura de duda y locura de tocar).

Es a partir del privilegio dado a la hipocondría, que Janet va a describir la psicastenia; a su vez, del reconocimiento dado a la segunda vertiente, Freud iniciará la construcción de la neurosis obsesiva. Paralelo a lo anterior, Falret realiza intentos por trascender lo puramente descriptivo aislando el hecho psicológico que constituye su fundamento principal, a saber, la duda, el estado de irresolución. En este sentido señala el autor de manera terminante:

“El verdadero trasfondo de esta enfermedad consiste sobre todo en volver incesantemente sobre las mismas ideas y sobre los mismos actos, experimentando de continuo la necesidad de repetir las mismas palabras o de realizar los mismos actos sin conseguir jamás satisfacerse o convencerse, ni siquiera ante la evidencia. Estos enfermos viven en un estado de duda perpetuo y no logran detener ese trabajo incesante de su pensamiento que se ensaña constantemente consigo mismo, sin llegar nunca a un resultado definitivo. Por eso mi padre propuso con razón darle a este estado mental el nombre de locura de duda (*folie du doute*) para resumir en su forma más general el hecho psicológico que constituye su fundamento principal” (Falret; p 382- 431)

Lograr cernir la base psicológica de la locura de duda, significó un hecho relevante más no suficiente para abordar las variedades de la locura, soportadas en un modelo basado en las alteraciones del registro de lo mental, en la alucinación y el delirio. Adicional a lo anterior, el autor en mención señala otras diferencias del cuadro clínico con lo que se permite separarlo del grupo de los delirios. Considera finalmente que esta afección se presenta acompañada por lo general de síntomas físicos, particularmente de fenómenos de histeria o hipocondría.

Aun cuando se hubiesen reunido los elementos señalados por la escuela francesa como por autores alemanes, quienes consideraban un elemental síndrome capaz de estar asociado a otras

variedades mórbidas, la obsesión no alcanza a ser extraída del terreno de la locura. Paradójicamente en los terrenos de la clínica de la mirada, resulta imposible ver el agujero existente entre la obsesión y las diversas manifestaciones clínicas de la psicosis, así como su relación con la histeria. Esta dificultad es resultado del método descriptivo de la psiquiatría. Y es que en la medida en que los síntomas sobresalientes, de lo que Freud delimitará como neurosis obsesiva, se originan en el registro de lo mental, la psiquiatría no logró forjar la posibilidad de hablar en términos de neurosis obsesiva.

Como se observa, hay un dominio de la oposición psiquiátrica cuerpo – mente que es prefreudiana, sobre la cual la psiquiatría situaba la diferenciación neurosis – psicosis. Contrario a esto, Freud agrupa la histeria y la obsesión, primero en la neuropsicosis, luego en la psiconeurosis. Freud logrará avanzar al reunir lo que a la observación es posible diferenciar, es decir, los padecimientos corporales de la histeria y las perturbaciones del pensamiento del obsesivo), toda vez que no edifica su nosología a partir de una descripción de síntomas. Todo lo contrario; la teoría de la neurosis propuesta por Freud involucra un reordenamiento de los fenómenos partiendo de su bisagra con la terapia analítica dentro de la transferencia y bajo el postulado de un mecanismo psíquico de formación de los síntomas.

De acuerdo con Falret, las ideas obsesivas están caracterizadas por firmeza repetitiva, por ser ideas inacabadas, toda vez que no llegan a realizarse ni en el campo de la acción ni en el campo de la alucinación y el delirio; de otro lado, se presentan agitaciones forzadas, las cuales consisten en actos mentales excesivos e inútiles, motores o emocionales en los cuales se incluyen angustias y fobias. En cuanto a la psicastenia, Janet señala el sujeto psicasténico se caracteriza por mostrarse apático, indiferente, impaciente, estricto, dependiente, afectivo superficial y egocéntrico; a nivel intelectual sus realizaciones son limitadas. Adicional a lo anterior, señala Janet que dichos sujetos pueden mostrar sentimientos de irrealidad o despersonalización.

Esta caracterización realizada por Janet respecto a la psicastenia contrasta con la perspectiva freudiana. Respecto a la obsesión, se advierte que para Janet la psicastenia guarda el valor de signo semiológico. Dicho autor, no avanza más allá de la descripción de los rasgos formales, omitiendo las representaciones propias de cada caso, y por tanto de su relación con la causa. Dicha concepción se distancia de la postura asumida por Freud, quien considera que el síntoma neurótico es un “indicio y sustituto de una satisfacción pulsional interceptada, es un resultado del proceso de represión” (S. Freud; p. 87).

Como se puede establecer a partir de los señalamientos hechos en este apartado, la neurosis desde la mirada de la psiquiatría fue abordada por diversos autores que concibieron los fenómenos de la neurosis (histeria y neurosis obsesiva) soportada en una mirada del cuerpo propia de la psiquiatría y del modelo biologicista. Con Freud la concepción y abordaje toma otra postura, la que se abordará en el apartado siguiente.

La histeria en el psicoanálisis. (Freud).

La pretensión de este apartado radica en realizar una revisión en torno a las diferentes transformaciones que fue presentando la concepción de la histeria a lo largo de la obra de Freud, esto es a partir de su encuentro con la histeria, pasando luego proponer un método nuevo para estudiarla, próximo a la hipótesis del inconsciente. Vale la pena recordar que el acaecer de la teoría y la adición del factor pulsional en dicha teoría apartan a la histeria como modelo clínico a estudiar, para dar lugar a la neurosis obsesiva cuya exposición resalta el factor pulsional, mientras que la histeria se oscurece para un esclarecimiento de la angustia (Freud 1926), toda vez que es un intento por resolver el soporte pulsional correspondiente al paso de la condición anímica a la corporal propia de la conversión, (cuestión no muy clara para Freud) dando origen al cuadro clínico de la “bella

indiferencia de las histéricas” (Freud. 1893 – 95). Vale la pena señalar que el recorrido que aquí se realiza, se aproxima a una lectura crítica encausada de la obra de Freud.

Enseñanzas de la histérica.

Es sabido de los intentos de Freud por formalizar su descubrimiento soportado en la teoría de la seducción, postura frente a la cual realizará más tardes correcciones. Aun así, existen aspectos que han persistido como sellos del terreno que el psicoanálisis interroga. Por un lado, la paciente histérica implanta la representación traumática de la esfera de la sexualidad, rechazo frente a lo imposible de asimilar, y frente a aquello que sólo puede apelar a la defensa, asuma como fuga ante el recuerdo insoportable, patógeno. En este sentido, la defensa de carácter neurótico guarda un sentido de fuga en la medida de “no querer saber nada de eso” y fracaso que se manifiesta mediante el retorno del afecto y la representación sustituta en el cuerpo. En esto radicó lo que Freud va a llamar “conversión”, a partir de la cual va a considerar al cuerpo como un espacio en el que resulta posible encontrar inscripciones cifradas.

Por el otro, con la histeria se introduce el carácter histórico de la neurosis, es decir, los dos tiempos del síntoma, los cuales son explicados por Freud por una causalidad que separa de la causalidad física; hace referencia al mecanismo de la represión y del retorno de lo reprimido, originado por una causa ocasional que pone en marcha el efecto retroactivo relacionado propio del recuerdo.

Finalmente se encuentra el fantasma de la seducción, típico fantasma histérico el cual implica una posición subjetiva por parte de la histérica, quien concede los dominios traumáticos al otro. Una segunda forma de conceptualizar surge con el descubrimiento de la sexualidad infantil hacia 1905 y los interrogantes frente a la realidad fáctica de la seducción, resaltándose de esta manera la importancia de la fantasía en la formación del síntoma.

Sigmund Freud se interesa por el problema de la relación de las fantasías en el síntoma, el cual se presenta producto del trabajo de la represión y la satisfacción de la pulsión, lo cual para Freud va a recibir la denominación de beneficio primario del síntoma.

CAPÍTULO 3.

Locura y Neurosis

Teniendo en cuenta los capítulos anteriores, en donde el tema de la locura se ha venido abordando a partir de los planteamientos realizados en primer lugar por Michel Foucault, quien permite un recorrido a partir de su *Historia de la locura en la época clásica*; así mismo se ha realizado un acercamiento a la concepción de neurosis a partir de los postulados freudianos, principalmente lo señalado por Freud en torno a la histeria y a la neurosis obsesiva, abordando algunas diferencias en la manera como la psiquiatría y el psicoanálisis la han estudiado. Es así como en este capítulo se realiza una aproximación a la locura en la neurosis, teniendo como horizonte la pregunta de investigación planteada en la presente monografía.

Como se desprende del recorrido realizado, el tema de la locura no ha dejado de ser contemporáneo y ha estado por tanto siempre presente en la historia de la humanidad. Es así como se ha llegado a plantear que el concepto y definición de locura han evolucionado a lo largo de los años.

Si bien el tema de la locura ha venido siendo abordado desde diferentes disciplinas y ciencias, entre las que se destacan la filosofía y la psiquiatría, en cada una de estas el tratamiento que recibe el loco es diferente; bien puede ser exaltando su locura, asociándolo a posesiones demoniacas, etc. con lo cual se le ha conllevado a la purificación a partir de su exclusión o muerte, o mediante aislamiento en hospitales bajo la pretensión de garantizar el orden social.

Empecemos señalando que, a inicios de siglo, junto con los diversos avances científicos propios de la psicología científica, la cual ha legalizado el discurso de la filosofía respecto al sujeto de la consciencia, Sigmund Freud concibe un saber a partir del cual considera la posibilidad de abordar al sujeto de forma diferente, rompiendo con la teoría clásica del conocimiento, a partir de la

cual se supone una armonía entre el sujeto que conoce y el objeto conocido. Ese sujeto que conoce no se define por su naturaleza propia, sino por su reintroducción al juego racional.

Frente a lo anterior Freud atribuye una realidad diferente; la conciencia (sede de la voluntad y de la razón) centro de la vida psíquica, empieza a ocupar ahora otro lugar, con lo cual se señala una división subjetiva. Dicha división tiene inicio a partir del momento en que el sujeto entra en el orden simbólico. Es con el lenguaje con lo que el sujeto se representa, y por tanto el lenguaje lo divide.

La corriente psicoanalítica marca una ruptura con el conocimiento de la época. Con la filosofía en tanto saber sobre la conciencia, sobre el sujeto indivisible, y también con la medicina y la psiquiatría. En *El porvenir de una ilusión* (1927 – 31) Freud señala que el trabajo científico puede conducirnos a averiguar sobre la realidad del mundo, con lo que resultaría posible cambiar por certezas las ilusiones creadas por el sujeto.

Resulta significativo cómo de la división subjetiva del sujeto nada se quiere saber. Quizás por lo anterior, la locura continúa halando las marcas del discurso psiquiátrico, selladas por una testaruda negación, en la medida en que también se le llama des-orden, sin-razón, des-vario, in-conciencia, a-normalidad, a-lienación, des-equilibrio.

Es claro que ante esta negatividad con la que se le refiere, se encuentra la idea de un aparente orden, de la razón, de la normalidad, del equilibrio, que organiza la vida psíquica. Actualmente se reduce al término sereno y objetivo de enfermedad mental; concepto que, remitiéndonos al campo de la medicina, pues es de allí de donde proviene, nos enfrenta a la dificultad de definirlo cuando de abordar el campo psíquico se trata. Al hacerlo, tanto las nociones de enfermedad y salud mental dirigen la comprensión psiquiátrica de la locura.

Debe señalarse que ambos conceptos se encuentran saturados de nociones ideológicas que le otorgan contenido. Frente a la imposibilidad de dar una definición, toma sentido la ambición de clasificar, describir y ajustar desde la nosografía, realidades que no explican nada y que solo permiten

ocultar la incapacidad de conocer lo que se pretende abordar. La carga de nociones ideológicas que absorben a la psiquiatría, la colocan de manera inevitable en una posición de amo. El psiquiatra en el lugar de la verdad, el “enfermo” en el lugar del error.

Abordar el tema de la locura resulta complejo dado lo impregnado que se encuentra por elementos ideológicos, así como también ante la ambigüedad de sus fronteras con la cordura o la razón; cuando es posible constatar que la relación del hombre con el mundo, pero fundamentalmente consigo mismo, es una relación conflictiva al comprobarse las fracturas de sus actos. Freud aborda dichos actos como elaboraciones patológicas. Para Freud la psicopatología tiene que ver con actos, olvidos, palabras, producciones del inconsciente, deformaciones del deseo y, por tanto, transgresoras del orden y la razón.

Ahora bien, que la locura no sea exclusiva de las psicosis, estimula a pensar las fronteras de las neurosis y las psicosis, dando origen a un margen que puede ser abordado como otra categoría clínica, o bien convertirse este margen en un corte que permita entender la neurosis y la psicosis y por tanto las locuras, desde otras perspectivas.

La separación locura – psicosis se entiende a partir de la posibilidad de que un síntoma se presente desde el punto de vista semiológico como lo que corrientemente se describe como síntoma psicótico, pero cuya estructura no corresponda a la estructura psicótica. Es decir, estar frente a la posibilidad de enloquecer sin que por ello se trate de un síntoma de estructura psicótica.

Frente a esto, vale señalar que Freud en *Estudios sobre la histeria* (1893-95) logró entrever de manera temprana lo anterior, al reconocer “la aprensión existente en todo neurótico de caer presa de la locura” (pág. 106). De igual manera en el texto *Análisis terminable e interminable* (1937) afirma que las anormalidades del yo en muchas ocasiones lo semejan al del psicótico, señalando entonces un interesante trayecto a seguir.

Como se mencionó al inicio del presente capítulo, la pretensión que se busca ahora es explorar la posible articulación entre locura y neurosis, retomando no solo la problemática conceptual respecto a lograr una definición más precisa de locura, sino respecto al problema de la clínica frente a la relación locura – neurosis o, dicho de otra manera, neurosis enloquecidas o locuras no psicóticas. La pregunta que orienta entonces este capítulo puede centrarse en: ¿El enloquecimiento de una neurosis pertenece a un fenómeno de estructura neurótica por el hecho de ocurrir “en” una neurosis o por el contrario obedece a un fenómeno que muestra que el funcionamiento de la estructura neurótica se ha suspendido? Dicho en otras palabras: ¿las locuras que no son psicóticas deben ser forzosamente neuróticas? En ese sentido, las preguntas anteriores pretenden poner en cuestión si lo que no se encuentra en el campo de las psicosis debe ser encajado en el terreno de las neurosis, o si es posible pensar otro lugar para este tipo de fenómenos de la clínica.

Una fórmula que queda planteada en el párrafo anterior hace referencia a la suspensión de la neurosis (Muñoz, 2011); la elaboración hasta aquí realizada permite pensar las locuras de manera aparte del binarismo de la neurosis – psicosis. El término “neurosis” fue también un término de la psiquiatría, que a lo largo del siglo XIX alcanza a designar una amplia variedad de desarreglos de tipo nervioso, muchos de ellos caracterizados por una extensa diversidad de síntomas. El abordaje hecho por Freud lo altera en la medida en que, al convertirlo al psicoanálisis, inicialmente por vía de su teoría de la defensa, así como tiempo después a través del mecanismo de la represión y la metapsicología.

La neurosis en Lacan se convierte en una clase de síntoma, neurótico es el nombre dado al sujeto supuesto a la estructura de un síntoma. Lacan ha realizado extensas precisiones respecto a cuál es la estructura del síntoma neurótico; es así como en el *seminario 3 La psicosis* señala que su estructura es fundamentalmente la de una pregunta (pág.249), que para el caso de la histeria gira en

torno a “Soy hombre o soy mujer”, en oposición al obsesivo cuya pregunta está dada por: “Soy o no soy”.

Preguntas que se encuentran vinculadas, la primera al propio sexo y la segunda a la contingencia de la propia existencia, profundizando dos ausencias en el significante, el de la mujer y el nombre la propia muerte.

Por otra parte, en este seminario Lacan se refiere a la estructura de cadena de lenguaje articulado de los síntomas neuróticos, oponiéndola a la estructura desarticulada del síntoma psicótico. Consecuentemente se refiere a la posibilidad de hacer lazo o no con el otro (el semejante) la suspensión de la neurosis se manifiesta como locura al adoptar formas clínicas que comportan la interrupción de las dinámicas subjetivas facilitadas por la estructura neurótica del síntoma.

Ahora bien, el mecanismo de *Verwerfung* expresa lo que se puede entender como detención de la neurosis, teniendo en cuenta que para Lacan el proceso de simbolización significa asimilar en la cadena de lo simbólico lo que viene de lo imaginario y de lo real. En el seminario 1 Lacan señala que “el sujeto desarrolla en el discurso analítico su verdad, su integración, su historia. Pero en esa historia hay huecos: allí donde se produjo lo que fue *Verworfen*..., es decir, un rechazo originario” (Lacan; p. 411-412). Rechazo de la inscripción simbólica, que puede ser puesta bajo la protección de la *Verwerfung*.

Vale la pena señalar que en la corriente psicoanalítica de orientación lacaniana el concepto de Forclusión hace referencia al rechazo del significante primordial, a saber, el Nombre del Padre; eso significa que no se inscribe en la cadena significativa, con lo cual el sujeto queda sin una forma de regulación del goce. El concepto de Forclusión se entrevé en el texto freudiano denominado *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoide) autobiográficamente descrita (1911)* en la cual señala que “Lo cancelado adentro [*Verwerfung*] retorna desde afuera” (Freud, 1993/1911) Posteriormente, en el texto de 1923 Freud plantea para la

psicosis: “[...] el mundo exterior no es percibido de ningún modo, o bien su percepción carece de toda eficacia. Normalmente, el mundo exterior gobierna al ello por dos caminos: en primer lugar, por las percepciones actuales, de las que siempre es posible obtener nuevas, y, en segundo lugar, por el tesoro mnémico de percepciones anteriores que forman, como «mundo interior», un patrimonio y componente del yo.” (Freud, 1923). Por tanto, la psicosis no establece una relación con la realidad teniendo como base la represión, cuestión que es propia de las neurosis, sino que se debe más bien a una ruptura con el mundo exterior, producto de una “[...] grave frustración {denegación} de un deseo por parte de la realidad, una frustración que pareció insoportable.” (Freud, 2006/1923, págs. 156-7).

Ya desde 1911 en Freud se insinúa la Forclusión. *Verwerfung*, traduce: rechazo, recusación, reprobación. Así, en la psicosis se trata un rechazo que, como se mencionó anteriormente, se refiere al rechazo del Nombre del Padre el cual brinda regulación del goce del sujeto, o, dicho de otra manera, da origen a la castración del sujeto. En esta misma línea podemos citar a Freud cuando en el artículo *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*, señala que el neurótico se extraña de la realidad efectiva porque la encuentra (en su totalidad o en un fragmento) insoportable.

“El tipo más extremo de este extrañamiento de la realidad objetiva nos lo muestran ciertos casos de psicosis alucinatoria en los que debe ser desmentido el acontecimiento que provocó la insania” (Freud; p. 223). De esta manera, la locura adquiere la forma de la confusión alucinatoria fundamentalmente por la vía alucinatoria del objeto, en la medida en que su rechazo, el cual es llevado hasta la *Verwerfung*, comporta no la inscripción simbólica de la falta, con las consecuencias que esto trae para la relación con lo real y lo imaginario, y que se pone en evidencia con la alteración de la concepción de la realidad. Freud señala con claridad que tanto en la neurosis como en la psicosis se presenta una pérdida de la realidad; lo que la distingue es la manera en que la reemplaza. Señala que en la neurosis dicho reemplazo lo hace a través de la fantasía. Frente a la pérdida de objeto, la fantasía puede reemplazar al objeto que se pierde. Lo que sucede es otra cosa, el rechazo de la representación

que inscriba como perdido al objeto, el fragmento de la realidad objetiva anudada al objeto es rechazado. Ya no es entonces la fantasía lo que lo sustituya sino la alucinación. Al respecto en el texto denominado *Neuropsychosis de defensa (1894)* plantea: “Esta última es a mi juicio la condición bajo la cual se imparte a las representaciones propias una vividez alucinatoria, y de esta suerte, tras una defensa exitosamente lograda, la persona cae en confusión alucinatoria” (Freud; p. 60).

La cesación de la función de ocultamiento del fantasma, arrebatada por la negativa de inscripción de la pérdida real en tanto falta simbólica, permite la generación de fenómenos cuya estructura neurótica no se comprueba. Frente a dicha vacilación fantasmática se obstaculiza la metonimia requerida para situar al objeto fuente del deseo, se altera la estructura de situación de la falta y así, lo que falta no en lo real surge en lo imaginario mediante la alucinación.

Se señala entonces la detención de la posibilidad de la metáfora y en consecuencia la desaparición de la construcción discursiva de lógica neurótica que se reemplaza por delirios y alucinaciones. Es por lo anterior, de acuerdo con Muñoz (2011) que se plantea la idea de la suspensión de la neurosis, caracterizada por fenómenos como los señalados que permiten ser pensados como locuras no psicóticas.

Con todo lo anterior, es claro que nos enfrentamos a fenómenos que introducen una pregunta sobre la estructura que correspondería a quien los porta. O se trata de una psicosis no desencadenada en lo que se creía una neurosis o se trataría de una neurosis con síntomas supuesta mente psicóticos que se explicarían con esta noción de suspensión de la neurosis. Vale la pena dejar abierta la posibilidad de pensar que tal vez el mismo Lacan se vio enfrentado a esta inquietud y que su última clínica, la llamada borromea intenta resolver el asunto ya no por la vía de los mecanismos explicados (represión - *Verwerfung*) sino por tipos de anudamiento, lo cual sería tema de abordar en otro momento.

CONCLUSIONES

Llegado el momento de concluir, cabe señalar que el recorrido teórico realizado en este trabajo monográfico tuvo pretensión de organizar una serie de referencias relacionadas con la noción de locura y la neurosis, fundamentalmente a partir de los aportes de Sigmund Freud y Jacques Lacan. Este recorrido ha permitido identificar variados empleos del término locura, lo cual ha originado consecuencias teóricas, clínicas y psicopatológicas que se intentan despejar.

Los hallazgos realizados permiten establecer que el loco o quién con sus actos da muestra de cierta irracionalidad de la locura, queda confinado a una psiquiatrización deshumanizante. Frente a esto, es importante la postura del psicoanálisis en tanto que resalta que la escucha abre la dimensión ética de la apuesta a la subjetividad del loco. Por tanto, el discurso psicoanalítico marca significantes diferencias frente al loco. En este orden, el psicoanálisis opera contra la locura, toda vez que el sujeto dentro del discurso analítico se concibe como sujeto responsable de las consecuencias y efectos de su decir.

Por otra parte, el recorrido documental realizado respecto a la locura y la neurosis permite dejar abierto el debate y discusión ineludible para el psicoanálisis. En primer lugar, se hace un acercamiento respecto al estatuto diagnóstico propio del psicoanálisis, al igual que la discusión en torno a los postulados de los posfreudianos respecto a los límites entre la neurosis y la psicosis.

La locura, a partir de los abordajes que la presente monografía permitió realizar, pone en entredicho cualquier intento de ordenación de clasificación psicopatológica; frente a lo anterior, se pone en cuestión la idea universal capaz de reunir a profesionales de la psiquiatría con la psicología y el psicoanálisis. Si bien la locura debe ser distinguida de la psicosis, es importante también analizar en qué punto pueden encontrarse y confundirse. A su vez, vale la pena tener en cuenta que lo que tiene valor para pensar la relación locura – psicosis, no tiene aplicación para la

relación locura – neurosis; por lo anterior, la locura asume un valor de cuestionamiento entre la lógica binaria neurosis – psicosis.

La locura puede encontrarse dentro de ciertas formas neuróticas, pero a su vez podemos encontrarla en otras formas que comportan la suspensión de la neurosis, sin que esto necesariamente tenga que ser considerada psicosis. En ese sentido, la investigación realizada permite señalar ciertas formas articuladas al desencadenamiento de neurosis y psicosis.

Queda abierta la posibilidad de analizar una concepción de locura en cuanto fenómeno, diferente pero articulada a la concepción de locura como estructura. Así, el valor clínico de la locura se diversifica, al igual que se deja planteada una aprehensión conceptual que se resiste a ser reducida a una fórmula.

Asumir la locura como una herramienta conceptual que permita introducir al debate y reordenamiento, invita a realizar lecturas diferentes y así lograr poner algunas cosas en otro lugar y dejar otras sin resolver.

De otra parte, surge como conclusión el planteamiento según la cual la detención de la posibilidad de la metáfora y por tanto la desaparición de la construcción discursiva de lógica neurótica que se reemplaza por delirios y alucinaciones. Así, y de acuerdo con Muñoz (2011) queda planteada la idea de la suspensión de la neurosis, caracterizada por fenómenos como los señalados que permiten ser pensados como locuras no psicóticas.

Finalmente, queda abierto el espacio en el cual nos enfrentamos a fenómenos que introducen una pregunta respecto a si es posible pensar una psicosis no desencadenada en lo que se creía una neurosis o, por el contrario, se trataría de una neurosis con síntomas supuestamente psicóticos que se explicarían con la noción de suspensión de la neurosis. Vale la pena abrirnos a la posibilidad de pensar que tal vez Lacan se vio enfrentado a esta inquietud y que en la clínica

borromea intenta resolver el asunto ya no por la vía de los mecanismos explicados (represión - *Verwerfung*) sino por tipos de anudamiento, lo cual sería tema de abordar en otro momento

REFERENCIAS

- Bercherie, P. (1980) Esquirol, capítulo II de Historia y estructura del saber psiquiátrico. Los fundamentos de la clínica. Navarin Editeur, Tournai, p. 34.
- Bercherie, P. (1983) Génesis de los conceptos freudianos, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1988, p. 70.
- Bercherie, P. (1996) Génesis de los conceptos freudianos. Buenos Aires: Paidós.
- Esquirol, J.E.D. (1838) Des maladies mentales, Ed. Baillière, Paris, p. 361.
- Falret, J. (1866) De la folie raisonnante ou folie morale, en Annales Médico- Psychologiques, n° 32-7, p. 382- 431.
- Foucault, Michel (2005). El sentido histórico de la alienación mental. Barcelona: Paidós.
- Foucault, Michel (2007) El poder psiquiátrico [1973-1974]. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (1993) La historia de la locura en la época clásica [1961]. México: Siglo XXI,
- Freud, Sigmund. 1914-1975. Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico En: Obras completas. Volumen 14. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, Sigmund. 1893-95). Estudios sobre la histeria. Obras Completas. Tomo II. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, Sigmund. (1911) Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. Obras Completas. Tomo XII. Amorrortu. Buenos Aires.
- Freud, Sigmund. (1894) Las Neuropsicosis de defensa. Obras Completas. Tomo III. Amorrortu. Buenos Aires. [1890] 1980. Tratamiento psíquico del alma. En: Obras completas. Volumen I. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, Sigmund. (1925) Inhibición, síntoma y angustia, en Obras Completas, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1992, Tomo XX, p.87.
- Gauchet, M.; Swain, G. (1997) El verdadero Charcot. Los caminos imprevistos del inconsciente, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, p. 10.

- Janet, P. (1919) “Las obsesiones y la psicastenia” en Las obsesiones en neurosis y psicosis, Graziela Napolitano (compiladora), Colección Clínica y Psicopatología: Los conceptos y su historia. De la campana, 2010, p. 62.
- Kraepelin, E. (1905) Locura histérica, en Las histerias, Jorge Saurí (compilador), Sydenham Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1975, p.150.
- Lacan, Jacques. [1967] – 2009. Breve discurso a los psiquiatras. Buenos Aires: Escuela Freudiana de Buenos Aires.
- Lacan, Jacques. (1953 -54/1981): Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud. Buenos Aires. Paidós. 1995.
- Lacan, Jacques. (1955 -56/1984): Seminario 3. Las psicosis. Buenos Aires. Paidós.
- Lacan, Jacques [1966] 2005. La ciencia y la verdad. En: Escritos 2. México: Siglo XXI.
- Lacan, Jacques [1955-1956] 2004. El seminario 3. Las Psicosis Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, Jacques [1946] 2007 Acerca de la causalidad psíquica”. En Escritos I. México: Siglo XXI.
- Lacan, Jacques El Seminario. Libro 21: Los nombres del padre. (Inédito, 1973).
- Lacan, Jacques (1972-1973) “El Seminario. Libro 20: Aun. (Buenos Aires: Paidós. p. 154.
- Muñoz, Pablo. (2008). El concepto de Locura en la obra de Lacan. Anuario de investigaciones.
- Muñoz, Pablo (2011) Las locuras según Lacan. Consecuencias Clínicas, Éticas y Psicopatológicas. Buenos Aires. Letra Viva.