

La psicosis*

O. Mannoni**

Voy a hablar de la psicosis, no examinando el tema sino planteando una pregunta. Me voy a detener en algunos aspectos que, por lo común, no interesan a aquéllos que estudian la psicosis. Pese a que no son examinados generalmente, son muy visibles y muy conocidos.

Bajo la influencia de las concepciones médicas clásicas, que durante mucho tiempo influyeron en la psiquiatría, la actitud en general adoptada con respecto a la psicosis fue la de emitir y proponer hipótesis sobre lo que sucede en el interior del psicótico, cualquiera que sea la forma como se conciba este "interior", ya sea como mecanismos cerebrales o como funcionamiento del inconsciente. La segunda de estas dos actitudes, la que se interesa en el inconsciente, es sin duda menos arriesgada y más eficaz. Y ello se debe probablemente al hecho de que esta hipótesis hace posible una terapéutica basada en la palabra, mientras que una hipótesis puramente fisiológica tendería a fundar la relación terapéutica sobre algún tipo de acción corporal que podría permanecer muda. En ambos casos, se trate de psiquiatría o de neurología, se supone que el médico sabe algo que el paciente solo puede ignorar. Evidentemente la situación del analista es, en principio, un poco distinta, ya que el analista nada sabe sobre el paciente excepto lo que éste le quiere decir. Pero me pregunto hasta que punto puede ser realmente así, y si el paciente no le dice todo al analista porque tácitamente admite que éste es justamente quien sabe más que él y, por lo tanto, bastante como para comprenderlo todo.

* Conferencia dictada en la A.P.U el 14 de abril de 1972.

** Dirección: 35 Avenue Ferdinand Buisson, París 16e.

No tengo en absoluto la intención de cuestionar el valor teórico, la certeza científica, la utilidad terapéutica del saber psiquiátrico ni, menos aún, del saber analítico. En todo caso, no es sobre esto que no voy a discutir aquí. Lo que quisiera decir es difícil de situar correctamente. Tengo la impresión de que hay preguntas que deben ser planteadas porque ellas pueden ser importantes, esenciales, si bien jamás han sido planteadas más que como laterales y accesorias. Por ejemplo, hay una gran diferencia entre un neurótico que va a buscar a alguien que piensa que posee conocimientos sobre las neurosis, y un psicótico que es llevado por alguien normal que suponga que el terapeuta sabrá qué es lo que hay que hacer. El neurótico se imagina —desde luego se equivoca, pero yo hablo de la situación subjetiva en la cual se encuentra— que aprenderá del analista cómo arreglar sus propios asuntos. En todo caso él es, por así decir, su propio maestro. El psicótico piensa que nada tiene que hacer con el saber del analista, no ve ninguna posibilidad de utilizarlo (y una vez más, yo describo su situación subjetiva). El saber del otro, *que* es un saber sobre él, es alienante, si bien la situación puede, evidentemente, cambiar en el curso del análisis; Pero es imposible, al comienzo de una terapia, que el tratado —sea neurótico o psicótico— no se vea como el objeto ignorante del saber del otro. El silencio del analista no impide que el analizando experimente la situación de esta manera. Me apresuro a decir que no sé cómo podría evitarse esta situación, ni aun *si* es deseable evitarla.

Mi experiencia con psicóticos es limitada, y limitada quizás en una forma que me ha sido favorable. Nunca me enfrenté con psicosis ya bien establecidas, con enfermos que tuvieran un pasado manifiesto de psicóticos. Sólo me enfrenté con pacientes jóvenes, en general estudiantes, y pienso que quizás no tendría la misma impresión al respecto si me hubiera enfrentado con casos antiguos de psicosis. Por lo general se trataba de *jóvenes* para quienes el análisis estaba indicado porque se presentaban como neuróticos. Y más o menos rápidamente se descubría una esquizofrenia que tenía el aire de evitar en sus comienzos. Si no, se trataba de pacientes cuyo análisis aparentemente estaba bien encaminado y bajo el efecto de muy importantes dificultades— des exteriores tenían episodios psicóticos y problemas casi siempre manifestados en la esfera familiar. Se podía apreciar claramente el peligro que corrían los

pacientes. Podían tener problemas con el medio ambiente, con desconocidos, con la policía, exasperar u asustar a sus padres, y exponerse así a dificultades más o menos serias, pero no daban la impresión de correr grave riesgo desde el punto de vista estrictamente de la patología. En estas experiencias me encontré muy favorecido —no me atribuyo el mérito— para poder ver cómo estos casos curaban rápida y fácilmente, de una forma que al principio me asombraba un poco. El análisis retomaba su curso después de la curación del estado psicótico; desde luego había continuado durante la crisis psicótica, pero durante esta crisis no había prácticamente nada de trabajo analítico propiamente dicho: el paciente intentaba hacerse insoportable, o discutía situaciones reales, o si no se preguntaba todo el tiempo —y le preguntaba al analista— qué iba a hacer, qué acción iba a emprender. Ante esta actitud de un paciente en una crisis psicótica, el analista se encuentra en una situación particular. No puede dejar de apreciar que el paciente, por ejemplo, proyecta escribir cartas, hacer demostraciones, emprender acciones que provocarán la hostilidad de todo su entorno. El analista quisiera ahorrarle estas nuevas pruebas al paciente, pero sabe muy bien que nada puede hacer al respecto, porque si lo hiciese se enrolaría en el rango de todos los amigos, parientes o familiares que intentaron, en el pasado, proceder de esta manera. El análisis dejaría de ser posible si el analista cediese a estas tentaciones, y probablemente, se vería viciado en su continuación. Conserva entonces una posición analítica, pero durante ese período tiene la impresión de que nada analítico sucede realmente. Creo que ése es un error y que en realidad pasan cosas muy importantes, pero es difícil decir cuáles. En todo caso sucede algo que es seguro: que en todo el medio ambiente del paciente el psicoanalista es el único que tiene esta actitud, si bien sólo puede ser descrita en términos negativos.

Me parece, inclusive, que se podrían hacer comparaciones con lo que sucedía en otras épocas entre el médico y los histéricos. El médico no podía soportar a los histéricos porque no sabía qué podía hacer por ellos y se veía desalojado de su posición de médico. Eso era insoportable para los médicos y detestaban a los histéricos. Un analista también se ve desalojado de su posición de analista en el transcurso de un crisis delirante, pero le es más fácil conservar una cierta posición siempre que se mantenga un poco de transferencia y de contratransferencia. *Bion* señaló algo que iría en la misma

dirección, cuando dijo que en iris trivial análisis de neurosis se puede apreciar la existencia de efectos felices en lo que concierne a los aspectos psicóticos — a la *parte* psicótica de la personalidad, decía él—, aspectos o partes que no se ven afectados por el análisis.

Hace ya bastante tiempo que me preguntaba adónde podía conducir este tipo de reflexiones. Y no lo sé aún muy bien en la actualidad. Un acontecimiento relativamente reciente, en el que no participé, me invitó a volver a examinar este problema. Una joven estudiante estaba en análisis en un determinado centro de atención. En el curso de este análisis hizo un episodio psicótico característico. El análisis es interrumpido y durante un largo período ella va a una clínica psiquiátrica; cuando sale, retorna sur análisis, y lo hace con éxito, tan es así que termina por hacerse analista.

Ella había ejercido a satisfacción de todos en la mayoría de las instituciones criando tuvo la idea de presentar su candidatura a ese mismo centro donde su primer análisis había sido interrumpido por la aparición de la esquizofrenia. Este centro rechazó la candidatura en razón de que la candidata había tenido una larga hospitalización en calidad de psicótica. Naturalmente que el centro es dueño de aceptar a quien quiera, pero la razón del rechazo planteaba ciertos problemas poco claros. Yo no sé, sinceramente, cómo los analistas de dicho centro adoptaron esa actitud. Quizá no reflexionaron demasiado; esto no nos dispensa a nosotros de reflexionar por nuestra parte.

Cuando se trata de neurosis todo el mundo admite que un neurótico curarlo puede convertirse en analista e incluso que hay que haber sido neurótico para poder ser un buen analista. La neurosis tiene casi un valor de calificación. ¿Cómo puede llegarse a creer que es lo contrario cuando se trata de psicosis? ¿Cómo está constituida la barrera que se intenta ubicar entre neurosis y psicosis?

Creo que *Freud* tiene, históricamente, alguna responsabilidad en esta discriminación. No a causa de sus teorías —porque las mismas han hecho mucho para poder comprender las psicosis— sino a causa de su actitud: no podía soportar a los psicóticos. Había definido a la psicosis, lo que en ese

entonces él llamaba *psiconeurosis* narcisista, por el hecho de que los psicóticos son incapaces de transferencia. Hoy admitimos que la transferencia psicótica tiene rasgos particulares, pero que la transferencia psicótica no está ausente ni es difícil de percibir. Nada obligaba a Freud a tener una contratransferencia positiva, pero no debería haber elaborado una discriminación científica a partir de esta contratransferencia negativa. Había convertido a los neuróticos en comprensibles e interesantes y los había reintroducido en el mundo de los normales. También hizo descubrimientos importantes en el mundo de las psicosis, y descubrimientos revolucionarios, que sin embargo no produjeron el mismo efecto. Los neuróticos se conocen mejor gracias a él. Pero del cúmulo de conocimientos que se le debe los psicóticos no pueden rescatar nada. En su posición, los psicóticos eran aún el objeto de su saber analítico pero no podían convertirse en el sujeto del mismo.

En apariencia, después de Karl Abraham y de Mélanie Klein la situación se modificó en mucho, y el psicoanalista ya no se desembaraza de los psicóticos enviándolos al psiquiatra. En apariencia, pues, la situación ha cambiado. Sin embargo, algo de aquella situación aún se mantiene. Sé bien que el consultorio del analista es para el psicótico un lugar aislado, y que la diferencia entre psicóticos y neuróticos sólo puede ser metapsicológica. Pero el analista, a cierto nivel, es un hombre como los otros. Los diagnósticos psicológicos no son completamente independientes de la ideología latente y el status del psicótico no es muy claro. El problema de la intolerancia del medio no puede ser dejado de lado completamente, incluso en el interior del consultorio analítico, porque el analista ve un paciente que es realmente insoportable para el medio en que vive y no puede borrar esta impresión del exterior en el interior del consultorio. La importancia del diagnóstico no sería la misma en una sociedad diferente a la nuestra, por ejemplo en una tribu africana o en una aldea de China popular. En una sociedad como la nuestra un psicótico no tiene ningún lugar donde pueda ir, salvo al hospital, a la policía o al del analista. En las otras sociedades tiene un lugar, incluso si es un lugar de loco. Y eso de inmediato plantea muchos menos problemas. Tenemos dificultades para ver las cosas de esa manera porque nos preocupamos, antes que nada, del aspecto científico. La ciencia transforma al terapeuta y su diagnóstico confirma al paciente en su status de psicótico. A mi parecer el papel del psicoanalista no es el de ser un

terapeuta eficaz de esta manera, confirmando sin propio status por sus éxitos terapéuticos. Debe ir un poco más lejos y preguntarse por qué las cosas suceden de esta forma. A mi parecer en la actualidad es más importante poder ver claro en estos problemas, que aún son muy oscuros, que trabajar en el perfeccionamiento útil y eficaz de la terapéutica y la teoría. Este perfeccionamiento también beneficia al terapeuta y le sirve de defensa. No se podría obtener de esta actitud todos los beneficios posibles si el problema técnico no es situado en su justo lugar en un contexto más vasto.

No tengo necesidad de recordar que la distinción entre neurosis y psicosis ya existió bajo formas diferentes, antes de que la ciencia se ocupara de esto. Se explicó este problema en otras épocas, mediante teorías que variaron mucho en el curso de la historia y de la geografía.

Siempre se supo que personas que padecían de rarezas, de tormentos psíquicos o manías en el sentido popular de la palabra, tenían dificultades que sólo les concernían a ellas mismas; que en el caso de que les fuese posible les convenía mantener ocultas y que su desgracia era, sobre todo, un problema exclusivo de ellos. Mientras que otros, desconcertantes e inquietantes, perturbaban mucho a su medio ambiente, de manera tal que sus problemas se convertían en los problemas de todos. Por ejemplo, se les tomaba por profetas, y eso concernía a todo el mundo, o si no, estaban poseídos por el demonio, y todo el grupo participaba en el problema. Es por esas razones que en los países cristianos la confesión era privada y secreta, mientras que el exorcismo era público. En la confesión el penitente hablaba de lo que le pasaba sólo a él, incluso si se debatía con las tentaciones del demonio y, si sucedía eso, era en la intimidad de su corazón, y estaba protegido por el secreto profesional que debía respetar el confesor. Pero el poseído ya no era considerado como capaz de realizar su propia defensa. Ya no era más un asunto suyo, privado y secreto, sino algo en que toda la comunidad estaba incluida. El exorcismo era una ceremonia que tranquilizaba á todo el mundo. A pesar de las apariencias, las cosas no han cambiado tanto como se puede creer.

Si se aplicara en estos casos el esquema médico, científico —que no se aplica—, alguien solicitaría del especialista el diagnóstico, o un pariente

próximo, atento a su estado, lo lleva al médico, quien hace el diagnóstico y decide que debe ser tratado de una forma o de otra. En algunas ocasiones sucede realmente así, pero por lo general ocurre en orden inverso: en el caso del psicótico alguien del asedio ambiente que lo rodea, por incompetente que sea, consideró que debía ser curado. Y aun me expreso mal, porque éstos más bien se ven apremiados por la necesidad de que alguien se encargue del psicótico. Están demasiado preocupados como para poder escapar a esta actitud; el peligro les parece mucho más grande de lo que es en realidad, y a fuerza de buscar ayuda en la familia, en los médicos o en la policía, terminarán por ser orientados hacia un lugar en el que se hará el diagnóstico y al mismo tiempo se ocuparán de él. Esa “toma a cargo” del psicótico va se había comenzado en el medio, un medio donde todos eran incompetentes. En las clases cultas las cosas son un poco diferentes, porque se está mejor informado, pero en el fondo la situación es la misma.

Sabemos cómo suceden las cosas curando este género de accidentes se presenta en el curso de un análisis, incurso si se trata de un episodio de duración muy corta que no interrumpa el análisis; basta con que sea de estilo bien psicótico. Y lo que constituye el primer síntoma psicótico sucede en el teléfono. Padres, amigos o médicos del psicótico telefonan al analista para informarle lo que sucede y para comunicarle su preocupación. Le piden consejo o lo consultan sobre las medidas urgentes que sea necesario adoptar. Se solicita al analista que participe en una empresa colectiva para poder calmar el desorden.

Cuando se trata del análisis de una neurosis, la intervención de los terceros es mucho más rara, y la inquietud que provoca esta intervención es completamente diferente. Por ejemplo, una madre que no puede soportar que su hija se haga independiente y’ telefona al analista. En condiciones como estas, el analista puede rogarle al tercero que no intervenga en problemas de otra persona y decirle que son problemas que conciernen sólo al paciente. Pero no puede actuar de la misma manera cuando se trata de psicosis, porque los terceros pueden ver bien que de una manera u otra se trata de asuntos que el paciente no puede arreglar por sí mismo). Están convencidos que su intervención es necesaria y’ no se los podrá convencer fácilmente de lo con-

trario.

El analista, por supuesto, tiene que abstenerse de aprobar o discutir cualquier tipo de medida al respecto. No tiene por qué participar en la inquietud. Asiste a un fenómeno colectivo que forma parte, que integra, una situación psicótica. Conoce los peligros de esta situación, que no están en relación directa con la gravedad de la enfermedad pero que sin embargo son peligros muy reales. Conserva su interés por el paciente, se las arregla para verlo lo más pronto posible y se desinteresa, por lo menos en forma aparente, de los desórdenes o actitudes colectivas. Si por estos medios consigue que el entorno sea más tolerante y si el medio ambiente soporta esto y acepta que el análisis continúe luego, hay muchas posibilidades de que el episodio no dure mucho. Creo que hay que considerar la actitud del medio ambiente y considerar la situación psicótica en su conjunto como una parte integrante o constitutiva de la psicosis y no limitarse a investigar a la psicosis exclusivamente en el interior de la persona del enfermo.

Sucede que leemos historias de casos en donde el sujeto en análisis tiene una actitud psicótica, sin que se manifieste nada fuera del consultorio del analista. Creo que es posible eso, e incluso se puede decir del inconsciente normal que es psicótico, pero no es de este tipo de psicóticos que yo hablo. Tales situaciones me parecen sospechosas, y uno puede preguntarse por qué el analista es el único en ser favorecido con esta actitud del paciente. Agregaré que cuando un histérico es identificado como un psicótico hasta el punto de engañar a los psiquiatras, si por ejemplo es él quien solicita ser tomado a cargo, que solicita un diagnóstico o incluso una internación, en esos casos el medio ambiente no se perturba. Parece comprender inconscientemente la comedia inconsciente del histérico. Aprecia bien que el histérico juega ambos papeles, el del loco y el de sin medio, incluso aunque no se dé cuenta de ello. Así el diagnóstico realizado por ignorantes equivale al de los especialistas, ya que esta ausencia de reacción por parte del medio —más que la solicitud de ser tomado a cargo por parte del paciente— nos hace dudar de inmediato que se trate de un verdadero psicótico.

Ahora convendría que nos preocupásemos por estudiar la forma en que el

psicótico provoca en el medio ambiente que lo rodea la necesidad de que se lo tome a cargo. Si pudiésemos explicar esto, explicaríamos también la intolerancia social respecto a la Incuria y también la segregación que realiza la internación en las instituciones. El psicoanalista escapa a esta actitud, pero no escapa en una forma que sea absolutamente segura. El psicótico puede provocar una actitud del mismo tipo en el analista e incluso en Freud la provocaba realmente. Tenemos una idea vaga de lo que sucede cuando vemos llegar, lo que raramente le sucede a un analista, una pareja constituida por un psicótico y el que lo tomó a su cargo que, por lo general, es alguien de la familia del psicótico. No deja que el psicótico responda a las preguntas, sino que responde en su lugar, solicita una especie de complicidad de parte del analista, le hace entender que no puede decir todo respecto al enfermo delante suyo y que es necesario que el médico lo escuche aparte. Es muy difícil comprender qué es lo que el acompañante va a solicitar. Va como si el enfermo fuese un síntoma que le pertenece y en eso se parecen mucho a las madres que llevan sus hijos, enfermos o no. Por lo general no demandan nada claro, no obtienen nada, y se van sin que suceda nada. Podemos comprender que este acompañante continuará en otro lugar y que tarde o temprano y en forma más o menos autoritaria, se le desembarazará de su enfermo. No sabemos si es esto lo que demandaba.

El psicótico es, entonces, alguien que logra que se le tome a cargo, sin, generalmente, expresar ni conocer el deseo de ello. Las personas de su medio ambiente experimentan la necesidad de hacer que se lo tome a cargo; las razones que dan es que el psicótico se pondrá en peligro o pondrá en peligro a los otros, y estas razones los dispensan de comprender lo que realmente sucede. Son estas razones, por otra parte, las razones oficiales de las internaciones. En los certificados de internación se declara que el enfermo es peligroso para sí mismo o para los otros. Y sin embargo son razones insuficientes ya que los enfermos que no presentan ningún peligro de este tipo, que quizá son la mayoría, logran que se lo tome a cargo al igual que los otros.

¿Adónde pueden conducir tales reflexiones? Parecen girar alrededor de ideas muy triviales, pero la sola vista de alguien sin razón es demasiado desagradable como para contentarse sin hacer nada, y si alguien no tiene

razón es al que la tiene que le corresponde guiarlo. Sin embargo, se puede observar que el estado razonable no es un estado natural, que los actos sin razón no son los mismos en las diversas sociedades sino que son más bien actos socialmente aberrantes antes que actos que puedan ser definidos científicamente.

A continuación les voy a hablar de una historia muy auténtica, a la que yo mismo asistí, que sucedió en un país mediterráneo. Un hombre se conducía, al parecer, de manera rara. Criando sus amigos iban a golpear a la puerta de la casa, él les abría sin decir una palabra, ¡os amenazaba con un revólver y hacía que huyesen. Sus amigos no se asombraban demasiado por esto. Algunos días después este hombre empezó a arrojar billetes de banco a la calle. En ese momento se produjo una conmoción muy grande, se llamó a la policía y se le internó. Nos equivocáramos, entonces, si consideráramos que lo que determina que nos ocupemos de estos enfermos es sobre todo el peligro que ellos representan. De todas formas, somos más peligrosos con un revólver que cuando tiramos billetes de banco a la calle. En el caso de un psicótico no se trata verdaderamente de un peligro real y objetivo. Existe un cierto relativismo, por ejemplo en la obra de un psicoanalista etnólogo, *Georges Devereux*, hay un ejemplar que se llama “Ensayo de etnopsiquiatría general”; allí podemos ver que cada sociedad tiene su modelo de locura y los locos actúan en acuerdo con ese modelo, como si tuviesen un papel que cumplir en relación con el mismo. Este relativismo social de la enfermedad mental no excluye la posibilidad de una ciencia cuyas leyes generales se expresan en estas variaciones etnográficas; sin embargo, las formas en que los aspectos sociales se articulan con las hipótesis dogmáticas no han sido precisadas con mucho detalle. En el fondo el problema consiste en saber si la ciencia —y entiendo con esto una ciencia correcta y segura— nos aporta un punto de vista que nos dispense de acordar algún tipo de consideración a estos aspectos colectivos o espontáneos del fenómeno de la psicosis. Por ejemplo, no cabe ningún tipo de duda que los conocimientos científicos nos han quitado toda preocupación en lo que concierne al papel de los demonios o de los signos del zodiaco en la explicación de los estados de locura. Estas teorías falsas han sido reemplazadas por teorías verdaderas, pero éstas no influyeron en absoluto sobre las actitudes colectivas de base sino que, por el contrario, ellas mismas

han sido influidas por las actitudes colectivas. Y la ciencia se preocupó a su manera, que no es la misma, de tomar a cargo, científicamente, los hechos de locura. El resultado es sorprendente. Gracias a la garantía de la ciencia y gracias a su ofrecimiento de tomarla a cargo, la sociedad se ha hecho mucho más intolerante respecto a la locura. Y en la actualidad se experimenta la obligación de solicitar que se haga cargo de personas que en otras épocas se hubieran arreglado perfectamente, sea por sí mismas, sea por el medio ambiente.

Michel Foucault fue el primero en señalar este hecho. Habló de la revolución psiquiátrica que tuvo lugar, aproximadamente en la misma época que la Revolución Francesa, y que era un poco como un reflejo de esta revolución. Hasta ese momento la policía encerraba a los locos en el asilo y no los trataba. La medicina reivindicó el tratamiento de los locos. En esa época no se produjo ninguna mejoría en la situación de los locos; por otra parte, en esa época había muy poca ciencia, pero había una ciencia suficiente como para confirmar su status. En otra época era la policía la que decía que esas personas tenían que ser encerradas. A partir de ese momento la ciencia fue otra autoridad de un tipo completamente diferente, pese a que en ese entonces era muy insignificante aún. Y muchos progresos que quizá hubiesen podido ser realizados en el plano humano, social o político, fueron dejados de lado por la verdad "científica", porque en esa época no había en realidad mucha ciencia.

La revolución freudiana encontró en la ciencia una posibilidad de hallar un lugar para los neuróticos y también la de curarlos, lo que —según creo— es lo mismo. Para esto bastó con darles a ellos la palabra y dejarlos que se las arreglasen por sí mismos. Pero en ese momento tal cosa no pudo ser aplicada a los psicóticos. Por así decirlo, se había corregido la forma moderna de la confesión, pero no se había modificado la del exorcismo. Desde esa época hasta ahora se han hecho muchos progresos y se ha hecho posible el psicoanálisis de algunas psicosis, pero quizás se han descuidado los aspectos colectivos y sociales. La colectividad y la sociedad son cada vez más incapaces de ocuparse de sus propios problemas, debido a que cada vez están más asustadas por perturbaciones que consideran que sólo pueden ser comprendidas por los especialistas. Podemos imaginar un momento en que, ante el menor aviso, se llame al psiquiatra, en la misma forma en que se llama

al bombero o a la policía de seguridad, y quizás a causa de las mismas razones. Hace ya siglos que la gente dejó de contar nada más que consigo misma y con sus vecinos para poder apagar las llamas de su casa o defenderse contra los bandidos. Hace aún más siglos, aunque no demasiados, que la colectividad perdió el poder que tenía de situar en su seno e integrar de una forma u otra a aquél que perdía la razón, y no es un azar si antes de ello se veía mucho menos frente a locos que en la actualidad.

Es con muchas vacilaciones que yo me arriesgaré a proponer o sugerir una conclusión, porque lo que he hecho es introducir una pregunta o un problema que no es muy claro. El espíritu científico apareció en un primer momento, como un sector de la sociedad, pero un sector que tenía vocación de universalidad, y englobó al conjunto e hizo esfuerzos para aportar soluciones. Tenía que lograr la felicidad de los hombres, ganar las guerras, suprimir los crímenes, curar la locura, y también prometía muchas otras cosas. Las antiguas verdades capitularon y le confiaron sus problemas. En esta historia la comunidad se convirtió en incapaz de arreglarse con sus locos, a partir del momento en que recibieron su status de manos de los científicos. Es como si la demanda de la ciencia hubiera multiplicado la oferta.

En el libro de *Maud Mannoni* * figura la palabra de un loco de hospital quien dice: "Los locos son lo más briscado en el mundo". Se reía de esto porque él estaba loco, pero los locos dicen a veces la verdad.

No podemos retroceder en el tiempo, la ciencia ha hecho descubrimientos importantes de los cuales no podemos ya prescindir, pero podríamos decir que no *hemos encontrado los medios para articular el poder de la ciencia con la sabiduría de la comunidad*. Me pregunto si este problema de nuestra época no es el más importante a resolver. Pienso que si pudiéramos solucionarlo, aunque fuera sólo en relación con la locura, estaríamos creando un posible modelo para resolver otros problemas que el desarrollo de la ciencia plantea a la sociedad.

* "Le psychiatre, son «fou» et la psychanalyse" ; Le Seuil.

Yo no quise proponer una teoría ni dar una explicación, sino más bien plantear un problema, que me sigue siendo oscuro, el de la relación entre la ciencia y la sociedad. El desarrollo de la ciencia es algo bueno en sí mismo, y sólo en el comienzo de una ciencia es cuando se plantea el problema de la articulación entre la ciencia y la sociedad. Y se plantea hasta en el consultorio del analista, cuando se trata de una psicosis.

Cuando hablo de psicosis no me refiero, evidentemente, a todas las psicosis; no me refiero, por ejemplo, a algunas formas de paranoia sino sobre todo a las psicosis mas o menos esquizofrénicas.

* * *

DISCUSIÓN

Intervención:

Una pregunta de orden técnico: ¿cuál es la actitud que usted adopta cuando alguien lo llama en la familia de un psicótico?

O. Mannoni:

La respuesta que le doy a una llamada telefónica de este tipo es: Yo no estoy preocupado, u digo lo menos posible en una situación así.

Intervención:

¿Y ante el caso de una familia que va al consultorio?

O. Mannoni:

Los recibo o no, según la insistencia. Si la insistencia es mucha, conviene recibirlos antes de que se vayan furiosos y hagan tonterías.

Maud Mannoni

Podemos hacer la diferencia entre alguien que hace una crisis psicótica en un momento dado de su análisis, y otro para el que en un comienzo no se ha tomado la actitud que se adopta curando un psicótico es llevado por su familia. Pero nos enfrentamos, de una forma u otra, con el mismo problema, que es el de que no podemos hacer nada por el psicótico si ignoramos a la familia, porque son ellos que van a hacer los daños.

Lo que en Francia es más inquietante en la actualidad es el hecho de que aumenta en forma espectacular el número de lugares de corra o de atención, pero que no hay lugares de vida. Esto es particularmente importante en el caso de toda una categoría de adolescentes, cuya situación se podría solucionar si se tomasen a tiempo, si existiesen lugares a los que pudiesen ir, sin ser recuperados en una empresa de atención o de cura. De esta manera nos vimos ante adolescentes a los que se les había puesto la etiqueta de peligrosos para sí mismos y para los otros, para quienes se había reservado un lecho en el hospital psiquiátrico, y cuya situación se pudo solucionar de un cierto modo inventando para ellos lo que podemos llamar lugares de vida. Particularmente en el caso de adolescentes cuya situación se había hecho bastante inquietante por el peligro que corríais ante sí mismos, de hacerse internar o de ir a la prisión, por ejemplo. Y en curvo caso 4 ó 5 años de análisis no habían permitido obtener absolutamente nada, salvo el hecho de haberlos transformado en perversos. Son situaciones que existen si en el comienzo no se presta la atención debida al hacino de que convenga o no hacer un análisis. Se hace psicoterapia en masa, podemos decir que esto es una plaga en Francia en estos momentos. Así nos vimos enfrentados a casos muy graves, los eriales por el hecho de haber podido encontrar un lugar de vida, por ejemplo con un pastor en la montaña, con la posibilidad de dañar sólo a las piedras, permitió una modificación radical y la entrada en otro discurso. Es con la familia que esto se arregla en última instancia, incluso se puede arreglar la relación con la familia en algunos casos graves.

O. Mannoni:

Podría referir, al pasar, un ejemplo. Se trataba de una economista muy, inteligente, que hacía urna tesis sobre “La economía en la educación”. El tema éste no le gustaba, sur madre murió, se peleó con el hombre que amaba, se peleó con sus profesores, peleó con la hermana y su cuñado —éste era mecánico y había arreglarlo mal su auto—, Se convirtió en delirante, pensó que todo esto obedecía a un complot. Pensó que su profesor quería robarle sus ideas, que todo el mundo estaba contra ella y se volvió completamente insoportable, incluso creía que yo grababa lo que ella decía y que, esto podía ser utilizado contra ella. Sur familia la conduce a una clínica, en la que me conocían. Por supuesto, yo ya había recibido llamados telefónicos de la familia.

Me llamaron de la clínica para ver qué era lo que había que hacer, y les contesté que nada. Les dije que si ella quería continuar su análisis podía seguirlo como antes, La clínica dijo que esperarían dos o tres días para ver lo que pasaba. Vino al análisis, aunque en realidad no había análisis, contaba muchas cosas pero se interesaba más por lo que sucedía en la clínica. Había leído los libros de la señora de Mannoni, y exponía a los médicos y enfermos la anti-psiquiatría. Como los psiquiatras me conocían mucho y no tenían ningún interés en crearse problemas, aceptaban discutir con ella. Al cabo de tres semanas salió de ahí en buen estado, abandonó su tesis, y la transformó en una tesis sobre la transformó en la psiquiatría. En la actualidad escribió ya las dos terceras partes de su tesis y la presentó a sus profesores, los que están entusiasmados con los descubrimientos que ha realizarlo.

Maud Mannoni:

Hay que contar el lío que hizo en la clínica antes. Hacía el elogio de la antisiquiatría. Reunía a los enfermos y les aconsejaba que dejaran de tomar sus remedios u en otras oportunidades decía que el mejor tratamiento consistía en llevar al enfermo al cine. Pero los psiquiatras fueron muy tolerantes, lo que quizás no hubieran hecho en algún otro caso.

O. Mannoni:

Actualmente se aloja en diferentes hospitales psiquiátricos, para su tesis, y asiste a reuniones de psiquiatras en las que se la escucha con mucha atención. Podemos incluso pensar que este episodio psiquiátrico estaba determinado, en parte quizás, por la idea inconsciente de ver realmente qué es la psiquiatría. De acuerdo con lo que sucedió después se puede pensar eso.

Intervención:

¿A que se debe la necesidad de los psicóticos de ser tomados a cargo?

O. Mannoni:

Quizás no todos los psicóticos experimentan esta necesidad. Pero que es seguro es que hacen nacer en los otros la necesidad de que se tome a cargo. Me he preguntado, pero no sé la respuesta, si esto se relaciona con la actitud de los adultos respecto a los niños.

Maud Mannoni:

No hay que olvidar que la neurosis es una ruptura con la realidad psíquica, mientras que la psicosis es una ruptura con la realidad exterior.

O. Mannoni:

Es cierto, pero es exactamente lo contrario lo que sucede en el tratamiento. El neurótico no nos habla nada más que de la realidad psíquica, mientras que al psicótico habla sólo de la realidad. Cuando por ejemplo habla de que hay un complot contra él, insiste en el hecho de que es un complot muy real. Mientras que el neurótico nos dice que es una fantasía.

Maud Mannoni:

En la medida en que va a enfrentarse al profesor y le dice que le roba sus ideas y que hay un complot contra ella, eso no puede menos que producir efectos en la realidad.

O. Mannoni:

El psicótico está más articulado en la realidad, pero se interesa sólo en esta articulación, Es por eso que no hay análisis en el caso del psicótico, porque el psicótico no se interesa en lo que no tenga que ver con la realidad. Si, por ejemplo, cree que una carta que recibió constituye una amenaza, es algo que, él cree que es real, y no podemos analizarlo. Mientras que un neurótico admitiría que se trata de una fantasía suya.

Maud Mannoni:

Incluso en el caso del psicótico, si se lo analizase, no sería más que precipitar sin delirio, si es que éste ya no surgió. Lo que es interesante en el caso de esta chica de la que hablamos, es el hecho de que ella pudo abandonar su construcción delirante, superponiéndole a ella la construcción de su tesis. Porque su tesis es interesante en el sentido que desde el punto de vista de la economía marxista, va a mostrar al alto grado en que las instituciones en Francia son tributarias en sus elecciones terapéuticas —es decir, en el número de electrochoques, en la intensidad de la quimioterapia,

etcétera—, de una situación económica, da una cierta colusión, por ejemplo, con laboratorios...

O. Mannoni:

Y sobre todo tributarias de la seguridad social que paga al tratamiento. Y como los electrochoques no cuestan mucho, cuantos más se hacen, más beneficiados se ven los hospitales.

Maud Mannoni:

La seguridad social no puede concebir un acto médico en el que el médico no dé medicamentos. Y esto influye en el precio de costo de la jornada del hospital. Pero al tener que alimentar a los pensionistas, hay que pasar por una concepción médica que no tiene absolutamente nada de científica, y que es una presión ejercida desde el exterior sobre el médico.

O. Mannoni:

Es una presión del sistema del que los médicos forman parte. El médico se ve ante el hecho de que si quiera arreglárselas con su presupuesto tiene que realizar tratamientos y los tratamientos costosos son ventajosos.

En cuanto a la historia de la tesis, si es cierto que ella curó al mismo tiempo que modificó su tema de tesis, hay que tener en cuenta también que una parte de sus problemas provenían de que ella no podía desarrollar el tema que había elegido. Encontró otro tema y la cosa anduvo mejor. El hecho de que se relacione con la psiquiatría no es, evidentemente, indiferente.

Intervención:

Parecería como si ella instituyese un delirio por otro, pero que al segundo no fuera un delirio.

O. Mannoni:

No es un delirio, a menos que la enseñanza en la universidad lo sea.

Intervención:

¿Cuál sería la diferencia entre este caso y el del padre de Schreber cuando canalizaba el delirio hacia la estructura social?

O. Mannoni:

El doctor Schreber (padre) estaba en acuerdo con el ideal social, pero la diferencia está en que él, por su parte, realizaba al ideal que para el resto de la sociedad era un ideal también.

Si Schreber (padre) no tuvo ninguna necesidad de delirar, se deba al hecho de que no encontró ningún tipo de obstáculo serio, era aprobado en todo lo que hacía por todo el mundo.

Maud Mannoni:

Lo que podríamos preguntarnos es si lo que había sido insostenible para ella en el caso de la primera tesis que no había podido realizar, insostenible hasta un punto tal que ella perdió sus referencias personales, pudo dar lugar a una explosión delirante.

O. Mannoni:

Hay razones muy serias que va a ser muy largo de exponer, pero lo haré con algunas de ellas. Se trataba de una chica que pertenecía a una familia judía del África del Norte. Una familia muy pobre. Los padres se habían peleado y se habían separado. La madre sólo creía en la magia. Y la rivalidad entre hermanos y hermanas era muy intensa. Esta chica se las arregló, siendo siempre la primera en la escuela. Cuando tuvo 9 ó 10 años, los judíos fueron excluidos de la escuela adonde iba. Y la escuela era la única cosa que la hacía ser alguien. Esta exclusión de la escuela la marcó para toda la vida. Toda su vida universitaria está dominada por el hecho de que una vez fue excluida de la escuela. Cuando pudo volver a comenzar sus estudios, oponiéndose a su familia que quería que fuese vendedora en su negocio, se convirtió en institutriz de jardín de infantes. Era muy ambiciosa y quiso continuar y comenzó a preparar el concurso de inspectora de los jardines de infantes. Fue siempre una alumna excelente, pero se vio trabada por razones de preferencias o de intrigas, que la perjudicaron. Encontró el medio para ir a Francia y continuó sus estudios. Estudiando derecho se convirtió en economista, pasó diferentes

exámenes y se convirtió en asistente en una facultad de derecho.

Intervención:

En la exposición de O. Mannoni prevalecía el movimiento de cómo el psicótico hacía que se hicieran cargo de él y el movimiento complementario, es decir, lo que el ambiente puede inocular en el paciente como expresión del estado psicótico.

O. Mannoni:

Pero no es eso lo que se ve en las crisis de las que hablé, que son crisis que suceden en el transcurso del análisis. Se remontan más lejos, a la infancia, inclusive si se declara sólo en la adolescencia.

Maud Mannoni:

Para responder al ejemplo del señor, que se articula con su pregunta, recuerdo un niño que Françoise Dolto había visto en su consultorio abierto. Un niño de 10 años que tenía alucinaciones. Dolto le dijo, "Yo puedo ayudarte si tú quieres. ¿Aceptas tú que hablemos juntos para que puedas curarte?" El niño le dijo que él, por su parte, lo creía así, pero que era necesario que se lo preguntase a Dios. El no había dicho, yo quiero que así sea, sino: "Es necesario que yo le pregunte a Dios". Se le contestó, "Bueno, pregúntaselo". Entonces al niño habla con Dios y dice, "Dios quiere, pero yo no quiero, porque si yo curo mi madre no tiene de qué vivir". Y no se realizó el tratamiento.

O. Mannoni

Pero este chico, quizás se las arregle, porque, aparentemente, veía las cosas bastante claras.

Intervención:

Con respecto al ejemplo de la chica, lo que por un lado se ve es el delirio de la crisis psicótica de la paciente, pero en la tesis que ella hace lo que se ve es al delirio de la sociedad.

Maud Mannoni:

Sí así es.

Intervención:

Quería preguntar qué significado tiene exactamente, en la práctica, el hacerse cargo del psicótico. ¿En qué sentido es hacerse cargo?

O, Mannoni:

Es la pregunta que yo, me planteo todo el tiempo.

Intervención:

Voy a aclarar Primero se podría pensar dos situaciones distintas. Una, hacerse cargo para volver a enmudecer la situación familiar inconsciente que exterioriza la psicosis. Y la otra implicaría un hacerse cargo positivo, que supondría que la modificación del paciente en este caso sí modificaría a la familia.

O. Mannoni:

No es necesariamente la familia la que busca la toma a cargo da alguien. No hablo especialmente de la preocupación de la familia, incluso es la policía la que quiere que se encarguen del enfermo, y los vecinos también, a veces. La familia pueda tomar actitudes diferentes, a veces lo toma a cargo ella misma e intenta arreglárselas así, o si no pide ayuda para que otra persona o entidad se encarguen. Pero lo que yo quería mostrar es que un caso de psicosis, a diferencia de un caso de neurosis, produce en seguida un movimiento colectivo complicado, y es por eso que lo comparé con el exorcismo.

Maud Mannoni:

Y la suerte que necesita un enfermo en esas condiciones es encontrar un analista que no sea activista en el plano de las empresas de curación. Pero al analista está obligado a soportar a la familia o si no a tratar de establecer una transferencia positiva por parte de la familia, porque si no el exterior va a actuar de una forma u otra, para que alguien se haga cargo de ese enfermo.

O. Mannoni:

Es ciertamente mucho más difícil en el caso de los adolescentes, porque en esos casos la familia tiene mucho poder.

Maud Mannoni:

Y también depende de qué tipo de reacción tiene lugar, qué tipo de pasaje al acto psicótico tiene lugar. Es ahí donde se plantea el problema de los lugares de vida, de los lugares donde los adolescentes puedan delirar en paz, sin que se intervenga en forma inoportuna ante ese delirio. Es en este aspecto donde tienen importancia los trabajos de Georges Debré, porque muestran que cada sociedad proporciona el modelo de buena conducta, planteando la manera de estar loco de una forma en que se acepte y si no se es loco en ese patrón, entonces se corre el riesgo de sufrir problemas. Puedo citar el caso de un adolescente que había sido enviado a Inglaterra, a un lugar llamado de antipsiquiatría, donde se lo recibió en forma excelente, pero al segundo día estranguló a un gato. En Inglaterra es algo sagrado, a los gatos no hay que estrangularlos. Entonces se llamó al padre y se le dijo: "Este chico está loco. No podemos recibirlo". Y este mismo chico pudo ser soportado en un medio "normal", en la casa de unas personas que nunca habían oído hablar de antipsiquiatría ni de psicología. Y se le puso una etiqueta de raro, se le pidió al *señor Mannoni* un certificado de que el chico no estaba loco. Ese certificado se lo dio generosamente. Y con esto se las arreglaron con el chico y todas sus rarezas.

O. Mannoni:

Es importante, en relación con lo que dije, el status que la ciencia le otorga al enfermo. La ciencia dijo: no está loco; entonces se aceptaron todas las rarezas que el chico hacía. La menor rareza se consideraría en seguida como un signo muy grave, si la ciencia hubiera dicho: *loco*.

Intervención:

A propósito de una internación que se hizo un fin de semana, por un

psiquiatra muy contrario al análisis, que lo internó e inmediatamente indicó una leucotomía. Me pregunto si no hubiera debido tener una intervención activa.

O. Mannoni:

Incluso desde el punto de vista de la ética profesional, es absurdo que se actúe de esa manera.

Maud Mannoni:

La mayor parte de los psiquiatras, en Francia —no sé si la situación es la misma en Montevideo—, tiene mucho miedo de la opinión del analista y, por lo tanto, toman muchas precauciones con los pacientes que están en análisis. Los raros casos en los que tuve un paciente que estaba en una clínica, de psiquiatra me llamó por teléfono. Pueda que sea, en un caso, porque somos gente con fama de armar muchos líos.

Intervención:

¿No será el miedo del psiquiatra de ser etiquetado como loco por el analista?

Maud Mannoni:

Lo que le pasó a usted, es algo muy clásico cuando hay arreglos de cuentas en el seno de las instituciones. Es decir que al paciente es el objeto por vía del cual se arreglan los conflictos entre las personas. Se ven exageradas allí las situaciones familiares, en las que a menudo, por intermedio del niño, es que los padres arreglan sus cuentas. Es decir, que el paciente es tomado como objeto de deseo del colega, y es a este objeto a quien se apunta por parte del otro colega.

Intervención;

Un resultado alejado fue que la madre me vino a reprochar cómo había perdido el tiempo con el análisis, porque después de la lobotomía el hijo había querido tener relaciones sexuales con ella y con la hermana.

Maud Mannoni,

Es decir que al médico, en esta arreglo da cuentas, necesité encontrar complicidad en la familia, porque sino no hubiera podido hacerlo. Por eso es tan importante, en el caso del psicótico, poder tener la familia controlada, Existe un cierto tipo de discurso familiar, que yo llamé el *discurso cerrado*, en que la familia tiene necesidad de ir de médico en médico para mostrar que no se puede hacer nada. Y la fantasía que subyace a esto es que cuando se haya encontrado la operación quirúrgica necesaria todo se va a arreglar, porque no es la familia la que se sentirá culpable da la locura del otro. Si en esas condiciones hay un médico que aporta una solución como la de este caso no se la rechazará. Es algo que en realidad exista en la fantasía de la familia y con la que se debe poder trabajar, pese a que hay un tipo de familia con la que no pueda hacerse absolutamente nada.

O. Mannoni:

Bajo una forma menos grave, es lo mismo que sucede en el caso de las madres que hacen operar a sus hijos de apendicitis sin tener motivos para ello, y van de médico en médico hasta que finalmente encuentran uno que acepta operarlo.

Intervención:

Cuando Lacan les contesta a los estudiantes de filosofía acerca de la función social del psicoanálisis, que dice que debe ser la misma que la de la locura, la ironía, él se refiere, quizás, al hecho de que el análisis está de parte de la locura al infringir aquellas normas que condenan y segregan al loco.

O. Mannoni:

No estoy seguro de poder responder bien. Veo claro que para Lacan o para nosotros la locura forma parte de la condición humana. Está en el hombre — dice Lacan— como en el límite de su libertad. Se puede considerar a la locura

como la libertad absoluta o como aquello hasta lo cual la libertad no puede llegar. Al mismo tiempo, no hay inconsciente psicótico o más bien, todo, el inconsciente es siempre psicótico; entonces la posición del analista es, de una cierta manera, propugnar por que se le devuelva la libertad al individuo y ponerlo en relación con su inconsciente, de forma tal que el analista está del lado de la locura. ¿Es esto lo que pregunta?

Intervención:

No me quedo claro si la ironía tiene como objeto al que apunta a subvertir aquellas normas que limitan opresivamente la libertad.

O. Mannoni.

No puedo responderle, no lo tengo claro. La regla fundamental es la de intentar no decir más de lo que se sabe.

Traducido por Víctor *Fishman*