N◎DVS L'aperiòdic virtual de la Secció Clínica de Barcelona
Dipòsit legal B-24256-2010. ISSN 2013-8539

NODVS XXIII
Febrer de 2008

Continuidad y discontinuidad en las psicosis ordinarias. Tres preguntas a Mónica Marín

Preparación para la Conversación Clínica de Febrero de 2008: *Precariedad del vinculo social en las psicosis ordinarias*

Mónica Marín

Paraules clau

desencadenamiento, continuidad/discontinuidad, síntoma, punto de basta, gradación, Ideal, lazo, pragmática, goce, DSM

1. *Las "psicosis clásicas" suelen definirse por un momento de desencadenamiento que marca una clara discontinuidad en la vida del sujeto. Sin embargo, no siempre podemos situar este momento de una manera clara y precisa. ¿Deberíamos hacer equivaler la falta de este momento de desencadenamiento a lo que hoy llamamos "psicosis ordinarias"? ¿Hay otros elementos clínicos que te parezcan también importantes para definirlas?*

   La clínica de la psicosis ordinaria nos plantea la problemática de la continuidad y discontinuidad en la psicosis : casos sin desencadenamiento al modo "clásico", en los que los efectos de la forclusión, delirios y alucinaciones, se traducen por signos más discretos, fenómenos elementales a veces ínfimos, desconexiones sucesivas con la familia y el entorno, con las relaciones sociales, con el mundo, sujetos relacionados con un cuerpo que no está armado por un síntoma.

   A partir de los desarrollos de Arcachon y Antibes, se articula una clínica fundada sobre la falta y la ausencia - una clínica de la sustitución - con una clínica de la conexión, o del nudo, en la que tenemos modos de desencadenamiento distintos de los clásicos, sin discontinuidad ni fractura. Son entradas en la psicosis por variaciones de intensidad en la relación del sujeto a su goce, sin discontinuidad significante y sin que encontremos claros trastornos del lenguaje.

   En la conversación de Arcachon, JAM nos dice que el punto interesante sobre la continuidad-discontinuidad es práctico: ¿Cómo hacer para que la evolución de un sujeto sea mas continua que discontinua, es decir, cómo evitarle las crisis, los desencadenamientos, las escansiones? En el nivel teórico Miller da una solución leibniziana para articular conceptualmente lo continuo y lo discontinuo, posibilitando, así, dar cuenta de fenómenos de gradación. Y propone dos formalizaciones (no

Dipòsit legal B-24256-2010. ISSN 2013-8539

clasificaciones) sin considerar que la segunda desmienta a la primera: 1) formalización discontinuista, estructuralista y 2) formalización continuista, borromeana, planteando que entre una y otra hay más una gradación que una oposición tajante, siendo el rasgo diferencial el que haya punto de basta o no lo haya. El punto de basta es menos un elemento que un sistema, un aparato ?.

Cuando falta el punto de basta lo que aparece es la nebulosa, y entre uno y otro, hay una gradación en la que situar las desconexiones o los desenganches.

Es pues una clínica del síntoma y no de los síntomas, para la que Miller nos dice que más que de un concepto, se trata de hallar una expresión bien formulada.

1. discontinuista / estructuralista / si o no NP/ desencadenamiento

2. continuista / borromeana / ????ν⌇? = NP / desenganche

2. *La profusión actual de diagnósticos que siguen el DSM hace cada vez más difícil distinguir entidades clínicas precisas. ¿Hasta qué punto te parece que algunas de las discapacidades o trastornos descritos como deficitarios esconden hoy, en su aparente continuidad con estas descripciones, casos de psicosis ordinarias? ¿Podrías hablarnos de algún caso?*

   Hace ya tiempo que estamos confrontados a una clínica de deconstrución de las categorías clásicas, bien porque se trate de una clínica border-line dominada por el concepto de personalidad y de estado límite, bien porque se trate de una psiquiatría biologicista y cuantitativa.

   Tenemos que responder al desafío que representa el DSM con nuestra investigación sobre las psicosis ordinarias, en contra de la idea de un continuum clínico que prevalece en otros sectores del psicoanálisis y de la psiquiatría biológica y cuantitativa, con su concepción organicista o deficitaria de la psicosis. Orientaciones, estas, que tanto en sus clasificaciones como en la descripción de los síntomas, favorecen los tipos mixtos o los estados transitorios y producen un clínica regida por cierto continuum caracterizado por déficits más o menos grandes.

   La categoría -sintomática, como dice Eric Laurent - de las psicosis ordinarias nos permite pensar los efectos clínicos de la inconsistencia del Otro, en una época en la que no es el Ideal el que colectiviza. Estamos en la época en la que el Otro ya no existe, y en el "cenit social" está el objeto a, que lo ha reemplazado. Por otro lado, más que fenómenos de déficit, lo que hay es una disociación del significante y del significado.

   Podríamos decir, al Otro que no existe - Otro precario -, corresponde la precariedad del Ideal, que no colectiviza, y consecuentemente, hay, por lo tanto, "síntomas precarios ". Y un DSM precario también, solidario con el momento de la civiliación, que al carecer de un S1 para leer la época, se desliza metonímicamente en la descripción de estados deficitarios, discapacidades que en su aparente continuidad lo que hacen es dar cuenta de lo poco que hace lazo el síntoma de la gente.

   Tenemos, así, todos los casos contemporáneos de los personajes de Salsa Rosa, Gran Hermano, Operación Triunfo y un largo etcétera.

3. *La nueva práctica que desarrollamos en lugares como los CPCT tiene especial*

Dipòsit legal B-24256-2010. ISSN 2013-8539

relevancia en el tratamiento de las psicosis ordinarias. Desde tu función de directora del CPCT-Bilbao ¿Qué podrías decirnos sobre la incidencia y el tratamiento de las psicosis ordinarias en este marco? ¿Cómo situar allí la discontinuidad que supone el pedido de tratamiento en estos casos?

Efectivamente, dadas las características del dispositivo CPCT, son mayoría los casos de psicosis ordinarias. Es el pedido de tratamiento lo que permite suponer que se produjo una discontinuidad en la vida misma del sujeto, por ejemplo, en los lazos en los que se sostenía. Muchas veces, el tratamiento consiste en restaurar esos pequeños lazos, en otros el ideal modesto en el cual otro sujeto se sostenía. Dicho de otro modo, reinstaurar algo en donde apareció la discontinuidad, tanto en la dimensión simbólica como en la imaginaria, con los efectos de lazo que esto produce.

Como dice JAM, es una pragmática, porque ahí estamos en el orden del saber-hacer-con, del "arreglárselas con". Una pragmática de cómo en un caso abrochar las consistencias de lo real, simbólico e imaginario, cómo colaborar con otro en la interpretación que pueda hacer de los acontecimientos del cuerpo que le llegan, cómo hacer para que otro pueda situar la fuga del sentido, cómo hacer con la dispersión de lo imaginario en otro...

Privilegiando, en todos los casos, el capitón, un pequeña nominación, la escansión, la puntuación sobre esos momentos de surgimiento errático de lo real y favorecer un abrochamiento.

Precariedad del vinculo social en las psicosis ordinarias
CONVERSACIÓN CLÍNICA
Barcelona, 23 y 24 de Febrero de 2008
Para preparar la Conversación Clínica, la Comisión de Organización ha realizado tres preguntas, cada vez distintas, sobre el tema que nos convoca a diversos docentes y colaboradores de las actividades del ICF en España.