

PSICOSIS AFECTIVAS (DIFICULTADES NOSOLÓGICAS)
Espai Clínic. 16-1-2010

Para empezar tengo que advertir que prácticamente nadie utiliza la expresión “Psicosis afectivas” hoy en día, y tampoco gozó en tiempos pasados de mucha más fama. Sin embargo he que confesar que es una expresión que me gusta particularmente, primero porque se apoya en la diferenciación que hizo Esquirol entre “humor” por un lado y “razón” por el otro, separando las cosas de manera simple pero eficaz en el campo de la enfermedad mental, y en segundo lugar, tendría también la propiedad de englobar en una sola expresión los polos melancólicos y maníacos, ya sean conjuntos o separados.

A modo de preliminares e introducción al caso que presentará Carlos Bermejo, intentaré hacer un breve recorrido por la nosografía de la psicosis comparando entre sí las grandes entidades clínicas, para mostrar los puntos de “impasse” con los que los clínicos se toparon, no porque les faltara finura descriptiva, sino porque carecían de un instrumento teórico que pudiera poner orden en el panorama psicopatológico.

A falta de lesión orgánica que la anatomía patológica pudiera constatar, no fue sino a partir de Freud que se empezó a aclarar el campo de las enfermedades mentales, al tener

en cuenta un mecanismo psíquico particular que podía explicar mejor la etiopatogenia de las psicosis. Aunque esa aportación de Freud fue excepcional, fue Lacan quien trabajó exhaustivamente esa cuestión, dándole definitivamente a la “Verwerfung” freudiana, que él prefirió traducir por “Forclusión”, un estatuto diferenciado y causal de las psicosis.

Pero ese encuentro teórico de Lacan no fue sino después de bastante trabajo. A medida que iba avanzando en sus investigaciones, iba comprobando que la complejidad de la clínica no podía ser abarcada por una teoría, que aunque maravillosamente simple, no era lo suficientemente específica ni eficaz para explicar ciertos fenómenos de la clínica psicótica. Actuando como Freud, cuestionando su teoría desde la clínica y modificándola cuando era necesario, pasó de la “Forclusión” del “Significante del Nombre del Padre” a los “Nombres del Padre”, y de ahí a considerarlo no como significativo, sino como la estructura misma del “triskel” entre los registros “Imaginario”, “Simbólico” y “Real”, introduciendo la cuestión del 4º nudo, el del “Sinthome”, el tema del Significante de la falta en el Otro, y toda la cuestión referente a las “Nominaciones” del sujeto. A medida que su teoría se iba complicando, a la par que se difuminaba la ilusión de poder separar drásticamente el campo de las neurosis y de las psicosis de manera simple, prestando

atención solo a uno de los fenómenos de la estructura, se iba abriendo la posibilidad de poder entender mejor esos cuadros clínicos marginales, que parecían a caballo entre las psicosis y las neurosis para la concepción psicoanalítica clásica, pero también para la lacaniana de la primera época.

Nuestra intención con esta presentación es destacar la potencia de la última elaboración teórica de Lacan para dar cuenta de cierta clínica, investigación que como sabéis Carlos Bermejo ha retomado desde hace tiempo.

Empezaré pues, como dije al principio, señalando esas vías muertas en las que se ha estancado la mejor clínica psiquiátrica, que sin embargo sí nos dejó evidencia de la complejidad del campo de la psicosis, y por último mostrando también algo del profundo océano donde pueden naufragar las mejores intenciones de algunos excelentes clínicos psicoanalistas, si no pueden contar con esa extensión de los conceptos lacanianos.

A continuación, Carlos Bermejo, a la luz de sus investigaciones, nos hablará de un caso que él lleva como psicoanalista y al que yo atiendo como psiquiatra, y que se resiste a ser clasificado en un apartado concreto de la psicosis.

1ª PARTE

PSICOSIS y NEUROSIS

En cuanto al término “Psicosis”, parece que fue introducido por Feuchtersleben en 1845 en su *Manual de psicología médica*, para definir las enfermedades puramente mentales, en contraposición a las “neurosis”, que serían las enfermedades nerviosas.

La aparición del término “Psicosis” marca el momento en que las enfermedades mentales se independizan de las enfermedades orgánicas del cerebro, de los nervios, del resto de las enfermedades del cuerpo, y sobre todo, rompe definitivamente con la tradición filosófica que las consideraba “enfermedades del alma”, consecuencias del error y el pecado.¹

El término “Neurosis” aparece en 1777, en un tratado de medicina escrito por William Cullen, donde trataría algunas “Vesanas” o enfermedades mentales, la dispepsia, las palpitaciones cardíacas, el cólico, la hipocondría, y la histeria, y que tampoco responderían a lesiones orgánicas.

Quiero destacar el hecho de que ambos conceptos se fundarían sobre una concepción negativa (“lo que no es orgánico”), en una

¹ Laplanche, J. Pontalis, J.B. *Diccionario de Psicoanálisis*. Ed. Paidós. Barcelona. 1996. Pág. 321.

época donde la anatomía patológica, encargada de explicar las manifestaciones clínicas en relación a lesiones orgánicas, se encontró con cierto número de patologías cuya causa se le escapaba.

Por otro lado, el psicoanálisis se halla en gran parte en el origen de la oposición entre neurosis y psicosis, y sin ser para él un tema central, Freud se ocupa de esa diferencia durante toda su obra.

No obstante, al principio de sus escritos la cosa no estaba tan clara. Aunque encuentra en la nosografía alemana de su época una buena diferenciación clínica entre las 2 estructuras, lo que de entrada le preocupa es poner en evidencia el mecanismo psicogénico en toda una serie de afecciones, especialmente las neuróticas. De hecho, la primera diferenciación que se esfuerza en mostrar es entre las "Neurosis actuales" y las "Psiconeurosis de defensa", dentro de las cuales incluiría las "Neurosis de transferencia" y las "Neurosis narcisistas", diferenciando a éstas últimas por razones teóricas, pero sobre todo técnicas.

En ese primer momento, considera equivalentes las "Neurosis narcisistas" a lo que en la psiquiatría de la época se denominaba "Parafrenias", pero más tarde, sobre todo a partir del artículo de 1924 "Neurosis y Psicosis", limitará su uso a las afecciones

melancólicas y maníacas, diferenciándolas así de las neurosis de transferencia y del resto de las psicosis.

MANÍA y MELANCOLÍA

Volviendo al desarrollo nosográfico en el ámbito estrictamente psiquiátrico, la introducción de la perspectiva longitudinal o evolutiva por Falret a mitad del siglo XIX produjo una reorganización hasta entonces insólita en la nosología.

Que la Manía y la Melancolía tenían alguna relación era algo conocido desde la Antigüedad. Pero fue con la descripción de lo que Falret denominó “Locura circular”, lo que inauguró la idea de que ambas podrían formar parte de una entidad nosológica diferenciada. Casi paralelamente, y siguiendo el mismo razonamiento, Baillarger describió un proceso similar con el término de “Locura de doble forma”, aunque a diferencia de aquél mantuvo la idea de que ambos cuadros podrían manifestarse de forma aislada.

Fue también Falret el que sustituyó el término “Melancolía” por el de “Depresión”, expresión que poco a poco fue imponiéndose en el lenguaje psiquiátrico. De hecho, si la Melancolía, tan antigua como la historia de la Locura, no llegó a desaparecer del todo durante el siglo XX, fue gracias al soporte de las aportaciones de Freud y el psicoanálisis.

Pero volviendo a la nosología, apoyándose en la concepción de Falret del proceso único, esa fusión entre Manía y Depresión se iría reforzando, hasta culminar en la descripción de Kraepelin sobre las “Psicosis maníaco-depresivas” a finales del XIX, diferenciándolas totalmente de la “Demencia Precoz”, lo que correspondería posteriormente a la “Esquizofrenia” de Bleuler.

De todos modos, estas 2 categorías no eran para nada grupos homogéneos. El mismo Kraepelin advirtió sobre la diversidad de procesos que incluía en la categoría de psicosis maníaco-depresivas, por ejemplo, que comprendían *“desde La Locura periódica y La Locura circular, La Manía simple, La gran mayoría de estados patológicos que se describían como Melancolías, un considerable número de Amentias”*, y por si fuera poco, *“ciertas disposiciones patológicas del humor más o menos acentuadas, ya sean periódicas o duraderas, que deben ser consideradas como los primeros estadios de trastornos más graves, y que por otra parte se funden, sin que puedan acotarse límites estrictos, con el conjunto de las constituciones personales...”*².

² Kraepelin, E. *Lehrbush der Psychiatrie*, 8º Edición, Barth, Leipzig, (1909 - 1913). Traducción de Clara Maranzano. Ed. Polemos. 1996.

Pero lo más curioso es que, en 1920, ya jubilado, reflexiona sobre la imposibilidad para situar muchos cuadros clínicos en uno u otro lado de su clasificación solo a partir de las manifestaciones clínicas, necesitando acudir necesariamente al curso evolutivo, llegando incluso a aceptar la existencia de “*transiciones efectivas*” entre ambas.³

ESQUIZOFRENIA y PSICOSIS AFECTIVAS

El campo de lo que Bleuler denominaría “Esquizofrenia” y el de las psicosis afectivas tenían muchos puntos de intersección a los ojos de numerosos clínicos.

Antes del mismo Kraepelin, Falret, al que me he referido antes, describía en su *Locura circular* fenómenos característicos del espectro esquizofrénico. Lo mismo hacía Magnan con sus “*Bouffées delirantes agudas*”, y Cotard con su “*Delirio de enormidad*”, en el que, sobre una base melancólica, se establecía un delirio nihilista, con elementos alucinatorios, y vivencias cenestésicas de cambio y destrucción corporal.⁴

³ Kraepelin, E. “Las manifestaciones de la locura”, en A. Hoche, E. Kraepelin, y O. Bumke, *Los síntomas de La Locura*. Triacastela. 1999. Madrid. Pág. 83.

⁴ Benabarre, A. *Trastornos esquizoafectivos*. Espaxs. Barcelona. 2007. Pág. 18.

A su vez, también Séglas describía fenómenos y vivencias de ataque y desintegración corporal en sus descripciones sobre cuadros melancólicos. Incluso el propio Bleuler reconocía síntomas melancólicos genuinos en sus descripciones sobre la esquizofrenia.

Pero no fue hasta Kasanin, en 1932, cuando se empezó a utilizar la expresión “Psicosis esquizoafectivas”, concepción que ha dado lugar a más de una discusión entre clínicos, pero que hoy ocupa su lugar en el DSM IV.

PARANOIA y PSICOSIS AFECTIVAS

Es también Kraepelin el encargado de poner en cuarentena el otro gran término con profundas resonancias históricas en la psiquiatría: la “Paranoia”, actualmente ya ha desaparecido de las clasificaciones clínico-estadísticas modernas, a pesar de que la asociación entre Melancolía, Manía y Paranoia fue casi natural desde los primeros tiempos.

A principios del XIX, Pinel, el fundador del “Alienismo”, era partidario de una visión unificadora a partir de su conceptualización sobre los “Delirios parciales”. Para él, la Melancolía sería un delirio parcial circunscrito a un único objeto que parecía absorber todas las facultades del enfermo, conformándose en torno a 2 polos: un orgullo extremo, y un abatimiento asociado a una profunda desesperación.

Fue Esquirol, como señalé al principio, el que acabó con esa asociación al introducir la separación entre “humor” y “razón”, diferenciando el polo propiamente melancólico, que designó como “Lipemanía” (término que intentaba sustituir al de Melancolía, que consideraba demasiado marcado por la cultura popular), del expansivo y razonante, que denominó “Monomanía”, dejando las bases para la separación entre los trastornos del estado de ánimo y los del juicio.

No obstante, esa separación no fue nunca totalmente clara y precisa, y en muchos momentos ha sido muy problemática, como se muestra por ejemplo en la descripción de Cotard sobre los “Delirios de negación”, o en la de los “Delirios sensitivos” de Kretschmer, o la de los “perseguidos melancólicos” o “víctimas culpables” de Ballet, que el autor situaba entre los melancólicos, culpables, y los perseguidos, víctimas inocentes.

Séglas, algo más exigente, proponía añadir, al análisis del delirio, la detección de lo que denominó los “fenómenos elementales”, que en la Melancolía consistían principalmente en el “dolor moral”, pero también en los trastornos “cenestésicos” y físicos, y los trastornos intelectuales, como la bradipsiquia y la pérdida de la atención y concentración. De ese modo, era posible diagnosticar una Melancolía sin que concurrieran los delirios típicos, siendo éstos secundarios a aquellos fenómenos.

En cuanto al delirio, si se producía, el mismo Séglas afirmaba que en el Melancólico era “centrífugo”, o sea, que lo nocivo empezaba en el enfermo y se extendía hasta los parientes, amigos, e incluso a toda la humanidad, mientras que en la Paranoia era “centrípeto”, y el sujeto, orgulloso, afirmaba que el nocivo es el otro.⁵

ESQUIZOFRENIA y PARANOIA

Las relaciones entre Paranoia y Esquizofrenia han dado que hablar mucho a los clínicos, pero como no es el tema de hoy, solo diré que uno de los defensores de un proceso único entre ambas fue el propio Freud, que rechazaba el diagnóstico de Esquizofrenia de Schreber, al que prefería calificar de Parafrénico, siendo ésta la categoría más ejemplar de las entidades a caballo entre esos 2 polos.

2ª PARTE

INTENTOS DE SIMPLIFICACIÓN

A la vez que el término Melancolía iba perdiendo fuerza frente al de Depresión en la nosografía psiquiátrica, se iba desdibujando

⁵ Quinet, A. “Lo que los clásicos nos enseñan sobre la melancolía”, en *La depresión y el reverso de la psiquiatría*. Nueva biblioteca psicoanalítica. Buenos Aires. 1997. Pág. 48

aquella entidad clínica, hasta llegar al momento actual, donde el DSM IV lo considera un estado más o menos pasajero, indicador de gravedad, pero no de estructura. De hecho también éstas fueron desapareciendo de las clasificaciones, aunque afortunadamente no de las mentes de los clínicos con una cierta experiencia. De ese modo, también los síntomas psicóticos de la depresión son hoy día un indicador de su gravedad, pero no de su naturaleza.

Así, las grandes entidades nosológicas de la psiquiatría clásica resultado de la fina observación y descripción de los clínicos del XIX y de la primera mitad del siglo XX, han dejado paso a las simples categorías sindrómicas de los DSM, combinables entre sí, supuestamente simplificadas en aras de un entendimiento universal y de una intención práctica con respecto al abordaje farmacológico.

Evidentemente, eso no ha hecho más que empobrecer el panorama diagnóstico, cuando no del tratamiento, tanto farmacológico, como por medio de la palabra (de hecho, no olvidemos que desde antes de Freud, pero sobre todo con éste, el delirio tuvo una función reparadora).

Pero lo que sí es cierto es que esa riqueza nosológica hizo florecer una proliferación nosográfica que no por exquisita era más clarificadora.

La falta de una buena razón etiopatogénica que pudiera poner orden en el maremagnum que suponía la experiencia de la locura obligaba a afinar hasta el extremo la sutileza de las descripciones, sin que esa mirada llegara a escapar nunca de esa concepción negativa originaria, de esa falta de lesión anatomopatológica que aún hoy ansía por encontrar.

El primer intento de poner orden en el panorama nosológico de las psicosis con intención mínimamente estructural fue el de Esquirol, al que ya me he referido antes, separando las locuras del humor y las de la razón.

Posteriormente, y apoyado en ese y otros esfuerzos similares, la observación clínica había podido situar 3 grandes entidades: las Esquizofrenias, las Psicosis maníaco-depresivas, y los Delirios Crónicos o Paranoia.

CUESTIONAMIENTOS DESDE LA CLÍNICA

A pesar de eso, los clínicos no paraban de encontrar cuadros intermedios que cuestionaban la independencia de esas entidades nosológicas principales. Por ejemplo, entre la Paranoia y la Esquizofrenia, las Parafrenias. Entre la Esquizofrenia y las Psicosis Maníaco-depresivas, las psicosis Esquizoafectivas. Entre la Psicosis Maníaco-depresivas y la Paranoia, el Delirio sensitivo de relación,

por ejemplo. Eso iba haciendo que los clínicos pasaran de poner más el acento en una que en otra, a subordinarlas, o a reabsorberlas en nuevas entidades.

Pero hubo también quien intentó resolver la cuestión considerándolas parte de una gran entidad única, como fue el caso de Guislain, Zeller, y sobre todo Griensinger, que a mitad del XIX planteaba la tesis de la “Psicosis unitaria”.⁶

Griensinger consideraba las formas clínicas de las psicosis como formas evolutivas, que iban desde los cuadros con emociones más vivas, la melancolía, la manía y el delirio, hasta los trastornos del pensamiento y la voluntad, como la paranoia y la demencia.

Aunque influyó poderosamente en Freud por sus observaciones sobre las modificaciones del Yo en la psicosis, abogaba por transformar la Psiquiatría en una verdadera ciencia del cerebro, considerando la locura sólo como un síntoma de la enfermedad de ese órgano. Ésa es la razón por la que entendía a la psicosis como única, una concepción que, a pesar de los opuestos puntos de vista, también debió influir en Freud.

⁶ Álvarez, José María. *Estudios sobre psicosis*. Grama ed. Buenos Aires. 2008. Pág. 226

OTROS INTENTOS DE RACIONALIZACIÓN

Por último querría destacar otro intento importante, quizás el más trascendente por los efectos que produjo posteriormente, que fue el de separar los fenómenos elementales que, más allá, o mejor más acá de los grandes síntomas, señalaría la rúbrica característica de la psicosis.

Ese intento de encontrar lo más esencial de la psicosis se cristalizó en la clínica psiquiátrica en diferentes cuadros nosográficos, que José María Álvarez agrupa en lo que denomina “Psicosis normalizadas”⁷, que opone a las “Psicosis clásicas”, o sea, las grandes entidades clínicas más conocidas.

En cuanto a estas “Psicosis normalizadas”, Álvarez sitúa en ese grupo algunas variedades marginales de psicosis que no lo parecen, pero lo son. Todas tenían en común que se daban en sujetos con una vida aparentemente normal la gran mayoría del tiempo, excepto en ciertos momentos o ciertas situaciones.

Ejemplos son la “Locura lúcida de Trélat”, algunas “Monomanías” de Esquirol, la “Locura moral” de Prichard, las “Paranoias rudimentarias” de algunos autores alemanes, e incluso, la “Esquizofrenia latente” de Bleuler, autor que también describió el

⁷ Ibid. Pág. 93

mecanismo específico de la “*Spaltung*” de las funciones psíquicas, destacando el trastorno de las asociaciones, de la afectividad, la ambivalencia y el autismo, sobre los grandes síntomas.

En este mismo sentido, son especialmente de destacar los trabajos de Neisser y Marguliès, que se centraron en los momentos iniciales de la eclosión de la Paranoia, donde lograron identificar lo que denominaron “fenómenos elementales”, que contenían en sí mismos los posteriores desarrollos del delirio, o los de Chaslin y Clérembault, que más allá del fino análisis clínico, intentaron encontrar los mecanismos generales que explicaran la génesis y la clínica de las psicosis. A Chaslin debemos el concepto de “Discordancia”, y a Clérembault el de “Postulado”, el de “Automatismo mental” y el de “Síndrome de pasividad”.⁸

Por tanto, si un grupo de clínicos optaba por ordenar jerárquicamente los síntomas, otro se esforzaba en encontrar un mecanismo específico que, más allá de la socorrida pero oscura explicación orgánica, organizara el conjunto de los fenómenos.

Pero a los psiquiatras les faltó encontrar la herramienta final con la que poder separar las aguas. Fue Freud, siguiendo a éstos últimos,

⁸ Ibid. Pág. 108

pero atendiendo de manera especial a la forma en que el lenguaje afectaba a los seres humanos, el que alcanzó a describir un mecanismo radical de rechazo de la realidad de la “castración”, la “*Verwerfung*”, que podía poner por primera vez orden en la etiopatogenia y clasificación de las enfermedades mentales. De ese modo, y tomando los fenómenos del lenguaje no solo como efecto, como lo habían hecho admirablemente algunos de los clínicos del XIX y del XX, sino también y sobre todo como causa, Freud, y especialmente después Lacan, dibujaron los límites de la psicosis, creando un campo que etiopatogénicamente parecía único. Quizás por eso es que las teorías de la Psicosis únicas son tan queridas por los psicoanalistas lacanianos, a pesar de que Griesinger fue uno de los psiquiatras que más duramente apostó por la organicidad de las psicosis.

3ª PARTE

LA PSICOSIS o LAS PSICOSIS

Pero ¿qué pasa entonces entre los diferentes tipos de psicosis? ¿Son manifestaciones clínicas de un mismo proceso, o podrían considerarse entidades diferentes? Y si fuera así ¿podríamos pensarlas como compartimentos estancos, o podrían haber flujos entre unas y otras?

Para intentar ir dando alguna respuesta y dejar algo de material teórico para la discusión, os leeré cómo plantea el tema José María Álvarez, psiquiatra, psicoanalista, y un gran conocedor de la psicopatología, en su conferencia pronunciada en el XI Curso Anual de Esquizofrenias, hace 5 años en Madrid:⁹

“Les presentaré una visión unitaria de la psicosis de acuerdo con 2 grandes principios: en primer lugar, el sujeto que nace a la psicosis puede situarse en varios polos (paranoia, esquizofrenia, y melancolía-manía), posiciones de las que previamente advierten los fenómenos elementales premórbidos; en segundo lugar, dependiendo de las respuestas o de la gestión que ese sujeto haga de su psicosis, esas polaridades que muestran el punto de partida de la locura cristalizan en tipos clínicos estables, o bien se desarrollarán mediante saltos de un polo a otro. De manera que, según esta concepción, un mecanismo genérico conformaría la estructura propiamente psicótica, si bien ciertos cambios de la posición subjetiva implicarían transiciones clínicas de la paranoia a la esquizofrenia o a la melancolía, de la melancolía a la paranoia, etc., tal y como muestra el caso del magistrado Dr. Paul Schreber.”

⁹ Ibid. Pág. 167 y siguientes.

Según Álvarez, El proceso iría en primer lugar desde la irrupción de algún fenómeno que introduciría una discontinuidad en la experiencia subjetiva, seguido de una vivencia de convicción o certeza con respecto a ese fenómeno, siendo vivido por el enfermo como teniendo inefablemente relación con él, pero inicialmente al menos, al margen de cualquier significación, y también de las emociones.

Como ya apuntaron varios clínicos anteriormente, como Gaupp al analizar la psicosis de Wagner, Álvarez separa la “certeza” de la “sistematización delirante”, teniendo en cuenta que el delirio puede variar e incluso desaparecer, y por tanto es secundario a la certeza inicial. En cuanto a ésta, la desglosa en 2 dimensiones: la “experiencia de certeza”, y el “postulado de certeza”, y afirma que, al menos en lo que respecta a la “experiencia de certeza” no hay ninguna psicosis que escape a ella.¹⁰

De ese modo, en el polo esquizofrénico se encontraría esencialmente un sujeto pasivo (afectado del Síndrome de pasividad de Clérembault), algo así como alguien parasitado, receptor de algo enigmático e inefable, que asiste sumido en la más extrema y angustiosa perplejidad al desmoronamiento del edificio del lenguaje y a la fragmentación

¹⁰ Ibid. Pág. 178

del cuerpo, sin conseguir por lo general, al menos en un principio, construir una respuesta que reintrodujera algo de una nueva significación a ese vacío que experimenta. Si así lo lograra, se desplazaría desde ese polo hacia la esquizofrenia paranoide. Por otro lado, cuanto más capturado está en ese vacío de significación, menos consiste el Otro, hasta llegar a situarse en la soledad más absoluta, refiriendo entonces todos los fenómenos a la desintegración del cuerpo y del lenguaje.

Por otro lado, el polo paranoico estaría habitado por un sujeto esencialmente activo, que es capaz de inventar una respuesta frente al enigma inicial. Así, y como basta que un sujeto se sienta aludido para hacer existir en su fuero interno a un Otro, puesto que de algún lugar ha de partir la autorreferencia, a diferencia del esquizofrénico el Otro está siempre presente y bien presente. Un Otro que goza de una maldad intrínseca, que contrasta con la inocencia del sujeto que la sufre. Pero es por eso que también puede cernir un axioma que servirá de encofrado para el delirio que podría llegar a inventar, y que, como “postulado” que es, no necesitará verificación.

En cuanto al sujeto melancólico, por último, también puede concretar un axioma de certeza, solo que su postulado estará en relación a su propio ser, indigno y culpable. Aunque éste es

prescindible y secundario, si logra desarrollar un delirio, en general de “ruina”, de “culpa” o de “indignidad”, no suele aliviarse, sino que será un nuevo motivo de dolor, a diferencia del paranoico que sí se siente aliviado por la explicación delirante.¹¹

Con esta explicación, y apoyándose en idea de reparación que supone el trabajo de construcción desde la certeza al delirio, José María Álvarez parece incluso sugerir la posibilidad del desplazamiento del sujeto psicótico entre los 3 polos del campo de la psicosis.

Ahora sí, con este tema polémico, dejo la cuestión para que la retome Carlos Bermejo apoyándose en el material clínico de una enferma psicótica.

Vicente Montero
Espai Clínic (16-1-2010)

[ÍNDICE](#)

¹¹ Ibid. Pág. 184