

Plantearémos el caso de dos tipos clínicos, encuadrados en los trastornos afectivos que nosotros proponemos renombrar con el primer diagnóstico que ofrece Freud. Éste las denomina en general psicosis narcisistas, tipo clínico que nosotros hemos ampliado al de personalidades psicóticas afectivas. Son tipos clínicos donde predomina el fracaso del cifrado del sentido. Aprovecharemos para establecer lo que denominaremos “paranoia de sentido”, diferenciada de la paranoia de significación (la clásica). Es decir, a la melancolía se le opone, como si de un eje se tratase, la paranoia de sentido, tal como a la esquizofrenia se le opone la paranoia de significación.

Entenderémos así lo que denominaremos el delirio de sentido frente al clásico de significación (denotación en inglés), zanjando el tema de si los enfermos afectivos son paranoides o se ponen paranoides cuando brotan. Se sobreentiende que el diagnóstico de bipolar no es el mismo que el de melanco-paranoico y merece un tratamiento aparte.

Si Lacan, para el brote ante el fallo de la significación (de la semántica denotativa del sexo o la maternidad, o el encuentro con un padre en lo real) propone como estabilización una metáfora delirante, nosotros propondremos para la semántica

(efecto) del sentido, ante el fracaso frente a la ausencia de sentido, la metonimia<sup>1</sup> delirante que busca recuperar un suplente, sin fantasma, del objeto metonímico perdido. En estos casos si se articulan en un par de individuos, uno con un personalidad paranoica, en una sola cadena-nudo, la cosa se complica. Produce un tipo clínico que no podemos dejar de denominar, en analogía con el delirio de significación a dos, delirio de sentido a dos. El par “medio-loco”, lo denominamos. Es la pareja, si forman unión marital, la que delira y no está tan claro que haya que separarlos en el caso de que se pueda, como en el caso de *folie à deux*.

- Clínica del primer miembro del par, paranoico o de base previa de melanco-paranoico<sup>2</sup>, el encuentro con la ausencia de sentido en las relaciones con las mujeres no-madres, y si además no están en posición de puro objeto, es un encuentro desestabilizador. Si además visualiza la sexualidad del otro miembro como un goce

---

<sup>1</sup> A veces en forma de delirio psicótico de **identidad** cuyo fracaso supone empujar al delirio mayor megalomaniaco. La identidad delirante ofrece al sujeto una causa de deseo y un motivo de vida. Suele ir acompañado con componentes mesiánicos pero suelen ser ligeros. El otro delirio paralelo es el de la certeza del **ser** indigno ya más claramente melancólico. Ambos cercanos a las dos fases de los bipolares.

<sup>2</sup> Son dos posibilidades de pares, más estable si éste es claramente paranoico.

moralmente deleznable, aunque apetecible, el asunto empeora mucho. Tiene como consecuencia-respuesta, además del fallo denotativo, la desregulación del cifrado de goce puramente pulsional o a-sexuado (que puede llevar al alcoholismo u otra ingesta de tóxicos o adiciones al sexo) y la oscilación de un sentido (amada-puta) que no acaba de estabilizarse por no poder establecer una metonimia delirante. No estabilización que va destruyendo a dicho sujeto. En consecuencia, estos sujetos van de una metonimia de sentido a otra, metonimia que fracasa una y otra vez por no poder ser tampoco un verdadero Giro (*virement*) para el goce; un giro que contabilice el goce. **Esta metonimia continua es lo que denominamos delirio de sentido**<sup>3</sup>. Desgraciadamente, el sujeto ha muerto ya y el único falso ser que le queda es el de “engañado” o “traicionado” o semejante. Falso ser que se pone en juego

---

<sup>3</sup> Es muy habitual que los analistas confundan la deriva psicótica, puramente asociativa, por la cadena significante, con una metonimia tras otra.

cuando teme salir a la calle y que lo vean o juzguen así. Es el aspecto persecutorio de esa paranoia de sentido<sup>4</sup>.

- Clínica del segundo miembro, su base es un humor afectivo simple o hipertímico-irritativo y atrapado en el goce directo del  $\mathbb{A}$ . Se trata de un individuo que tapa la falta  $\mathbb{A}$  ahí donde la encuentra, y por eso confunde los cuidados y el amor con tapar narcisista-gozosamente ese Otro deficitado sin captar que también acaba por saturarlo de goce. La consecuencia es que se deja maltratar como sujeto. Cuando recibe las oscilaciones de sentido del primer miembro del par no sabe qué hacer y se desespera porque sí es capaz de establecer una denotación precaria. Cuando forman pareja amorosa, el primer miembro oscila, echa de su lado a este segundo miembro y lo recupera como un yo-yo. Son las peleas y broncas habituales en este tipo de parejas. Cuando además aparece un desencadenante traumático, ante el sin-sentido

---

<sup>4</sup> Fíjense en la diferencia con el objeto exterior a su realidad que persigue sin sentido alguno al paranoico de significación. En este caso de paranoia de sentido, su falso ser está “dentro” del sujeto, va unido al fallo de sentido y el sujeto se reconoce en dicho objeto. Es clarísimo que es el signo del sujeto y el Otro del mundo lo verá y así lo valorará. A diferencia de objeto persecutorio exterior que “ve al sujeto” desde “fuera” y con el que no se identifica en la paranoia de significación sin sentido alguno.

de lo que ocurrió, aunque denota medianamente, fracasa el cifrado del sentido y sus efectos en el amor narcisista y en el cuerpo. El narcisismo, ante la pérdida de lo que consideraba su objeto primordial, objeto metonímico al  $\mathbb{A}$ , pero sin estar articulado con  $-\phi$ , se mueve entre un humor expansivo-decaído en unas oscilaciones muy rápidas, denominadas, a la antigua, 'defensa maníaca'.

- La denotación del goce sexual directo va decayendo poco a poco y hace una apelación al Otro de la verdad. Desea ser escuchada y es cuando suelen consultar. Es en esa demanda donde se sostiene como sujeto, aunque precario. El sujeto no ha muerto y el analista debe apostar por esa escucha que lo hace vivir. El cuerpo es el que recibe sistemáticamente el golpe como "lo afectado" y aparecen síntomas espasmódicos y tónico-clónicos además de la angustia<sup>5</sup>. El análisis permite establecer, frente al trauma, una denotación metafórica: **"ha ocurrido esto"**. Entonces se estabilizan relativamente, pero persiste el problema de cómo pudo ocurrir; es un sin-sentido, ya que era imposible esperárselo en las circunstancias en que sucedió, como todo trauma. Por contra, el sentido no se estabiliza, aunque la denotación bastante. Su sin-sentido se empalma con la ausencia de sentido del otro

---

<sup>5</sup> Que no deben confundirse nunca con la histeria.

miembro y ahí empieza el delirio compartido: **“hay que resolver ese asunto”**. Se trata de un sujeto que no se acaba de dividir y por eso el cuerpo entra en espasmos. Sin confundirnos, las denominadas “histerias graves” no son histerias, el espasmo no se da sólo en la histeria.

En ambos tipos clínicos, la operación fundamental no es la metáfora (y menos la condensación) sino la metonimia con algo de giro en el sujeto con componente afectivo y sin giro ninguno en el paranoico o melanco-paranoico. Operación tanto para cifrar el sentido que les invade desde lo imaginario alrededor del trauma (fundamentalmente en el caso del primer miembro que denominamos tipo afectivo puro) y el goce que invade desde lo real al segundo miembro: tipo melanco-paranoico. Un goce-sentido que debería traspasar lo simbólico a lo imaginario y lo real en el camino inverso del recibido y las tópicas mal establecidas no acaban de efectuar.

Es por ese delirio de sentido por el que los dos están unidos y al mismo tiempo no pueden estabilizar la relación.

Para entender estos casos, aclaramos que una cosa son las operaciones metáfora y metonimia de sentido y otra la condensación y el giro (*virement*) para el goce. Además, separemos claramente la “deriva” de la metonimia que siempre implica sustituir un significante por una combinación<sup>6</sup>. La metonimia no es sólo saltar de un significante a otro como desgraciadamente suele entenderse.

Dado que muchas veces en los trastornos afectivos se suelen encontrar rasgos de los denominados sin precisión psicopáticos, por ejemplo el hipomaniaco psicopatón, punteamos el tercer eje de los tipos clínicos: el del comportamiento. En estos casos sólo se suelen dar en el primer miembro. Eje que deberemos dividir en dos extremos: psicopatía y sociopatía que pueden llegar a producir, cuando es el eje que domina, lo que denominamos delirios morales de ejecución. Definimos con ese término a los delirios realizados al mismo tiempo que se producen. El psicópata realiza imaginariamente los símbolos en una moral delirante, el sociópata realiza imaginariamente un delirio moral narcisista. De modo que si anudáramos borromeamente los tres ejes clínico-teóricos, tendríamos un comienzo para ver cómo en la clínica las cosas se entremezclan. Intentaremos salir así de la terminología

---

<sup>6</sup> Y no sólo hacer sinécdoque como el ejemplo de Lacan de velas por barco.

psiquiátrica aún contaminada por nombrar al tipo clínico por los signos clínicos dominantes sin diferenciar con claridad y con terminología distinta: signos, síndromes y cuadros. Todavía están igual que como los antiguos médicos: los tratados de medicina nombraban las fiebres por su sintomatología antes del concepto de infección claramente diferenciado. Diferenciado al menos en tres: hongos, bacterias y virus.

