

Conferencia:

## Lo que la locura puede enseñarnos sobre nosotros mismos

Nicolas Dissez<sup>1</sup>

Traducción a cargo de Marcella Chiarrappa, Maya Schlenker y María Elena Sota<sup>2</sup>

### Seminario de Psiquiatría Clásica y Psicoanálisis: Una lectura Psicoanalítica de las Psicosis

Las presentaciones de enfermos realizadas por Jacques Lacan en los años 70 en el Hospital Sainte-Anne de París, dan cuenta del interés del psicoanálisis por la locura y sus distintas formas de expresión.

A partir del trabajo realizado actualmente por un equipo de clínicos en el mismo hospital Sainte-Anne, coordinados por el Dr. Marcel Czermak, en torno a las entrevistas de Lacan antes mencionadas, el Dr. Nicolás Dissez buscará, en su estadía en Chile, aislar los ejes de una lectura lacaniana de las psicosis y definir lo que sería una psiquiatría lacaniana.

El Dr. Dissez se propone abordar al menos los siguientes ejes: una introducción a la cuestión de la clínica estructural y su esclarecimiento a través de la clínica de la psicosis, la paranoia y los fenómenos elementales, la manía, la melancolía, el automatismo mental, el paso al acto psicótico, la folie à deux. Se trata para él de hacer patente el aporte de una clínica de las psicosis a una práctica psicoanalítica en tanto tal.

"Agradezco esta invitación, especialmente a las doctoras Gho y González. Les agradezco su acogida en este Hospital y la posibilidad de intercambios que me ofrecen hoy. Les agradezco aún más, pues el título de mi intervención – *Lo que la locura puede enseñarnos sobre nosotros mismos* – puede tal vez sorprender. El término de locura se ha vuelto efectivamente inusual; en Francia incluso es hoy políticamente incorrecto. Es verdad que, en tanto clínicos en un hospital, nuestra primera función es brindar un tratamiento, aliviar el sufrimiento de los pacientes que se dirigen a nosotros. Sin embargo, esta dimensión del sufrimiento psíquico es sólo una faceta de lo que durante mucho tiempo se llamó locura y que bajo este término designaba más claramente una modalidad de la condición humana. Si la locura es verdaderamente el principal desafío para el psiquiatra y al

mismo tiempo un aspecto de la condición humana, entonces tal vez esta locura puede también enseñarnos algo acerca de nosotros mismos. Lo que aprendemos de la locura puede entonces, quizás, tener en retorno algunas consecuencias en los modos en que, en tanto psiquiatras, pretendemos tratarla.

Había pensado dar como título a mis palabras "Lo que podemos aprender hoy de la locura", pues es innegable que un siglo atrás y aún hasta hace muy poco, en Francia, la locura constituyó una fuente de inspiración para muchos escritores e investigadores, en el sentido en que la palabra de aquel que llamábamos el alienado, era considerada como portadora de un saber específico. Así Alphonse Daudet o Guy de Maupassant, asistieron a la presentación de Jean-Martin Charcot en el hospital de la Salpêtrière, para escuchar ahí las palabras de las pacientes histéricas. Igualmente, el lingüista Ferdinand de Saussure pudo, gracias a Théodore Flournoy, un profesor suizo de psiquiatría, escuchar el discurso de una paciente delirante y glosolálica, Hélène Smith, que se hizo célebre. Más cerca nuestro, Marguerite Duras contó que había ido a un asilo para escuchar ahí el relato de una paciente, relato a partir del cual surgió el personaje de su novela *El rapto de Lol V. Stein*. Este interés social respecto de la locura me parece diferente hoy en Europa; ustedes me dirán lo que pasa en América Latina y más precisamente en Chile.

Efectivamente, me parece que la posición del alienista o del psiquiatra se encuentra irreductiblemente dividida entre dos tendencias. Una primera tendencia lo conduce a constituir la locura en objeto de estudio, dicho de otro modo, a examinarla como observador exterior, científico, independiente de los hechos que él registra. Esta posición lo protege de la angustia suscitada por el valor de los hechos que él aísla. Es innegable que a partir del aislamiento de la locura en esos hospitales un poco especiales que son los asilos, pudo desarrollarse lo que aún no se llamaba psiquiatría, lo que relató Michel Foucault en su *Historia de la locura en la edad clásica*. Es a partir de esta operación de medicalización de la locura y de su acogida en los asilos, que los alienistas pudieron establecer un saber específico y calificar

1. Psiquiatra y psicoanalista, miembro de la Asociación Lacaniana Internacional y secretario general de la Escuela Psicoanalítica de Sainte-Anne en París, Francia. Trabaja en la Maison de Santé d'Épinay sur Seine, establecimiento psiquiátrico en las afueras de París.
2. Conferencia realizada en el Auditorio del Instituto Psiquiátrico "Dr. José Horwitz B.", la mañana del 17 de agosto de 2017.

los fenómenos que observaban allí en síntomas y en síndromes, para constituir entidades médicas en tanto tales. Esa es su primera tarea; permanece siendo esencial el proseguirla hoy.

Una segunda tendencia del clínico consiste, sin embargo, en tomar en cuenta que esos hechos clínicos aislados por la psiquiatría interrogan directamente lo que nos constituye individual y socialmente. No es necesario recordar aquí que el acto inicial de los primeros alienistas, Pinel, luego Esquirol, fue intervenir con fuerza en el campo jurídico para hacer valer la irresponsabilidad penal de los alienados. Este acto fundador de su disciplina inscribió en la ley el hecho que el alienado, en ciertos momentos precisos de su existencia, podía ser atravesado por actos, incluso criminales, respecto de los cuales le era imposible dar cuenta. Este acto no puede dejar de interrogarnos a su vez sobre aquello que viene a fundar nuestra responsabilidad respecto de la ley y nos determina a cada uno de nosotros como ciudadanos.

Me parece manifiesto que, desde hace ya más de un siglo, el psicoanálisis ha retomado y hecho suyas las preguntas que el saber psiquiátrico había desprendido de la observación de aquellos que, habiendo sido puestos al margen de la sociedad, se encontraban en asilos. Ustedes saben que el psicoanálisis, partiendo de un lugar diferente, ha sabido ampliar ese saber, sin desatender las implicancias sociales.

Ciertamente, hay mucho que aprender de los fenómenos de la locura si respetamos ese principio, propuesto por la experiencia analítica, según el cual la dimensión de la sorpresa es señal de la emergencia de un saber. Esta sorpresa en la práctica psicoanalítica es, por ejemplo, la que asociada a la aparición de un lapsus, constituye, tanto para el analizante como para el analista, la posibilidad de adquirir un nuevo saber. Es perceptible que el fenómeno alucinatorio, por ejemplo, así como la aparición de una palabra delirante, siempre se acompaña, para quien lo escucha, de este efecto de sorpresa. Incluso en un paciente que sabemos que es psicótico, la irrupción del fenómeno alucinatorio o el surgimiento de un nuevo tema delirante nos detiene, nos sorprende. Les propongo entonces enunciar algunas situaciones clínicas que no dejan de sorprendernos en el campo de la locura – eso que llamamos psicosis – intentando ubicar en cada situación lo que podemos aprender de ellas.

Comienzo entonces por el hecho, central en el campo de la psicosis, que es el fenómeno alucinatorio. Creo que podemos identificar un primer orden de cosas de una gran frecuencia pero que no deja de sorprender a quien tiene a su cargo un paciente alucinado: este fenómeno se presenta para nuestros pacientes como siendo algo absolutamente inasimilable y, sin embargo, como viniendo progresivamente a ocupar un lugar esencial en la existencia de ellos. La invasión alucinatoria se presenta para el

sujeto como una situación que viene a privarlo de su libre arbitrio o de la posibilidad de tomar la palabra, pero los intentos por sacarlo de eso conducen regularmente a otro tipo de impasse, por ejemplo al surgimiento de un acceso melancólico donde la única preocupación del sujeto será desaparecer. Ustedes conocen también la situación de pacientes que vienen a quejarse de la invasión de la voz de la que son objeto; pacientes que por lo demás, parecen aliviados por una prescripción de neurolépticos, pero que vuelven unas semanas más tarde, habiendo interrumpido todo tratamiento y encontrándose nuevamente invadidos por las voces, y quienes, al preguntarles por qué interrumpieron el tratamiento, responden que es justamente porque ya no escuchaban esas voces...

¿Qué psiquiatra experimentado no constata, por lo demás, que cuando esos fenómenos alucinatorios se encuentran instalados desde hace varios años, no sirve de gran cosa el intentar hacerlos desaparecer totalmente? Por una parte las herramientas de la farmacopea moderna no parecen lograrlo y por otra parte, nuestros pacientes no parecen querer una solución tan radical.

Esas voces alucinatorias son clásicamente situadas por el sujeto como viniéndole de afuera, como emanando del Otro. Por eso, me parece que la alucinación sitúa, para la psicosis, el sitio de ese lugar Otro, del registro de la alteridad. Ese lugar Otro, esta «Otra escena» como se expresaba Freud para designar al sueño, conserva para cada uno de nosotros de manera irreducible, una dimensión ominosa, de inquietante extrañeza. Estas situaciones habituales de la práctica psiquiátrica conducen bastante naturalmente a la constatación bien simple de que, si hay una dimensión indispensable para toda posición de sujeto, ésta es la dimensión de la alteridad. La importancia que otorgamos a la necesidad de encontrar una pareja, incluso el tiempo que le dedicamos a nuestros teléfonos celulares, ilustran la importancia que tiene en nuestras vidas ese registro de la alteridad. Consignemos que, tanto pareja como celular, parecen constituir apuestas hartamente menores, cuando son voces alucinatorias las que llegan a ser el centro de la vida de un paciente. La función de la alucinación, este objeto tan específico de la fenomenología de las psicosis, me parece que sitúa entonces el sitio de ese lugar Otro y de sus paradojas para cada uno de nosotros, puesto que corremos el riesgo de desaparecer como sujeto si tratamos esta dimensión Otra como algo parasitario que habría que eliminar, o si por el contrario, permanecemos subyugados a este Otro. Esto es, me parece, una lección que podemos sacar de la clínica de la alucinación.

En ese contexto, me parece posible señalarles la emergencia, durante los últimos años, de un movimiento que en Francia se llama la Red de escuchadores de voces, *Hearing voices movement* en inglés. Este movimiento que reagrupa un cierto nú-

mero de personas alucinadas y de miembros de sus familias, parte del principio según el cual la psiquiatría, abusivamente, restringe el fenómeno de las alucinaciones auditivas a un hecho patológico. Para los integrantes de este movimiento, las voces constituyen un fenómeno extraño, que la psiquis humana puede llegar a encontrar, pero no algo más extraño que la pesadilla, por ejemplo. La organización tiende a hacer valer que 4 a 7% de la población indica haber tenido la experiencia de escuchar voces, y que esta experiencia muy a menudo no ha dado lugar a una consulta con un médico, incluso que ella puede ser vivida como una experiencia benéfica para el sujeto. Lo que está en juego en este movimiento, que comenzó en los años 90 en los Países Bajos y se difundió después en el Reino Unido, luego en Estados Unidos y más recientemente en Francia, es subrayar que una posibilidad de restablecimiento (*recovery* en inglés) es posible para quien sufre esta situación, gracias a un trabajo en torno a la posición del sujeto respecto de las voces. Esta voluntad de restablecimiento se opone entonces a una posición médica, para la cual la sanación no podría sino pasar por la desaparición de los fenómenos alucinatorios. Esta asociación propone más bien una modalidad de arreglárselas (*savoir faire*) con las voces, lo que me parece tener su valor y en todo caso su modernidad, tal vez en respuesta a un abordaje psiquiátrico que tomando una posición demasiado normativa, apuntaría únicamente a la desaparición del síntoma alucinatorio.

Dejo el registro de la alucinación para interesarme ahora en esta otra dimensión esencial del campo de las psicosis que es el delirio. El primer elemento que puede sorprendernos en la escucha de un discurso delirante es que, si bien el delirio se caracteriza por una proliferación de significaciones, el sentido del delirio no es lo que corrientemente llamamos «el sentido de la vida». En efecto, cada uno de nosotros es dependiente de esta dimensión del sentido, pero el discurso delirante nos sorprende probablemente dejando de lado temas respecto de los cuales el neurótico parece estar regularmente alienado: «¿tendré éxito?», «¿soy amada?»

El sentido del delirio nos sorprende al no recaer nunca en esos temas que orientan la vida del neurótico, al punto que éste los considera como «el sentido común». Somos tan dependientes del sentido común como nuestros pacientes delirantes, pero nos sorprendemos regularmente ante la escucha de una construcción delirante, dado que el marco que ella determina no se encuentra bajo la dependencia del sentido que ordena la vida de los neuróticos. Esta proliferación de significaciones delirantes no deja de sorprender, incluso de inquietar. Así, a menudo escuchamos el siguiente pedido en las instituciones respecto de un paciente delirante: «¡hay que encuadrarlo!», pero muy a menudo, el mejor encuadre que puede encontrar un paciente

psicótico es su delirio, lo que Sigmund Freud llamaba un intento de sanación delirante. Sin embargo, no todas las construcciones delirantes constituyen una modalidad de sanación equivalente. El sentido en sí mismo no basta para ubicar un encuadre tal, el que parece requerir la instauración de un cierto número de puntos de amarre.

Les propongo considerar que lo que puede permitir que una construcción delirante llegue a constituir una tentativa de sanación, en el sentido en que Freud lo planteó, es permitir la instalación de un imposible. Los delirios más estables, aquellos que posibilitan a nuestros pacientes encontrar un lugar, aunque frágil, en el mundo, son efectivamente las construcciones delirantes que, a falta de poder ser realizadas en un corto o mediano plazo, ocupan al sujeto por un periodo infinito. Podemos ubicar la función de este imposible en numerosos delirios constituidos. Así, la erotómana no cesa de subrayar que la unión con su objeto es innegable, pero que esta unión no es posible inmediatamente. Es seguro que esta unión con el objeto de erotomanía se realizará un día, pero por el momento es imposible; el personaje eminente que concentra sus preocupaciones, el rey de Inglaterra o el presidente de la república, está ocupado en otras tareas... El delirio mesiánico parece también tener este valor paradójico: la envergadura de la tarea que impone, obliga al paciente a consagrarle su existencia sin poder jamás culminarla. El inventor desconocido se encuentra también sumergido en investigaciones de una ambición tal, que le impone consagrar sus días y sus noches a ellas, sin llegar nunca a sus metas.

Parece entonces que lo que Freud llama tentativa de sanación delirante, concierne más específicamente a los delirios paranoicos, como el del Presidente Schreber, delirio que parece haberle tomado años constituirlo, antes de ganar el proceso que le permitió salir del asilo. Por esto es necesario subrayar aquí que lo que llamamos delirio melancólico no constituiría una construcción delirante en el sentido en que Freud define al delirio como siendo un intento de sanación.

El así llamado delirio melancólico no es una tentativa de sanación, puesto que marca la imposibilidad del sujeto para constituirse un lugar como tal, imposibilidad para habitar el mundo que lo rodea. En efecto, el paciente melancólico no cesa de afirmar, de mil maneras diferentes, su imposibilidad de ocupar lugar alguno; peor aún, afirma que está inexorablemente condenado a la expulsión, al destierro, a dejar definitivamente nuestro mundo. Un elemento notable y sorprendente está constituido por el hecho que un estado melancólico tal sobreviene regularmente en el momento en que justamente parecía realizarse un objetivo esperado largamente por el sujeto. En el momento en que su deseo se realiza, el sujeto en cuestión se ve

reducido a ocupar la función de un objeto rechazado, deshonrado, golpeado de indignidad. Hay aquí una enseñanza propia de la clínica de la melancolía: la imposibilidad de alcanzar nuestro deseo, este imposible, del que siempre nos quejamos a lo largo de nuestra existencia, probablemente nos es indispensable. A falta de este imposible nuestro mundo se vuelve, en efecto, invivible.

Efectivamente, este imposible está lejos de ser la especificidad de la construcción delirante. Aún si no siempre queremos considerarlo, lo imposible organiza nuestras propias existencias. Freud distinguía tres oficios imposibles: gobernar, educar, psicoanalizar, pero de cierto modo, toda función que determina una posición social establecida está marcada por esta dimensión de lo imposible. Nosotros mismos, como clínicos, estamos constreñidos a esto. Nuestras propias funciones chocan también con esta dimensión de una tarea imposible, este registro que nos detiene y nos sorprende ante el carácter a menudo desmedido que toma la construcción delirante. Sólo ideales irrealizables parecen estar igualmente en condiciones de movilizar a las masas: la libertad, la igualdad, ¿no son acaso objetivos imposibles de realizar como tales? "Se puede pedir al hombre creer en lo imposible, pero no en lo improbable". Esta constatación tomada de Oscar Wilde, podría ser una enseñanza extraída del examen riguroso de la función de las construcciones delirantes en su dimensión de tentativa de sanación.

La clínica de las psicosis abunda así en fenómenos, a menudo más sorprendentes los unos que los otros, que me parecen pueden enseñarnos respecto de nuestra propia condición. Así, Joseph Capgras aisló un síndrome clínico que llamó *desconocimiento sistemático* y que provoca nuestro asombro. Este síndrome se manifiesta por ejemplo, cuando un paciente hospitalizado en urgencia les señala que los bomberos que fueron a su domicilio para decirle que era necesario hospitalizarlo, parecían poseer todo el equipamiento que caracteriza a su profesión, casco, camión rojo, incluso con sirena, pero que él no se dejó engañar y ubicó perfectamente que en ese caso se trataba de falsos bomberos. Del mismo modo, ese paciente al llegar al hospital, va a indicar que fue recibido por jovencitas en delantal blanco que tenían el aspecto perfecto de enfermeras, pero que él constató enseguida que no eran sino falsas enfermeras destinadas a engañarlo. Luego, ese paciente, en entrevista con el médico de turno, podrá señalar que sus preguntas pueden ser muy pertinentes, pero que él no se deja engañar con lo que está sucediendo, y que sabe muy bien que no se trata sino de un falso médico, que también está haciendo teatro. Es así como todo el entorno de este paciente toma el aspecto de un juego de engaño, de simulacro, de falso-parecer.

Este desconocimiento sistemático atañe, ustedes lo han notado, a un cierto número de personas en su función oficial: "Es un falso médico, un falso bombero, un falso juez", afirma este paciente, pero esta constatación puede extenderse a ceremonias oficiales: ese matrimonio "es una boda falsa, una comedia", esta acta de nacimiento "se nota perfectamente que es falsa", lo que va a confirmar a la paciente por ejemplo, que ella no pertenece a su familia, sino que ella es de linaje real (de realeza). Dicho de otro modo, son preferentemente funciones simbólicas las concernidas por este síndrome de desconocimiento sistemático. El valor de este síndrome, si se quiere tratarlo con rigurosidad, es el plantear la pregunta sobre aquello que, habitualmente, asegura la autenticidad del mundo en el cual vivimos. Si no estamos constantemente verificando la autenticidad de los diplomas de nuestro médico, o buscando saber si los bomberos son usurpadores, no es porque estemos seguros de sus competencias o porque nos tranquilice la autenticidad de su equipamiento, sino porque nos basta considerar que ellos han sido nombrados para ese puesto. Esta nominación tiene una función, que puede requerir socialmente un cierto número de ceremonias oficiales, simbólicas, y parece ser suficiente para garantizar que confiamos en que un juez sea en efecto un juez y que un médico sea un médico. Esta nominación es una operación simbólica y parece que lo eficaz de esta operación es lo que le falta al paciente delirante afectado de desconocimiento sistemático. Cuando esta operación pierde su eficacia, toda la dimensión de autenticidad de nuestro entorno estalla en pedazos. Nuestra sorpresa ante la convicción de esos pacientes delirantes nos revela nuestra propia dependencia respecto del registro de la nominación, registro que fija el marco simbólico de lo que llamamos realidad. Aquí, como en otras situaciones, es la patología la que da luces sobre el funcionamiento llamado normal.

Stéphane Thibierge vino, no hace mucho, a hablarles del *síndrome de ilusión de sosías* que constituye una de las modalidades de manifestación de este desconocimiento sistemático. En esa situación clínica, el paciente indica que tal o cual personaje de su entorno, en general una persona cercana investida afectivamente, se parece mucho, en todos los aspectos, a la persona que él conoce, pero no es ella, "es un sosías", dice el paciente. Hace algunos días, María Elena Sota me pedía aclarar la distinción entre reconocer e identificar. Aquí tenemos la ocasión para ello, si consideramos que este paciente reconoce a esa persona que le es cercana, le reconoce todas las características, subrayando que hasta tiene los mismos rasgos de la cara, las mismas actitudes, el mismo tono de voz y los mismos hábitos vestimentarios, pero no puede identificarlo, es decir, concederle el llamarse tal o cual. Afirma: "no es Jacques" o bien: "no es mi padre" – lo que constituyen nominaciones – "¡es un sosías!". Este paciente reconoce entonces al otro, pero no lo identifica.

Este síndrome nos viene de perillas para subrayar cuán esencial nos es esta distinción y las modalidades según las cuales la operación de identificación, dependiente así de la nominación, nos es indispensable. A falta de esta operación, la realidad, si bien podemos reconocerla, se nos aparece sin embargo como un simulacro, una comedia. Es una de las maneras bastante simples de indicar, a partir de la enseñanza de Jacques Lacan, cuánto operaciones que son específicamente del registro lingüístico – en este caso, la identificación, en tanto ella es dependiente de la nominación – son esenciales para nuestra constitución psíquica.

La importancia de esta distinción puede aparecernos, por lo demás, bajo una modalidad más habitual, en el registro de lo que Freud llamaba psicopatología de la vida cotidiana. Así, puede ocurrir que me cruce en la calle con una persona famosa, una actriz por ejemplo, y reconocerla. Puedo citar las películas en las que actuó, los actores con los que ha actuado, los compromisos políticos que ha asumido. La habré entonces reconocido, pero si se me escapa su nombre, mientras no haya logrado nombrarla, me faltará algo: no la habré identificado y esta operación que me falta corre el riesgo de ocupar mi mente, de adquirir un carácter indispensable hasta que no haya encontrado el nombre de dicha actriz, aunque las consecuencias de este olvido no sean de la amplitud de aquellas que golpean al alienado afectado de desconocimiento sistemático.

Estas cuantas observaciones me permiten recalcar de modo bastante simple esa constatación que ha estructurado el conjunto de la enseñanza de Jacques Lacan: nuestra existencia no se organiza alrededor de oposiciones binarias. Los hombres y las mujeres, el bien y el mal o lo imaginario y la realidad, sino sobre el modo de una terna que podemos deducir simplemente de la clínica del desconocimiento sistemático: la ubicación, la instalación de aquello que llamamos realidad, requiere la eficacia de ciertas operaciones de nominaciones simbólicas, por ejemplo, la nominación al puesto de juez. De esta nominación derivan significaciones que ordenan una práctica jurídica, pero a partir de ello se instaura también un tipo de imposible que Lacan hace equivaler al registro de lo Real. Ustedes tal vez saben que esa terna, que estructuró la enseñanza de Lacan, lo conducía a esa buena respuesta, cuando lo interrogaban sobre las razones por las cuales las curas que él dirigía duraban tanto tiempo: respondía que era porque debía enseñar a sus analizantes a contar hasta tres.

Considerar que la locura puede enseñarnos algo sobre nosotros mismos, es entonces tomar en serio esta afirmación del psicoanálisis según la cual la alteridad no es la única dimensión que

viene a fundarnos, sino que lo que puede permitirnos lograr algún posible progreso civilizatorio, es el tomar en cuenta la dimensión del Otro. Retomando esta fórmula de Jacques Lacan según la cual "el ser del hombre no puede ser comprendido sin la locura", me parece bastante perceptible que el modo en que nuestra modernidad tiende a tratar este asunto de la locura, buscando únicamente normarla a todo precio, puede constituir aquí el índice de un movimiento de gran regresión. En este contexto, la responsabilidad del psiquiatra es subrayar el carácter esencial del respeto por la alteridad que constituye la locura. La locura es efectivamente una de las figuras que encarna socialmente esta figura de la alteridad, de aquel que se mantiene en una posición irreduciblemente Otra. Dicho de otro modo, si Lucien Bonnafé, y después Michel Foucault, recalcaron con fuerza que el estado de una civilización podía juzgarse por la manera en que ésta trata el asunto de la locura y al personaje del loco, es justamente porque esas elecciones son el reflejo del modo en que cada cultura trata la cuestión misma de la alteridad. Concibo la alteridad en tanto ella no se limita a mi semejante, sino que conlleva una dimensión irreducible de misterio, de heterogeneidad y de desconocido. El loco no es el único que encarna esta figura de alteridad; el extranjero igualmente, el artista también, las mujeres en otra medida; son figuras que encarnan ese lugar de alteridad sin el cual ninguna de nuestras certezas puede volver a ser interrogada.

Me parece que una de las responsabilidades del psiquiatra es esmerarse en ubicar cómo cada cultura acepta enriquecerse de esta heterogeneidad, de esta alteridad encarnada por la locura, o por el contrario, rechaza las manifestaciones forzosamente sorprendentes e inesperadas. Las modalidades de tratamiento de esta alteridad, dicho de otro modo, las modalidades de aceptar el hecho de que que somos otros respecto de nosotros mismos, han podido variar, en efecto, de manera importante de un período a otro. Ahí están los índices de la manera en que una sociedad acepta, rechaza, tolera o se enriquece con lo que se le presenta bajo el modo de una alteridad interna. Esta constatación nos implica hoy en un período en que la ciencia nos ofrece nuevas posibilidades, incluso inesperadas, de tratamiento de la locura.

Concluyo entonces con una fórmula de Jean Oury, figura esencial del movimiento de la psicoterapia institucional, que dedicó toda su vida a interrogar las modalidades de tratamiento de la psicosis en las instituciones psiquiátricas: "Estar lo más cerca no es tocar; la mayor proximidad es asumir lo lejano del Otro".

Les agradezco su atención.