

38 ASPECTOS DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS, DISTANCIA OPORTUNA, LENGUAJE Y PSIQUISMO, (I) : CUERPO, MENTE Y CONJUNTO CLINICO ELEMENTAL

CONTENIDO

- 1. Introducción**
- 2. Generalidades según nuestra perspectiva**
- 3. En torno a la unidad de la experiencia (versus experiencia de la unidad).
Lenguaje y oclusión**
- 4. Generalidades sobre los conjuntos clínicos elementales y la psicopatología**
- 5. Sobre traumas y conflictos**
- 6. Consideraciones iniciales sobre los trastornos mentales**
- 7. Sobre neurología y psiquiatría: cuerpo y psiquismo**
- 8. Identidad, uso y dicotomías**
- 9. Dimensiones, categorías y correlaciones**
- 10. Las partes y el todo**
- 11. Sustrato corporal y psiquismo**
- 12. Sistema psíquico relacional (spr)**
- 13. Captación del mundo y excesos relacionales**
- 14. Conjunto clínico elemental (cce)**
- 15. Tipos de conjuntos clínicos elementales**
- 16. Sobre nominaciones, fondo y contenido. Psicopatología**

1. INTRODUCCION

- Pretendiendo evocar algunos aspectos clínicos y diagnósticos con respecto a las evoluciones psicopatológicas, distribuiremos este trabajo en tres partes. Cualquiera sean las causas y/o razones en el origen de los problemas, partimos de una orientación que sitúa el síntoma psiquiátrico como un trastorno del uso que se adentra en la identidad biográfica. Tanto las variaciones en los orígenes como las

recortadas dimensiones clínicas han de ser leídas a través de cierto grado de globalidad experiencial.

En la primera parte, y antes de esbozar los diferentes diagnósticos en las dos siguientes, estudiaremos las relaciones entre las partes y el todo, las categorías y las dimensiones, y la organización psíquica (sistema psíquico relacional) como sustentación de los conjuntos clínicos elementales.

- Seguramente se puede postular la existencia en la etiopatogenia y en la patoplastia psiquiátricas de una heterogénea diversidad de causas y de razones. De esta manera, salirse de las pesadas ataduras de las nosologías (Van Praag, 1) parece ser, para muchos, cada vez más necesario en una psiquiatría que pretender descender al “mostrar” dimensional (aunque la definición de esas dimensiones se cargue de “demostraciones”, y la selección de puntos de corte sea asunto de consensos).
- Nuestra ambición es mucho menor. Aunque miremos con esperanza estas últimas tentativas (que por comparación podemos calificar de “transinstitucionales” según se pasa de viejas ideologías a nuevas -también- ideologías), nos mantenemos en un camino más o menos tradicional por donde transitamos nosotros como clínicos e igualmente nuestros pacientes: la vía de la identidad biográfica del humano dotado y definido en parte por la consciencia. Identidad por la que todo pasa y todo es digerido en el proyecto de unificación.
- **La identidad (biográfica) se encuentra en el hacerse porque aunque es disposición es también producto, es bicicleta rodante que no puede –sin caer- pararse. Es producto (como lo es un sistema) de unos elementos interaccionando en cada instante, y es fruto del pasado de esas partes. Además, la identidad humana cualquiera sean los prerequisites entre las bambalinas (de los sustratos corporales y de lo no consciente cognitivo o psicodinámico) es escenificación en una obra consciente asentada en las unidades lingüísticas referenciales del sistema de la lengua (nominadas primero, denominadas después).**

2. GENERALIDADES SEGUN NUESTRA PERSPECTIVA

- **Hacemos meollo de nuestras reflexiones teóricas, orientando la práctica psicoterapéutica y diagnóstica, al sistema psíquico relacional (SPR) como estabilización disposicional. El “otro” forma parte constitutiva de “mi” según la definición del Ego y de los Alteres trazados siguiendo el género, la filiación (generación), la**

sexualidad y la afiliación (Zuazo, 2). Las querencias con respecto a la búsqueda de la distancia oportuna pretenden mantener un equilibrio entre una identificación y una “identización” (Tap y cols. 3) igualmente potentes y significativas expresadas en los procedimientos de unión y de separación.

- **El cuerpo desplegado en el medio teje como sustrato un psiquismo que a su vez construye la corporalidad en la simultaneidad del “soy/tengo el cuerpo que tengo/soy” (Zuazo, 4). Cuerpo y corporalidad presentan la misma distancia que separa la causa del motivo, con el añadido de que no hay motivo humano sin cuerpo.**

- Plantear los diagnósticos psicopatológicos en la esfera de las nominaciones (Zuazo, 5) y de la elaboración psíquica de traumas y conflictos llega hasta donde puede: ¿estamos en el actual desarrollo de los conocimientos, en un momento intermedio que terminará en un mundo de causalidades?, ¿qué influencias mutuas se darían entre causalidades y motivaciones?, ¿de hecho podría haberlas?. Cada quien tiene sus respuestas, que en cualquier caso no pueden limitarse para su argumentación en solas co-ocurrencias y/o en solas racionalizaciones.

Si todo debe ser leído a través de la consciencia y de la nominación atravesadas por la identidad, se entiende que se haya podido plantear una psicosis única, e incluso una psicopatología única o una psico (pato) logía de igual calificativo. El peligro de holismo desmesurado es evidente.

- ¿En qué sentido podemos decir, por ejemplo, que el cerebro capta, engaña o decide?, ¿en qué sentido ese cerebro siente placer, se deprime, o no “empatiza”?, ¿cuál es el sentido en la afirmación de que se protege o de que interpreta?. ¿De qué color es el número 5?: “el cerebro ni ve ni está ciego, del mismo modo a como los palos o las piedras no están despiertos, pero tampoco dormidos (...) el cerebro no toma decisiones pero tampoco es indeciso” (escriben Bennett y Hacker 6, p.37). El cerebro y ni siquiera el sistema nervioso serían el sujeto lógicamente adecuado para aplicar predicados psicológicos solo asumibles por la totalidad (y no por alguna de sus partes, por más hegemónica que ésta sea).

- **No es sino metafóricamente que podemos utilizar aseveraciones como “el cerebro comprende”; metáforas útiles que sin embargo no deben de confundirnos ni de hacernos dar durante la vida diaria pasos ascendentes en las estratificaciones gráficas del mapa.**

Solo hay una psicopatología de la experiencia y ésta se hunde en la totalidad. Pero, a la vez, sólo cuando troceamos esa totalidad se dan análisis posibles y avances (técnicos y científicos).

- Hay leyes físicas, neurofisiológicas y también normas organizadas psíquicas y sociales. Organizaciones y funciones neurofisiológicas se interpenetran con la organización mental. Contra cierto tipo de relativismo exclusivista G. Strawson (7, p.262) considera que lo corporal y lo públicamente observables no son lo único que todos los humanos compartimos, “la realidad de la experiencia privada también” (lo mental en el sentido utilizado aquí (Zuazo, 5): como correspondiente a lo

consciente y a lo no consciente del plano del contenido –lenguaje verbal-, y también al Fondo psíquico no nominado).

- Para la hermenéutica –sobre todo después del siglo XX- el comprender e interpretar se construyen sobre el Dasein de Heidegger (8); ese comprender, que es apertura constituyente al mundo, es un existencial.

En tanto poseo un proyecto vital, que es también una pregunta lanzada al mundo, anticipo lo que pretendo captar según el margen de expectativas. La pre-comprensión, los pre –juicios- en su mal y buen sentido (Gadamer, 9)- y la tradición desde la que parto, me insertan en el repetido círculo hermenéutico donde las partes son entendidas a partir del todo (y viceversa), y donde comprendiendo al mundo me comprendo (y viceversa).

Para Gadamer (9) el comprender existencial, estructural en otro sentido, sería la interpretación, la hermenéutica, por la que el lenguaje verbal no es un instrumento sino un constituyente de base.

- Como en un (post) moderno “corta y pega” repetido hasta la saciedad, hemos evocado la hermenéutica a la que seguimos en buena medida en estas líneas y también en nuestro trabajo psicoterapéutico.

Sin embargo, **más allá de las disputas de escuelas y autores, pensamos que el lenguaje se añade a un acontecer mental que aunque no nominado –por definición- le precede. Los llamados animales superiores (al menos) cuentan con un Fondo mental. ¿El lenguaje es entonces únicamente asunto de la consciencia humana equiparándose más o menos con ella?, ¿cómo podemos apelar a la pre-comprensión ofrecida como previa si ella misma no se inserta en el lenguaje?.**

- Aunque, en un primer abordaje, neurosis, trastornos de personalidad y psicosis intermedias se asientan –según nuestro punto de vista- en conflictos ligados a los opuestos contrarios y contradictorios (en el lenguaje), nuevas dudas nacen al acercarnos a las psicosis (esquizofrenias, depresiones melancólicas, manías): ¿lo pre-intencional y lo procesual son también, así sea en parte, hijos del lenguaje?.

- Preguntas para las que carecemos de respuestas (enlazándose las dificultades en la mala formulación de las preguntas). En cualquier caso nos hemos emplazado para nuestro trabajo teórico y práctico ante unos haces (unidos) de experiencias (conscientes) nominadas. Pero si la nominación, como lo pretendemos, consiste en recortar parcelas del Fondo en un movimiento que las hace –parte del- Contenido (lenguaje verbal), ese Fondo: 1) permite por su organización hacerlo, 2) va a ser modificado al participar como Contenido.

El Fondo humano, tras la adquisición del lenguaje, es eso: humano; que es tanto como decir construido con carne y verbo.

- El cuerpo-cuerpo (macrosustrato) no produce sino que genera (o algún verbo similar) la mente; la mente y el cuerpo-cuerpo se emplazan como diferentes, en dualismo si se quiere (Zuazo, 10). La unidad posible que los engloba se encuentra más arriba. Así, el cuerpo como microsustrato sumaría el cuerpo como

macrosustrato y la mente, y se confundiría con el ser humano en tanto unidad (en relación).

- Los trastornos psiquiátricos son de índole psicopatológica. Podrían distribuirse los saberes de otra manera, pero esta es nuestra opción. Los trastornos psiquiátricos son asunto de la mente, con sus correlatos (incluso causales en algún caso) en el cuerpo sustrato.
- **Hablar de mente humana es apelar a la consciencia (lenguaje verbal y plano del contenido) instalada en un psiquismo no consciente (Fondo), que no inconsciente en el sentido freudiano (Freud, 11). Sólo hay consciencia –al menos en este mundo posible- si hay carne (sustrato corporal), si hay lenguaje verbal y Fondo, y si hay interacción biográfica entre una identidad y el medio.**
- Como solapamiento imprescindible de la carne (correlatos) y del cuerpo sustrato, el psiquismo necesariamente ha de interactuar con ese macrosustrato. Hemos denominado “zona de enlace” a ese segundo espacio-tiempo (después del microsustrato) de influencia entre el cuerpo-sustrato y esa parte del psiquismo que es el Fondo.
- **En tanto co-presencia imprescindible del plano del contenido (lenguaje verbal) y de la consciencia, todo síntoma psiquiátrico, mental, concierne a la identidad; todo síntoma o conjunto clínico elemental –como veremos- han de atravesar y leerse a través de esa identidad que les hace parte de ella aún en los casos que los rechace.**

3. EN TORNO A LA UNIDAD DE LA EXPERIENCIA (VERSUS EXPERIENCIA DE LA UNIDAD). LENGUAJE Y OCLUSION

- Podemos afirmar que la posición general que pareciera deberse asumir en psiquiatría es la de la humildad; sabemos poco todos, incluso aquellos que saben mucho. O más bien, el mucho saber psiquiátrico precisamente es tal porque a menudo deja de ser psiquiátrico: se hace saber, por ejemplo, neurológico, o farmacológico, o filosófico, o se transforma en un anecdotario, o en un saber sobre aquello que –supuestamente- otros saben o sabían. En cualquier caso caminos que –aunque indispensables a seguir en los ensayos actuales- rehúyen el encuentro con la (relativa) ignorancia de una psiquiatría a veces totalizante y a veces desmembradora.

- **Lo totalizante de la categoría y de la identidad (y de su biografía) nos conduce a relatos, a narraciones de sentido global en la búsqueda de isomorfismos. Lo particularizante del síntoma/signo y de la dimensión nos empuja hacia la intervención centrada y dirigida casi en exclusiva a la educación y al aprendizaje (incluyendo por supuesto el condicionamiento).**
- Aunque en mirada superficial pueda parecer contradictorio, a la psicosis única se puede llegar por totalización y por desmembración. Según la primera todo es asunto de, y solo de, identidades y biografías; según la segunda, únicamente las dimensiones, los fenómenos elementales, los endo y exofenotipos tienen razón de ser. Psicosis única, más o menos dinámica, y espectros se dan en este sentido la mano.
- Quizás carezcamos de experiencia de una unidad psíquica en tanto un Ego o un Yo y se trate más de algo inferencial, surgido de los sucesivos “aquí y ahora”, que de una unidad de experiencias. El Ego sería desde este punto de vista (unidad de experiencias) efecto del haz unificado del todo cuya unión nominada nos daría la autorreferencia consciente.
Como se verá lo que denominamos “uso” en la psiquiatría no se dirige hacia un homúnculo agente que utiliza, sino a esa unidad de la experiencia que se desborda en lo intencional de lo experimentado, especialmente en la corporalidad y en el mundo externo.
- Nos mantenemos en la unión de la experiencia cuando nos dirigimos al pensar procesual que nos traspasa y que atraviesa el “yo pienso”. El pensar me lleva, me transporta (como el lenguaje que se confunde con el pensar). Se da una totalidad del pensar que ilusoriamente parece romperse con el “yo pienso” (o el “yo pienso x o que p”) que sin embargo no es sino una inferencia o apócope quizás de la experiencia de “pensar que yo pienso”.
- En psicopatología difícilmente salimos de los índices. Una cosa es que “x” produzca “a” y otra que “a” sea parte de “x”. El síntoma psíquico en el trastorno psiquiátrico –hasta ahora- es parte de lo diagnosticado. El síntoma psíquico en el trastorno neurológico es sobreañadido como reacción o comentario a lo diagnosticado.
- La pre-comprensión heideggeriana (Heidegger, 8) que anticipa conocimiento y captación de la realidad, o el prejuicio en Gadamer (9) que condiciona todo acercamiento según expectativas, desde nuestra perspectiva se especifican con la nominación. Quizás el lenguaje verbal, tal como lo entiende Apel (12), sea un a priori de la experiencia, siempre que a esta última le demos un carácter consciente. Ese parentesco esencial del que habla Gadamer (9) entre el lenguaje y el mundo (humano) tiene que ver con el carácter consciente de la experiencia humana, consciencia como disposición que una vez adquirida lo transforma todo, incluso el Fondo no consciente.
- **La nominación del Fondo, la reorganización de algunas parcelas en forma de Contenido, son el requisito de la consciencia. Sobre el**

modo freudiano –aunque el Fondo poco tiene que ver con el “inconsciente”- la oclusión (Freud, 13) deja materiales del Fondo sin oferta para la nominación.

- Desde la perspectiva habitual las palabras parecen ser insuficientes para cubrir, para narrar, los sentimientos o las percepciones; queda una impresión de insatisfacción cuando se pretenden enunciar experiencias para las que carecemos de memoria de evocación (vs. de reconocimiento), por ejemplo las olfativas.

No obstante convendría insistir en que nominación y denominación apuntan a campos muy diferentes. Lo que queda (conscientemente) por decir queda por denominar, puesto que su consciencia apunta a que ya es un material nominado. Sería oportuno remarcar con Cavell (14) que, en otro sentido, no es el pensamiento quien sobrepasa a la palabra, sino que es el lenguaje quien lo hace: el problema no sería el de no poder decir lo que pienso, sino el hecho de que la palabra y el lenguaje dicen mucho más de lo que yo pretendo. Lenguaje y cuerpo me poseen.

- Se dice que “conocer” tiene que ver con el llenar un vacío, el cubrir una ignorancia (Cavell, 14). Es una versión desencarnada del conocimiento. El “reconocimiento”, más allá del inicial retorno a un conocimiento, toma en los usos unas versiones más cargadas de afectividad, más corporales. Siempre según el último autor, en el reconocimiento hay algo previo, un pleno (que, por cierto, podrá ser corroborado o despejado).

Únicamente señalaremos una (importante) salvedad, si toda comprensión es precedida por la pre-comprensión y el prejuicio (Gadamer, 9), si solo se ve lo que se prevé, si siempre hay anticipación según nuestras “antenas” captantes, en cada ocasión se dará reconocimiento, siempre será preciso, considerar al menos, la necesidad de vaciarse (de los prejuicios “negativos”).

- La relación con el otro, empática, luce a menudo primitiva, no conceptual según la versión de Wittgenstein que nos ofrece Pastorini (15). En una aproximación rápida pareciera plantearse un reconocimiento pre-conceptual donde opiniones y juicios vendrían después.

Desde nuestro punto de vista quizás las diferencias pudieran establecerse de otra manera:

- **La relación Ego/Alter por su inmediatez y falta de polaridad (donde no hay posibilidad de mentira) se asemeja a la sensación; será por el dominio de aplicación, empático si se quiere en un caso y sensorial en el otro, como se diferenciarán esa empatía y la sensación.**
 - **Ambas captaciones tienen además en común la posterior nominación e introducción en el lenguaje verbal y la consciencia.**
 - **El tercer paso tendría que ver con las posibilidades de la reflexión, del juicio y de las interpretaciones más elaboradas.**
- **Con la oclusión no dejo de entender lo que la oración aporta (Zuazo, 16), es más bien su adscripción a mi (“yo quiero x”) la que**

desaparece o no aparece, y no porque en un comentario del género “ ‘yo quiero x’ es mentira” se ocluyese el carácter verdadero.

Con la enunciación, el enunciado –por ejemplo en el nivel del signo- deja de ser “un” signo para ser “mi” signo. El plano del contenido añade al significado objetual o referencial el significado relacional (Zuazo, 17) en tanto presentación en el interior del signo del modo como éste afecta a la individualidad. El significado relacional no es lo que surge desde el signo, sino algo que forma parte de él. También otras afecciones podrán nacer, esta vez, desde la totalidad.

- **Mencionaremos que aún utilizando el término “signo”, lo que nos incumbe especialmente son los niveles proposicionales y de enunciado. De hecho recordaremos que cuando por ejemplo digo “Bucéfalo” nacen propuestas enciclopédicas inevitables, siempre es así (también en la afección del significado relacional).**

Cuando escribimos que es ocluido el “yo quiero x” queremos expresar que lo que permanece no nominado es aquello que corresponde a una querencia propia.

- Cuando un joven psicótico decía, en presencia del terapeuta, a un desolado padre, “¿por qué me quieres capar?”, tal afirmación, plena de verdad para el paciente que se protegía asustado sus testículos, no es un juego de palabras ni tampoco la pura pérdida de las capacidades metafóricas.

Ni la psicología, ni la psicopatología, ni la vida humana son tema de palabras descarnadas, tampoco de significantes formales. Las nominaciones de nuestro paciente corresponden a un Fondo donde se están jugando “en verdad” asuntos sanguinarios. Hay Contenido porque hay sistema de la lengua, y porque hay Fondo.

- **Lo importante, “lo real”, es que el trastorno mental siempre está encarnado. Tampoco podría ser de otra manera puesto que partimos de que la verdad del enunciado querencial es en parte el engarce del lenguaje como Contenido en el Fondo no consciente, y el Fondo –aún no siendo cuerpo sustrato- se enlaza del modo que sea en este último.**

De ahí también que, para nosotros, la oclusión (la ausencia de oferta lingüística de nominación) no consista sobre todo en “meter” algo en lo “inconsciente” sino en no “sacar” algo de lo no consciente (Fondo psíquico).

- La sensación, la emoción primaria o el apetito (que se hacen percepción, sentimiento o emoción secundaria y querencia-deseo con la nominación) hablan de lo que se da corporalmente a través del Fondo psíquico. El conjunto nos pone en la dirección encarnada de la significación.

- **Así pues el trastorno mental se asienta –desde el ángulo de lo individual en su acoplamiento/interacción con el ambiente- según tres líneas que confluyen en la individualidad:**

1. La primera, según disfunciones y francas patologías de índole corporal (cuerpo-cuerpo o cuerpo-sustrato), permanece muda o transparente para la consciencia. Ella, dejando aparte la

materialidad del microsustrato en la base de todo, se traduce en un macrosustrato agente causal y, postulamos, intrincado bidireccionalmente (zonas de enlace) con el psiquismo no consciente (Fondo).

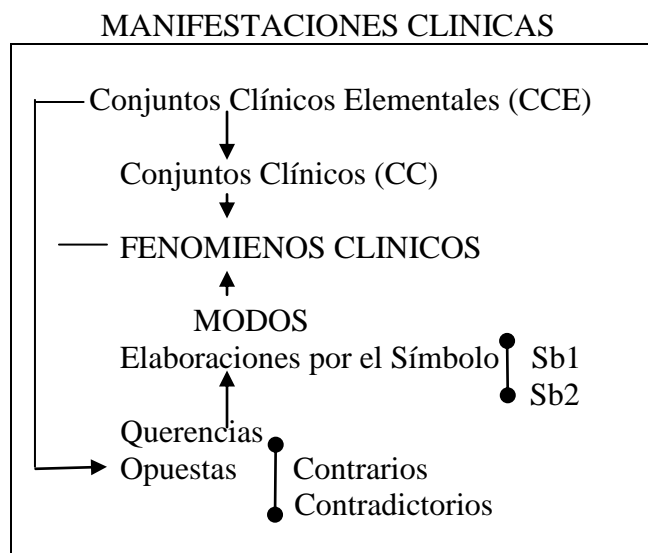
- 2. La segunda se centra en disposiciones que se actualizan en sensibilidades relacionales particulares también disfuncionales, patologías con diferentes grados de inmadurez, falta de desarrollo según los objetos primordiales o significativos (Alteres). Los caminos entonces pueden presentarse como traumáticos y/o conflictivos.**
- 3. La tercera va a orientar cualitativamente las patologías según la simultaneidad de querencias contrarias o contradictorias.**

4. GENERALIDADES SOBRE LOS CONJUNTOS CLINICOS ELEMENTALES Y LA PSICOPATOLOGIA

- En estas líneas no vemos las neurosis, las psicosis o los trastornos de personalidad directamente como categorías; los apreciamos todos más bien como modos de las elaboraciones psíquicas ligados al lenguaje (Zuazo, 16) requeridos para nominar (consciencia humana) los materiales psíquicos de lo que hemos denominado Fondo (no nominado y por tanto no consciente). Otra cosa es que al aplicarse tales elaboraciones se generen piezas similares, que puedan formar conjuntos.
- No menos importante en nuestro acercamiento a estos temas es el hecho de que los conflictos a nominarse están integrados por querencias que en cada ámbito (conjunto clínico elemental) relacionan al Ego con un tipo de Alter cualificado (Zuazo, 18).
- Las relaciones entre las partes y el todo son extremadamente complicadas. **Incluso la eficacia de algunos tratamientos psicofarmacológicos pasa por la activa movilización del sujeto tomado como totalidad desplegada en el tiempo (Kuhn, 19). Categorías y dimensiones, cualidades y cantidades, resultan cortes construidos en los que es nuestra posición quien los sitúa como cóncavos o convexos. Una fractura ósea –por ejemplo- leída a través de la marcha del individuo puede hacer cualitativo lo cuantitativo.** Respetando las arbitrariedades difíciles de evitar tomaremos el camino según una dirección en parte categorial y en parte dimensional.

- **Los conjuntos clínicos elementales (CCEs) (Zuazo, 20) son unos mini síndromes –también, en cierto modo, unas grandes dimensiones- que van a orientarnos (desde los fenómenos clínicos y desde una aproximación infraestructural relacional) en las reflexiones diagnósticas y terapéuticas.**
- **Los conglomerados o ámbitos (que podemos denominar “conjuntos clínicos” –CC) se distinguen entre sí de manera cualitativa según los CCEs respectivos. Cada uno de estos CCEs se diferencia, también cualitativamente, de acuerdo a dos vías distintas (“modos”) en el interior de cada conglomerado categorial (neurosis, psicosis intermedias y psicosis): 1) según los Alters concernidos y el tipo hegemónico de relación y 2) según las oposiciones querenciales (contrarias o contradictorias).**

Otra forma de enunciarlo sería que estos ámbitos se definen por los CCEs concernidos; y que neurosis y psicosis intermedias se organizan según la contrariedad y la contradicción (Zuazo, 21) en las nominaciones a ser elaboradas mediante el símbolo (y no mediante el signo verbal en su sentido restrictivo como pareja del símbolo).



- Desde este ángulo de apreciación, las diferencias y variaciones en la normalidad (si por tal entendemos lo que no es francamente neurótico) siguen los mismos ámbitos de actualización de aquellos CCEs que presentan diferentes sensibilidades particulares en un tipo de relación con un Alter (o que, en su caso, sufren disturbios, de mayor o menor intensidad, en la relación con un Alter pero sin la suma de querencias opuestas).
- Otro fundamental cambio cualitativo abraza la patología psicótica (no intermedia) – esquizofrenias, depresiones melancólicas y manías- que tiene muchos puntos en común no ya con las contradicciones elaborables sino con las incompatibilidades en la realidad. Su primariedad se expresa en las variaciones del Fondo no nominado (Zuazo, 16) y, como consecuencia, en las dificultades de nominación. También, seguramente, en las lavas volcánicas de las zonas de enlace con el sustrato corporal.

- Pareciera que los trastornos de personalidad en las clasificaciones actuales y –sobre todo- en los usos diagnósticos prácticos cubren aquel terreno que es poco propicio para los diagnósticos tipo Eje II de la DSM (22). Así los espacios de las psicopatías-sociopatías y, más recientemente, los del trastorno límite de la personalidad (no del estado limitado por las neurosis y las psicosis) lo llenan casi todo. Otros trastornos de la personalidad dejan más bien su espacio a los rasgos (obsesivos, etc.). Finalmente algún interés, más bien lateral, se dirige hacia los trastornos comprendidos como patología a mínima de lo que serían grandes capítulos (espectros).
- Otro sector del interés práctico y de las reflexiones teóricas tiene que ver con la inmadurez o el carácter incompleto del desarrollo-maduración trabado en edades tempranas e inscrito en el trastorno de personalidad. Si lo anterior es atribución de las escuelas psicodinámicas (O. Kernberg, 23, por ejemplo), con ellas se emparentan también por las vías dimensionales aquellas teorías que inciden en lo temperamental (Cloninger, 24)
- Por nuestra parte no encontramos grandes argumentos por los que la psicopatología de la personalidad deba diferenciarse de lo relacional paralelo en las reacciones y en los otros estados psicopatológicos. Ciertamente se darán particularidades de premura en su aparición y de persistencia posterior (no siempre) entre los distintos tipos de trastornos, pero hasta ahí llega la diferencia. Creemos que todo ello nos autoriza a utilizar (o más bien a seguir utilizando) una misma orientación y terminología en la descripción de unos –también- mismos grupos de manifestaciones clínicas y de elaboraciones psíquicas.
- Todas las neurosis no son mixtas pero sí son complejas, aunque con frecuencia pueden ser adscritas a un conjunto clínico según la hegemonía del respectivo CCE. La neurosis mixta sería aquella que suma conflictos en dos o más CCEs. La complejidad en las neurosis viene marcada por las características del resto del psiquismo (de lo que no es el CCE en la base de la neurosis) en interacción con su medio. Otro tanto vale decir del resto de los campos psicopatológicos: reacciones, trastornos de la personalidad, psicosis intermedias y psicosis.

5. SOBRE TRAUMAS Y CONFLICTOS

- **Por debajo de umbrales de estimulación (o de su ausencia) extraordinarios, lo psicopatológico se inserta sea en el conflicto, sea en la particular evaluación de la situación que va a ser traumática.** Bien es cierta la carga ideológica y cultural de lo que situamos como “extraordinaria estimulación” y como “particular evaluación”; de hecho para

definirlas habremos de colocarnos en una determinada teoría psicológica y socio-cultural.

- Los conflictos en el modelo que seguimos se centran en las **oposiciones de querencias contrarias y contradictorias, sucesivamente, por ejemplo:**
 - **“Quiero hacer / Quiero no hacer”**
 - **“Quiero hacer / No quiero hacer”**

Como veremos. Una posición original en las querencias tendrá que ver con los absolutos psicóticos esquizofrénicos, melancólicos y maníacos de los “quiero querer” y “quiero poder” (Zuazo, 25). Los conflictos correspondientes al (no) querer / (no) deber y querer /no poder se colocan más sobre la vertiente traumática que sobre la conflictiva.

- Los conflictos psicopatológicos combinan las querencias del Ego con las supuestas de los Alteres (yo quiero que / él quiere que), en versiones de Alter situado como objeto de la querencia y de Alteres en posiciones de rivales / oponentes / ayudantes.
- Elementos traumáticos –también en conflictos de menor rango- pueden ser desencadenantes de conflictos psicopatológicos otros; lo cual es otro modo de decir que no son los orígenes. Si se golpea con fuerza una de las bolas de billar con otra de ellas, puede saltar, incluso salirse de la mesa, pero si no tiene dinamita no explotará.
- Los excesos relacionales se hacen conflictivos cuando un anhelo no tolerable en un mismo sentido y con un mismo Alter genera dos movimientos querenciales opuestos (Zuazo, 21).
Lo obsesivo se esboza cuando una dificultad en torno al poder / autoridad impide el ejercicio de la querencia; lo histérico, cuando el propio objeto (Alter) querido se torna peligroso, directamente (con el posible apoyo del Alter rival complementario). En ambos casos los acontecimientos se nos ofrecen sobre todo ligados a los propios anhelos (agresivos, sexuales, etc.). En los temerosos y en los sensitivos se tiene miedo de la agresividad (inmotivada según la propia apreciación) del Alter. En el narcisista (en contraste con lo histérico) la solicitud procedería del otro, y uno es el elegido/rechazado después.
- Ante la agresión pueden darse dos avatares y sus combinaciones: el miedo-huída, con el reconocimiento del mayor poder del Alter (en el quedarse quieto y en el autocontrolarse obsesivo ó en la evitación); el miedo-enfrentamiento cuando suma lo sensitivo y lo combativo.
La agresión puede experimentarse también como la consecuencia de un no recibir lo que se considera debido, o de la falta en la administración de los cuidados. Cuidados cuya ausencia es trauma pero que se hacen conflictos al ser bañados en las refriegas de la sexualidad o de la afiliación.

6. CONSIDERACIONES INICIALES SOBRE LOS TRASTORNOS MENTALES

- Las características de la personalidad forman uno de los focos para elaborar los acontecimientos actuales siguiendo una visión –en parte constructiva- del pasado, y esbozando la anticipación del futuro.

El sistema psíquico relacional (SPR) uno de los principales modeladores de la personalidad, toma particular relevancia en lo que toca a las sensibilidades o ambientes relacionales en los que el Ego anticipa o experimenta el daño. Sobrevolando los grandes anhelos, la “identización” (Tap y cols., 3) como ejercicio de la distancia en el construirse como entidad diferenciada, y la identificación como anhelo de unión y de relación –intrínseca- con el Alter, se expresan en proposiciones y querencias de base: autodeterminación, sexuación y sexualidad, relación (filiación y afiliación), integralidad e integración (incluyendo el ejercicio de las potencialidades), eficacia y potencia, valor y merecimiento.

- **Situamos las sensibilidades que acompañan a los anhelos en dos grandes ejes: el del temor de intromisión (exceso de unión) y el de la pérdida y el abandono (exceso de separación). Una y otra de las sensibilidades toma el carácter de la temática que esté en juego: poder, sexualidad, cuidados diversos, eficacia, valor, etc.**

RELACIONES

Aproximación (UNION) Identificación	Pérdida
Distanciamiento (SEPARACION) Identización	Intromisión

- El acontecimiento traumático (excesos de unión/separación) es por tanto –por debajo de un umbral- una cita o conversación entre las características de la personalidad y las particularidades de un medio, ambos en gran medida de elaboración conjunta.

La clínica reflejará daños y defensas. Y como lo señalábamos, de forma menos lineal, el conflicto –cuando se sobreañade- pone en marcha las elaboraciones mediante el signo o el símbolo (Zuazo, 26) con las repercusiones de rigor para esa clínica.

- Las afecciones (emociones y sentimientos) (Zuazo, 27) ocupan un preponderante lugar en la psicología y la psicopatología. Algunos CCEs conflictivos se expresan sobre todo según afecciones (depresión neurótica por ejemplo) –aunque no solo por ellas-; en otros CCEs dominan los efectos directos o indirectos de los modos de

elaboración (por ejemplo en la histeria y la obsesión); con carácter más claramente mixto se presentan los temerosos (evitativo y dependiente).

- **La gravedad de las alteraciones, en el caso de lo traumático y sobre todo de lo neurótico, dependerá pues del quién, del dónde, y del cómo. En vertientes que suman sus efectos y se definen mutuamente nos encontramos con la crudeza, sorpresa e intensidad del trauma; de forma más cualitativa se dibujará el grado de penetración del CCE en cada ámbito del individuo siguiendo los Alteres y el Ego (primitivismo, maduración, debilidad, etc.).**
- La gravedad en las psicosis intermedias se puede expresar en el marco de la intensidad (más o menos suspicacia, delirio más o menos invasivo); de la extensión (se puede –por ejemplo- sospechar de todo y de todos o de algunos); del tiempo (persistencia y variación en los trastornos).
- Mientras que en los trastornos neuróticos (o neurotiformes en la personalidad) se ven alteradas las apreciaciones y valoraciones de la realidad, en las psicosis intermedias (o psicotiformes de la personalidad) la realidad se mantiene, aunque coexistiendo con elementos de una neorrealidad construida. En las psicosis propiamente dichas (esquizofrenias, depresiones melancólicas y manías) existen importantes parcelas de desestructuración de la realidad. En este último caso podrán presentarse, como así sucede, procesos neoconstructivos en los que el delirio, paranoide por ejemplo, se solapa con manifestaciones psicóticas intermedias.
- Por otra parte estudiaremos, además de los aspectos temperamentales y vitales, las diferencias también cualitativas en el campo de las depresiones; lo neurótico y lo psicótico intermedio se comportan allí como el resto de trastornos. Lo depresivo melancólico y lo maníaco enlazarían con disposiciones más basales de sintonía con el mundo, una de cuyas facetas es la capacidad de gusto o de placer en esa captación. Esta función sería básica para la instalación del individuo en la realidad. Por la proximidad de lo corporal en todos estos asuntos creemos que las dificultades de la diferenciación entre fenómenos clínicos temperamentales y afectivos pueden generarnos muchas dificultades.
- La depresión melancólica (y su posición polar maníaca) no son afecciones (emociones o sentimientos). De ahí que distingamos el grupo de las depresiones (traumáticas, conflictivas neuróticas o psicóticas intermedias) que se mueven entre las afecciones, y el de las melancolías y manías que son sobre todo tema pre-intencional (la fruición y sus trastornos) capaz de modificar la captación de la realidad.
- Hay certezas que solo podrían darse en “mundos posibles-imposibles” (Eco, 28), hay otras que no se presentan en el mundo posible actual siendo inverosímil que se den en otros mundos (por lo tanto son altamente imposibles). Hemos sugerido que el delirio / alucinación se dibuja en el campo de las segundas certezas. **Hacer de un mundo-imposible mundo posible actual sería un fallo instrumental; hacer de un mundo posible inverosímil un mundo**

posible actual es un acontecer psicótico intermedio o psicótico, hacer de un mundo posible-posible que no corresponde al mundo “real” un mundo posible actual consensuado es un error o un accidente psicopatológico no psicótico ni psicótico intermedio.

- En los síntomas psicopatológicos, incluso en los “desarrollos” (Jaspers, 29), se da en general un nacimiento brusco un chispazo cualitativo por el que alguien se levanta por la mañana marcado por las obsesiones que no estaban ayer, o por miedos organizados sólida y rápidamente. Sospechas del inicio de una melancolía que no se confirma no deben de confundirnos: cuando ella nace lo hace como un chasquido, sus previos por definición no son melancólicos (puesto que pueden no cuajar). En lo que toca al delirio, Lacan (30) parece zanjar la cuestión afirmando que la interpretación delirante no es una alteración del razonamiento sino una intuición espontánea por la que se presenta de golpe la nueva significación: hablamos del enigma –en el sentido de que “aquí está pasando algo que me concierne” y de la iluminación intuitiva.
- **En la esquizofrenia la suma de contradictorios absolutos (Zuazo, 26) quizás tenga que ver con la suma de incompatibilidades en los niveles de la realidad.** En todo caso su gravedad genera (o se traduce, ¿o es consecuencia?) graves dificultades en la captación de la realidad por un individuo donde los procesos y el propio aparato cognitivo-afectivo parecen resquebrajarse. El delirio esquizofrénico no es con frecuencia sino una tentativa “pseudo-intermedia” de elaboración, naturalmente abocada a la inestabilidad y a las oscilaciones.

7. SOBRE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA: CUERPO Y PSIQUISMO

- **El síntoma médico, somático, habitual nos dirige hacia una cadena causal subpersonal. El síntoma psicopatológico (llamémosle psiquiátrico) nos aboca a un sujeto y a un uso.**
- Hacer del uso del cuerpo, tomado como instrumento o útil, el tema de la psiquiatría nos empuje hacia el “quien” que lo usa, es decir: a la identidad (biográfica). ¿Acaso el cuerpo-instrumento es el cuerpo-sustrato?, (Zuazo, 4) la corporalidad es el cuerpo-mente, es mental; el cuerpo-instrumento en tanto pensado / nominado es también mente. Pero incluso el cuerpo no pensado (por no nominado) puede ser mente, en tanto Fondo (no consciente).
La neurología (representando metonímicamente en ella al saber médico no psiquiátrico) por el hecho de ser actividad humana está

ligada a la consciencia, al lenguaje, a la mente, pero su objeto pretende ser el instrumento; en un sentido similar, el objeto de la psiquiatría es el uso.

- **Cuando la psiquiatría se acerca al instrumento, cuando se apela al cuerpo-sustrato (o cuerpo-cuerpo) se solapa con la neurología. Cuando la neurología se aproxima al uso, a lo mental y a la identidad, se solapa con la psiquiatría y con el cuerpo-mente (que podemos denominar también corporalidad). Es la complejidad, como veremos, del ser y tener cuerpo.**
- Buscar lo digital en el fenotipo o, más radicalmente, en el genoma es la obligación –en estos tiempos- de la ciencia. Buscar la dimensión clínica como mínima expresión de lo digital biológico también parece aproximarse a la ciencia. Pero hay otros juegos y reglas. Al fin y al cabo el propio Descartes (31) olvidó algo “más pequeño” o “elemental”: la evidencia del “(yo) pienso” es precedida por la comprensión de tales palabras. En ningún momento “pienso luego existo”, en su lengua, se confundió para nuestro filósofo con “el azul del mar Tirreno” por ejemplo, tampoco con una ensalada psitácica de palabras. La nominación lo precede todo en la consciencia.
- Partiendo de lo identitario, e intentando no caer en holismos excesivos, las respuestas sobre cuáles son sus partes circunscriben las demarcaciones psiquiátricas. ¿Las partes son querencias?, ¿son –fundamentalmente- cogniciones?, ¿son elementos de la estructura del lenguaje verbal?, ¿son componentes y circuitos anatómicos?, ¿son equilibrios neurofisiológicos?, ¿son algo de todo ello?, ¿no son nada de todo ello?. Pero, subiendo de nivel, ¿por qué definir desde el inicio la totalidad como identidad y no como otro asunto o cosa?. En resumen: ¿no serán únicamente estas reflexiones palabras para ordenar palabras que clasifican otras palabras?.
- Preguntas que nos superan, respuestas fuera de nuestras capacidades, y sobre todo –de nuevo seguramente- preguntas mal formuladas. En cualquier caso ladrillos (neurofisiológicos) y paredes (psiquiátricas) conllevan una lógica diferente que exige modelos de acercamiento también diferentes.
- Trabajamos en psiquiatría, y psicopatología, con experiencias (de alguien sobre alguien o sobre algo), la complejidad resulta evidente. Imaginemos un síntoma físico, digamos una polineuritis en miembros inferiores, que debe de ser leída a través de un circuito experiencial entero: por ejemplo el de la compra de entradas para el teatro en el centro de la ciudad, exigiendo una descripción del viaje, de la compra, de las intenciones, de las querencias, de las discusiones, etc. No puede extrañarnos el suspiro de añoranza y la búsqueda intensiva de dimensiones, endofenotipos y demás que simplifiquen y hagan mesurables los fenómenos.
- Nuestra propia identidad se nos escapa si queremos abarcarla toda; sólo podría ser captada desde fuera, saliendo de esa unidad. La unidad de la identidad (que somos) se nos cuela entre los dedos: en el tiempo –desde el estado “1” al estado “n”- y

también en el aquí y ahora (por la presencia del otro en mi conflictiva intimidad), ¿qué nos queda?, seguramente el sentir corporal y la consciencia.

- Todo lo que se me da es consciencia del dárseme; todo lo que es consciencia del dárseme es nominación (lenguaje verbal). Aquello que no se funde en mi identidad, aquel síntoma o signo que “me” contornea, no es psicopatología (ni psiquiatría tal como la entendemos aquí). Precisamente con ese material hacemos la diferencia entre usos e instrumentos.
- Instrumento y uso se muestran desde el inicio en la misma captación. Por ejemplo, en la ilusión perceptiva (el espejismo, el palo angulado semi introducido en el agua, etc.) no hay catatimia, es “la realidad” quien se presenta tal como la capto. En ese sentido el encuentro expresado en la ilusión perceptiva es captativamente inadecuado (en tanto la sensación, como en otros casos, no es corregida). Si fallo hay, es (evolutivamente) instrumental.
En la ilusión catatímica, cuando el peso de la anticipación abrumba de tal manera que complica el acierto perceptivo, decimos que el uso se encuentra alterado (no el instrumento). No obstante, siempre, cuerpo y Fondo pueden trastocarse, especialmente el primero, de forma lateral (como quien con el ejercicio sostenido modifica –voluntariamente- su masa muscular).
- **El síntoma psiquiátrico atraviesa la identidad, o es visto a través de ella, en el ejercicio relacional de las querencias. Sea cual sea su origen, se lee como historia de la (mi) vida y está fabricado con sus materiales.**
- **Cada conglomerado de la clínica psiquiátrica es metonimia de algún todo, síntoma que es un trozo del todo identitario y biográfico.** Ese síntoma no es efecto, menos aún causa, sino parte de la totalidad. La tristeza no es efecto de la depresión –decía Wittgenstein (32)-, sino elemento de ella. Más índice que síntoma.
- Que un flujo sea digerido por la identidad en el síntoma naciente supone que sea retraducido (“narrado” si se quiere) en su lenguaje. Algo así, decíamos, como si el síntoma neurológico, somático, no fuera la fractura de la pierna o la velocidad de transmisión nerviosa alterada, sino el qué sucede en el deambular de esa persona, o incluso en el cómo va a alimentar a sus hijos el vendedor ambulante afectado.
- ¿Sería entonces la psiquiatría como el saber y la práctica de un cardiólogo que se desentendiese de la necrosis miocárdica para estudiar tan sólo la función cardíaca o –aún más allá- el manejo de la azada en el agricultor de corazón alterado?.

8. IDENTIDAD, USO Y DICOTOMIAS

- Podemos sin embargo hacernos preguntas que marcan el carácter atrevido de las metáforas en este tema: ¿qué es ese uso (usar) psiquiátrico en el que lo usado (útil) y quien lo usa (identidad, agente) se interpenetran mutuamente?
La psiquiatría, la psicopatología, son patologías del uso (de un instrumento o útil): imaginando a un pianista, diríamos que el fallo no estaría en el piano. Pero he aquí que en la identidad del músico no está el instrumento musical, sino el tocar (el usarlo), es un hombre-intérprete. La metáfora en la psiquiatría se acercaría más a un cantante: mientras que el pianista (-piano) es un jinete, el cantante (-cuerdas vocales, etc.) es un centauro.
- Los malentendidos nos abruma cuando desempeñamos nuestras labores en estos oficios. Sin alimentación es imposible que los integrantes del coro canten, pero ¿qué tiene que ver la interpretación de Carmina Durana con la lógica de los aminoácidos?. El tema modifica sus colores si pasamos a las características de las cuerdas vocales o a una tumoración naciente en esos lugares. Ahora la influencia es evidente. Además bien es cierto que los vaivenes en los aminoácidos pueden terminar por incidir en ese sustrato laríngeo. Parecen pues inevitables los solapamientos y la confusión en las interpretaciones, en el transcurrir de los sucesos. En cualquier caso, cada uno de los cantantes usa sus medios anatómicos, la dirección o coordinación usa y pretende acoplar la suma de los usos de quienes interpretan: comparativamente esto último, sobre todo, concierne a la psiquiatría.
- **Que nuestro pensamiento funcione orientado en dicotomías, como así parece, ciertamente no implica que la realidad así lo haga. Sin embargo dado que la psiquiatría, desde nuestro punto de vista, cubre la patología del uso, ella se nutre –también- de las dicotomías del pensamiento y del lenguaje. Estos últimos han de elaborar los acontecimientos –denominémosles- neurofisiológicos (acontecimientos que en un nivel de microsustrato (Zuazo, 4) se funden también con el propio pensamiento).**
- ¿Resultado?: las observaciones clínicas y los diagnósticos psicopatológicos y psiquiátricos, al menos según los conocimientos actuales, no pueden sino asumir el carácter mixto descrito, por una parte listados más o menos heterogéneos, por otra dicotomías (con o sin clases intermedias).
A veces en los movimientos descriptivos y teóricos olvidamos que sorteando lo categorial y descendiendo a lo dimensional, tales dimensiones responden también a procesos lógicos creativos de índole dicotómica.
El síntoma psiquiátrico forma parte de una totalidad que conlleva la capacidad de utilización de unos medios; la alteración está en esa capacidad de utilización.

- Bien es cierto que toda forma física puede ser parte de la identidad, todavía más – por ejemplo- una parálisis o una consistente incapacidad cognitiva, pero son asuntos que nacen en un instrumento que ha de usarse (o relatarse). De hecho las patologías fronterizas confirman las diferencias: la neurología parece hacerse psiquiatría allí donde las interferencias, con la identidad son más manifiestas (prosopagnosis, hemiasomatognosias, etc.). Del otro extremo se dibujan buena parte de las fobias, las obsesiones egodistónicas, las conversiones, algunos delirios, muchas depresiones, donde no solo la persona no se siente reconocida identitariamente en el síntoma, sino que lo siente extranjero, impuesto por el cuerpo, por el mundo. Pareciera entonces que el síntoma psiquiátrico se hace neurológico y se inclina hacia el instrumento.
- En muchas ocasiones, al menos superficialmente, es como si la psiquiatría estuviera en libertad condicional: toda patología sigue siendo psiquiátrica mientras “la ciencia” no descubra la avería instrumental (“corporal”). ¿Es así?, tal vez sí, tal vez no.
- **Por nuestra parte, hemos distinguido, para la causalidad, un macrosustrato corporal (Zuazo, 4) correlacionado con el psiquismo según grandes grumos (especialmente en las sensaciones-percepciones, en la sensorio-motricidad, en los apetitos y querencias, y en las afecciones); y un microsustrato en relación con la propuesta (ideológica) materialista a la que adherimos por la que toda manifestación o disposición psíquica tiene que ver, del modo que sea, con hechos del sustrato corporal.**

9. DIMENSIONES, CATEGORIAS Y CORRELACIONES

- **Todo parece decir que nos movemos por pequeños impulsos: no hay homogeneidades suficientes en los síndromes y categorías, pues entonces a por las dimensiones, no hay un camino cierto hacia una ciencia psicopatológica, pues entonces a por los fenotipos.**
Seguramente la bondad de tales desplazamientos se encuentra fuera de toda duda, al menos como dirección, pero tales movimientos no deben hacernos confundir géneros de descripciones, o niveles. Es verdad que el camino contrario puede llevarnos a no diferenciar, no analizar, o a fundirnos en la confusión del continuum, y conducirnos a la ignorancia ó a la magia del todo equivale.
- Un campo de pruebas especialmente sensible a estos asuntos es el de las depresiones melancólicas, las manías, y el de las esquizofrenias.

Las observaciones y definiciones de dimensiones en las esquizofrenias así como la presencia de fenómenos elementales (Alvarez, 33) han sido y son suficientemente persistentes como para llamar la atención de los clínicos.

- La casi total insatisfacción empírica de las categorías en psicopatología es ya clásica (Craddock y Owen, 34). Por otra parte, la insuficiencia cognitiva –lógica- con respecto a la ausencia de elementos sintomáticos necesarios ha pretendido ser cortocircuitada por las categorizaciones (clasificaciones) prototípicas (Rosch, 35). De una manera más rupturista, siguiendo a un Wittgenstein (32) que tal vez era menos wittgensteiniano que lo pretendido, incluso el prototipo se rompe para algunos (Kleiber, 36) en asociaciones laterales de rasgos no ya compartidos por todos los miembros, sino ni siquiera presentes en más de dos o tres de ellos en cada conglomerado.
- **No obstante un “sin embargo se mueve” se transparenta en estos temas: las categorías rechazadas reaparecen para ordenar las dimensiones que pretenden volverlas caducas.**
Inestabilidad en lo grande (categorías), inestabilidad en una neurobiología causal que, al menos todavía, mata mosquitos a cañonazos, inestabilidad y empirismo con frecuencia de andar por casa. Todos los caminos llevan a la búsqueda de lo pequeño, como fenómeno o como teoría: es el reino no ya de la dimensión sino del restringido rasgo o manifestación clínica fenotípica.
- Seguramente la correlación puede ser, y lo es a veces, causal, pero cuando las correlaciones son lo único que tenemos, multitud de preguntas siguen abiertas, incluso las principales.
- **Prestidigitaciones que nos hacen –sin ver las manos- pasar de la astrología a la astronomía y vestir la primera con ropajes – prestados- matemáticos. Ignorando la causalidad, y dando el fármaco de manera voluntarista (si no mágica) y según experiencias discutidas entre caballeros, la ciencia –médica en este caso- aparece con todo su esplendor, sabia y brillante, para teorizar los efectos secundarios, las asociaciones medicamentosas o el efecto psicofarmacológico sobre –otras- enfermedades médicas.** Este último paseo ciertamente científico no puede hacernos olvidar que el meollo sigue inarticulado: el diagnóstico y el tratamiento (no sus consecuencias o aspectos colaterales) psiquiátrico.

10. LAS PARTES Y EL TODO

- **La relación cerebro / psiquismo (o mente) no se equipara a la de la totalidad y las partes sino que es un problema de diferencias de**

cualidad: el cerebro no es parte del psiquismo sino del cuerpo. El cerebro como parte y el cuerpo como totalidad son sustratos del psiquismo.

La relación cerebro / mente es una relación entre partes que implica niveles (y cualidades) diferentes, únicamente correlacionables (a veces causalmente pero nunca con respecto a razones).

La relación psiquismo (o mente) / cuerpo sustrato es una relación entre totalidades que implica diferencias cualitativas.

Lo puramente neurofisiológico al no ser mental tampoco puede asimilarse a un fenómeno mental no consciente.

Los predicados mentales dirigidos a la totalidad no son aplicables a sus partes. Los predicados mentales sobre la totalidad o sobre las partes tampoco son aplicables a lo no mental (salvo en arriesgadas metáforas).

- **Aún cuando el origen de un trastorno sea “subpersonal” todo se reorganiza “molecularmente” En la clínica, el psiquismo no es meramente una suma sino una articulación y un sentido (nominado).** Para Chardwick y cols. (37, p.109), el modelo a seguir debe considerar a la persona: todo acontecer psicopatológico ha de ser comprendido como un esfuerzo por construir un sentido valioso y auténtico. Sin embargo, que sigamos en estas líneas a quienes sostienen que en la clínica nos situamos ante totalidades o “unidades vivientes del sujeto” (Ramos Gorostiza y Rejón 38, p.176) en una experiencia que no podría trocearse, no nos impide considerar también que puede, y debe, para su estudio separarse en partes según una articulación sistémica.
- Cortar con unas potentes tijeras un reloj en trozos nos dibuja porciones; separar delicadamente las piezas que lo componen nos coloca ante sus partes. El reloj funcionando forma una totalidad, pero la lógica de las porciones poco nos dice del adelanto o atraso del reloj, tampoco nos lo aclaran demasiado los porcentajes de hierro, titanio o latón que integran sus partes. Tornarnos hacia ejes y arandelas nos informa mejor.
- Añadamos que el funcionamiento psicológico (y sus trastornos) no corresponde ni siquiera al del reloj en marcha, sino al del mismo funcionamiento (o disfuncionamiento) tomado como tal. Las partes de las que está hecho ese “funcionamiento” tampoco son las partes del “reloj funcionando”. Una categorización de los niveles relativos al “titanio”, al “trozo del reloj” o incluso a la “parte del reloj funcionando” no tendrá implicaciones sobre las eventuales variaciones de sus elementos, sin embargo algo propio a la categorización del nivel “parte del funcionamiento” podrá tener repercusiones en esos elementos: los diagnósticos clínicos una vez asumidos socialmente pueden modificar –en parte- las íntimas experiencias de los individuos (futuros o presentes pacientes).

11. SUSTRATO CORPORAL Y PSIQUISMO

- **En la zona de enlace (Zuazo, 39), donde el estímulo se hace instrucción, el sustrato corporal engarza con la parcela correspondiente del Fondo (psíquico). La nominación cubre esa parcela del Fondo haciéndolo Contenido del signo verbal (o del trozo correspondiente de la unidad significativa / significado).**

Las querencias no nominadas, por tanto también las ocluidas (Zuazo, 16), no por ello desaparecen o se desintegran, sino que permanecen en el Fondo asociadas según las maneras de ese Fondo, y buscan nominaciones en otros lugares surgidos de esas asociaciones.

- En el principio era el Logos si partimos tautológicamente de lo comandado por él, pero nuestro verbo enlaza con lo que no es él, que de hecho estaba ahí precediéndole; además seguramente “eso” previo puede, así sea tímidamente, ser modificado por el verbo.

Estamos evocando la capacidad de influencia o penetración de la parcela del Fondo en el sustrato corporal, con poder de influjo a través de ese acoplamiento en la zona de enlace. Después, según la lógica del soma, se seguirán causalidades y también efectos asociativos. Aquí, la instrucción se hace estímulo.

- **Lo somático (sustrato corporal) (Zuazo, 4) incidiría sobre lo psíquico tanto a través de la zona de enlace (macrosustrato) como de todos y cada uno de los acontecimientos psíquicos a través de ese postulado proceso y espacio que hemos denominado microsustrato; lo psíquico únicamente gozaría de una entrada lateral e indirecta a través del macrosustrato (zona de enlace).**

- Una vez más todo será cóncavo o convexo, siguiendo el huevo leibnitziano, según el lugar desde donde dirijamos la mirada. Causas y motivos, estímulos e instrucciones, se interpenetran. En las captaciones construimos orientaciones que nos hacen dar prioridades a unos aspectos sobre los otros, especialmente en estos saberes psicológicos y psicopatológicos, psiquiátricos y neurobiológicos.

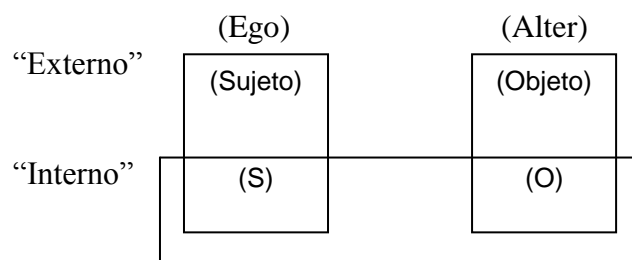
Hacemos elecciones constructivas sobre causas y motivos, pero también sobre causas que hacen nacer motivos (y viceversa), aunque luzcan como agua y aceite. Y también elegimos dar esos cortes que dicen “esto es una dimensión” o “esto es una categoría”. Después, captaremos lo que hemos anticipado.

- Siempre se puede decir la misma cosa de otra manera. La nominación está amparada por unas capacidades ligadas al lenguaje casi inabarcables. El lenguaje verbal puede hablar también sobre referencias que no son sino descripciones de descripciones que no salen al “exterior”. Evidentemente eso no es así ni ante el psiquismo no nominado (Fondo) ni ante el sustrato corporal. Hay una especie de cono de obtuso ángulo superior que se cierra en lo corporal y se abre en lo psíquico nominado.

- **Presentados los asuntos de esta manera, no hay ninguna posibilidad directa de que el psiquismo consciente influya en el cuerpo (como sustrato), podrá hacerlo –escribíamos- lateralmente (por ejemplo pensando algo atemorizante para elevar la presión sistólica) pero nada más. No conscientemente (no nominadamente) podrían presentarse injerencias a través de las zonas de enlace “cuerpo-Fondo”, pero que serían tan solo inferencialmente evocadas, de manera indirecta abriéndose a los grandes grumos psíquicos y físicos (especialmente en su componente de afectos).**

12. SISTEMA PSIQUICO RELACIONAL (SPR)

- **La unidad es la relación.** El individuo suma internamente un Ego y unos Alteres que, todos ellos, forman parte de él en tanto individuo con igual relevancia. Ego y Alteres relacionados configuran el sistema psíquico relacional (SPR). De un lado los sexos, del otro la flecha del tiempo y frente a frente el Ego y los Alteres. Los Alteres psicogenéticamente primigenios siempre vuelven a aparecer, no son conocidos sino reconocidos. Todos los Alteres posteriores vienen marcados por ese carácter genético temporal.
- **Hemos distinguido en el SPR (Zuazo, 18):**
 - **El Ego, integrado por el sujeto en su vertiente interna al que hemos asociado la inicial (S), y el mismo sujeto que en su forma externa llamamos (sujeto).**
 - **El Alter, formado por el objeto interno (O) y, como versión externa, el (objeto).**
- Retomando algunas reflexiones (Zuazo 18, p.285) recordamos algunos puntos sobre el modelo propuesto. Al término de objeto se refieren tres aspectos diferentes: 1) el objeto del mundo real acoplado coincidente y selectivamente, objeto real que se ofrece o se presenta con propiedades relacionales en tanto que el individuo puede sintonizar con él; 2) el objeto externo (objeto), construcción psicológica dialogada que toma en cuenta tanto lo que podemos denominar fantasías subjetivas como la presencia del objeto real; 3) el objeto interno (O) entendido como eminentemente subjetivo. De igual manera a como el objeto interno (O) modifica las características del objeto externo (objeto), este último en contrapartida, así sea más larga y complicada, cuenta con significativas influencias sobre el objeto interno (O).



- Se da la sintonía entre el mundo real exterior y el sistema psíquico relacional (SPR) porque se encuentra lo que se ha puesto (en la co-evolución). Del mismo modo, el lenguaje verbal, autoorganizado también, asume el SPR, o en otro sentido la corporalidad, porque –precisamente- a través de la evolución han sido seleccionados mutuamente.
- Si en el SPR no hubiese sino (S) y (O) –sujeto y objetos internos- lo interpersonal se confundiría con las relaciones objetales en un psiquismo aislado, fantástico y desconectado. Si el SPR únicamente estuviese formado por el (sujeto) y el (objeto) –como posiciones externas- la identidad carecería de hondura en unas relaciones de pura externalidad.
- El (Alter) en tanto objeto intencional, descriptivamente, “está fuera”, es “el otro” en todo su esplendor, la alteridad. Pero a la vez es “mi” objeto intencional, soy yo quien lo hago tal objeto. Por la mirada que le lanzo (o la suya que capto) lo hago mío según el no-yo (que “es” él) y según las características de mi mirada (que “soy” yo). Al traerlo a mí, lo digiero según soy yo, y como toda digestión, es asunto del alimento (“él”) y del sistema digestivo que elabora (“yo”).
- Desde nuestra orientación la razón de tales situaciones híbridas tiene que ver con la estructura y organización psíquicas /somáticas humanas. El SPR se ordena genéticamente según núcleos estructurales que se comportan como casillas vacías capaces de ser llenadas (“bombas de aspiración”) por los contenidos que contribuyen a detectar.
- Si sintonizo con el mundo ha de darse un isomorfismo entre mi aparataje cognitivo-afectivo y el objeto. Si sintonizo, él ha de poseer una capacidad de sollicitación en la “alteridad sintonizante”. Sintonizar con un objeto significativo, por su sollicitación o por la mía, es “clasificarlo” –situarlo en una clase objetal- según las casillas virtuales de “mí” en tanto SPR. La sintonía y la clasificación del objeto lo reconoce como Alter en el mundo externo –(objeto) externo-, y lo reconoce también, puesto que sintonizo con él, como en parte mío en su parcela de (O) interno.
- Se establece pues un complejo equilibrio en el objeto (Alter) entre lo que respecta a sus dos vertientes de (objeto) externo y de (O) interno. Cuando se dé una hegemonía excesiva de la parcela (O) interno en el (Alter) –teniendo en cuenta que el subsistema se comporta también como detector- el (objeto) externo será, como en un lecho de Procusto, deformado. La total hegemonía de la parcela (objeto) externo en el (Alter) mostrará la carencia de significación profunda y la correspondiente muda afectación por el objeto (Zuazo 18, p.288).

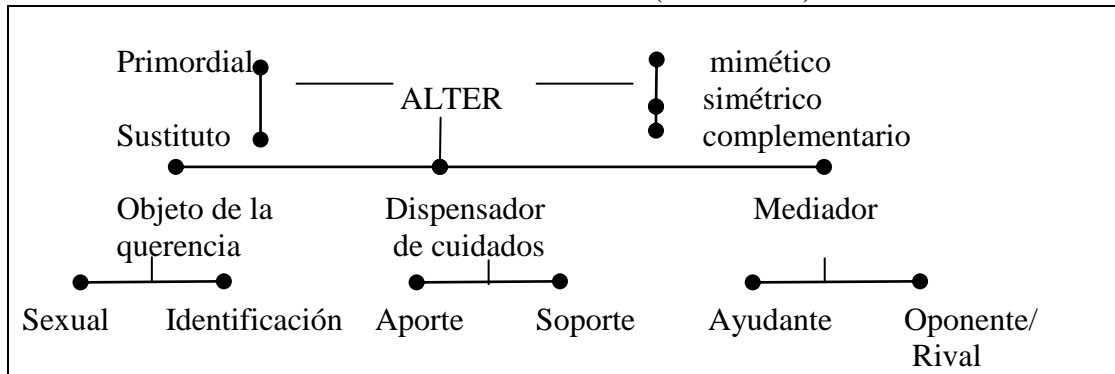
13. CAPTACION DEL MUNDO Y EXCESOS RELACIONALES

- Parecen darse empujes, repetitivos, desde el funcionamiento psicológico y –sobre todo- psicopatológico, que nos dirigen hacia la búsqueda de la distancia oportuna en los juegos de unión/separación. Mencionaremos como botón de muestra algunas consideraciones clínicas que creemos marcadas por estos últimos sucesos:
 - Predominio en las psicosis intermedias y en las esquizofrenias de los síndromes de persecución o, más simplemente, de influencia y referencia (excesos de unión). Del otro extremo, se muestran los ambientes megalómanos.
 - Predominio, en las afecciones ligadas a la tristeza, de las pérdidas y separaciones, sea como peso previo, sea como consecuencia.
 - Predominio del miedo, dentro de las afecciones, sea ante una agresividad valorada como atentatoria para la integridad identitaria, sea ante el abandono y la distancia excesiva. A veces tales temores se funden con rituales de dominio y de control.

- El SPR desempeñaría, un gran papel en la captación del mundo y de nosotros mismos; esas captaciones se modelarían según los supuestos de base. El supuesto de base se presenta como una aserción, capaz de categorizar y a veces de cuantificar, sobre algo general (pertenencia, existencia, prioridades, relaciones) de índole no condicional que anticipa y evalúa. Se vislumbra en el “me aparece” tomando por objeto el mundo, los Alteres, el propio Ego y el carácter de las afectaciones y afecciones. Los supuestos de base se instalan sobre los presupuestos de base preomínicos (o en todo caso no nominados) en el marco de la sintonía pre-intencional, la familiaridad o el temple.

- Por debajo de umbrales traumáticos, la misma definición del exceso, y del conflicto si lo hay, tendrá que ver con las características psíquicas, somáticas y del SPR. Los excesos relacionales tendrán manifestaciones clínicas diferentes según los Alteres concernidos:
 - Alteres objeto de la querencia (sexualidad, identificación) en torno a los anhelos de aproximación / rechazo.
 - Alteres dispensadores de cuidados (aporte, soporte, reconocimiento, implicación en el ejercicio de las querencias) en las dimensiones semánticas cuidar / dañar, y dar / quitar.
 - Alteres mediadores (ayudantes / oponentes) en la dimensión semántica ayudar / impedir.
 - Alteres miméticos (dobles), simétricos y complementarios.

TIPOS/FUNCIONES (ALTERES)



- Desde el punto de vista de las relaciones interpersonales e interobjetales (Zuazo, 40), los temores del Ego integrado en el SPR se configuran según dos alternativas:

- El Ego quiere mantenerse en la continuidad y teme la dependencia excesiva de un Alter que puede entrometerse y perjudicarlo.
- El Ego quiere relacionarse con el Alter y teme el aislamiento en la relación con un Alter que puede abandonarlo.

A la vez, considerando que ambos anhelos (unión / separación) son simultáneos, el Ego se inclina tanto hacia la separación como hacia la relación significativa con cada uno de las Alteres. El juego de distancias se expresará tanto en la atracción / rechazo, en la aproximación / distanciamiento como en la similitud / diferencia. El conflicto brilla allí donde se rompen la hegemonía y la supeditación oportunas en la unión / separación.

- La posición con respecto a la bipartición sexual, tanto en su vertiente sexuada como en la sexual, y la situación generacional en el contexto de la búsqueda de la necesaria distancia oportuna con los otros, son y construyen el psiquismo. La anticipación de la muerte y el manejo de la auto y heteroagresividad (en sus vertientes del poder y de la sexualidad) terminan de construir conflictos y elaboraciones especialmente pertinentes para la identidad personal.

- Un factor importante a señalar, que tiene su base en la ontogénesis del individuo, es el del carácter de la relación (S) interno / (O) interno con respecto a la madurez de ambos. La “primera triangulación” (Zuazo, 41) porta sobre un incipiente (S) relacionado con (Os) primitivos en los que uno de los polos –“madre”- domina sobre el otro –“no-madre”- que se define en negativo; la “segunda triangulación” va a estar pesadamente marcada por los aconteceres del anterior momento evolutivo-madurativo.

Hemos propuesto que desde un abordaje general los conjuntos clínicos elementales (CCEs) primordiales (y su eventual extensión en grupos de CCEs secundarios) toman también su carácter específico según el género del (S) y del (O) concernido y según el exceso de unión o de separación con ese (O).

- Siguiendo el modo y cualidad de los pasajes por la primera y la segunda triangulaciones se definirán los límites entre el (S) y los (Os). Los excesos relacionales en cuestión tienen que ver sobre todo con las clases objetales del SRO

construidas en torno a la relación con los progenitores o figuras desempeñando primeros papeles en la crianza.

En el bebé que se abre a la vida, la relación con la “madre primitiva”, de unión excesiva, es resuelta en la “primera triangulación” con la introducción de un tercer vértice esbozado que va a permitir en la “segunda triangulación” la entrada del “padre primitivo” (Zuazo, 25). La incapacidad cognitiva para la elaboración de las distancias obliga a la introducción de relaciones mediadoras. La diversificación representativa permitida por el desarrollo-maduración cognitivo se combina con la diversificación de clases complementarias y de clases similares.

14. CONJUNTO CLINICO ELEMENTAL (CCE)

- **La unidad que forma el CCE (Zuazo, 20) conlleva, más allá del sustrato corporal:**
 - **Los fenómenos clínicos observables (discurso, afecciones, gestualidad, manejo espacial, sensoriomotricidad, etc.) en una extensión mínima pero suficiente para expresar las variedades de elaboración cognitiva y afectiva.**
 - **El exceso relacional en cuanto el Ego y el Alter correspondiente se encuentran (o se anticipa que se hallen) demasiado unidos o separados (en atmósferas de intromisión o de pérdida).**
 - **Se añaden con frecuencia a la ausencia de distancia oportuna señalada (trauma y frustración) los conflictos de querencias en el origen de nuevas manifestaciones clínicas.**

- Los fenómenos clínicos de los CCE, tanto para los traumas como para las frustraciones, tienen que ver con:
 - **El exceso de unión:** intromisión y vivencias de manipulación, referencia, algunas formas de agresión y daño, sensibilidad, etc.
 - **El exceso de separación:** pérdida y vivencias de empobrecimiento, daño, tristeza, baja de ímpetu, soledad, sentimiento de no estar completo, etc.

La generación de afecciones (emociones y sentimientos) contribuirá a la anhelada distancia oportuna, complicada a menudo por los conflictos de un individuo que pretende evitar el exceso relacional y a la vez mantener esa relación.

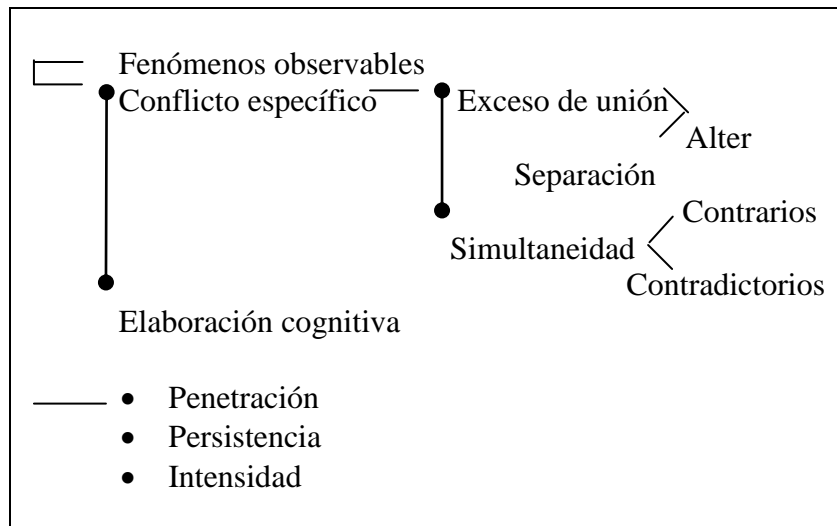
Los efectos sobre otras relaciones serán de rigor, no solo en las implicaciones “triangulares” de tinte estructural sino en las sumas de funciones donde los Alteres

anhelados como objetos, o como rivales y ayudantes, son también dispensadores de cuidados.

- Como lo hemos repetido, el CCE es para nosotros una especie de unidad de base que explicaría en parte, desde los excesos y conflictos, buen número de diversidades y psicopatologías:

- **Se trata de un “conjunto clínico” porque suma aspectos reactivos (frustración y trauma, nominados o no nominados) y tipos de conflictos (variedades en la elaboración nominada).**
- **Es “elemental” (vs. “complejo”) en cuanto se refiere a sucesos relacionales de nivel más bajo.**
- **Es “observable” y por tanto cuenta con una mínima –al menos- persistencia.**
- **Es “personal” (vs. “subpersonal”) en tanto se funde con la identidad (SPR y relaciones).**
- **Es “parcial” (vs. “global”), según comprende una relación: con hegemonía de unión/separación; con fenómenos clínicos particulares; con la variabilidad en la penetración; con las asociaciones / consecuencias en otros CCEs; con la presencia o no de conflictos.**
- **Es también “semántico” (o nominado).**

CONJUNTO CLINICO ELEMENTAL



- El CCE es un constructo teórico que suma fenómenos clínicos y frustraciones-conflictos relacionales; a pesar de ese carácter tiene un parentesco con las dimensiones dadas las variaciones cuantitativas que genera siguiendo el grado de penetración (más o menos parcial), la persistencia y la intensidad. Como se señalaba, el CCE se comporta como un mini-síndrome que puede utilizarse como dimensión para medir variaciones y posiciones psicopatológicas. Las variaciones en cuanto a la penetración de un CCE y a sus interacciones (consecuencias,

asociaciones) con otro u otros CCEs nos permiten hablar de perfil. Los CCE cuando son hegemónicos definen esta vez conjuntos clínicos (CC).

- **El grado de penetración de un CCE (en su vertiente de exceso-conflicto relacional) tendrá que ver, además de con su persistencia e intensidad, con:**
 - **Los excesos relacionales y el modo de combatirlos en cada una de las facetas (facultades, aspectos relacionales, situaciones, etc.).**
 - **Los conflictos que surgen cuando se genera un exceso relacional que se quiere evitar y, simultáneamente, nace un anhelo en el mismo sentido.**
 - **El carácter de los conflictos (opuestos contrarios y contradictorios).**
 - **Las características del SPR y de los pre-supuestos de base.**

- **Desde el punto de vista de los CCEs, casi por definición, no se dan sino estados mixtos.** A la vez que se presenta un exceso o conflicto según un CCE, pueden darse otros tantos –o al menos significativas variaciones- en otros. La intensidad de una dificultad es capaz de ocultar el resto de los aspectos relacionales. Un exceso de unión o de separación con un Alter puede producir otros (similares u opuestos) con diferentes Alteres, generándose entonces el fenómeno clínico más importante a partir de esos CCEs consecutivos.

15. TIPOS DE CONJUNTOS CLINICOS ELEMENTALES

- Entre los CCEs de base o principales distinguimos:
 - **El CCE primordial**, que contribuye pesadamente a la construcción del estilo cognitivo afectivo y a la definición del SPR.
 - **El CCE primario**, conjunto que inicia los procesos de actualización adaptativa (búsqueda de la distancia oportuna y de la dependencia madura – Zuazo, 40) o desadaptativa del individuo ya constituido.

- El CCE primordial es el conjunto desplegado en los periodos de la ontogénesis del individuo. Evidentemente el CCE se expresa en un sistema psíquico previamente esbozado e inserto en un medio particular.

Ese CCE ha de de presentar unas particularidades congruentes con lo que más tarde serán la normalidad, las diferentes neurosis o las variedades de psicosis intermedias y de psicosis.

- En los grupos de trastornos o en la normalidad nos encontramos con variaciones cuantitativas; sin embargo, pensamos, pasar de un grupo al otro supone un movimiento cualitativo. Esos saltos exigen nominaciones de querencias opuestas que al no ser un mero problema cuantitativo abarcan variaciones en las relaciones y en el equilibrio que define cada núcleo (el Ego y los Alteres) de índole diferencial.
- Un trastorno se desarrollará allí donde un CCE sea capaz de producir efectos aumentativos y generalizantes con posibilidades de invadir psicopatológicamente al individuo. Los efectos tendrán dos vertientes:
 - La generalización en los diferentes planos (facultades psíquicas si se quiere) de los cambios en la búsqueda de la distancia oportuna según el SPR y el contexto.
 - La influencia, dentro de estos movimientos, de alguno o alguno de ellos sobre nuevos CCEs inmersos en nuevas búsquedas de distancias oportunas con los Alteres correspondientes.
- Cualquier relación en el marco del SPR influye (y es influida) en y por el resto de relaciones, pero en el caso de las psicosis clásicamente se han postulado trastornos en la misma construcción del SPR. De ahí la dificultad de limitarse en estas patologías a las relaciones concernidas en el CCE original.
Una pregunta a responder sería entonces: ¿y qué hay antes de la eclosión de la psicosis?, las simples variaciones de las sensibilidades en las relaciones no parecen bastar para obtener una respuesta adecuada.
- Puesto que planteamos los cambios cualitativos entre grupos (normalidad y diferentes trastornos) tanto verticales (CCEs diversos) como horizontales (normalidad, neurosis, psicosis varias), un trastorno puede ser homogéneo con respecto al estilo cognitivo afectivo, o heterogéneo (correspondiente a otro CCE). En los trastornos asociados en el tiempo podrán verse las mismas alternativas (por ejemplo lo homogéneo de una psicosis obsesiva intermedia siguiendo a un proceso neurótico similar, o lo heterogéneo de la misma psicosis tras una neurosis temerosa evitadora).
- Varios CCEs (y trastornos) podrán, como así sucede, solaparse y modificarse mutuamente. Bien es cierto que por afinidad (relacional, del Alter, de motivación, etc.) ciertas asociaciones serán más frecuentes.

16. SOBRE NOMINACIONES, FONDO Y CONTENIDO. PSICOPATOLOGIA

- Evidentemente no nos colocamos en este trabajo entre quienes ven al lenguaje verbal poco más que como un puro instrumento, o entre quienes hacen de la mente consciente mero epifenómeno.

La nominación, a través del Contenido que como sugeríamos “está fabricado” en buena medida con materiales del Fondo, influye en este último (Zuazo, 16); y el Fondo a través –quizás- de las zonas de enlace influye en parte sobre el sustrato corporal.

El SPR es sobre todo Fondo, pero el SPR adulto y oportuno se completa con el sistema de la lengua. Así pues disposiciones y actualizaciones del SPR se verán seriamente concernidas por las nominaciones (y estas por las denominaciones).

CONTENIDO	NOMINACION (Supuestos de base)
<hr style="width: 80%; margin: 0;"/> <p style="margin: 0;">FONDO</p>	<hr style="width: 80%; margin: 0;"/> <ul style="list-style-type: none"> - (Pre-supuestos de base) - Familiaridad - Sintonía pre-intencional - Temple
<hr style="width: 80%; margin: 0;"/> <p style="text-align: center; margin: 0;">//</p> <p style="margin: 0;">(Zona de enlace)</p> <p style="margin: 0;">SUSTRATOS</p>	

- La nominación hunde sus raíces, como plano del contenido, en un Fondo mnésico cargado de corporalidad que es de naturaleza pre-onímica. Es, también, cubrimiento de los sentires por el sistema de la lengua.

Cuando el Fondo es tocado por la nominación una de sus parcelas se hace Contenido. Bañado en los conflictos, el lenguaje verbal tiene que asumirlos en su interioridad (o en su autoorganización si se quiere): eso es la elaboración por el símbolo (Zuazo, 26), preparada por la gran propiedad de asociación-sustitución.

- La nominación presupone que no pienso con palabras, sino que pienso en palabras de transparente significante. No utilizo el lenguaje verbal para expresarme, sino que lo que quiero expresar –desde el momento en que soy consciente- es ya lenguaje. La nominación “se hace” y “me hace”; la denominación posterior, en parte, “la hago”. Si soy consciente de “algo” y no encuentro la palabra, estoy en la denominación, la nominación ya está hecha así sea como interrogante; ese “algo” a denominar, está nominado.

- La consciencia plena exige la nominación. El síntoma egosintónico o egodistónico, es lo mismo en este caso, nace para la consciencia en ese juego del continente significativo y del Contenido que corta –o más bien da su forma (lenguaje verbal)- al material correspondiente del Fondo.
- Ahora bien, ¿el síntoma nace en el Fondo?, ¿Nace en, o con la nominación?. Porque sin duda el resultado que es el fenómeno clínico toma en su regazo a ambos (Fondo y Contenido); pero ello no nos dice demasiado de los orígenes. Para los efectos de este trabajo nos quedamos sin respuestas.
- Sin embargo, pensamos que resulta fundamental –para buena parte de la psicoterapia, cualquiera sea su modalidad- que, una vez que el Fondo haya sido informado desde el lenguaje verbal (Contenido), esos Contenidos como trozos del Fondo sean capaces de modificar este último desde su misma intimidad.
- Con frecuencia el “fondo” en las descripciones clínicas es colocado en la afectividad. Para K. Schneider (42, p.239) es “no vivenciado”, definiéndose más como causa que como motivo, “algo sobre lo cual nada puede decirse”. Se trataría de un “concepto-límite” del que no se puede hablar.
De hecho el fondo para este autor es más vital que endotímico en el sentido de Lersch (43), para quien lo vital estaría integrado por estados y procesos orgánicos; lo endotímico se hallaría por debajo de lo consciente en forma de vivencias pulsionales, emociones y estados de ánimo (persistentes).
Nosotros por nuestra parte eliminamos del Fondo que hemos propuesto todos los aspectos conscientes (en el lenguaje de Lersch, no habría impulsos sino tendencias) y añadimos todo el acontecer psíquico (no solo afectivo).
- Los acontecimientos del sustrato corporal e incluso lo pre-intencional o pre-predicativo del Fondo, son condición de subjetividad, pero no son subjetividad.
El signo clínico puede ser no subjetivo, pero nunca el síntoma. La experiencia, por tanto consciencia, en el humano es plena cuando es nominada, atravesada por el lenguaje verbal y cuando la forma del Fondo es in-formada además por el plano del Contenido del sistema de la lengua.
- **El Fondo (Zuazo, 5) es también psíquico, mental, no consciente pero capaz de presentar materiales (y de sintonizar en ese sentido) para ser nominados e informados al hacerse Contenido. Así pues, proponemos para el diagnóstico clínico orientar los diversos síndromes y trastornos siguiendo los modos de elaboración según las nominaciones.**
- Escribíamos que nuestros diagnósticos apenas toman posición en cuanto al origen inicial de las manifestaciones clínicas: ¿nacen en el sustrato corporal?, ¿nacen en el Fondo?, ¿son asunto exclusivo, o dominante, del Contenido?, ¿se inscriben en un circuito de mutuas implicaciones y mezclas de orígenes a través de la zona de enlace y de la parcela del Fondo y del Contenido?, y sobre todo, ¿se da una variedad heterogénea de orígenes?.

17. BIBLIOGRAFIA

1. Van Praag H. Nosologomanía: a disorder of psychiatry. *World J Biol Psychiatry* 2000; 1: 151-158.
2. Zuazo J.I. El sistema de relaciones objetales como estructura psicológica y la psicoterapia (II): sujetos, clases objetales y distancia oportuna. *Anales Psiquiatría*, 14,8, 1998: 377-387.
3. Tap P, Esparbés-Pistre S, Sardes-Ader F. Identité et strategies de personnalisation. *Bulletin de Psychologie* 1997; 428: 185-196.
4. Zuazo J I. Aspectos del cuerpo en psiquiatría: (II) Sobre lenguaje verbal, supuestos de base e identidades. *Anales de Psiquiatría* 2007; 23, 7: 319-338.
5. Zuazo J I. Sobre experiencia y psicoterapia: (I) Estesias, nominación y memoria. *Anales de Psiquiatría* 2005, 21: 340-356.
6. Bennett M, Hacker P. Philosophical foundations of neuroscience 15-68. En: Bennett M, Hacker P, Dennett D, Searle J. *La naturaleza de la conciencia. Cerebro, mente y lenguaje*. Barcelona: Paidós 2008: 15-68.
7. Strawson G. *La realidad mental*. Barcelona: Editorial Prensa Ibérica, 1997.
8. Heidegger M. *El ser y el tiempo*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 1996.
9. Gadamer H G. *Verdad y método*. Salamanca: Sigueme, 2007.
10. Zuazo J I. Aspectos del cuerpo en psiquiatría: (I) Sobre cuerpo psíquico y sustratos corporals. *Anales de Psiquiatría* 2007; 23, 6: 273-294
11. Freud S. *La represión*. Obras Completas. Tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
12. Apel K O. El concepto filosófico de verdad como presupuesto de una lingüística orientada al contenido. En: Apel K O. *La transformación de la filosofía*. T. 1. Madrid: Taurus, 1985.
13. Freud S. *Lecciones introductorias al psicoanálisis*. Obras Completas. Tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva, 1973.
14. Cavell S. *Les voix de la raison*. Paris: Seuil, 1996.
15. Pastorini Ch. Wittgenstein et la reconnaissance d'Autrui. *Philosorbonne* 2007-2008; 2: 111-129.
16. Zuazo J I. Sobre experiencia y psicoterapia: (II) Consciencia, símbolo y sistema psíquico relacional. *Anales de Psiquiatría* 2006, 22: 35-51.
17. Zuazo J I. Sobre la emoción y el sentimiento: lenguaje verbal y sistema de relaciones objetales: I) sentimiento y significado. *Anales de Psiquiatría* 2002; 18, 1: 1-17.
18. Zuazo J I. Sobre la afectación (III): Identidad, duración y afectación. *Anales de Psiquiatría* 2003; 19,7: 279-290.
19. Kuhn R. *Psychopharmacologie et analyse existentielle*. *Rev Int Psychopatol* 1990; 1:43-67.
20. Zuazo J.I. Sistema de relaciones objetales, conjunto clínico elemental y estilo de personalidad (I): estilos obsesivo, histérico, temeroso evitador, temeroso dependiente. *Anales Psiquiatría*, 16, 7, 2000: 268-279.
21. Zuazo JI. El símbolo, consciencia y no consciencia: aspectos clínicos. *Psiquiatría Pública* 1999; 11, 2: 98-105.

22. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
23. Kernberg O F. Trastornos graves de la personalidad. Mexico: Manual Moderno, 1987.
24. Cloninger C R. Biology of personality dimensions. *Current Opinion in Psychiatry* 2000; 13: 611-616.
25. Zuazo J I. Psicosis delirantes y sistema de relaciones objetales (II): La contradicción psicótica, el ego y el alter, formas clínicas. *Anales de Psiquiatría* 2001; 17, 3: 109-118.
26. Zuazo J I. Psicología y psicopatología de los conflictos. Las oposiciones lógicas (I): dimensiones semánticas, metáforas, elaboraciones mediante el símbolo. *Anales de Psiquiatría* 2004, 20,7: 299-322.
27. Zuazo J I. Sobre la afectación (I): Afectación y sentires. *Anales de Psiquiatría* 2003;19, 6:217-234.
28. Eco U. *Kant et l'ornithorynque*. Paris: Grasset, 1999.
29. Jaspers K. *Psicopatología general*. Buenos Aires, Beta 1966.
30. Lacan J. *Le Seminaire. Livre 3, Les Psychoses*. Paris: Seuil, 1981.
31. Descartes R. *Méditations métaphysiques*. París, Nathan, 1983.
32. Wittgenstein L. *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Crítica, 1988.
33. Alvarez J M. Los fenómenos elementales de la psicosis. *Cuadernos de psicoanálisis de Castilla y León* 2001; 3: 39-59.
34. Craddock W, Owen M J. Reconsideración de las psicosis: Actualmente las desventajas de una clasificación dicotómica superan a sus ventajas. *World Psychiatry (ed Esp.)* 2007; 5: 2.
35. Rosch E. Natural categories. *Cognitive Psychology* 1973; 4: 328-350.
36. Kleiber G. *La semántica de los prototipos. Categoría y sentido lógico*. Madrid: Visor, 1995.
37. Chadwick P, Bierchwood M, Trower P. *Cognitive Therapy for Ilusions Voices and Paranoia*. Chichester: Wiley, 1996.
38. Ramos Gorostiza P, Rejón C. *El esquema de lo concreto*. Madrid: Tricastela, 2002.
39. Zuazo J I. Sobre la psiquiatría, la salud mental, el c.s.m. y asuntos de ese tipo. *Norte* 2001; IV, 11: 29-39.
40. Zuazo JI. Distancia oportuna y dependencia madura. *Psiquis* 2000; 21, 1: 55-63.
41. Zuazo J I. Psicosis delirantes y sistema de relaciones objetales (I): Parecer y aparecer. Mundo posible actual y certeza delirante. *Anales de Psiquiatría* 2001; 17, 3: 100-108.
42. Schneider K. *Psicopatología clínica*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología, 1997.
43. Lersch P. *Estructura de la personalidad*. Barcelona: Scientia, 1968.