

Me tiene controlada la habla: acercamiento al discurso esquizofrénico desde la semiótica de las pasiones

Me tiene controlada la habla: An Approach to Schizophrenic Discourse from the Semiotic of Passions

Jhennifer Rodríguez

*Maestría en Lingüística,
Universidad de Los Andes
jhennifer.rod@gmail.com*

Valmore Agelvis

*Departamento de Lingüística,
Universidad de Los Andes
agelvis@ula.ve*

Hernán Martínez

*Departamento de Lingüística,
Universidad de Los Andes
hernan.martinez@ula.ve*

Resumen

Este trabajo pretende analizar la manera en la que un sujeto esquizofrénico se inscribe en el discurso con atención a la forma en que organiza y externaliza sus sentimientos y creencias con respecto al trastorno que padece. Particularmente, se pretende señalar las pasiones presentes en sus construcciones narrativas. Para lograr este objetivo se recurrió al enfoque cualitativo a través del cual se describen e interpretan las experiencias de este paciente con esquizofrenia dentro de su propio marco de referencia y a partir de sus propias palabras y actos. Todo el análisis se enmarca dentro de la teoría de la enunciación y de las categorías de la semántica de las pasiones propuesta por Greimas & Fontanille (2002) y Fabbri (2000). Luego del análisis se afirma que la narración del sujeto esquizofrénico muestra el modo en que confluyen las pasiones humanas en su discurso. Igualmente en esta narración se muestra el estado de disjunción del sujeto debido a la relación conflictiva que tiene con su *otro yo*, que desemboca en una serie de programas narrativos insertos en el campo semántico de la desdicha humana y que representan la tragedia de esta enfermedad.

Palabras clave: Esquizofrenia, discurso, pasiones, semiótica.

Abstract

This qualitative case study analyzes the way a schizophrenic patient organizes his/her discourse for expressing feelings and beliefs regarding schizophrenia. In particular, passions found in narrative speech are described. The analysis is based on the Theory of Enunciation and on the Semiotics of Passions (Greimas & Fontanille, 2002; Fabbri, 2000).

The results show that the narrative speech made by the schizophrenic patient determines how human passions converge in discourse, and the disjunctive relationship the patient has towards the self. This results in a series of narrative texts that could be included in the semantic representation of human misfortune showing the tragedy behind this disorder.

Keywords: Schizophrenia, discourse, passions, semiotics.

1. INTRODUCCIÓN

Es de creer que las pasiones dictaron los primeros gestos y que arrancaron las primeras voces... No se comenzó por razonar sino por sentir. Para conmover a un joven corazón, para responder a un agresor injusto, la naturaleza dicta acentos, gritos, lamentos. He aquí las palabras más antiguas inventadas y he aquí por qué las primeras lenguas fueron melodiosas y apasionadas antes de ser simples y metódicas...

Jean-Jacques Rousseau

La dicotomía normal/anormal para definir la conducta de un individuo ha estado presente en todas las épocas, sociedades y culturas y va de la mano con el sistema de normas que estén vigentes en los determinados contextos. La definición de 'lo anormal' o 'patológico' está históricamente emparentada con la actividad mental de los individuos ya sea por sus habilidades, actitudes o adaptación incorrecta en determinadas situaciones. Esta etiqueta, según Foucault (1998), ha pretendido calificar y corregir a aquellos individuos que se desvían del camino de la convención social, convirtiéndolos así en seres observados, temidos, evaluados y expulsados debido al peligro que conllevan.

La existencia de enfermedades mentales ha sido documentada desde la antigüedad, la imagen del loco se ha transformado múltiples veces, creyéndose inicialmente que se debía a posesiones del alma debido a un castigo divino por los pecados cometidos, relacionándolo con el aspecto ominoso y terrorífico de la vida humana. Más recientemente, se le atribuye a un desequilibrio neuronal y psicológico. En todo caso, siempre se hace referencia al colapso mental que sufre el individuo.

Este hecho ha dado pie a innumerables construcciones artísticas de la locura. Cervantes, Poe, Cortázar, Stevenson, Dostoievski, Shakespeare, Breton, Wilde en la literatura; Goya, El Bosco, Dalí en la pintura; desde el cine con *El club de la pelea*, *Una mente brillante*, así como el personaje de Gollum en *El señor de los Anillos*, son solo algunos de los que han utilizado este recurso, que imprimen ese vestigio de locura en sus personajes mostrándose casi siempre en una versión malvada del yo. Es ese doble que definió Freud en 1919 como el reflejo del sujeto que representa todos los instintos censurados por la presión social instituida.

Este estudio se propone comprender la forma en que habitan el discurso los sujetos con esquizofrenia lo cual, necesariamente, debe realizarse desde la interdisciplinariedad entre la psiquiatría y los estudios lingüísticos. Nos planteamos estudiar, desde la teoría de la semiótica de las pasiones, la manera en que el esquizofrénico expresa su vida emocional a

partir de situaciones ordinarias de producción del discurso. Asimismo se abordarán, desde una visión holística, las diversas alteraciones del lenguaje en estos sujetos, entendiendo además que el discurso y aún más el discurso patológico influye en el contexto familiar, social y cultural.

Con base en lo expuesto, este trabajo pretende analizar la manera en la que los sujetos esquizofrénicos se inscriben en el discurso con atención a la forma en que organizan y exteriorizan sus sentimientos y creencias con respecto al trastorno que padecen. Particularmente, trataremos de señalar las pasiones presentes en las construcciones narrativas del sujeto estudiado.

1.1. La pesadilla de la esquizofrenia

En primer lugar, es necesario abordar la concepción de sujeto que Lacan (1978) propuso para hacer referencia a los psicóticos, despojándolos de la etiqueta de pacientes o enfermos. Este autor propuso que debe utilizarse el término *sujeto* en tanto que este “tiene un decir, en tanto hay palabra (...) creando un mundo y un lenguaje propio que alberga un sentido”. El psicótico es, pues, un ser humano y no un objeto.

El mundo del esquizofrénico es muy distinto al de los que no han experimentado similar alteración, de allí que sea incluso en nuestros días un trastorno difícil de explicar. Fue a mediados del siglo XX cuando este trastorno obtuvo gran atención entre los círculos psiquiátricos, siendo Emil Kraepelin (1856-1926) quien describiera inicialmente lo que denominaría como demencia precoz. Sin embargo, el término ‘demencia’ fue refutado debido a que no existen pruebas de que se produzca una degeneración progresiva del cerebro durante el trastorno. Es así como años más tarde Eugen Bleuler (1857-1939) introdujo el término ‘esquizofrenia’, traduciendo esta palabra como ‘escisión de la mente’. Bajo esta concepción es posible considerar que se trata más de una desconexión del *yo* con el pensamiento y con la realidad que un trastorno cerebral.

La esquizofrenia tiene diversas caracterizaciones para definir su cuadro clínico, no obstante, en esta ocasión nos restringiremos a los criterios propuestos por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) en su última actualización del año 2013, que postula dos tipos de síntomas característicos de la esquizofrenia: los síntomas positivos, que reflejan una distorsión en las conductas y experiencias (ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, conducta desorganizada y catatónica); y los síntomas negativos, que reflejan la ausencia o déficit de las conductas que en situación normal deben estar presentes (aplanamiento afectivo, poco lenguaje y abulia). Además, en general, también se afirma como síntoma la desintegración del *yo* y la irrupción e invasión del inconsciente.

La esquizofrenia, entonces, implica disfunciones cognoscitivas, conductuales, psíquicas y emocionales, incidiendo así en el aislamiento social, en especial por la conducta agresiva y destructora, producto de la distorsión de la realidad que presenta el sujeto (Gorn, 1999). Cabe señalar que estos síntomas no se presentan de la misma manera en todos los sujetos afectados, sin embargo la bibliografía insiste en presentar el deterioro del lenguaje como uno de los síntomas más sobresalientes del trastorno (cf. Laguna & Vayreda, 1993; Gorn, 1999; Kalikstein, 2001; Figueroa, 2001; Marini *et al.* 2008 y Salavera & Puyuelo, 2010).

Desde la perspectiva del psicoanálisis, el desarrollo de la esquizofrenia está relacionado con la formación del *yo* desde la primera infancia hasta la adolescencia y se considera que los vínculos afectivos, patrones comunicacionales y experiencias traumáticas son desencadenantes del trastorno. Para esta corriente teórica el inconsciente¹ está estructurado como un lenguaje, cuyo fin es dar cuenta de la constitución del sujeto. Así “en tanto el lenguaje define el orden de la cultura, el inconsciente no puede ser entendido si no es en función de aquél lugar teórico que Lacan denomina *gran Otro*”² (Imbriano, 2001), es decir, el inconsciente emerge mediante el lenguaje que está constituido a su vez por el bagaje cultural y social que poseemos. Es por ello que se describe al esquizofrénico como el sujeto que es hablado y manipulado por el lenguaje, el “inconsciente entonces tiene una estructura lingüística” (Álvarez & Colina, 2011:143).

Basándose en ese hecho, Lacan (1978) explica el conflicto de la siguiente manera: el ser humano nace con un sistema nervioso central prematuro que necesita la asistencia externa (la madre) para subsistir, construir una barrera defensiva contra los estímulos externos y desarrollar el psiquismo. En la siguiente etapa debe construir su imagen corporal y su *yo* mediante el reconocimiento de su reflejo en el espejo, situación que lleva a que se desarrolle un intento de matriz simbólica en el niño. Seguidamente el individuo recibe un primer significante del mundo a través de lo que se denomina ‘nombre del padre’³ y con ello instaura la actividad simbólica del sujeto que permite luego el acceso a la cultura, al *gran Otro*. Cuando este proceso falla el sujeto “no encuentra en el lugar del Otro un significante, lo que produce un rechazo que implica tanto lo simbólico como lo real, desembocándose luego bajo la forma de la alucinación verbal y el extrañamiento de sí mismo y del mundo” (Imbriano, 2001:3). Es a través de estas alucinaciones que el inconsciente reprimido emerge brutalmente haciendo que el esquizofrénico se vea obligado, metafóricamente, a vengarse del destino por lo que los padres no pudieron realizar.

Su infantil psique fue violentada de tal manera que la continuidad de la barrera psíquica que hace la integridad de un sujeto que dice ‘yo’ para saberse como un hombre entre los hombres, se halla resquebrajado y trata de recoger sus pedazos en el cuerpo o las palabras de los otros con lo que intenta hacer un enlace transferencial. (Gorn, 1999:208)

De allí surge la despersonalización, la falta de sostenimiento del *yo* y su consecuente relación dual imaginaria, es decir, la presencia invisible e inquietante del ‘otro’⁴, lo que da como resultado que el sujeto resuelva su tensión con la agresividad, la producción de vociferaciones y escenas obscenas. Vale acotar que varios autores consideran que las alucinaciones verbales son tanto un problema como una solución, ya que estas han sido

¹ Instancia a la cual la consciencia no tiene acceso y que se manifiesta en una serie de formaciones, entre ellas los sueños (Warren, 1966).

² El *gran Otro* es el “lugar que nos provee los significantes que abonan nuestro inconsciente (significantes de la madre, del padre, de la cultura, la sociedad, la escuela, etc.), Por su parte, el *otro* (con minúscula) son los sujetos semejantes a nosotros (Massone & Buscaglia, 2006:172).

³ Se trata de la función paterna como el soporte de la actividad simbólica de cada sujeto y articulador de la norma social (Warren, 1966).

⁴ Término acuñado por Freud para nombrar la parte primitiva, desorganizada e innata de la personalidad, cuyo único propósito es reducir la tensión creada por «pulsiones» primitivas relacionadas con el hambre, lo sexual, la agresión y los impulsos irracionales.

consideradas como una función auto regulativa para el propio sujeto pues aparte de censurar, criticar e inculpar, también aportan consejos, advertencias, toma de decisiones y compañía (cf. González & Rejón, 2002; García & Pérez; 2003; Olivos, 2009; Franco, 2010 y Báez, 2012).

Esta escisión del pensamiento característico de la esquizofrenia se refleja en una serie de alteraciones del lenguaje que provocan que se considere el discurso de estos sujetos como desorganizado, poco práctico e inadecuado en los diversos niveles lingüísticos, especialmente el semántico y el pragmático.

En estudios como los realizados por Báez (2012) y Salavera & Puyuelo (2010) se ha indicado que la pronunciación y la gramática parecen estar en un estado normal, pero cuando se evalúan los aspectos semánticos y pragmáticos, en personas con esquizofrenia, sobresalen los siguientes problemas: dificultades en el procesamiento lingüístico y la competencia interpersonal; dificultad para mantener una conversación coherente e inteligible con ellos; carencias de discurso espontáneo por instantes y un exceso en otros; monólogos; falta de referencialidad; dificultad para cambiar un tema a mitad del discurso; dificultades en el automonitoreo del habla a la hora de corregir errores que van desde la desorganización de ideas, desviación del significado, selección de palabras, inadecuación sintáctica, fallos fonéticos e inapropiado volumen de voz y de la prosodia; dificultades para tomar en cuenta al interlocutor y las necesidades informativas de estos, así como el uso de palabras poco frecuentes que hacen ver su discurso como peculiar en relación con un sujeto 'normal'.

Por otra parte, Báez (2012) y Salavera & Puyuelo (2010) también evidencian que en la esquizofrenia la desorganización del discurso se asocia con la emoción, y se dan casos de aumento de desorden en el discurso al tocar temas negativos, afecto inapropiado, dificultad para distinguir entre secretos y pensamientos expresados y, en ocasiones, una prosodia plana para expresar emoción.

A pesar de que con estas descripciones se ha pretendido caracterizar el discurso del sujeto con esquizofrenia, algunos investigadores como Laguna & Vayreda (1993) y Belinchón (1988) proponen que el discurso esquizofrénico no es patológico sino uno con características propias, y se sustentan en un número elevado de estudios realizados en el contexto psiquiátrico que han demostrado que los rasgos característicos de este tipo de discurso trastornado constituye solo una mínima parte en la producción verbal de los sujetos, aunado al hecho de que estos rasgos aparecen en otros tipos de psicosis e incluso en sujetos normales. También se ha encontrado que la aparición de estos problemas en el discurso esquizofrénico no es un conjunto estable de alteraciones ya que pueden cambiar de un sujeto a otro.

1.2. En la narración está la interpretación de la vida.

Ya descritos de manera general los problemas a nivel lingüístico que tienen los sujetos esquizofrénicos nos adentraremos en la aproximación teórica que utilizaremos para llevar a cabo nuestro estudio, no solamente desde la descripción del sistema sino dando cuenta del discurso de estos sujetos: cómo se producen los sentidos, quién los produce, en qué

circunstancias, para quién y con qué intencionalidad. Por lo tanto, será el análisis semiótico el que nos ayude a movernos entre los problemas de la subjetividad de los esquizofrénicos a través de la teoría de la enunciación.

Benveniste proponía que la enunciación implica el “poner a funcionar la lengua por un acto individual de utilización” (1974:83), es decir, que la enunciación es el proceso de producción lingüística que produce un enunciado. La enunciación, además, se da mediante la apropiación del “aparato formal de la lengua” a través del cual el sujeto enuncia su posición de locutor e implanta la presencia del otro. De esta manera se hablaría no de un individuo anterior al lenguaje sino de un individuo que nace en el discurso, en cuanto que habla. Esta teoría entonces se fundamenta en la subjetividad ya que “es en y por el lenguaje como el hombre se constituye como *sujeto*; porque solo el lenguaje funda en realidad, en *su* realidad que es la del ser, el concepto de ‘ego’ (...) la capacidad del locutor de plantearse como ‘sujeto’” (Benveniste, 1971:180). De esta manera, la enunciación es siempre un *yo* dirigiéndose a un *tú*, incluso si se habla para las paredes, como destacaba Lacan.

Pero la enunciación solo puede ser perceptible si es articulada o narrativizada, entendiendo aquí la NARRATIVIDAD como el principio organizador de todo discurso, el hilo conductor en el proceso de significación (Greimas & Courtés, 1991:274). Es así como la semiótica de la segunda generación, dejando de lado los formalismos estructuralistas, considera que la estrategia narrativa moviliza el entramado discursivo a partir de la pasión que rompe la homogeneidad de la vida e instala la continuidad de las cosas. De esta manera, se toma la pasión como categoría semiótica en la que la relación entre dos individuos se establece a partir de las emociones que conducen a la transformación del sentido y del discurso.

Las pasiones, al igual que el lenguaje, forman un componente social en la medida en que son formas de interacción, por lo que también conllevan un determinado comportamiento que funciona como el marco de las posibilidades de actuación e interpretación por parte del locutor que dependen de la pasión que esté experimentando (Ceballos, 2006). Así, cada pasión tiene una narración básica, un argumento típico que va cambiando de acuerdo con los desencadenantes, las intensidades y los comportamientos que provoca, de allí nacen los ‘planes narrativos’ propuestos por Greimas y Fontanille (2002).

Siguiendo esta línea, Marina y López (1999) proponen tres campos pasionales básicos, representados por emociones eufóricas (sentimientos positivos) o disfóricas (sentimientos desagradables): 1. las emociones de aversión y atracción, como el dolor y el bien respectivamente; 2. las emociones de capacidad de control, como la ira o la depresión; y 3. las emociones de confrontación con las normas o expectativas sociales, como la culpa, el orgullo o el desprecio.

De esta clasificación, y recordando que en la semiótica las pasiones funcionan como procesos, se desarrollan los cuatro componentes para el estudio de las pasiones según Fabbri (2000): el *componente modal*, en el que las pasiones se conforman por las combinaciones de *poder*, *saber*, *querer* y *deber* que conllevan a los sujetos a realizar algo; el *componente temporal*, pues cada pasión tiene su propia temporalidad, por ejemplo, la esperanza se refiere al futuro y la decepción al pasado; el *componente aspectual*, que tiene que ver con el despliegue característico propio de cada pasión, cómo se desarrolla en el

sujeto que la experimenta y, finalmente, el *componente estésico*, que son los cambios del estado físico que se producen a través de una determinada pasión y que se dan en el lenguaje a partir de las descripciones de la corporeidad del sujeto pasional, por ejemplo, la ira que genera acaloramiento.

Este modelo permite comprender los discursos y hacer inferencias de ellos mediante el universo pasional que está formado por un sistema de representaciones semánticas básicas que son el resultado de la experiencia y que adquieren un formato narrativo.

2. METODOLOGÍA

Para entender mejor el mundo esquizofrénico debemos apreciar la alteración desde la perspectiva de un sujeto que experimente dicha situación. Por ello, para lograr el objetivo propuesto se recurrió al enfoque cualitativo a través del cual se describirán e interpretarán las experiencias de una paciente con esquizofrenia dentro de su propio marco de referencia y a partir de sus propias palabras y actos.

Por otro lado, este trabajo se enmarca dentro la teoría de la enunciación, en función de la cual se analizarán las formas y los contenidos, y servirá para desarrollar el objetivo que se plantea en el presente estudio desde las categorías de la semiótica de las pasiones propuesta por Greimas y Fontanille (2002) y Fabbri (2000).

2.1. La entrevista

Se realizaron tres entrevistas semiestructuradas a una mujer diagnosticada previamente como esquizofrénica. Estas entrevistas se llevaron a cabo entre septiembre y noviembre de 2014 en los espacios del área de psiquiatría del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. La duración cada entrevista varía entre los 30 y los 40 minutos.

Esta paciente fue informada sobre los fines de esta investigación y dio su consentimiento para participar en ella. Asimismo, en todo momento estuvo consciente que se le estaba grabando pues la grabadora se situó en un lugar visible.

Las grabaciones de las entrevistas se transcribieron ortográficamente intentando hacerlo de una manera sencilla para no dificultar su lectura, aunque esto no se logró del todo, precisamente por las características de este tipo de discurso, en especial por la cantidad de hesitaciones y pausas presentes.

2.4. Método para el procesamiento del discurso esquizofrénico

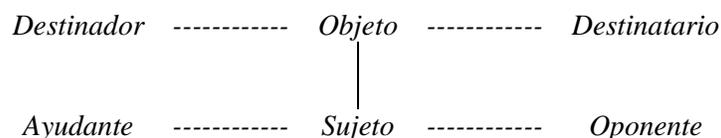
Como se expuso en el apartado 1, nos enfocaremos en la semiótica de las pasiones a partir de las propuestas de los modelos actanciales de Greimas y Fontanille (2002) y de Fabbri (2000). Para ello tendremos como unidad de análisis los eventos discursivos producto de la interacción de los hablantes esquizofrénicos y que contienen los distintos tipos de huellas: las del inconsciente, las de las condiciones sociales, las de la propia vida del narrador, etc.

Siguiendo este modelo entendemos que el sujeto que narra es quien experimenta y expresa los eventos pasionales. La narración proporciona así un sentido de la acción y de la pasión, y describe cómo actúa el sujeto que se encuentra determinado por un carácter, un estado de ánimo y unos acontecimientos. Asimismo, las acciones del sujeto no se encuentran solo en el contexto de la narración sino en un contexto situacional particular. Por lo tanto, para dar cuenta de esta dimensión actancial el análisis se llevará por medio de los componentes modales, temporales, aspectuales y estésicos.

Simultáneamente con este análisis, el modelo requiere de la identificación y caracterización de las pasiones por medio de la reconstrucción léxica de los términos pasionales construyendo esquemas que permiten ver las relaciones que hay entre los sujetos y el mundo.

Este modelo de organización de la narratividad de Greimas y Fontanille (2002) nos permitirá el análisis de la función narrativa del personaje, donde se evidencian las variantes: *sujeto* y *objeto*. Para este modelo el *objeto* es lo que el *sujeto* se pone como meta. Este sujeto cuenta con la presencia de dos entes: un aliado que lo ayuda a conseguir el objeto anhelado y un oponente que obstaculiza su objetivo. Para alcanzar la meta, además, existe un situación que propicia la persecución del objeto (destinador) y un fin del objeto (destinatario), apareciendo de esta manera las relaciones de unión o separación entre el sujeto y el objeto ansiado (Labarca, 2013: 25).

Figura 1: Relaciones actanciales y los ejes que las articulan



3. ANÁLISIS DE LOS DATOS

En la narración de la paciente que participa en esta investigación existe la constante de la obsesión, la vergüenza, la culpa, la tristeza, la esperanza hacia un ente divino o hacia el personal médico, con su consecuente resignación y la inseguridad ante el futuro. Para entrar de lleno en el análisis de las pasiones se ha realizado una selección de eventos discursivos que describen las vivencias profundas y personales de la esquizofrenia.

El programa narrativo de la participante comienza con una perplejidad ante la situación que padece. Seguidamente reflexiona las causas por las cuales considera que es tildada como esquizofrénica. Como enlace recurre a señalar el rechazo social (tanto externo como familiar) como una de las constantes que tiene que soportar en su día a día, lo cual le provoca retraimiento y soledad. Esto desemboca en la narración de alguno de sus síntomas o de un episodio psicótico vivido y que desencadena una serie de hechos que la llevan a sentirse culpable y avergonzada. Finalmente, afirma sus ganas de sanarse, pero al ver que médicamente no logra el objetivo exterioriza su resignación ante la vida que ya no es vida.

Así pues, el sujeto queda modalizado en el *querer-hacer*, en ese aspirar aliviarse, pero que está soslayado por un *no poder-hacer*, debido a que no hay una cura para su mal, la resignación es lo único que le queda.

La narración de la participante con esquizofrenia que analizamos gira en torno a una estructura polémica entre ella, como *sujeto* del esquema narrativo y un *anti sujeto* “antropomorfizable en forma de conflicto” (Greimas & Courtés, 1991:20) por su relación de contrariedad. Antisujeto al que debe enfrentarse para conseguir el objeto de valor anhelado: la sanación, una mente sana. Esta confrontación entre las dos actantes las convierte en sujetos de la interacción que realizan operaciones cognitivas y manipulaciones modales. De esta manera, en el marco de esta estructura polémica lo que se busca “es el ejercicio de ambas partes de un poder-hacer dirigido a hacer imposible el ejercicio del poder-hacer del antagonista” (*id.*: 22), lo cual lo convierte en un conflicto de dominante/dominado.

El meollo de esta narración se presenta debido a que quien narra es un sujeto clínicamente patológico. Es un sujeto que

(a) tiene la mente presionada (...) enredada

y que como síntoma característico de la esquizofrenia padece de una despersonalización, es decir, la presencia del *otro*, como veremos a continuación:

(b) Es como que alguien me tiene

(c) Oigo voces por dentro, no es que tenga alucinación, no, sino que yo oigo que me hablan

Ella no es otra que el antisujeto que tratará por todos los medios evitar que alcance el objeto deseado. Hay que recordar que el esquizofrénico considera que no vive una vida plena ya que siente la presencia de ese algo extraño, que “parece una parte escindida de la psique de sí mismo” (Muñoz, 2013:84). El sujeto pierde el dominio de su propio *yo* dejando instaurar un *yo* ajeno que parece dominar su vida y que la transforma en una tragedia y, siendo la tragedia la disjunción del estado de perfección, se da paso a esa ruptura que pone en movimiento la narratividad. Como señala Labarca “lo trágico está determinado por un *hacer*, un acontecimiento que cambia el curso de la narratividad (...) trastoca al sujeto, cambia el estatuto particular del objeto y la relación sensorial entre ambos” (2013:82).

Según la participante, su experiencia psicótica empieza a través de un sueño cada vez que intenta dormir por las noches:

(d) Yo lo que siento es que me acuesto a dormir (...) y ya cuando ya me quedo entre dormida entonces veo que estoy doblando ropa, que estoy doblando pantalones, que, que, que estoy llevando cosas que no son mías (...) le llevo un café a otro, le doy el café, cuento el café, cuento otro café; las empanadas...

Para Parellada (1946) las alteraciones de los sueños es una sintomatología típica de la psicosis, produciéndose situaciones oníricas extrañas, desagradables, trágicas y terroríficas. Para la paciente los sueños que trae a colación durante la entrevista están relacionados con su antiguo trabajo como servidora en un hogar. Se evidencia su obsesión con respecto a mantener todo en perfecto orden, en especial lo referente a la ropa: las combinaciones de colores, que se mantenga bien planchada y doblada.

La obsesión se convierte en la primera pasión presentada por nuestra hablante para referirse a su trastorno. Según la RAE (2014) este término contiene dos acepciones: 1. “Perturbación anímica producida por una idea fija”; y 2. “Idea que con tenaz persistencia asalta la mente”. Por su parte, Marina y López (1999) consideran que la obsesión implica una atención esforzada, un afán que vacía al sujeto de su propia vida al ponerla por entero en otra persona. La obsesión a su vez tiene como desencadenante la ansiedad que es la que empuja a la paciente a colocar cada objeto en el orden preciso y la necesidad de repasar una y otra vez lo que ha hecho.

Hasta aquí no encontramos más que una idea delirante de la paciente. Sin embargo, al adentrarnos en su discurso, conseguimos la presencia de este otro ser que intenta desorganizar su orden y desata el conflicto:

- (e) Es otra, como que está detrás de mí, está detrás, sí, está detrás de mí y ella está equivocándose en todo lo que yo quiero hacer bien, ella me lo equivoca en mal.

Este es el primer vestigio donde ambos sujetos confluyen. Se comienza a ver la presencia del miedo por ese ser extraño y lo que pueda llegar a hacer:

- (f) ...Porque no sabe uno si, por ejemplo (...) **ella se vuelve yo** ¿verdad?, pero yo no, entonces **como no soy la yo misma** me enfermo y camino para allá y para acá y no siento descanso.
- (g) Nunca la he visto, a ver quién será la que está detrás de todo esto. Porque puede ser una mujer que quiere hacer un mal o que me quiere hasta matar a mí.

En este evento pueden observarse los matices del miedo. El sujeto de la narración ha comenzado a sentir temor por esta amenaza desconocida que no se deja ver y que incluso puede llegar a matarla. Es precisamente este ente que emerge del fondo inerte de la rutina el que provoca estas respuestas afectivas. El miedo, según Marina y López (1999), se encuentra inmerso dentro de la dimensión de activación/depresión. El miedo presenta un comportamiento contradictorio ya que, a diferencia de la alegría que es únicamente activadora, este puede provocar tanto actividad como paralización.

Para la RAE el miedo es 1. “Una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo o daño real o imaginario”, así como 2. “Un recelo o aprensión que alguien tiene de que le suceda algo contrario a lo que desea”. Recordemos que el objeto del deseo es lograr la sanación, que se ve afectada por la aparición repentina de este antisujeto (¿imaginario?) que se ha dado a la tarea de desorganizar su pensamiento. Por lo tanto, es lógico pensar en que la aparición del miedo en la paciente cumpla su función característica: la de supervivencia.

Así, ella espera no ser sometida por *la otra*, aunque en su intento no lo logra, activando así el mecanismo de la sumisión para evitar la intensidad del daño posible:

(h) Yo voy a hacerle caso porque no se sabe quién es.

Al activarse la sumisión por parte de la participante la lucha entre ser la dominada o la dominadora se quiebra. El anti sujeto se apropia por completo de su mente:

(i) Me tiene traducida la habla (...) hablando mendiga, hablando malicia, como el que habla con la malicia.

(j) Una persona, es una mujer que me tiene mabitada⁵.

Así comienza la intromisión de la voz del antisujeto que se impone y comienza un juego de críticas y mandatos con respecto a la actuación de la paciente dejándola temporalmente anulada. Esto provoca miedo, desconfianza e inseguridad que son sentimientos que “avisan de los riesgos que implica la continuación de la vida” (Marina & López, 1999:56).

(k) Cuando me acuesto a dormir téngalo por seguro que algo me, o, o me voy a poner una cosa y dice: «esa no se la ponga», es como la mente, «quítesela», «no», «ay, eso sí le queda feo», «ay, póngase bonita», «ay, no, esa bonita está rota, cósala, póngase a coserla». Me pongo a coserla, entonces me, me pongo a coserla y después dice: «no sabe ni meter la, el hilito en la aguja, porque no ve, póngase los lentes», «no tengo lentes», «entonces deja eso porque ya se volvió a enfermar otra vez de la cabeza».

(l) Me dice: «mire, eh, párate de ahí, vaya, tal cosa, gústele una cadena, gústele un anillo o tal cosa, para, para que desfogue eso».

Se puede observar que la presencia de la otra se caracteriza por un discurso dominante y crítico, abundante en verbos imperativos que pretenden activar a la paciente para realizar una serie de actos relacionados con la estética, con el verse bonita, seguramente relacionado con el hecho de que cuando niña a ella la llamaban ‘la joyita’ en el pueblo donde vivía y que repercutió luego en la obsesión que tiene por las prendas de adorno.

Dentro de la narración también encontramos los adyuvantes y oponentes, aunque para la paciente solo existen oponentes que ayudan a su anti sujeto a propiciar situaciones atroces para ella:

(m) Porque ella es como bruja, como bruja, como... Ella hace cosas, pero ella tiene, además, ayudantes, ¿ve? Tiene más ayudantes (...) es como que me hacen eso a mí para yo estar como martirizada por la mente.

Es esta dominación la que la lleva a la dimensión de la transgresión. La voz del anti sujeto obliga de algún modo a la paciente a cometer una serie de actos ‘contra su voluntad’ que se caracterizan por ser conductas reprochadas socialmente, haciendo pasar al sujeto de un

⁵ *Mabita*. Venezolanismo, término en desuso que refiere a la mala suerte. Según el *Diccionario de Venezolanismos*: “Coloquial. PAVA.”.

estado de miedo por lo que va a pasar a poner en acción esos mismos miedos como sujeto activo del proceso:

- (n) ...que yo no le hable a mi papá, que yo pelee con mi papá, que pelee con mi mamá, que pelee con mis hermanos, que salga llorando, que grite, que llore, que me quite la ropa, que camine pelada, que no me ponga ropa de nada. ¡Ay, Dios mío, lo que me quiere hacer! Que camine por la calle, que se me revienten los pies de sangre (...) Y dice que corra por la calle y delante de todo el mundo para que me digan «loca, ¿a dónde vas, loca?»⁶. Como caminé desde Ejido hasta Mérida, desde Eji, desde Mérida hasta Ejido y ellos me dijeron «cojan, cójanse a esa loca», porque yo era caminando loca.

La turbación de esta paciente al verse dejada a la suerte de ‘esa mujer’ que la somete y la oprime, manejándola como un títere, la hace entrar en el siguiente estado del miedo: el pánico, haber tenido la sospecha de que algo iba a pasar y ver su temor realizado. Durante la entrevista este fue un momento cumbre porque la paciente se derrumbó emocionalmente, evidenciándose desde la cualidad vocal que empleó para exteriorizar su discurso hasta el hecho de que llorara en medio de él. Marina y López (1999) caracterizan este sentimiento de desesperación como una aceleración de los procesos psíquicos como la inestabilidad emocional, sobre todo porque la tristeza se exterioriza mediante el llanto y las expresiones de pena, que son una petición de ayuda.

La transgresión de la paciente no es intencional pero en este mundo, construido en torno a un racionalismo extremo, cada cosa tiene que ocupar un lugar y ella se desvía. Hay pues que recordar que esta transgresión se da solo durante los episodios psicóticos, cuando el *otro* sale en todo su esplendor. Es el comportamiento socialmente desviado y moralmente transgresor el que causa el internamiento de muchos sujetos, “al intentar seguir una pauta idiosincrática de acción que choca con la rígida moral y orden jerárquico de la sociedad (...) Para ello pueden elegir auto inmolarse socialmente, dejando que la sociedad destroce su identidad, o morir (metafóricamente, aislados de la sociedad) al desafiar abiertamente el *statu quo*” (Méndez, 2003:466).

Desde luego, cuando la transgresión ha finalizado y el sujeto esquizofrénico vuelve en sí, la culpa entra en juego y lo invade. Esta auto sanción es otra fase del esquema narrativo que representa fundamentalmente un juicio por un *deber-ser* y un *deber-hacer*. La sociedad impone una serie de normas y modelos de comportamiento que sirven para juzgar a los demás y a nosotros mismos, y que se dan por el deber y el miedo al castigo.

En español los términos *culpa* y *vergüenza* implican, como señalan Marina y López (1999:168), “una evaluación que el sujeto hace de sí mismo, directamente o a partir de la imagen que tienen los demás de él (...) Los humanos hacen cosas por el qué dirán, siguen las reglas con sumisión o las transgreden con miedo, rebeldía, indiferencia o arrepentimiento”. Por lo tanto, se trata de sentimientos íntimos y a la vez sociales que influyen poderosamente en las acciones. En el caso de esta paciente, es su *otro yo* el que la

⁶ En este punto de su discurso la paciente comenzó a llorar.

lleva a romper las normas sociales produciéndole una especie de mezcla entre vergüenza y culpa:

- (o) Yo, yo tengo la ropa puesta, yo no me la estoy rompiendo, por favor, yo no le robo a nadie, yo le pido, yo... Si alguna cosa yo quiero de ella o quiero de usted yo le digo regálemela si puede, sino yo no se la quito así de por las malas, yo no soy ninguna agresiva.
- (p) Que me ponga a gritar ofensas, malas palabras a mi padre, que le diga maldito a mi padre. Yo no puedo maldecirlo porque me puede caer a mí, Dios. Uno a los padres no los puede, y yo digo: «Si digo una mala palabra a mi padre, ¿qué será de mí? ¿Ah? ¿Y entonces quién fue el que me crió a mí?».

Marina y López consideran que no hay una distinción clara entre culpa y vergüenza, señalando que la única diferencia que se admite es que en la culpabilidad es el propio sujeto el que se evalúa negativamente y, en la vergüenza, son los demás; es el miedo a ser ‘mal visto’. Por lo tanto la vergüenza es “un estado de ánimo penoso ocasionado por la pérdida real, presunta o temida, de la propia dignidad” (1999: 175). Además, se añade que para sentir vergüenza el sujeto tiene que tener un modelo claro de comportamiento y saber cuándo es necesario ocultar o mostrar. Lo que le aflige, por tanto a la paciente es ser señalada por haber caminado desnuda en la calle, experiencia que le causó una impresión desagradable, en especial por los comentarios que le hacía la gente, haciendo énfasis en el peligro de que la agredieran sexualmente, intuimos que por sus experiencias traumáticas de niña, ya que en diversos momentos de la grabación hace referencia a este hecho y a su miedo a ser violada.

Otro elemento importante que indican Marina y López (1999) es el de la denominada ‘voz de la conciencia’, sujeto acusador que la cultura ha implantado como un sistema de ordenación social. Este elemento se encuentra muy en relación con el ideal del *yo* o *súper yo*, propuesto por Freud, encargado de los pensamientos morales y éticos impuestos por la cultura, y que se encarga de contrarrestar el *ello*, la parte primitiva y desorganizada de la personalidad.

El programa narrativo de la paciente finaliza con la desesperanza. La esperanza está relacionada con la espera de lo deseable. En este caso, por el contrario, el sujeto actante se ha resignado en la persecución del objeto deseado, ya no quiere seguir engañándose, ha sido vencido por su antagonista. Se trata de una situación en la que el sujeto no es lo bastante fuerte como para defenderse de un acontecimiento incontrolable, lo que acaba inhibiendo su motivación, se entra en una pasividad. Siendo así, no hay más acción, la narración debe culminar.

- (q) O sea, que yo no me encuentro, que, que, yo en, en, en el sentido de que, que yo, en mi, en mi cuerpo yo no me siento tranquila, yo me siento como, como el que no tiene tranquilidad nunca, no tiene descanso, no tiene, eh, estabilidad. No siento, eh, alegría con nada, ni con comida, ni con ropa, ni con nada, nada, nada me da alegría.
- (r) Siento una tristeza muy grande, ¿no? No por los que se murieron o por los que están vivos sino por la enfermedad que tengo, que yo no me curo, no me, no me, no me

siento alentadeza, alentarme, sanarme, que tome las pastillas y que siente, que sienta yo estabilidad de que, de que voy a estar bien, de que me voy a recuperar, ¿verdad, licenciada? Que usted tiene una esperanza de que va a salir de ese trauma que tengo, pero ese trauma que tengo no lo, no lo supero nunca. Yo no, no siento una alegría de saber que me voy a recuperar o que me voy a alentar, sino que cada vez más me está agobiando la enfermedad.

- (s) Sí, porque si nadie me acompaña y si yo estoy en las noches ahí como el que está muriendo y no dice nada, muriendo día y noche sin saber ni quién me va a ayudar, sino llorando... y así como, como aculumbada, en los ojos, los ojos así como espabilados (...) ¡Estoy alucinando!, estoy alucinando, estoy mal, discúlpeme que le levante la voz.

En esta historia la heroína no es la vencedora, es simplemente una víctima de sí misma reflejada en *la otra*, en ese anti sujeto que emergió para destruir y decidir completamente sobre la vida de las dos. La narradora no se ubica en un relato optimista, sino desde el punto de vista de la pérdida del objeto deseado, es pues por el contrario un relato pesimista. El derrumbamiento de la paciente es bastante emotivo; la desesperación y la desesperanza de no encontrar una cura a un estado mental es algo que solo un psicótico puede entender.

Así pues, pensamos el orden pasional de esta narración de la siguiente manera:

SURGIMIENTO DE LA OBSESIÓN/EPISODIO PSICÓTICO > MIEDO > [TRANSGRESIÓN] >
CULPA/VERGÜENZA

Las pasiones descritas están todas asociadas con la tristeza porque son desagradables y sombrías. La narración mostró el modo en que confluyen las pasiones humanas que, más que solo ser sentidas, requieren un desarrollo y una evolución que se resumen en el relato. Esta, por lo tanto, no es una vida contada en tiempo real, “sino en tiempo sentido, en la manera como se experimenta el tiempo. No es una imitación de la vida, sino una metáfora de la vida a partir de las sensaciones que esta produce” (Ceballos, 2006:253).

4. CONCLUSIONES

La esquizofrenia no puede ser otra cosa más que la interrupción de la homogeneidad de la vida, hecho sobre el que se comienzan a articular una serie de pasiones, que a diferencia de una persona ‘normal’, se viven con más violencia.

Los análisis del discurso de esta paciente permiten presentar una comprensión preliminar de las complejas elaboraciones discursivas desarrolladas por un sujeto que experimenta la esquizofrenia. Así que, lejos de lo que muchos estudios han señalado sobre los graves problemas del lenguaje en estos sujetos, encontramos en este primer acercamiento que se trata de alguien que elabora de manera muy apasionada sus experiencias a través del discurso, más allá de las fallas lingüísticas que pueda tener y que no afectan considerablemente la coherencia global del texto.

El análisis semiótico realizado con esta informante nos presenta el estado de disjunción, de ruptura con su objeto de deseo, debido a la relación conflictiva que tiene con su *otro yo*,

que desemboca en una serie de programas narrativos insertos en el campo semántico de la desdicha humana y que representan la tragedia de esta enfermedad.

La interpretación de este discurso desde la lingüística y el psicoanálisis, nos permitió adentrarnos en la misteriosa identidad del ser humano y su relación con el *otro* que está ahí como un antagonista con el que se tiene que establecer relaciones que resultan muchas veces disfóricas y destructivas. Pero, como explica Herrero (2011:2): “ni el mundo ni los otros pueden percibir directamente la conciencia o la interioridad del ‘yo’”. Para exteriorizar nuestra subjetividad debemos recurrir al discurso, único medio por el cual, como señaló Benveniste (1971), el sujeto se funda en la realidad y se vuelve *yo*.

Recordemos que el mismo Lacan consideraba que la función de la lengua dentro de la vida psíquica de cada sujeto es de suma importancia ya que es lo que nos amarra a la realidad. Como bien indican Álvarez & Colina (2011:146): “No otra parece la tragedia del esquizofrénico, la de comportarse como un poeta que alcanza lo más profundo de la palabra pero que, llegado a aquellas fuentes inescrutables del verbo, en vez de belleza y arte, encuentra persecución y voces extrañas”.

Referencias bibliográficas

Álvarez, José & Fernando Colina. 2011. Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. En Oscar Martínez, Nekane Sagasti & Olga Villasante (eds.). *Del pleistoceno a nuestros días. Contribuciones a la historia de la psiquiatría*. Madrid: Asociación española de neuropsiquiatría.

American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: APA.

Báez, Jairo. 2012. El delirio y el discurso: débiles referentes para arbitrar en la salud mental. *Tesis psicológica* 7, 18-39.

Belinchón, Mercedes. 1988. Hacia una caracterización empírica del lenguaje esquizofrénico: de la descripción estructural de los discursos a la reconstrucción de los procesos implicados en la producción verbal desviada. *Estudios de psicología* 33-34, 157-189.

Benveniste, Émile. 1971. *Problemas de lingüística general I*. México.: Siglo XXI.

Benveniste, Émile. 1974. *Problemas de lingüística general II*. México: Siglo XXI.

Ceballos, Maritza. 2006. Las pasiones: interacción y retórica. *Signo y pensamiento* XXV (49), 170-187.

Fabbri, Paolo. 2000. *El giro semiótico*. Barcelona: Gedisa.

Fernández, Carol & José Acevedo. 2010. Psicosis y lazo social: abordaje desde el dispositivo analítico lacaniano. *Tesis psicológica* 5, 30-45.

Figueroa, Alicia. 2001. *Aproximación al discurso esquizofrénico*. [Tesis de grado]. Santiago: Universidad de Chile.

- Foucault, Michel. 1998. *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, Angélica. 2010. *El lenguaje de la psicosis: el delirio*. Santiago de Cali: Universidad del Valle.
- Freud, Sigmund. 1919. Lo ominioso. En *Obras completas*, tomo XVII. Buenos Aires: Amorrortu.
- García, José & Marino Pérez. 2003. Reivindicación de la persona en la esquizofrenia. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud* 2(1), 107-122.
- González, J. & C. Rejón. 2002. El extrañamiento en la psicopatología: ¿despersonalización, desrealización, trastornos del yo? *Actas Esp. Psiquiátricas* 30(6), 382-391.
- Gorn, Jeannette. 1999. El discurso esquizofrénico. *Anuario de Investigación*, volumen I, 203-222. México: Departamento de Educación y Comunicación, UAM-Xochimilco.
- Greimas, Algirdas & Joseph Courtés. 1991. *Semiótica: diccionario razonado de la teoría del lenguaje*. Madrid: Gredos.
- Greimas, Algirdas & Jacques Fontanille. 2002. *Semiótica de las pasiones: de los estados de cosas a los estados de ánimo*. México: Siglo XXI.
- Imbriano, Amelia. 2001. *La psicosis: un hecho de lenguaje*. Buenos Aires: Universidad Kennedy.
- Labarca, María. 2013. *Lo trágico en la Medea de Séneca: un análisis semiótico*. [Tesis de maestría]. Mérida: Universidad de Los Andes.
- Lacan, Jacques. 1978. *Escritos*. México: Siglo XXI.
- Laguna, Encarna & Agnés Vayreda. 1993. Aplicación de un modelo pragmatolingüístico al análisis del discurso esquizofrénico. *Anuario de psicología* 59, 105-125.
- Marina, José Antonio & Marisa López. 1999. *Diccionario de los sentimientos*. Barcelona: Anagrama.
- Marini, Andrea; Alaria Spoleitini, Ivo Rubino, Manuela Ciuffa, Bri Prieto, Giovanni Martinotti, Giulia Banfi, Rocco Boccascino, Perla Strom, Alberto Siracusano, Carlo Caltagirone & Gianfranco Spalletta. 2008. The language of schizophrenia: an analysis of micro and macrolinguistic abilities and their neuropsychological correlates. *Schizophrenia research* 105(1-3), 144-155.
- Massone, María & Virginia Buscaglia. 2006. El yo hablado en un caso de psicosis. *Onomázein* 13(1), 159-176.
- Méndez, Carmen. 2003. Retórica de la esquizofrenia en los epígonos del modernismo. [Tesis de doctorado]. Madrid: Universidad Complutense.
- Muñoz, Pablo. 2013. Acerca del fenómeno del doble. *Verba Volant. Revista de filosofía y psicoanálisis* 3(1), 83-96.
- Olivos, Patricia. 2009. La mente delirante. Psicopatología del delirio. *Revista chilena de neuropsiquiatría* 47(1), 67-85.
- Parellada, D. 1946. Los sueños en la esquizofrenia. *Anales de medicina y cirugía* XIX (7), 23-30.

Real Academia Española. 2014. *Diccionario de la lengua española* (23^a ed.). En línea www.rae.es

Salavera, Carlos & Miguel Puyuelo. 2010. Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrenia. *Revista de logopedia, foniatría y audiología* 30(2), 84-93.

Tejera, María Josefina (dir.). 1993. *Diccionario de Venezolanismos*. Caracas: Universidad Central de Venezuela.