

VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2016.

# **Entrop(pi)(a). La psicosis como riesgo de desorganización en un servicio de salud mental. reflexiones a partir de una encrucijada clínica.**

Guillen, Julio.

Cita:

Guillen, Julio (2016). *Entrop(pi)(a). La psicosis como riesgo de desorganización en un servicio de salud mental. reflexiones a partir de una encrucijada clínica. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-044/733>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eATh/9Yf>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# ENTROP(PI)(A). LA PSICOSIS COMO RIESGO DE DESORGANIZACIÓN EN UN SERVICIO DE SALUD MENTAL. REFLEXIONES A PARTIR DE UNA ENCRUCIJADA CLÍNICA

Guillen, Julio

Université Catholique de Lille. Francia

---

## RESUMEN

En el presente trabajo proponemos introducir el término “entropía” para analizar el riesgo de desorganización en un servicio de Salud Mental en Francia frente a una situación específica. En psicoanálisis, Jacques Lacan lo ha utilizado en repetidas ocasiones, en particular para especificar el estatuto del goce. Aquí nos interesamos en los efectos que un paciente presentando síntomas paranoicos provoca en la organización del equipo de la unidad. Si bien la entropía ha sido sinónimo de desorden, de pérdida en el marco de las teorías clásicas, las teorías contemporáneas muestran que en el caso de sistemas complejos el incremento de la entropía puede dar lugar al orden. La situación que analizaremos, nos permitirá interrogarnos sobre los efectos de la imposibilidad de considerar el desorden de otra manera que como una amenaza justificando de este modo una actitud conservadora. En efecto, veremos que, partiendo de esta posición no cabe otra respuesta a los dichos del paciente, ciertamente delirantes aunque claramente lógicos, que una acción basada sólo en el saber médico y en la responsabilidad profesional. De este modo se encuentra una vía que permite restablecer el orden institucional anulando así toda inclusión articulada de la singularidad del paciente.

## Palabras clave

Psicoanálisis, Clínica, Psicosis, Hospitalización, Entropía, Desorden

## ABSTRACT

ENTROP(PI)(A). PSYCHOSIS AS A DISORGANIZATION RISK IN A MENTAL HEALTH SERVICE. REFLEXION ABOUT A CLINICAL CROSSROADS  
In this paper we propose to introduce the term “entropy” to analyze the risk of disorder in a Mental Health Service in France in a specific situation. This concept coming from Physics has also been used in Computer Science and communication models. In psychoanalysis, Jacques Lacan has repeatedly invoked it, especially to specify the status of the “jouissance”. Here we are concerned with the effects that a patient presenting paranoid symptoms triggers in the organization of the Unity. While entropy has usually been a synonym of disorder or loss within the framework of classical theories, contemporary theories show that in the case of complex systems, the increasing entropy can result in a new order. The analysis of this situation, will allow us to question the effects of the impossibility to consider the disorder other than as a threat, thus justifying a conservative attitude. Indeed, we see that, from this position, there is no other response to the patient discourse, clearly delusional though certainly logical, that an action based only on medical knowledge and professional responsibility. In this way the institutional organization can be restored so preventing all articulated inclusion of the patient’s singularity.

## Key words

Psychoanalysis, Clinic, Psychosis, Hospitalization, Entropy, Disorder

La demanda de un paciente en un Servicio de Salud Mental es difícilmente generalizable. Cada caso es particular y surge como un entrecruzamiento de múltiples circunstancias que han llevado a quien consulta a un impasse, a la ruptura de sus condiciones previas de vida, a una ausencia de respuesta posible a un evento, que pueden presentar múltiples modos de manifestarse. Por otro lado, los modos de presentación del sufrimiento individual no son independientes del contexto social y del momento histórico. Hoy en día, asistimos a un cambio evidente en el modo de presentación de los pacientes que llegan al servicio.

El sufrimiento, tal como el paciente lo expresa, incluye muchas veces el sentimiento de opresión por parte de una organización que lo aplasta o, al contrario, el vacío de un lazo frágil y evanescente con la misma. Los lugares del mundo que parecían estables hace unos años se han vuelto impenetrables en su solidez o inasibles en su insubstantialidad.

El porvenir está marcado por la evaporación o por la solidificación de las condiciones que permitirían a cada uno encontrar la manera particular de situarse como sujeto. Quizás, la condición para que este lugar pueda existir en su carácter subjetivo debe ser “fluidica”, dinámica, en el sentido de una ley que al mismo tiempo que lo determina, permita el cambio, la plasticidad y la novedad de lo imprevisible (recordemos que el término “fluidica” fue utilizado por Lacan para criticar la versión energética de la libido de Freud (Lacan, 1973)).

En este trabajo proponemos mostrar cómo el síntoma de un paciente que consulta en el Centro Médico Psicológico de una ciudad francesa, a quien llamaremos Ivo, se constituye como un impasse a todo tratamiento posible, pues en términos de “reducción del desorden” la organización genera una (no) respuesta de la institución que podría ser asimilada a un pasaje al acto. Antes de entrar en la breve reseña del caso, proponemos recorrer las nociones de “orden”, “desorden” y de “entropía” para argumentar nuestro análisis. Organización y psicopatología. En psicopatología, el concepto de “desorganización” es habitualmente utilizado para caracterizar un estado o un proceso ligado a los “trastornos mentales”. El término inglés utilizado para designar las diferentes categorías diagnósticas en el DSM es “disorder”, es decir “desorden” (American Psychiatric Association, 2013). En la versión utilizada en Francia, la traducción de dicho término es “trouble”. Como en toda traducción se opera un deslizamiento inevitable de significación, en este caso entre desorden, noción que presupone un orden en relación a la norma-

lidad (que para el DSM es estadística) y “trouble” que señala un problema, una dificultad aunque no contiene ninguna referencia a una organización - y menos aún estable - de la personalidad y de las funciones relacionadas. Sin embargo, en francés, “trouble” significa en primer lugar “estado de no limpidez, de no transparencia de un líquido”, lo que puede traducirse en español por a la palabra “turbio”. Nos interesa en particular la idea de “impureza” asociada al término que evoca una mezcla, la reunión de sustancias diferentes que no constituye un todo homogéneo, la introducción de un elemento extranjero que viene a alterar la pureza. (Todas las definiciones fueron consultadas en el Trésor de la Langue Française en su versión infomatizada (Trésor de la Langue Française, 2010)). En la teoría psicoanalítica, el sujeto aparece como efecto del (des) encuentro entre el “viviente”, entendido como el organismo biológico, y el lenguaje. Sin embargo, este “viviente” previo al encuentro es una extrapolación inalcanzable, una ficción teórica que nunca se realiza, del mismo modo que el lenguaje es indisoluble del acto de instanciación de la palabra (Lacan, 1953). El punto de superposición de estos dos campos diferentes es siempre singular y responde a la particularidad histórica de cada individuo. Ahora bien, siendo este individuo un montaje resultante de este encuentro, no puede, lógicamente, no ser turbio, puesto que la heterogeneidad es la base de su constitución. Aún más, es solamente en esa juntura, necesariamente fallida, que el sujeto deseante podrá encontrar un lugar. Es por esto que el sufrimiento localizado en el cuerpo, en el pensamiento, en el comportamiento o atribuido al entrono como causa, debe entenderse al mismo tiempo como una queja y como una última barrera de protección para el sujeto. En consecuencia, lo que justifica la intervención del analista no es un problema de adaptación o un disfuncionamiento identificados por una mirada externa sino, como lo afirma Lacan, el “trop de mal” (demasiado dolor) que el sujeto padece por preservar su deso (Lacan 1963-64). Volvamos ahora al concepto de “organización”.

De larga raigambre en la tradición psiquiátrica, es solidario de una representación de las funciones “mentales” y del funcionamiento neuro-psicológico como un todo organizado. El término “organizado”, en este contexto, significa que los diferentes elementos, procesos y funciones psíquicas, tienen una relación lógica entre ellos y que responde a una jerarquía anatómico-fisiológica, y que están al mismo tiempo subordinadas a un objetivo específico. En cuanto al organismo, la metáfora fundamental de la ciencia moderna es la de una máquina - hoy en día computarizada - en la que las diferentes partes están articuladas entre ellas de tal modo de respetar la armonía de la totalidad con el objetivo de funcionar de acuerdo a la meta fundamental de la adaptación para la supervivencia. Ahora bien, la cuestión revolucionaria propuesta por Freud en 1920 podría formularse del siguiente modo: ¿puede afirmarse con certitud que la meta fundamental de todo organismo vivo es de perpetuar su propia vida? ¿Se trata siempre para el organismo de adaptarse de la mejor manera para “vivir mejor”, para tener más éxito? Freud propuso considerar este problema en términos de la dualidad entre la supervivencia del individuo y la de la especie, introduciendo la pulsión de muerte como la más “original” de las pulsiones. Ella actúa siempre de modo silencioso sin poder ser eliminada o superada por la pulsión de vida (Freud, 1920). Se trata entonces de un concepto complejo que inscribe, vía un desdoblamiento, toda la contradicción, la paradoja de lo humano, y de la relación entre lo psíquico y el cuerpo, la naturaleza y la cultura, el significante y el goce. De acuerdo con esta concepción, el problema (trouble) no se instala como un cuerpo extranjero o como un desarreglo interno que afecta la buena salud del individuo a la manera de un virus o

de un tumor. Se trata siempre de una mezcla turbia. De este modo, la opacidad es considerada aquí como característica propia de lo humano. Esta cuestión nos reenvía necesariamente a la pregunta por la dimensión terapéutica de toda intervención psicológica pues, si eliminamos el carácter axiomático de esta meta fundamental - preservar la vida -, abrimos al mismo tiempo la interrogación por el sentido de cualquier proceso terapéutico que pueda instaurarse. Sin embargo, es precisamente esta apertura, en términos de ruptura con un supuesto orden natural, quien permite - bajo ciertas condiciones tanto estructurales, como dinámicas y de contorno - la emergencia del sujeto del deseo en su dimensión ética.

Ahora bien, en el contexto de la metáfora mecanicista enriquecida con la inclusión de la termodinámica clásica, el aumento de la entropía cuando se considera la evolución espontánea de un sistema, constituye el índice privilegiado del desorden. Ciertos autores han propuesto utilizar el concepto de entropía en psicopatología en un sentido económico, es decir, tomando como objeto de estudio la cantidad de energía que circula en el sistema psíquico entendido como un sistema macroscópico donde la reversibilidad o irreversibilidad serían la medida de la entropía (Leroy, 2003). En este tipo de teoría, la optimización consistiría en minimizar los fallos de la actividad, minimizar las pérdidas, aumentar su rendimiento y reducir la inadecuación de cada elemento y también de las relaciones entre ellos. Los autores no están lejos de considerar que el desorden en el sistema psíquico indica una patología. En general, cuando se habla de desorganización en psicopatología, siempre se agrega un epíteto: global, parcial, temporal, permanente. Cuando se habla de desorganización global, se habla por ejemplo de la “desorganización global de la personalidad” en los estados psicóticos, agudos o crónicos. Como lo afirmaba Henri Ey: “cuando describimos esta categoría de “enfermedades crónicas”, nos referimos sobre todo a su estructura: la desorganización de la organización diacrónica del ser consciente. (Ey, Bernard, & Brisset, 1989, p.291). Lacan utilizará el término de “entropía” en el nivel más elemental, el de la inscripción del trazo unario; el saber que trabaja produce entropía. Explícitamente: “Cuando el significante se introduce como aparato de goce, no debe sorprendernos ver aparecer algo que está relacionado con la entropía, pues la entropía fue definida cuando comenzó a ponerse sobre la sonda física el aparato de significantes .... es solamente en este efecto de entropía, en esta pérdida, que el goce toma su estatuto, que se indica” (Lacan, 1969-70, p. 54). Nuevamente en este mismo seminario, Lacan señala que “ es solamente la dimensión de la entropía que hace tomar cuerpo al hecho de que haya un plus-de gozar para recuperar” (Lacan, 1969-70, p. 56). Según la indicación de Lacan, puede asociarse el goce con la entropía - aunque no son sinónimos - si retenemos al mismo tiempo que el goce tiene un estatuto inseparable del marco dinámico en el que aparece. Aunque el goce entra en juego por un accidente, un azar, por la tuché, lo hace necesariamente (en el sentido lógico del término) inscribiendo tanto la modalidad dinámica específica como la particularidad de la historia individual. Como lo afirma Colette Soler: “ El saber inconsciente tiene un efecto de goce y se trata de saber de qué modo su estructura determina este goce” (Soler, 2011, p. 21). El aumento de la entropía está siempre relacionado con una pérdida. Sin embargo, no es un sinónimo directo de desorganización. Más precisamente, el aumento de la entropía, no coincide necesariamente con una evolución hacia una desorganización creciente. No podemos detenernos en el análisis detallado de este concepto, pero es útil recordar que, en los desarrollos actuales sobre las estructuras disipativas, cuando estamos en un dominio inestable, a través del aumento de entropía puede producirse la

emergencia de una nueva organización, más compleja (Prigogine, 1980). Esto depende, evidentemente, de la dinámica en juego, en nuestro caso de las condiciones dinámicas según la estructura clínica en juego. Es justamente en la dimensión de pérdida como opuesta a la eficacia mecánica que puede encontrarse un estatuto posible para el sujeto. Ivo en la institución. Poner o encontrar una vía frente al desorden. Ivo es un hombre de 50 años. Su primer contacto con la institución es una consulta espontánea al CMP (Centro Médico Psicológico) donde es recibido por una enfermera. La primera impresión es la de un cuadro de paranoia, que se confirmará más tarde. Ivo se presenta con una serie de archivos donde tiene toda su historia y todas las denuncias que ha efectuado ante la Justicia contra distintos servicios de salud y también contra el jefe de la fábrica en que trabajaba. Está en instancia de divorcio pues, según dice, su mujer en complicidad con su jefe, no sólo han montado un complot para echarlo de su trabajo, sino que también han intentado matarlo. Se le propone entonces una entrevista con el psiquiatra quien escucha esta historia en detalle, pero rápidamente el discurso toma otra dirección que es la de los fenómenos que ocurren en su cuerpo. Ivo dice que “ha sido diferente desde siempre”. Describe que en su cuerpo hay un gusano que migra entre su abdomen, el torax, los senos paranasales y que llega al cerebro. El gusano se activa durante la noche por lo que no puede dormir. Ya ha realizado múltiples consultas en servicios somáticos donde los médicos quienes, según él afirma, son completamente incompetentes, no han podido encontrarlo. Esto ha sido la causa de múltiples denuncias en tribunales. Le dice al psiquiatra que ha venido al CMP para que ellos, como expertos, certifiquen que no tiene ninguna patología mental. Desde el comienzo Ivo rechaza todo medicamento, sólo toma calmantes para aliviar sus dolores somáticos. En la entrevista siguiente, continúa el relato sobre el gusano y dice que si tuviera un escalpelo podría sacarlo y mostrárselo. Esto alarma al psiquiatra quien le propone una entrevista al día siguiente. Ivo seguirá relatando su historia, y agregará que tiene unas manchas rojas que se desplazan sobre su piel y también que tiene una fístula entre el ano y la vejiga que hace que orine sangre. Dos meses después de la primera entrevista, Ivo irá al servicio de urgencias con grandes dolores abdominales. Dice tener “problemas en los tubos, problemas de canalización.” Los médicos, viendo sus antecedentes lo derivarán al servicio de psiquiatría donde será internado en la “zona cerrada” a causa de su agitación. Sin embargo al día siguiente se muestra calmo y cooperante por lo que luego de 48 h se decide continuar la internación en el servicio abierto con los otros pacientes. Luego de un mes de hospitalización, se decide continuar el tratamiento con entrevistas en ambulatorio. Un año más tarde, Ivo se presenta en la casa de uno de sus antiguos colegas de trabajo a quien acusa de haber urdido el complot que lo dejó en la calle y lo agrede con un bate de baseball. La policía lo detiene y es enviado al hospital en SDRE (hospitalización a la demanda de un representante del estado). Durante el año que ha pasado desde la primera consulta el comportamiento de Ivo se ha degradado. Temiendo que roben sus archivos los ha enterrado en un bosque cerca de la ciudad y duerme encima de ellos. Sigue rechazando toda medicación psiquiátrica. Hace unos meses ha sufrido un ACV y está bajo anticoagulantes lo que impide el tratamiento inyectable. En el servicio se mantiene calmo y nunca ha intentado fugarse, ni siquiera solicita que lo dejen salir. Sin embargo su comportamiento genera un gran revuelo a su alrededor. Según los enfermeros, se considera como superior a ellos e intenta dirigir las actividades, los acusa de no hacer su trabajo, convence a los otros pacientes de no tomar sus medicamentos y tiene una cohorte de “admiradores” que

lo acompañan siempre y que alaban sus actividades, en particular su habilidad en el taller de arte manual. La dificultad para poner límites a su modo de actuar hace que sea trasladado a un servicio vecino durante una semana. El momento de retorno provoca en el equipo un rechazo que se cristaliza en el conflicto entre los enfermeros, que solicitan la administración de un tratamiento por vía inyectable y el psiquiatra quien no acepta la proposición por los riesgos debido a su tratamiento del AVC. En este contexto, y a pedido del equipo, se analiza la situación en el espacio de reflexión clínica que coordino tres veces por mes en el servicio. Se trata, en estas reuniones, de generar un intercambio entre los miembros del equipo en torno a un cuestionamiento en relación a la situación particular de un paciente en el Servicio. En este caso, la pregunta aparece como una reducción casi caricatural a la oposición entre inyectar o no inyectar. Sin embargo, una vez comenzada la reunión, rápidamente los enfermeros expresan su impotencia para pensar todo retorno posible de Ivo a la unidad si no puede asegurarse que estará más sereno. Al mismo tiempo afirman, de manera paradójica, que en general nunca ha estado demasiado excitado, o en posición amenazadora. Ante mi pregunta por el momento en que el paciente cambia de actitud, uno de los enfermeros responde “cuando empezamos las entrevistas”. ¿Qué hay de novedoso en las entrevistas? La respuesta es que estas entrevistas tienen como objetivo convencer a Ivo de que está enfermo para que coopere con los cuidados que se le proponen. Ivo ha estado en otro servicio durante una semana en la “zona cerrada” donde, como cada vez que se encuentra allí, ha comenzado una huelga de hambre y ha perdido ya varios kilos. De vuelta a nuestra unidad, y temiendo la repercusión de su regreso sobre los otros pacientes, se lo instala en la “zona cerrada” donde continúa la huelga. La preocupación se centra entonces en su estado de desnutrición. La discusión en el grupo de reflexión clínica se orientó desde un comienzo hacia la escucha posible del deseo en el discurso del paciente. No olvidemos que, como afirma Julieta De Battista . “... el psicótico, lejos de ser un exiliado del deseo, es alguien que puede estar ávido de él, al intentar instituirlo en las relaciones que establece ...” (De Battista, 2015, p. 216). Esto permitió en un primer momento introducir los dichos del paciente de modo que el equipo pudiera darles un nuevo estatuto: la afirmación de haber sido diferente desde siempre, su pedido de no ser considerado como un enfermo psiquiátrico, su rechazo a encontrarse en espacios de donde le impidan salir, su intención de mostrarse a la misma altura que los enfermeros y los médicos. Aunque esto abrió una serie de proposiciones de cambios posibles en la posición de los miembros del equipo, estos esbozos rápidamente se diluyeron. La preocupación por el estado somático de Ivo pasó a un primer plano, aunque, según los médicos, el estado de desnutrición no había alcanzado un punto crítico. Esto provocó que la demanda de “calmar al paciente” se convirtiera casi automáticamente en una demanda de alimentación a través de una sonda, la que fue aceptada. En realidad, vemos que el comportamiento del paciente se tradujo para el equipo en una amenaza directa de desorganización del Servicio. En primer lugar, dicho orden se vio amenazado porque el comportamiento del paciente hizo que los otros pacientes no respetaran las consignas particulares y generales. En segundo lugar, la jerarquía de los distintos integrantes del servicio no sólo no fue respetada sino que fue atacada. El ataque parece extenderse a la Ley en general y a todo representante de la ley - a los que Ivo solicita continuamente con sus denuncias para mostrar su incapacidad y su impotencia. No es sólo el orden particular de la institución sino el orden simbólico como fundamento de toda organización que son atacados. A ellos, Ivo, opone, ya no su palabra sino

su cuerpo, su “substancia gozante” en la que el exceso se convierte en viscosidad inercial obstaculizando todo movimiento posible necesario para que el Otro simbólico pueda operar. En efecto, por una parte, el tratamiento por el ACV hace imposible la medicación y por otra parte la desnutrición hace que no se pueda esperar para intervenir. La respuesta vendrá por la vía de la acción: una vía abierta por un tubo que entrando en el cuerpo introducirá no sólo una substancia nutritiva, sino algo que no se puede discutir y no se puede rechazar: la obligación que pesa sobre aquellos que por su estatuto de profesionales de la salud, deben actuar por su bien y mantenerlo en vida. Es útil recordar que en las primeras entrevistas Ivo había afirmado que tenía un problema de “canalización”.

Retomando los conceptos que presentamos anteriormente, podemos preguntarnos si la máquina institucional bien aceiteada podrá continuar su movimiento minimizando la pérdida, con máxima eficacia y rendimiento, buscando así el mínimo de entropía. Maud Mannoni, refiriéndose a las instituciones psiquiátricas, afirmaba que : “ ellas aportan una solución allí donde la economía del desorden debería poder todavía desplegarse para que a través ella el sujeto encuentre un “orden propio” compatible con las exigencias sociales inherentes a todo deseo de realización. Este “orden” del sujeto, debería más precisamente definirse en términos de verdad que abre a un espacio de creación, siendo este último, a veces, antinómico respecto al de sus padres” (Mannoni, 1998). Quizás, la apuesta al incremento de la entropía, el riesgo de la inestabilidad y del desorden, permitiría, con la construcción simultánea de ciertos invariantes propios a la particularidad del caso, la creación de un nuevo orden, ese “orden propio” no sólo para Ivo, sino también para cada uno de quienes lo encuentran en el espacio de la institución.

## BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- De Battista, J. (2015). El deseo en las psicosis. Buenos Aires: Letra viva.
- Ey, H. Bernard, P., & Brisset, C. (1989). Manuel de Psychiatrie. Paris: Masson.
- Freud, S. (1920). Au-delà du principe du plaisir . Dans S. Freud, Essais de Psychanalyse (pp.41-115). Paris: Payot (2001).
- Lacan, J. (1953). Fonction et champ de parole et du langage en psychanalyse. Dans Ecrits (pp. 237-322). Paris: du Seuil (1966).
- Lacan, J. (1963-64). Le Séminaire. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse (1963-64). Paris: du Seuil (1973).
- Lacan, J. (1969-70). Le Séminaire Livre XVII “L’envers de la psychanalyse”. Paris: du Seuil (1991).
- Lacan, J. (1973). Télévision in Autres Ecrits (p. 509-546), Paris: Seuil (2001).
- Leroy, F. (2003). Apports de la dynamique non-linéaire à l’étude du langage dans la schizophrénie. Thèse de Doctorat . Université de Lille.
- Mannoni, M. (1998). Ce qui manque à la vérité pour être dite. Paris: De Noël.
- Soler C. (2011). La psychanalyse pas sans l’écrit. Champ Lacanien. Revue de Psychanalyse, 10, 9-38
- Prigogine, I. (1980). From being to becoming. New York: Freeman and Co.
- Trésor de la Langue Française. (2010). <http://atilf.atilf.fr/tlfi.htm>