

## ***Semeiología* psiquiátrica y semiótica.**

**Algunas consideraciones sobre el seminario “*Semeiología* psiquiátrica y semiótica” organizado en torno a A. J. Greimas por J. F. Allilaire y Daniel Widlöcher en el Hospital de La Salpêtrière en los años ochenta**

*Jean-François Allilaire*  
Universidad de París VI

*Traducción de Dominique Bertolotti Thiodat*

### **Introducción**

Las reflexiones realizadas en común con los semiotistas de la Escuela de París, alumnos de Algirdas Julien Greimas, en el marco de un seminario desarrollado de 1980 a 1984 en el hospital de *La Salpêtrière* permitieron una confrontación y un gran enriquecimiento mutuo sobre los componentes del método clínico y del trabajo de los semiotistas.

Quisiera, en primer lugar, resumir algunos elementos y conceptos de la semiótica de la Escuela de París, disculpándome de antemano por las aproximaciones que voy a hacer en un dominio que no es el mío, y que, en buena parte, extraigo de los intercambios que pude tener con el mismo Greimas así como con algunos de sus alumnos.

Para Greimas —y es un reproche que lanzaba a los clínicos—, no es suficiente tratar los “signos” de la salud o de la enfermedad con precauciones técnicas o prácticas, para formar parte, por esto, del campo de la ciencia semeiológica. Pues si bien tanto las cien-

cias como las prácticas sobre las que se funda la medicina y en particular la psiquiatría permiten *construir un saber médico*, para él no es evidente, y este punto merecía nuestra reflexión, la puesta en marcha de este saber; ya que, paralelamente a la adquisición del saber psiquiátrico, el aprendiz de medicina *debe adquirir un saber-hacer* que no se inscribe, en general, dentro de un procedimiento científico propiamente dicho, y que a veces se presenta en el proceso de iniciación.

¿Tendríamos aquí un elemento susceptible de dar cuenta de la diferencia entre psiquiatría escrita y psiquiatría hablada? La cuestión está planteada.

De modo que, para el semiotista, el médico se encuentra frente a la necesidad de construir *un proceso de significación* (o forma semiótica, según una expresión que tomo de Greimas) para poder, en una segunda etapa, poner en marcha el saber propio de su profesión.

La *semiótica* así concebida se propone contribuir a teorizar y a construir como un verdadero saber esta forma semiótica particular que es el *proceder psiquiátrico*, como un proceso de *significación* integrando el reconocimiento del contexto cultural y humano en el que se manifiestan las formas patológicas específicas que son el verdadero objeto de la clínica.

De cierta manera, podemos decir que el proyecto de una *semiótica psiquiátrica* buscaría jugar, en relación con el contexto significativo de la práctica psiquiátrica, el mismo papel que pueden jugar la epistemología así como las diversas metodologías y procedimientos experimentales frente a la construcción del saber en el campo de las ciencias fundamentales.

### 1. Interés del acercamiento semiótico para la psiquiatría

La originalidad de la semiótica greimasiana consiste, en realidad, en una sustitución: en lugar de una *teoría del signo*, propone una *teoría de los niveles de significación*.

No se trata, pues, de una variante de la definición saussuriana de la *Semeiología* como "ciencia de los sistemas de signos" dado que el objeto *signo* ya no es más una magnitud de dos caras con su doble vertiente significante/significado. Ya no es tampoco una ciencia de la significación en la que el objeto signo se convierte en una magnitud de tres dimensiones, como ocurre en Pierce.

Esta semiótica va a distinguir diferentes niveles de significación en una teoría operatoria que conduce a describir:

1) en primer lugar, un *nivel figurativo*, o de manifestación, en el que encontraremos las más diversas anomalías en el comportamiento, tales como la psicología del sentido común las puede describir; se trata del nivel de las costumbres;

2) luego, un *nivel temático*, que no se manifiesta directamente sino que se puede encontrar indirectamente a través de las isotopías del comportamiento verbal, de los actos o de las operaciones mentales de nuestros pacientes, con los actos de lenguaje que éstos nos inspiran;

3) un *nivel narrativo*, más abstracto, en el que el sujeto de estado se encuentra vinculado por un anti-sujeto (los vínculos de causalidad son aquí establecidos por el mismo sujeto o por el clínico, en función de los modelos psicopatológicos y teorías de referencia que utiliza para decodificar la información). Tal anti-sujeto se confronta con un *sujeto de hacer* susceptible de restaurar la salud o la integridad del paciente (he aquí toda la pragmática psicoterapéutica y, al mismo tiempo, las operaciones defensivas o adaptativas desarrolladas para remediar y transformar la situación patológica);

4) finalmente, un *nivel lógico-semántico* en el que se ubican valores de un nivel de abstracción más grandes que sirven de fundamento a los demás niveles más superficiales, tales como, por ejemplo, las oposiciones agrado/desagrado, éxito/fracaso, vida/muerte, salud/enfermedad, etc.

Por supuesto, estos niveles sólo dan una idea caricaturesca y aproximada del procedimiento semiótico, al mismo tiempo que

muestran que el modo de expresión no es sino el *nivel más superficial de la estratificación* que ha producido su elaboración. Ya no es posible tener un único significante (o indicante), modo de expresión del signo, en relación con un significado (o indicado) con el que se establece una relación *bi-unívoca de continente a contenido*; hay un *recorrido generativo* de las figuras desde las más manifiestas hacia las más abstractas, que siguen una distribución gradual, ascendente o descendente, de las significaciones más superficiales hasta las más profundas y que se puede recorrer gracias a una especie de hojeada de la significación.

Desde tal punto de vista, el procedimiento del diagnóstico puede ser entendido como un movimiento descendente de esta estratificación. A cada cambio de nivel corresponden observaciones, puestas en perspectivas y acciones terapéuticas relacionadas con la lógica propia del nivel en cuestión, que permiten reducir la polivalencia del nivel anterior a un contenido más abstracto y, eventualmente, más unívoco.

Junto a esta teoría de los niveles de significación, la semiótica dispone de otras herramientas conceptuales, tales como, en especial, el *cuadrado semiótico*. La estructura elemental de la significación es, en un primer tiempo, definida como una relación entre por lo menos dos términos y descansa en un primer análisis sobre una distinción de oposiciones que caracterizan el eje pragmático del lenguaje. Sin embargo, dicha relación de oposición no permite distinguir, en el interior de este paradigma, categorías semánticas fundadas en la relación de los rasgos distintivos que se destacan y entre los cuales podemos separar los rasgos intrínsecos de tal categoría de aquellos que le son ajenos.

El cuadrado semiótico organiza, gracias a operaciones lógicas sucesivas, de contradicción, de implicación y de contrariedad, un modelo racional que permite precisar el vínculo jerárquico entre una categoría y las diferentes sub-categorías que encuentra.

El interés del método consiste en poder describir y volver a encontrar, en los contenidos, niveles semánticos susceptibles de deducirse de una manera rigurosa y lógica, y no sólo empírica.

## 2. Límites del método

Derivado de la semiolingüística, el método se adapta a *corpus* completos en los que la interlocución esté presente y para la cual un análisis diferido sea posible. No parece, por el momento, poder obtener a partir de una práctica relacional, una nueva pragmática.

Ya no insistiré sobre esta conceptualización que requeriría desarrollos mayores que rebasan mi competencia, pero de los que quiero expresar aquí el gran valor y el gran alcance que tiene esta metodología para el *decir* y el *hacer psiquiátricos*, y para el proceso de significación que implica la relación con el objeto al que traducirá en su decir y su escribir. Tal vez este punto de vista tenga el gran mérito de dar instrumentos a los artesanos que somos, y una heurística de la que no deberíamos privarnos.

El coloquio de Cerisy, en septiembre de 1985, dedicado al problema de la descripción en la ciencia, ha marcado este intercambio del que daré a conocer algunos elementos.

## 3. Historia y descripción de los signos en psiquiatría

La enfermedad no es sino una serie de acontecimientos más o menos complejos que el observador debe presentar bajo su verdadera luz, en su orden de sucesión y de filiación natural y rodeados de todas las circunstancias en medio de las cuales se han producido.

Es J. P. Falret, gran alienista francés, que escribe esto en sus lecciones de medicina mental, de 1854.

Es que, en efecto, la observación psiquiátrica está encargada de consignar un cierto número de datos y de hechos considerados esenciales para dar cuenta de un caso y, por supuesto, los

datos esenciales en cuestión no han sido los mismos según las épocas y los fines que se daban. Veremos que el acento variará a medida que el objeto específico de la psiquiatría vaya cambiando a lo largo de las tribulaciones de las prácticas empíricas y del desgaste de los sucesivos sistemas explicativos de la psicopatología.

Lentamente separada de la medicina, la psiquiatría tiene, como ésta, la preocupación de describir su objeto, y este trabajo de descripción siempre estuvo acompañado de un trabajo de objetivación en el que el clínico se empeña en alcanzar su objeto y, en particular, los elementos específicos. Cuando comparamos el proceder médico con el proceder de la psiquiatría, vemos que en la medicina clínica el procedimiento fundamental es la observación. En psiquiatría, la preocupación es la misma, pero el objeto no se deja alcanzar tan directamente ya que no se trata de apreciar un desorden fisiológico, sino ubicar una anomalía que puede tocar y expresarse en los campos biológico, psicológico y social; en un bucle de interacciones que hace que el fenómeno sea mucho más complejo, y por ende, mucho más difícil de describir.

Ahora bien, para terminar, comparto algunas reflexiones con el fin de introducir la problemática particular de la psiquiatría y formular algunas preguntas al respecto:

- ¿El método descriptivo que la psiquiatría se atribuye a sí misma es adecuado para su objeto?
- ¿Es efectivamente capaz de aprehender y articular en un discurso descriptivo coherente las diferentes facetas de su objeto?
- ¿El producto final obtenido al término de este trabajo descriptivo es pertinente para el propósito científico que se fijan los psiquiatras?

¡Todas estas cuestiones fueron largamente debatidas durante dicho seminario!

Desde un punto de vista histórico, podemos tomar la medida de los riesgos (y avatares sucesivos) de la descripción psiquiátri-

ca. No me detendré sobre la tradición griega que no tiene *Semeiología*: procede a la descripción de los humores y no a la de los signos patológicos de observación. Luego, a lo largo de los siglos que siguieron, la locura no es descrita sino a través de los modelos explicativos religiosos vigentes (ejemplo: los diferentes tipos de posesión demoníaca). Un cambio progresivo en las formas de observación del poseso, rápidamente considerado como un enfermo mental, aparece hacia el siglo XV-XVI (J. Mier, Nieder, etc.) en prácticas que preparan una medicina mental de observación marcada por la búsqueda de objetividad y de discernimiento de los signos.

El Siglo de las Luces verá aparecer, finalmente, bases fundamentales de una real *Semeiología* de observación. Con Pinel, Esquirol y Bayle, en Francia, todo lo que constituye el síntoma, desde la constatación hasta la significación, está presente aunque todavía mal individualizado. No obstante, con Pinel, por ejemplo, la preocupación diagnóstica no existe. Es la terapéutica la que le interesa. En cuanto a Esquirol, su interés, en cambio, va más allá de la descripción, a la clasificación nosográfica. Sin embargo, es el inicio de la edad de oro de la psiquiatría, con los grandes edificadores de la *semeiología* mental, tales como, en Francia, Moreau de Tours o J. P. Falret, quienes llegarán a una precisión descriptiva de los diferentes síndromes con un grado de pertinencia y de verdad clínica inigualables.

Después de ellos, podemos decir que el interés de los psiquiatras se desplaza de la *semeiología* hacia la nosografía, debido a la adjunción de un criterio hasta ahora tomado en cuenta equivocadamente: el criterio evolutivo. El resultado será la obra de Kraepelin y su edificación nosográfica sobre la que el clínico actual se sigue apoyando.

Para dar testimonio de esto, podemos constatar, leyendo sus observaciones, que entre un Moreau de Tours (1850) y un Clérambault (1920), para tomar dos grandes nombres representativos de la clínica mental clásica francesa, aparecen diferencias descriptivas fundamentales, sobre todo en lo que se refiere

al uso que estos autores hacen de los síntomas que describen y al sentido que les otorgan. En realidad, el interés se ha desplazado, entre tanto, de la descripción clínica hacia la descripción de las clases nosográficas, del enfermo hacia la enfermedad, de la descripción de los signos para comprender lo patológico, a su utilización para justificar tesis y doctrinas. De algún modo podemos decir que estamos en la época moderna.

Después, la descripción clínica psiquiátrica, siempre ávida de asimilar los diferentes paradigmas teóricos, intentará integrar los modelos fenomenológico, behaviorista, farmacológico, psicoanalítico, sistémico, y, desde hace treinta años, el modelo biológico.

Actualmente, las observaciones clínicas de la psiquiatría proceden día tras día a la descripción de *cuadros clínicos*, cuadros en los cuales cada signo toma su lugar en un conjunto que el observador destaca gracias a una verdadera operación de selección o de elección. Esta operación está guiada por el procedimiento del diagnóstico. Quiero subrayar que, en esta noción de *cuadro clínico*, el signo se sacrifica en beneficio de la descripción de *un objeto construido*, por reducción y por selección de índices de comportamiento, biográficos así como socio ambientales. Es este objeto construido por reducción el que parece situarse en el centro del trabajo descriptivo de los psiquiatras clínicos, tal como funciona actualmente.

Asimismo, quiero insistir sobre el hecho de que la psiquiatría es, en primer lugar, una *pragmática*, es decir un conjunto de acciones empíricas, lentamente puestas en su lugar gracias a las circunstancias descritas anteriormente.

¿Cómo situarlas con relación a las prácticas terapéuticas de las que surgen y en relación con la práctica médica?

Recordemos aquí lo que es una evidencia para todos: el acento en psiquiatría se enfatiza en la importancia de la situación observador-observado.

En la práctica médica, las operaciones de investigación y de observación del enfermo se centran sobre las nociones de *signo*

y de *síntoma*. El método de conocimiento del enfermo y de los síntomas de su enfermedad consiste en describir el caso clínico mediante las proposiciones en las cuales el síntoma remite al enfermo, y el signo remite al saber del médico.

En cuanto al psiquiatra, éste describe signos que no se superponen exactamente a los del médico porque, por un lado, el aparato *semeiológico* médico está muy vinculado al saber fisiológico y terapéutico, no al saber del psiquiatra, al menos hasta ahora, y, por otro lado, porque el *signo*, en medicina, tiene propiedades que nos parecen diferentes de las que tiene en el campo psiquiátrico:

- 1) por un lado, se presenta como el testimonio de una relación escondida entre el significante médico y su significado patológico (es un punto fundamental). Esta relación, por estar oculta, no es de ninguna manera arbitraria. Es su carácter problemático y asertivo (apodíctico) lo que está puesto en primera fila. El signo patognomónico de una enfermedad constituye, en el ámbito médico, el punto límite y en alguna forma ideal, es el motivo por el cual significante y significado están en una relación recíproca: a un signo, se le diagnostica una enfermedad. Es la reducción combinatoria máxima en la que un significante remite a un solo significado; es un caso excepcional, pero que se puede ver así, por ejemplo, el signo de Köplick en el sarampión;
- 2) en el campo de la psiquiatría, ningún signo patognomónico existe, aun cuando el espejo haya podido, en cierta época, pasar por patognomónico de la esquizofrenia. Felizmente ya rebasamos ese tiempo.

Pero aún más y sobre todo, la combinatoria entre un significante y todos sus significados posibles es tal en clínica psiquiátrica que debemos, en la práctica, operar una inversión constante de las reparticiones entre los significantes y sus significados patológicos, o bien colocarnos en un nivel de observación.

excluyente de todo los demás, reuniendo a veces modelos de decodificaciones, ya hechos, o bien teorías implícitas.

Es esta particularidad que implica, tal vez en parte, el desplazamiento de interés en el transcurso del siglo XIX, lo que llevó a los psiquiatras a alejarse del signo (en singular) para centrarse en los signos, es decir, el síndrome, el cuadro y la clasificación nosográfica. En efecto, la necesidad para cada signo psiquiátrico de ser sostenido por un diagnóstico operando como significante se impone en razón de la polisemia del objeto clínico.

Finalmente, vemos con claridad que al trabajo de descripción *semeiológico* del caso psiquiátrico debe darse un método que se mantenga lejos de estos dos escollos que son la objetivación desnaturalizante por un lado, y la tautología descriptiva, por el otro.

## Conclusión

Existe un vínculo muy estrecho entre el proceder *semeiológico* terapéutico tradicional en medicina y los acercamientos clínicos en psiquiatría, ya se trate de las diferentes modalidades de descripción de los casos psiquiátricos o bien se trate de las prácticas del cuidado. Estas últimas van desde los actos de lenguaje utilizados en la relación psicoterapéutica hasta los actos terapéuticos fundados sobre la acción biológica de los agentes farmacológicos.

El objeto, o más bien, los objetos de la psiquiatría no se dejan asir tan fácilmente, ya que las anomalías no son simples trastornos fisiológicos sino que pueden expresarse en los campos tanto biológico, psicológico como social. Un acercamiento *semeiológico* original puede ser desarrollado a partir de los trabajos de A. J. Greimas. Se trata de teorizar el proceder psiquiátrico como forma *semeiológica* particular, en tanto proceso de significación, integrando el reconocimiento del contexto cultural y humano en el que se manifiestan las formas patológicas específicas que son los verdaderos objetos de la clínica psiquiátrica.