

CAPÍTULO 11.

CLÍNICA DE LA SALUD MENTAL, ARTE Y ACTO CREATIVO

Amanda Astudillo Delgado

<https://orcid.org/0000-0002-8443-4388>

amanda1studillo@hotmail.com

Universidad del Valle. Cali, Colombia

Alba L. García Fajardo

<https://orcid.org/0000-0003-1917-2091>

albalucerogarcia@yahoo.es

Universidad Icesi

Álvaro Alexander Ocampo

<https://orcid.org/0000-0003-4526-1397>

alvaro.ocampo02@usc.edu.co

Universidad del Valle. Cali, Colombia

Cita este capítulo:

Astudillo-Delgado A., García-Fajardo AL. y Ocampo ÁA. Clínica de la salud mental, arte y acto creativo. En: Ocampo ÁA. (ed. científico). Neurociencia, mente e innovación. Una aproximación desde el desarrollo, el aprendizaje y la cognición creativa. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 287-307.

CLÍNICA DE LA SALUD MENTAL, ARTE Y ACTO CREATIVO

Amanda Astudillo D. - Alba L. García Fajardo - Álvaro A. Ocampo.

RESUMEN

El capítulo aborda el lugar de áreas, como la psicopatología y la psicología clínica, en la comprensión de la creatividad, a la luz de lo que entendemos como salud mental y sufrimiento. Para ello se toman como punto de referencia algunos de los grandes personajes creativos de la historia y la posible relación existente entre la fantasía del artista y las formas de pensamiento presentadas por individuos con ciertas clases de psicopatologías.

INTRODUCCIÓN

En la bellísima pintura titulada *La Nascita di Venere* (*El nacimiento de Venus*) de Sandro Botticelli (1484), se trae a colación el sentido de Venus no solo como diosa del amor sino en relación con la idea de “saber”. Aunque la mitología plantea realmente que Venus nace de los genitales de Urano cuando su hijo Saturno los arranca y los tira al mar, más precisamente, lo que representa esta pintura es el arribo de Venus sobre una concha empujada por dioses alados en medio de una lluvia de flores a la playa de una de las islas conocidas como Chipre (Pafos o Citerea).

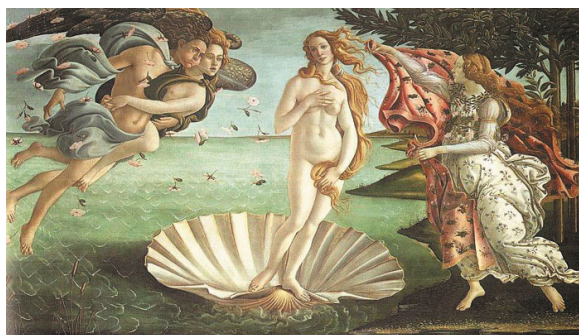


Figura 43. *El nacimiento de Venus* (Sandro Botticelli).

Fuente: Tomado de la Galeria Uffizi, sala Borticelli virtual (<https://bit.ly/3wrJU6H>).

La Venus de Botticelli, más que representar un mensaje sensual o erótico relacionado con el cuerpo, hace referencia a la *inteligencia suprema* o el máximo nivel de conocimiento. Seguramente este conocimiento podría constituirse como el anhelo que desearía alcanzar todo investigador apasionado, tanto en el ámbito de las ciencias humanas como en las denominadas ciencias de orden positivista.

Evidentemente, el arribo al conocimiento de lo humano no consiste solo en la llegada a un lugar dónde el saber está dado, sino que puede perfilarse como una construcción que se genera a partir de una serie de raíces históricas.

A lo largo de este capítulo, se revisa brevemente cómo es que la psiquiatría, la psicología y las neurociencias pueden llegar a establecer vínculos que favorecen el conocimiento que llega a construirse alrededor de un ser humano en aras de la comprensión de sus procesos psicológicos y de su cognición creativa. Para tal fin, se hace alusión a algunos aspectos históricos relacionados con el surgimiento de la psicología clínica al calor de la medicina y particularmente de la psiquiatría. También se retoma la importancia del reconocer los sucesos de la vida personal de algunos personajes considerados como “grandes genios” a nivel de determinado ámbito. Por último, se aborda de manera sintética el problema de las posibles relaciones que pueden existir entre los procesos creativos y la presencia de la enfermedad mental o de algún tipo de compromiso neurológico en el ser humano.

PSICOPATOLOGÍA, PSICOLOGÍA CLÍNICA Y SUBJETIVIDAD

Particularmente, en lo que respecta a los orígenes de la psicología clínica es posible afirmar que ésta, de alguna manera retoma el aspecto clínico de la ciencia médica en el sentido del interés por el sujeto enfermo. Aun cuando en determinadas prácticas históricas la medicina se aproximó a la figura del individuo enfermo sin desplegar ningún tipo de aparatología para explorar y tratar sus enfermedades. Efectivamente, lo que se resalta es del interés del médico por “leer” una serie de síntomas para tomar una decisión clínica en pro de la salud de la persona enferma. En la pintura titulada *El niño enfermo* de Arturo Michelena (1887) se representa a un niño postrado en una cama probablemente con una condición febril. También aparecen su madre y el médico tratando de dilucidar qué es lo que ocurre con el paciente para llevar a cabo los procedimientos necesarios.



Figura 44. *El niño enfermo* (Arturo Michelena).

Fuente: Tomado de Institutional Assets and monuments of Venezuela (<https://bit.ly/2PTocrt>)).

Por otro lado, en la pintura denominada *El doctor*, Luke Fildes (1891) presenta una cama improvisada por dos sillas y un niño postrado, posiblemente afectado por la tuberculosis. Sus padres se ilustran al fondo de la habitación. Específicamente, su padre se encuentra esperando con preocupación la decisión que puede tomar el doctor. La madre permanece recostada sobre una mesa, quizá llorando tristemente ante la situación de su hijo. Por su parte, el doctor tiene la mano en su barbilla, haciendo referencia al acto razonado que lo guiará hacia una conclusión desde la interpretación de los síntomas de aquel niño enfermo.



Figura 45. *El doctor* (Luke Fildes).

Fuente: Tomado de Tate Gallery virtual (<https://bit.ly/3wpWN16>).

Efectivamente, de algún modo la psicología heredó el interés del médico sobre esa relación con el ser humano enfermo, sin embargo, también puede decirse que se alimentó de la perspectiva clínica emergente de la patología psiquiátrica, así como de la neurología.

En este sentido, en la pintura llamada *Lección clínica en la Salpêtrière*, Pierre André Brouillet (1887), ilustra la escena que tenía lugar los martes durante las sesiones en las que Charcot explicaba (con ejemplos vivos) casos de pacientes a un grupo de profesionales entre los que se encontraban médicos, oftalmólogos, psiquiatras, psicoanalistas, entre otros. Actualmente, se reconoce a Charcot como uno de los más importantes precursores de la neurología puesto que realizó un aporte muy importante a la comprensión de la enfermedad mental.



Figura 46. *Lección clínica en la Salpêtrière* (Pierre Andre Brouillet).

Fuente: Tomado de *The Journal of Physician Assistant Education: Volume 22* (<https://bit.ly/2ProXIE>).

En este caso particular, Charcot se encuentra impartiendo una clase de neurología con el “apoyo” de Blanche Wittman (quien está caída) una de sus pacientes histéricas más reconocidas. El hombre que está sosteniendo a la mujer enferma de histeria es Babinski el prominente médico reconocido por haber descrito el reflejo que lleva su nombre⁴⁵.

Para señalar de una manera más puntual los puntos de conexión entre la disciplina psiquiátrica y la psicología, es necesario referirse a la distinción entre la patología psiquiátrica y la clínica de lo patológico. Ciertamente, mientras que la patología psiquiátrica aporta a la comprensión de una serie de síntomas que van constituyendo una semiología para elaborar una clasificación de lo que padece un ser humano (en aras de prescribir una serie de tratamientos o encaminar diversos procedimientos dirigidos por una serie de protocolos medianamente definidos), la clínica de lo patológico se centra en la vivencia subjetiva que reside en el sufrimiento del individuo enfermo.

45 El reflejo de Babinski es un indicativo patológico cutáneo/plantar de daño en el sistema piramidal.

De acuerdo con Lagache (1982), la finalidad de la psicología clínica es aconsejar, curar o educar, puesto que al psicólogo clínico lo que le interesa es conocer qué representaciones se hace el individuo de él mismo y de los demás. Esto implica, claro está, sus representaciones del mundo y el sentido de la vida que construye. Según Favez-Boutonier (1996) el interés de la psicología clínica es el ser humano en cuanto que existe y se siente existir como un ser único con una historia personal que no puede equipararse a ninguna otra.

Esta implicación que pretende realizar la psicología clínica del mundo subjetivo del individuo, desde su definición, no necesariamente cae reducida a lo patológico. Por ejemplo, la misma Favez-Boutonier hace referencia a una psicología clínica “generalista” que implicaría también la búsqueda de la comprensión del sujeto “sano”. En este sentido, Jung (1959) trató de urdir un sistema propio (que inicia con las ideas que conformarían la *escuela de psicología compleja*) que propone que la “psicología analítica” no solamente debería considerarse como un método para “curar” sino también como una posibilidad para contribuir al desarrollo de la personalidad del ser humano a través del proceso de individuación.

Ciertamente, en tanto la psicología empieza a aproximarse al saber acerca del individuo, la clínica de lo psicológico comienza a cobrar sentido. En este punto, también resulta esencial hacer referencia al pensamiento de Anzieu (1974) cuando postula que la psicología clínica por excelencia es una psicología individual y social, normal y patológica, que concierne al recién nacido, al niño, al adolescente, al adulto, al hombre maduro, al ser que envejece y finalmente al agonizante.

De esta manera, se sugiere una distinción interesante y seguramente complementaria entre la dimensión de la patología psiquiátrica y la dimensión implícita en la clínica de lo patológico.

Por otro lado, es importante mencionar que históricamente acontecieron una serie de condiciones que favorecieron la consolidación de la psicología clínica (la cual terminó por surgir formalmente a finales de la segunda guerra mundial). La primera condición favorecedora tiene que ver con la comprensión de la individualidad como objeto de conocimiento, que se posibilita en la medida en que se le confiere un estatus a esa singularidad como posible fuente de producción de saber respecto al ser humano. La segunda condición favorecedora, radica en la necesidad de escribir y ordenar los hechos antes de explicarlos, lo cual implica el ejercicio sistemático que

le permitiría al psicólogo clínico organizar y secuenciar una serie de hechos de la historia de vida de un sujeto para poder comprender su realidad actual. La tercera condición favorecedora estaría vinculada al surgimiento de posturas más flexibles paralelas a los grandes sistemas dogmáticos, que quizás tuvo lugar a raíz de la metodología que fortaleció el ejercicio de la psicología clínica a través de estudios de caso ampliamente documentados. Paulatinamente, esta aproximación empezó a ganar respetabilidad en algunos círculos dentro del argot clínico.

Hablando de la relación entre la psiquiatría y la psicología, es importante plantear que el mismo Foucault (1961) levantó una serie de críticas sobre los métodos de la psiquiatría y su posición frente al fenómeno de la enfermedad y la subjetividad. De este modo, en una de sus obras más reconocida denominada “Historia de la locura” este autor plantea que lo que pretende con este libro es hacer sentir cómo hasta cierto momento se había dado un diálogo abierto entre la locura y la psiquiatría, sin embargo, cuando la psiquiatría más tradicional empezó a imponerse con sus métodos, con su sistemática, con su clasificación y con sus tratamientos; el ser humano (exponente de la locura) se borró como sujeto de la palabra:

[...] a constitución de la locura como enfermedad mental a fin del siglo XVIII, supone la constatación de un diálogo roto, da a la separación como ya admitida, y hunde en el olvido todas esas palabras imperfectas, sin sintaxis fija, un poco balbuceantes, en las cuáles se efectuaba el intercambio entre la locura y la razón. El lenguaje de la psiquiatría, que es monólogo de la razón sobre la locura, no ha podido establecerse más que sobre tal silencio. No he querido hacer la historia de ese lenguaje sino más bien la arqueología de ese silencio.

Estas palabras aparecen en el prefacio de su obra de 1961 y desaparecen en las ediciones posteriores. Para mayor información revisar *Dits et Écrits I*, pp. 159 y ss.

Evidentemente, con el supuesto silencio de la locura, también calla en su desaparición el individuo que “padece la enfermedad”. Esto tiene lugar, porque las instituciones al imponerse con su razón científica, con toda su arquitectura intelectual, en algunas oportunidades establecen una serie de relaciones de poder que desembocan en el silenciamiento de lo que tiene que decir el ser humano que es “portador” o no de la “enfermedad mental”. No obstante, la perspectiva propuesta en este documento de manera

categoría toma distancia de algunas posiciones que desde la filosofía y la psicología alimentan una postura que se materializa en la *antipsiquiatría* (Cooper & García, 1979). Estas posturas mantienen una crítica dirigida a un segmento histórico de la disciplina psiquiátrica que representaría tan solo un remanente del estado actual de la disciplina y no se correspondería con su quehacer cotidiano.

Algunas de estas críticas que resuenan en los espacios laborales de la psicología clínica y educativa aplicada, se basan en: 1) el ataque al supuesto carácter mecanicista del diagnóstico psiquiátrico, 2) el cuestionamiento ontológico de ciertas entidades diagnósticas (¿realmente existe la psicosis?), 3) la defensa exagerada de aproximaciones relativistas y culturalistas radicales; y 4) la sobre-exageración y generalización de los aspectos negativos alusivos a la institucionalización de sujetos en entidades psiquiátricas, que hacen resurgir el concepto de “manicomio” y además lo asocian con hacinamiento y alienación.

Por ejemplo, estas posturas críticas absolutistas tienden a invalidar cualquier tentativa de diagnóstico de esquizofrenia en un paciente que presenta toda la sintomatología, puesto que, al llevar a cabo la comparación con otros contextos culturales, un tipo de comportamiento similar sería considerado no como enfermedad sino como una condición de “iluminación”. De esta manera, en cierta medida se reduce el fenómeno de la enfermedad psíquica y de la salud mental a cuestiones relativas a las cosmogonías y a los referentes simbólicos de los respectivos pueblos. Además, en diversas oportunidades, estas aproximaciones podrían llegar a asumir que *no existe la enfermedad mental* ya que ésta se trataría solamente de una categoría que se ha urdido desde la cultura o se trata de una forma de protesta social mitológicamente fabricada (Szasz, 1973, 1974). La pregunta que surge ante estas posturas (derivadas de formas de reduccionismo contextual), que pueden, en sus manifestaciones más extremas y apasionadas llegar a ser tan radicales y excluyentes respecto a la labor que realiza la psiquiatría actual sería: Pensando en la intervención en el caso de un paciente que delira, que alucina, que presenta alteraciones en la memoria, que ha perdido contacto con la realidad y que es potencialmente peligroso para sí mismo y para los demás: ¿Cómo podríamos ayudarlo más allá de plantear que la génesis de la enfermedad mental es de orden cultural y que como construcción social en últimas a lo mejor ésta ni siquiera existe?

Del mismo modo, a veces estas perspectivas se ubican desde una posición que rechaza enfáticamente la utilización de instrumentos psicométricos o pruebas psicológicas y neuropsicológicas. En este sentido, además de actualizar constantemente hechos históricos que por lamentables que hayan sido, es importante aceptar que, en muy buena proporción, hoy día hacen parte del pasado de la psicología y de sus instrumentos, como por ejemplo, el manejo que se le dio al concepto de inteligencia, a sus “medidas”, a la craneometría, desde una vertiente movilizadora por ciertas maneras de pensar que la apostaban a la eugenesia como filosofía social (para ampliar esta información revisar, Gould, S. J. (1996)). Del mismo modo, se basan en casos extremos para invalidar el uso de instrumentos psicológicos. Para comprender lo anterior, se puede revisar el siguiente argumento que resulta ilustrativo:

Argumento

Es totalmente inadecuado emplear una escala Wechsler para niños (WISC) o una batería como la Evaluación neuropsicológica infantil (ENI) para valorar neuropsicológicamente a un niño trobriandes o a un niño yupik, debido a las grandes diferencias culturales entre la población para la que se diseñó inicialmente la prueba y estas comunidades con formas de vida tan diferente que presentan maneras tan distintas de entender la realidad.

Desde estos ejemplos reales, pero poco comunes, estas posiciones levantan una serie de argumentos sobre las múltiples complicaciones que implica la aplicación de test y sobre el desempeño de niños con diferencias culturales tan particulares frente a instrumentos diseñados para valorar población infantil de un contexto particularmente ciudadano e impregnado por el “pensamiento occidental”. Evidentemente, esta apreciación elaborada tomando como base la importancia de considerar las variables culturales resulta válida. No obstante, en su calidad de situación *sui géneris*, su validez sería tan solo parcial, ya que no debería convertirse en un “arma” para difundir una postura anti-test o anti-instrumentos psicológicos.

En efecto, se reconoce que en el quehacer del psicólogo clínico, de la mano con los métodos de observación, de entrevista y con todas las formas de aproximarse a la subjetividad del ser humano, en diversas oportunidades (cuando las circunstancias lo permiten), la información derivada de los instrumentos de valoración tanto psicológica como neuropsicológica aporta un conocimiento importante para favorecer la aproximación al estado actual del sujeto (acerca del cual se intenta generar una comprensión). El estudio

de la creatividad como proceso psicológico no sería ajeno a esta reflexión, toda vez que actualmente se emplean una serie de test sobre pensamiento creativo y pensamiento divergente que en las condiciones adecuadas y con el respaldo de otras fuentes de información (tales como la entrevista, la documentación, la observación, las tareas cognitivas y las técnicas de neuroimagen) pueden llegar a ser muy pertinentes para ampliar el estudio de la cognición creativa.

En síntesis, este capítulo está precedido por la idea de acuerdo con la cual disciplinas como la psiquiatría, las neurociencias, la psicología, la filosofía y la antropología confluyen en una encrucijada que busca la construcción mancomunada del conocimiento. Por tal razón, es necesario que trabajen juntas en la construcción de saberes sobre el individuo como lo son los procesos psicológicos (particularmente los productos creativos) más que dedicarse a “viajar” disgregadas por tendencias críticas, monolíticas y separadoras.

GENIALIDAD CREATIVA Y ENFERMEDAD MENTAL

Desde la Grecia antigua Platón ya había venido resaltando la importancia del entusiasmo vinculado al acto creativo (motivaciones) independientemente de la habilidad artística o de la capacidad inventiva en la figura del poeta. De esta manera manifiesta que:

El poeta es un ser alado, ligero y sagrado, incapaz de producir mientras el entusiasmo no le arrastra y le hace salir de sí mismo. Hasta el momento de la inspiración todo hombre es impotente para hacer versos y pronunciar oráculos.

Como los poetas no componen merced al arte, sino por una inspiración divina, y dicen sobre diversos objetos muchas cosas y muy bellas (Platón, 1973.p. 98)).

También, la relación entre la locura y la conducta de los genios hace mucho tiempo fue puesta en evidencia por el filósofo Aristóteles y desde entonces se ha estudiado bajo diversas perspectivas. Brenot (1998) plantea que de algún modo la locura se relaciona con la figura del poeta o del innovador con una forma de pensar poco común. Esta posible asociación se trataría de una

línea sutil entre lo que hace una persona que propone cosas nuevas desde una postura divergente, como lo hace el sabio o incluso el creador excéntrico un tanto aislado y el llamado “poeta loco”. Así, según Brenot se pasaría pues de manera muy sutil de la evidencia de la salud mental a la evidencia de la patología psíquica, constituyéndose la chispa creativa como una amiga íntima propia de la melancolía, una hermana de la depresión y como la hija de la conducta maniaca.

Resulta importante en este punto considerar la aproximación a la creatividad desde el estudio de los artistas, los genios y los grandes descubridores. No es un secreto que artistas y pensadores como Igor Stravinsky, Pablo Picasso, Martha Graham, T.S. Eliot, Jonathan Swift, Friedrich Nietzsche y Albert Einstein, se perfilaron como seres humanos que por sus grandes habilidades en un campo simbólico llegaron a dejar un gran legado con sus producciones creativas. Evidentemente, este estudio se centra sobre todo en aquellos acontecimientos históricos que llevaron a estos individuos a la elaboración de productos creativos tan particulares (Gardner, 2011).

Sin el ánimo de reducir la genialidad a una concepción fría de inteligencia, evidentemente, todas estas expresiones de la creatividad humana con seguridad son muestras innegables de formas singulares de conducta inteligente. Sin embargo, no hay que olvidar que muchas de estas manifestaciones han sido protagonizadas por seres humanos que, aunque notables en uno o más ámbitos, eran individuos vulnerables y febriles (de carne y hueso). Algunos de ellos experimentaron desequilibrios emocionales e incluso “estados de locura”. Aunque no está de más referirse a la cuestionadora frase de Edgar Allan Poe cuando levanta dudas sobre la certeza con la que en muchas oportunidades, a lo largo de la historia, la sociedad ha llegado a declarar loco a un individuo:

La ciencia no nos ha enseñado aún si la locura es o no lo más sublime de la inteligencia

Para hacer referencia a un artista particularmente excepcional, se propone abordar la figura de Vincent Willem van Gogh quién nació en Groot-Zunder (Holanda) en 1853. Su obra comprende más de 750 cuadros y 1600 dibujos y además es catalogado como uno de los artistas más representativos del estilo pictórico denominado postimpresionismo.

Claramente, Van Gogh fue un artista reconocido por su gran talento a nivel de la pintura, pero también por su drama frente al sufrimiento de una enfermedad mental (que se sospecha que pudo haber sido epilepsia, porfiria o posiblemente psicosis), ya que este personaje es un ejemplo de cómo tiene lugar la transformación de las producciones artísticas de un sujeto a la luz de la enfermedad mental.

Por ejemplo, entre muchas de sus producciones en 1888 en su estadía en Arles, Van Gogh pinta *Puesta del sol en Montmajour*:



Figura 47. *Puesta del sol en Montmajour* (Vincent van Gogh).

Fuente: Tomado de Museo Van Gogh (<https://bit.ly/3dwogWp>).

Por esta época en una de sus cartas escribe lo siguiente:

Ayer, al atardecer, yo estaba en un brezal pedregoso donde crecen muy pequeños y retorcidos robles, en el fondo de una ruina en la colina, y campos de trigo en el valle. Era romántico, no podía ser más, a la Monticelli, el sol derramaba sus rayos amarillos muy por encima de los arbustos y el suelo,

absolutamente una lluvia de oro. Vincent van Gogh, Arlés 5 de julio de 1888
(Carta 636).

Ese mismo año pinta *Puente de Langlois*.



Figura 48. *Puente de Langlois* (Vincent van Gogh).

Fuente: Tomado de Museo Van Gogh (<https://bit.ly/3dwogWp>).

Igualmente, durante el mismo periodo de tiempo en una de sus cartas escribe lo siguiente: “Cuanto más gastado, enfermo, cántaro roto me vuelvo, más artista me vuelvo”.

Al parecer los últimos años de la vida de Van Gogh se caracterizaron por múltiples fluctuaciones en las que el artista como sujeto iba de la angustia completa a la aparente alegría. Finalmente, hacia el año de 1890 (año de su deceso) Van Gogh dibuja *Trigal con cuervos*.



Figura 49. *Trigal con cuervos* (Vincent van Gogh).

Fuente: -Tomado de Museo Van Gogh (<https://bit.ly/3dwogWp>).

Por este mismo año en una de sus cartas manifiesta lo siguiente: “Nunca más alcanzaré la cima de la que me arrancó la enfermedad, ¿me recuperaré alguna vez?”

En estas fuentes de información acerca de Van Gogh se evidencian marcas cualitativas que reportan que mientras el artista sufría los embates de su enfermedad y sus respectivos cambios anímicos, se iban hilvanando una serie de modificaciones que probablemente repercutieron en aquello que plasmó en sus productos creativos (Jaspers, 2001; Van Gogh & de Leeuw, 1997).

Siguiendo este derrotero lógico, es clara la existencia de una línea muy sutil entre lo que representaría la producción artística y lo que sería la locura como manifestación de la vida humana. Efectivamente, se trata de pensar esa frontera difusa que tiene lugar entre la fantasía como construcción simbólica y el “delirio”, el cual podría reflejarse en la ruptura de lo simbólico como acto compartido. Particularmente, el delirio como manifestación psicótica da lugar a formas de pensamiento y expresiones “comunicativas” que parten de “signos” que ya no se engranarían en lo intersubjetivo, sino

que corresponderían al orden de lo netamente individual y que perderían su contacto social con la realidad. De este modo, el individuo delirante se alejaría del acto comunicativo socialmente entendible y simbólicamente intercambiable, para adentrarse en un camino alternativo de imágenes e ideas, pero que no se conecta con una vía de retorno que aseguraría el vínculo con la realidad social como asidero de la cordura.

En este punto, es posible plantear que el proceso dialéctico que desarrolla el ser humano y el artista creativo en particular, se configura como un flujo recurrente en el que nace la idea y se plasma (recogiendo en buena medida la vivencia de quien la genera, pero también su cultura, sus aprendizajes, las realidades que vive y que conoce). Así, el ser humano en tanto artista, recoge todo lo vivido, lo creado y lo re-creado, para volver a entregarlo al mundo social lo cual propiciaría eventualmente una re-novación que consolida y construye la dimensión cultural.

Por tanto, cabe resaltar la capacidad que despliegan ciertos individuos para crear mundos sustentados en la imaginación y el asombro, pero que finalmente se conectan de formas divergentes con actos compartidos que implican al otro. En este sentido, vale la pena referirse a un pasaje de *Las aventuras de Alicia en el País de las Maravillas* de Lewis Carroll (o Charles Lutwidge Dodgson), ya que ofrece un excelente ejemplo de esa posibilidad extraña (que construye el artista) pero finalmente articulada al intercambio social. Se asume aquí la fantasía del artista como un espacio irreal pero entendible, momentáneo, compartido y retomado voluntariamente por él y por los otros. Concretamente, en este tramo de las aventuras de *Alicia*, la *Liebre de Marzo* le reclama por sentarse a la mesa sin ser invitada. A partir de esa interacción se desencadenan una serie de intercambios comunicativos hasta que repentinamente el *Sombrero loco* involucra a Alicia en una situación interesante desde el punto de vista imaginativo. Esta situación cambia el estado de ánimo de Alicia, desde el nivel de la confrontación entre la niña y la liebre, hasta la dinámica que implica la sensación de desafío creativo, anunciando una interacción con otro matiz emocional y que además está ligada a la actividad socialmente compartida:

–*Tampoco es muy correcto por tu parte sentarte con nosotros sin haber sido invitada* –dijo la Liebre de Marzo.

–*No sabía que la mesa era suya* dijo Alicia.

-Está puesta para muchas más de tres personas. Necesitas un buen corte de pelo- dijo el Sombrerero.

Había estado observando a Alicia con mucha curiosidad, y estas eran sus primeras palabras.

-Debería aprender usted a no hacer observaciones tan personales- dijo Alicia con acritud *-Es de muy mala educación.*

Al oír esto el Sombrerero abrió unos ojos como naranjas, pero lo único que dijo fue:

-¿En qué se parece un cuervo a un escritorio? “¡Vaya, parece que nos vamos a divertir!”, pensó Alicia. *-“Me encanta que hayan empezado a jugar a las adivinanzas.”* Y añadió en voz alta:

-Creo que sé la solución. (pág. 64).

Esta frontera difusa entre lo que es la producción artística creativa (con sus mundos maravillosos) y la desconexión simbólica compartida y no voluntaria vinculada a la locura, puede diferenciar lo que produce el artista en el tejido que llamamos fantasía, de lo que produce el paciente psiquiátrico cuando se manifiesta a través del delirio y de las alucinaciones.

CONSIDERACIONES SOBRE LOS PEQUEÑOS MUNDOS DEL ARTISTA Y EL LOCO

Nuestra estructura psíquica es una capsula que da forma a nuestros más profundos sentimientos. La locura como la normalidad, da cuenta de la existencia de esa estructura, se trata de pequeños mundos que se diferencian en su manera de operar, unos son considerados extraños y otros normales. La locura le procura al sujeto⁴⁶ una manera de funcionar que no se corresponde con las instancias sociales, pero le concede una opción para existir. Su “dificultad” en ser es aceptada por el yo, pero igualmente tiene límites que modelan su actuación. En la locura tampoco existe la plenitud, ésta también

46 Se hace referencia al loco como sujeto, puesto que ya de entrada el universo social le ha impuesto una etiqueta, unos diagnósticos y lugares para su funcionamiento.

implica ataduras (léase límites), muchas de ellas originadas en el mundo exterior (al cual pertenece el sujeto).

Lo dionisiaco (relativo a la pasión) para los griegos, era la base de las formas socialmente apreciadas, o sea, el insumo de lo apolíneo. El arte en tanto expresión de lo apolíneo, tiene su origen en los sentimientos más profundos, es una modificación de carácter bello, de los mismos. En algunos individuos esta pasión no logra el plano de la representación, y se expresa de modo desbordado, exaltado, sin acoplarse a los límites externos y entonces hablamos de locura. La locura es de carácter individual, es solo del sujeto y para el sujeto, en tanto que el arte nace en el sujeto, pero su finalidad es colectiva. Mientras que el arte nos convoca en la identificación, la locura nos agita, nos genera sobresalto, más aún nos asusta. El loco, emerge como un ser que se nos presenta como extraño, que nos suscita incertidumbre, un ser cuyo pequeño mundo no se ajusta a los esquemas de nuestros otros tantos pequeños mundos “normales”, es un ser con el cual no nos identificamos, no creamos lazo social (en cuanto a convención) pero sí un vínculo estremecedor, aunque no queremos aceptarlo, pues nos enfrenta a lo más real de nuestro ser sin tapujos, modificaciones ni embellecedores.

Tanto el arte como la locura tienen su origen en la pasión, en lo dionisiaco, en lo desbordado. La diferencia entre ambos estaría en que, en el primero dicha fuerza logra exteriorizarse en una representación que congela pasado y futuro en un presente eterno, en un equilibrio bello (hay delimitación en la fantasía); mientras que en la locura pasado y futuro se desbordan en el presente, en el delirio, en la alucinación que escenifica los tiempos chocando entre sí. Así como el arte procede como una desidentificación en términos de Manoni (1989), la locura es pura identificación, en cuanto a apoderamiento absoluto de la pasión sobre el individuo. Hay desidentificación cuando el artista logra exteriorizar sus más caros sentimientos y flujos de pensamiento, más aún, comentar su obra y por ende su mundo sensible. Por su parte, el loco está atrapado en la identificación pura con la pasión que lo habita, sus delirios y sus actos, son embriones de representación, imágenes vivas, mediante las cuales se intenta delimitar el caos y están totalmente sometidos a la compulsión de repetición. En el artista la compulsión de repetición se encuentra articulada al principio de placer, a un equilibrio psíquico que le confiere serenidad. El arte se alimenta de lo ominoso en el ser humano, elevándolo hacia el nivel de lo bello y a veces estéticamente extraño.

En los delirios hay representación, éstos obedecen a la compulsión de repetición, son una delimitación del psiquismo que emerge como actos descontrolados. En la locura el cuerpo y los actos surgen como externalizaciones sin ser mediaciones simbólicas ni implicar apoderamiento ni control en el individuo. Este por el contrario no sabe de sí solo es acto puro, escenificación, es decir compulsión a la repetición. De tal modo que, en el nivel de control que el sujeto despliega sobre su representación, en la capacidad de diferenciarse o no de su representación, contrastan diferencialmente los pequeños mundos del loco y del individuo considerado “normal”.

PREGUNTAS DE AUTOEVALUACIÓN

- ¿Cuál es el lugar de la psicología clínica en el estudio de la creatividad?
- ¿Cómo influye la enfermedad mental en individuos que previamente cuentan con una capacidad creativa importante?
- ¿Cuáles son las relaciones que se han intentado establecer entre el acto creativo y aquello que denominamos locura?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anzieu, D. (1974). *Psychanalyse du génie créateur* (Vol. 4). Francia: Dunod.
- Brenot, P. (1998). *El genio y la locura*. España: Ediciones B.
- Burden, S., & Yarden, Y. (1997). Neuregulins and their receptors: a versatile signaling module in organogenesis and oncogenesis. *Neuron*, 18(6), 847-855. DOI: 10.1016/s0896-6273(00)80324-4.
- Carroll, L. (2003). *Las aventuras de Alicia en el país de las maravillas*. Ediciones del sur.
- Cooper, D., & García, A. R. (1979). *El lenguaje de la locura*. Barcelona: Ariel.
- Favez-Boutonier, J. (1996). La psychologie clinique. *Bulletin de psychologie*, 49, 194-197.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique: Folie et déraison*. Francia: Union générale d'éditions.
- Gardner, H. (2011). *Creating minds: An anatomy of creativity seen through the lives of Freud, Einstein, Picasso, Stravinsky, Eliot, Graham, and Gandhi*. New York: Basic Books.

- Gould, S. J. (1996). *The mismeasure of man*. New York: WW Norton & Company.
- Jaspers, K. (2001). *Genio artístico y locura: Strindberg y Van Gogh*. Barcelona: Acantilado
- Jung, C. (1959). Teoría de la Psicología Analítica. *Colección Works of CG*, 9.
- Lagache, D. (1982). Psicología clínica y método clínico. *D. Lagache, Obras III: De la homosexualidad a los celos. Psicología y método clínicos. Otros estudios*, 141-156.
- Mannoni, O. (1989). *Un intenso y permanente asombro*. Buenos Aires: Editorial Gedisa.
- Platón (1973). Ion o la poesía. En Platón. *Diálogos*. México D.F.: Porrúa. pp. 91-104
- Szasz, T., *El mito de la enfermedad mental*. (1973) Buenos Aires: Amorrortu.
- Szasz, T., (1974) *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairos.
- Kairós, Barcelona. Van Gogh, V., & de Leeuw, R. (1997). *The letters of Vincent van Gogh*. UK: Penguin UK.