

SEMIÓTICA Y PSIQUIATRÍA: LENGUAJE, OPACIDAD Y EQUÍVOCO EN LA COMUNICACIÓN TERAPEUTA-PACIENTE¹

José Enrique Finol
Laboratorio de Investigaciones Semióticas y Antropológicas
Universidad del Zulia

“-¿Y qué hay que hacer?- dijo el Principito.
-Hace falta ser muy paciente –respondió el zorro-.
Primero *te sentarás* en la hierba, *un poco*
lejos de mí, yo te miraré de reojo y tú no
dirás nada. *Las palabras son causa de los*
malos entendimientos. Pero cada día te
sentarás *un poco más cerca* de mí” (...)

“Al día siguiente volvió el principito (...)
A las cuatro estaré todo inquieto por verte
y descubriré entonces lo que vale la
felicidad. Pero si vienes a horas distintas
no sabré cuándo empezar a preparar
mi corazón... *Los ritos son imprescindibles*.
¿Qué es un rito? –dijo el principito.
Es algo también ya muy olvidado –dijo
el zorro-. Es lo que hace que un día sea
diferente a otro día, y que una hora sea
diferente a otra”.

El Principito

Antoine de Saint-Exupéry
(Subrayados nuestros)

Resumen

En el presente trabajo se propone un análisis de la comunicación entre paciente y terapeuta desde un punto de vista semiótico. Se parte del principio según el cual dicha comunicación tiene características propias, que deben ser tomadas en cuenta en las estrategias discursivas y comunicativas que el terapeuta desarrolla para alcanzar una comunicación exitosa. Para el análisis se propone un modelo de comunicación, dentro del cual los sucesivos procesos de codificación y decodificación, destinados a lograr un alto nivel de interacción, son decisivos para la construcción de una terapia

¹ Publicado en la revista *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, v. 49, n. 100, enero-junio, 2003. Caracas, Venezuela.

eficiente. Se parte del concepto de una comunicación que se desarrolla no sólo como intercambio lingüístico, sino también como un proceso pansemiótico, en el cual todos los elementos humanos –cuerpo, espacio, gesto, escenario, palabra- contribuyen decisivamente en la articulación discursiva. Finalmente se proponen algunas estrategias destinadas a reducir lo que Lacan llama la “vacuidad” y la “resistencia” de la palabra, con el propósito de aumentar las posibilidades de éxito de la comunicación terapéutica.

Abstract

In this paper we propose a semiotic analysis of the process of communication between psychiatrist and patient. Our starting point is that such communication has its own characteristics, and that we should take them into account when the therapist, in order to succeed, develops his discursive and communicative strategies. For our research we propose a new communication model, in which successive processes of codification and decodification, aimed to obtain a high level of interaction, are decisive for the design of an efficient therapy. It is suggested that communication is not merely a linguistic exchange but a pansemiotic process, in which every human element –body, space, gesture, stage, word- contribute to the discursive articulation. Finally, we propose some strategies that points out to reduce what Lacan calls word’s “vacuity” and “resistance”, and to increase the possibilities of success in therapeutic communication.

Introducción

En su extraordinario estudio *Más allá del Principio del Placer*, Freud presentó y estudió el caso de un niño austríaco que juega a hacer desaparecer y aparecer, alternativamente, un objeto. Cuando lo hace desaparecer el niño grita “¡Fort!” (“¡Lejos!”) y cuando lo hace aparecer grita “¡Da!” (“¡Aquí está!”). Para Freud el niño imita las apariciones y desapariciones de su madre, y se previene contra ello a través de este juego. Para Lacan el caso muestra de manera inequívoca “la determinación que el animal humano recibe del orden simbólico”. Aunque Lacan sólo se refiere al uso específico de palabras como elemento decisivo en la construcción que el niño hace de su lenguaje y de su mundo simbólico, es de capital importancia hacer notar que también el objeto que alternativamente hace aparecer y desaparecer *es* un signo, de manera que la ausencia/presencia de la madre está reproducida a través de dos

tipos de signos que pertenecen a dos sistemas semióticos diferentes: el sistema de las palabras o lenguaje verbal y el sistema de los objetos. ¿En qué sentido los objetos del mundo exterior, como el que este niño usa, son también signos? ¿Es que acaso todos los objetos que nos rodean están formados o, mejor, *son* signos? Como la Antropología Cultural nos ha enseñado, todo objeto que cruza la línea entre naturaleza y cultura deviene “culturizado”, es decir, adquiere los significados que el hombre, en circunstancias determinadas, le impone. Insertos en el mundo, “todos los objetos se hallan en el compromiso fundamental de tener que significar” (Baudrillard 1974:6). En otros términos, el mundo exterior está en un constante proceso de agresión semiótica, de imposición de significados. El hombre, decía Peirce, es, él mismo, un signo. Esta teoría, denominada por algunos autores pansemiótica, nos propone que todo objeto –externo o interno, natural o cultural, material o espiritual– puede ser visto *sub specie* semiótica, o, lo que es lo mismo, bajo la óptica de que está, de algún modo, dotado de un sentido. En palabras del propio Piaget: “En todos los dominios del comportamiento humano intervienen los sistemas de significación” (1973: 216).

¿Qué es la Semiótica?

Aunque la Semiótica no fue fundada como disciplina científica sino recientemente, sus orígenes se remontan a la antigüedad griega y posteriormente a las propuestas de Locke, quien en su *Ensayo sobre el Entendimiento Humano* (1690) propone una “doctrina de los signos” que él denomina Σημειωτική. Otros continuadores de la tradición filosófica han sido Johan Heinrich Lambert (1764) y Bolzano (1837). Por su lado, Galeno de Pérgamo (139-199) ya se refería al diagnóstico como un proceso de σημείωσις. Pero la tradición atribuye a las palabras pioneras del lingüista suizo Ferdinand de Saussure (1857-1913), recogidas después de su muerte por sus alumnos, y a las propuestas sistemáticas del filósofo y matemático Charles Sanders

Peirce (1839-1914), el impulso fundamental para el desarrollo de este proyecto científico. Hoy se puede hablar de diversas escuelas semióticas entre ellas las más conocidas son la escuela francesa, apoyada en Saussure (Greimas, Barthes, Kristeva, etc.); la escuela anglosajona, basada en Peirce (Morris, Sebeok, Merrell, Deely, etc.), la escuela italiana, más bien de carácter ecléctico (Eco, Bettetini, Fabbri, etc.), y la escuela latinoamericana en la búsqueda de su propio camino (Veron, Silva, Santaella, Andacht, Escudero, etc.)

Me ha parecido siempre que la frase premonitoria de Saussure es un excelente modo de introducir la presentación de la Semiótica, a la que él denominó Semiología en su *Curso de Lingüística General* (1916): “una ciencia que estudie la *vida* de los *signos* en el seno de la *vida social*” (Saussure 1965:60, subrayados nuestros). Este vasto programa que el lingüista suizo proponía alimentó la investigación semiótica europea durante muchos años y aún continúa haciéndolo. Este “proyecto semiótico” continúa expandiéndose.

Son tres las principales definiciones de la Semiótica: a) Ciencia que estudia los sistemas de signos: “semiótica es la doctrina de la naturaleza esencial y de las variedades fundamentales de las posibles semiosis” (Peirce), o también “La Semiótica tiene como propósito una teoría general de los signos en todas sus formas y manifestaciones, sean éstos animales o humanos, normales o patológicos, lingüísticos o no lingüísticos, personales o sociales” (Morris 1964:1). b) Ciencia que “estudia todos los procesos culturales como procesos de comunicación” (Eco 1976:8). c) La Semiótica es una “teoría de la significación” (Greimas 1979:345).

Una clasificación de los Signos

Hay varias clasificaciones de los signos. Mencionaremos la clasificación hecha por Peirce, según la cual hay tres tipos fundamentales de signos: Íconos, Índices y Símbolos. Los **Íconos** son signos que mantienen con su referente, con lo

representado, una relación de semejanza. El ejemplo clásico son las fotografías o dibujos, las imágenes visuales, pero también algunos gestos tienen un carácter icónico. Los **Índices** son aquellos signos que tienen una relación de contigüidad o de causa-efecto con el referente. Así se dice, por ejemplo, que el humo es índice de la existencia del fuego o que una nube negra es índice de la proximidad de la lluvia. Por último, los **símbolos** son todos los signos convencionales creados por el hombre, tales como la palabra, las señalizaciones, la escritura, etc. Se trata sin duda de los sistemas de signos más extendidos y numerosos.

Charles Morris propuso una división de la Semiótica en tres grandes dimensiones. La **Pragmática**, que estudiaría las relaciones entre los signos y sus usuarios, la **Sintaxis**, que estudiaría las relaciones de un signo con los otros signos, y la **Semántica**, que estudiaría las relaciones del signo con su referente o Denotatum

Una Teoría de la Significación

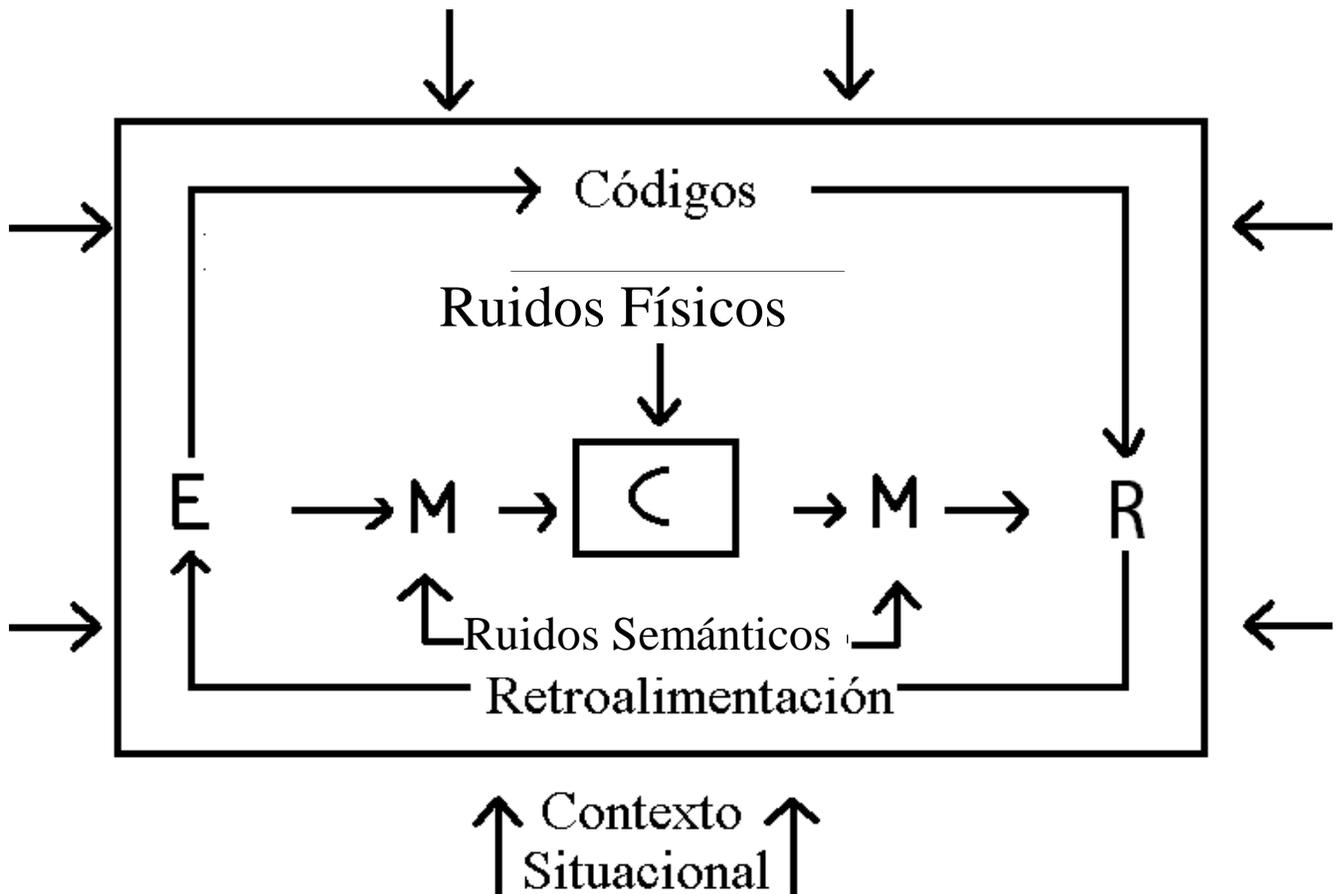
Creo que el punto de vista más adecuado para nuestro enfoque parte de la idea greimasiana de que la Semiótica debe estudiar el proceso de significación como proceso mínimo fundamental de todas las posibles semiosis. En tal sentido, la Semiótica no sólo se interesa en interpretar un mensaje sino también, y sobre todo, en explicar cómo ese mensaje significa lo que creemos que significa. El énfasis de la investigación semiótica está, no sólo en el *qué* sino también en el *cómo*. Se trata pues de encontrar las articulaciones fundamentales que estructuran el mensaje, no importa si éste es un sueño o una canción, un rito o una danza, una vestimenta o un espacio, un chiste o un discurso incoherente.

Para alcanzar sus objetivos el especialista en Semiótica ha desarrollado métodos propios y también ha adaptado métodos de otras disciplinas, en particular de la Lingüística, de la Lógica y de la Matemática. Por ser una actividad de vocación interdisciplinaria, la Semiótica se apropia y adapta los métodos de otras disciplinas

que le permitan desarrollar su teoría, interpretar los mensajes y explicar cómo éstos operan en un contexto determinado.

La Comunicación

A pesar de que la comunicación nos parece a menudo un proceso simple, puesto que a diario participamos en innumerables procesos de intercambio de información, un análisis más detenido nos mostrará que la comunicación es extremadamente compleja... a menudo imposible. Con el propósito de ilustrar esta enorme dificultad de comunicación, necesaria para una interacción exitosa, veamos un modelo general de las variables que intervienen en un proceso de comunicación.



Este modelo general pretende, a pesar de sus limitaciones, mostrar que el proceso de comunicación es una totalidad en la que intervienen complejos procesos derivados de sistemas que van de una extrema complejidad, como el lenguaje verbal, hasta aquellos de estructuración relativamente simple, como el código cromático, por ejemplo. Cuando se trata del lenguaje, el proceso no incluye sólo las palabras sino todo lo que en general se puede llamar el paralenguaje: la vestimenta, los gestos, la entonación, los movimientos, el lenguaje corporal, los signos proxémicos y kinésicos, etc. A ello hay que agregar todos los aspectos psíquicos y somáticos presentes.

“El acto del lenguaje no es un fragmento de vida psíquica aislado de otras funciones. Toda manifestación de lenguaje supone la actividad de todo el organismo y de todos los aspectos de la vida psíquica, organizada en la ACTITUD DE LENGUAJE, cuyo efecto exterior es la expresión. La actividad interior que la precede es por completo tan importante como su resultado exterior” (Slama-Cazacu 1970: 311-12).

En el modelo vemos, en primer lugar, que el emisor (E) y el receptor (R), lo mismo que el canal y el mensaje, forman parte de un contexto situacional en el cual numerosas variables intervienen y que, de un modo u otro, de forma consciente o inconsciente para ellos, afectan el proceso comunicacional como un todo. Ningún proceso de comunicación puede escapar al contexto, a las variables histórico-culturales y a las condiciones sociales de las cuales todos los elementos son parte y que, en modos que a veces ni imaginamos, están presentes para coadyuvar a la construcción de un sentido, concepto que podríamos definir, de modo operativo y sencillo, como la resultante de la conjunción de un significado más un contexto. “Un fenómeno permanece inexplicable en tanto el margen de observación no es suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que dicho fenómeno tiene lugar” (Watzlawick *et al.* 1973:22).

Los diferentes tipos de contexto pueden ser clasificados en *contexto sintagmático*, que es aquel en el cual se inserta un signo o conjunto de signos con otros signos de su misma o de diferente naturaleza, no importa si éstos son lingüísticos o no; el *contexto situacional*, que es aquel que incluye las variables presenciales de la comunicación, tales como espacio, tiempo, actores, etc.; y el *contexto socio-cultural*, que incluye todas las variables de orden social y cultural que, de una manera u otra, están presentes en la historia personal de los actores².

Veamos un modelo de significación. Saussure nos propuso un análisis binario del signo. Para él se trata de una entidad bifacial, compuesta por un **Significante** y un **Significado**, una imagen sonora y un concepto. Pero el aporte decisivo de Saussure en su concepción del Significado y del Significante es su noción de la diferencia. Como lo explica Greimas, lo que es determinante en el proceso de la significación no son los *elementos* que componen una entidad lingüística sino las *relaciones* que se establecen entre éstos. Así, surge el concepto de *estructura* como aquella que está constituida sólo por diferencias. “El origen de la significación –anota Nöth- está definido como una relación elemental constituida por la diferencia entre dos términos semánticos” (Nöth 1990:317). De este modo, la diferencia entre dos términos como “hijo” e “hija” está determinada, a nivel metasemiótico, por una oposición semántica, de carácter sexual, que se puede describir como /masculino/ y /femenino/. En el caso de los términos “hija” y “padre” la diferencia se construye sobre dos oposiciones, una sexual, /masculino/ y /femenino/, y otra que podríamos llamar paterno-filial, /descendiente/ y /ascendiente/.

El signo médico: el síntoma

² La psicóloga rumana Slama-Cazacu propone otra clasificación de los tipos de contexto, específicos para el lenguaje verbal. Para ella hay un CONTEXTO LINGÜÍSTICO (o discursivo o verbal), “constituido por la unión lineal de las palabras”. Dicho contexto “está englobado en un contexto superior, el CONTEXTO EXPLÍCITO por entero, compuesto por los demás signos auxiliares”. Finalmente propone “un contexto más amplio todavía, el CONTEXTO IMPLÍCITO” (Slama-Cazacu 1970:313-14).

El concepto de síntoma tiene su origen en la tradición semiológica médica, donde se le entiende como un signo de enfermedad o mal funcionamiento corporal³. Foucault define al síntoma como un “substrato primario donde significante y significado están indisolublemente ligados” y, en consecuencia, “es la soberanía de la conciencia la que debe transformar el síntoma en signo”. Ducrot y Todorov denominan al síntoma “signo natural”, lo que corresponde al concepto de índice, en la terminología de Peirce (cf. supra). Desde la teoría psiquiátrica de la comunicación, Watzlawick *et al.* definen el síntoma como “un mensaje no verbal” (1973:80). Lo cierto, en todo caso, es que aún los signos llamados naturales están sometidos al proceso de la convencionalidad cultural, aquella que lucha por incorporarlos a una dialéctica cultural donde nuevos significados se agregan a los mismos signos. De modo que el síntoma fisiológico no es menos polisémico que otros signos. A pesar de los esfuerzos por establecer una relación unívoca entre un signo-síntoma, un dolor de cabeza, por ejemplo, y una enfermedad, los médicos hoy saben que ese signo es indicador de una pluralidad enorme de enfermedades posibles. Ello, nos parece, es mucho más válido todavía para el caso de los signos-síntomas que el terapeuta debe interpretar, pues, lo que es un signo, significante y significado, es sólo significante de un significado segundo aún por descubrir.

“Un síntoma –afirma el psiquiatra francés Clavreul- reenvía de derecho, si no de hecho, a alguna cosa. (...) El problema es diferente para el síntoma psiquiátrico (neurótico, psicótico o perverso), sin embargo la tradición médica sigue procediendo con la misma metodología. (...) Pero el síntoma psiquiátrico –agrega- no es un signo, sino un significante: reenvía no a alguna cosa sino a un sujeto. A este título el síntoma psiquiátrico no es reductible a signo y sólo puede transformarse en éste

³ En los siglos XVI, XVII y XVIII, los manuales tradicionales de semiótica o semiología médica dividían ese campo en tres diferentes subdisciplinas de nominadas *anamnesia* o *anamnesis*, relativa a los datos personales, hereditarios y familiares del paciente anteriores a la enfermedad; *diagnóstico*, que tiene que ver con el reconocimiento de la naturaleza del padecimiento mediante la observación de sus signos y síntomas; y *prognosis*, que se centra en la predicción del posible desarrollo futuro de la enfermedad (Nöth 1990:13).

accediendo a la significación, esto es tomando lugar en la cadena de los significantes a través de la cual el Sujeto se representa” (Clavreul 1975:52)

Semiótica y Psiquiatría: La comunicación paciente-terapeuta

La comunicación paciente/terapeuta es probablemente uno de los procesos más complejos y difíciles de comprender. En él intervienen numerosas variables y prácticamente el único medio de acceso a una interpretación adecuada de los mensajes que el paciente y el terapeuta articulan son sus propias palabras. “Ya sea que aspire a ser agente de curación, de formación o de sondeo, el psicoanálisis no posee más que un medio: la palabra del paciente” (Lacan 1966:123). Por su parte Loras afirma que “el camino hacia el verdadero diálogo (...) sigue siendo el poder del lenguaje, poder de conocimiento, poder de espacio de la neurosis, poder de espacio de la psicoterapia” (Loras 1971:85).

Ahora bien, frente al discurso del paciente ¿cuál es el papel del terapeuta? “El analista –agrega Fages- es el que escucha y traduce. Hace el papel del testigo que garantiza la palabra que el analizado dirige a otro” (1973:26-27). Loras argumenta que “la progresión del lenguaje sólo tiene lugar si el psiquiatra se convierte en el *auditor privilegiado* del neurótico a quien se le confía la iniciativa de su propia mayéutica, en la cual encontramos el verdadero diálogo” (1971:87) Pero, si la palabra de un sujeto sano puede, en condiciones normales, ser extremadamente equívoca y opaca, la palabra de un paciente, perturbado por sus emociones y carencias, puede ser de una complejidad casi infinita.

Como puede notarse hay en estas dos interpretaciones una clara posición terapeutocentrista. Se mira el proceso comunicativo desde la posición del terapeuta y no *desde ambas posiciones*. No hay una perspectiva bidireccional. Se habla de la palabra del paciente pero no de la palabra del terapeuta, de la recepción de mensajes y de las sucesivas recodificaciones que éste realiza. Se olvida a menudo que también

el terapeuta es sujeto de una historia personal, de una cultura propia, de unos conflictos y relaciones que, de una manera u otra, lo marcan.

Si, como dice Fages, el terapeuta es quien escucha y traduce, tales operaciones semióticas, por ser de una complejidad extrema, requieren habilidades particulares. En primer lugar, *escuchar* significa desarrollar complejas operaciones intelectuales de decodificación semiótica de los mensajes del paciente. Podría pensarse que es fácil la comunicación pues ambos sujetos, paciente y terapeuta, comparten un mismo código, el mismo lenguaje verbal. Sin embargo, sabemos que el lenguaje es por naturaleza polisémico, cambiante, no sólo en su vocabulario sino en el sentido que cada término adquiere en contextos diferentes.

En segundo lugar, *traducir* significa convertir un mensaje originado en un código, el lenguaje verbal del paciente, en otro código diferente, el lenguaje de los conceptos psiquiátricos. Esa reelaboración del mensaje por parte del terapeuta corre todos los riesgos de la falsificación. Ya los latinos lo sabían: *traductor*, *traditor*.

En tercer lugar, la escasez de univocidad del lenguaje verbal, su natural polisemia, es mayor cuando se trata de interpretar, en el caso de los sueños, por ejemplo, los símbolos que el paciente crea y que responden no a un código generalizado y universal, como en el lenguaje verbal, sino a un *idiolecto* propio, gracias al cual el individuo crea, modifica y elimina, según sus propias necesidades y según sus procesos inconscientes, su propio sistema simbólico. Freud conocía lo difícil de reconstruir ese código y lo expresó bien al definir el símbolo como “un método indirecto de representación” (Freud 1916: 331), lo cual expresa el **equivoco** y la **opacidad** propio de ese tipo de signo tan común en las patologías mentales. Ya en 1900 el mismo autor había expresado la dificultad hermenéutica que un símbolo presenta pues, según el autor, “el elemento común entre un símbolo y lo que representa” (entre *Significante* y *Significado*, en la terminología de Saussure) “está a menudo oculto” (Freud 1900: 352). Lacan, en su conferencia de 1953 en el Instituto

de Psicología de la Universidad de Roma, ha expresado la misma problemática con sus propias palabras: “Se trata de analizar el comportamiento del sujeto para encontrar allí *lo que él no dice*” (Lacan 1966: 123, subrayado nuestro).

Un signo o un conjunto de signos es **equívoco** cuando un *Significante1*, abreviámoslo *s1*, en lugar de corresponder a un *Significado1 (S1)*, es interpretado como correspondiente a un *Significado2 (S2)*. Esa situación comunicativa conducirá, lógicamente, a una interpretación errónea del mensaje del paciente al terapeuta o del terapeuta al paciente, lo que, en consecuencia, creará una falsa interacción. Así mismo, un signo o un conjunto de signos es **opaco** cuando el *Significante1* no remite a un *Significado1* sino a múltiples posibilidades (*S2, S3, S4, S5...*), lo cual, como en el caso anterior, impide o tergiversa la interacción comunicativa. Es esta opacidad de la palabra lo que Lacan denomina “*la parole vide*” (1966: 130). No obstante, aún en este *vacío* de la palabra hay un sentido que el mismo autor se apresura a señalar: “Incluso si no comunica nada, el discurso representa la existencia de la comunicación; incluso si niega la evidencia, afirma que la palabra constituye la verdad; incluso si está destinado a engañar, él especula sobre la fe en el testimonio” (Lacan 1966: 128).

Ahora bien, ¿en qué consiste la interacción? La interacción es un proceso que va mucho más allá del simple intercambio de mensajes entre dos o más sujetos que comparten comunes sistemas de signos, sistemas que, *grosso modo*, Emisor y Receptor conocen tanto en su repertorio de unidades como en sus reglas de funcionamiento. La interacción supone una móvil comprensión mutua que es capaz de incorporar no sólo el significado de los signos que ambos emiten/reciben, sino también la historia que está detrás de esos signos y que, finalmente, les da sentido. Una definición semiótica de la interacción ha sido propuesta por Latella quien señala que ésta consiste en “la transformación *mutua* y *sucesiva* de la competencia modal y cognoscitiva de los sujetos que se encuentran frente a frente”, “la interacción debe ser

interpretada” –agrega- “como una sucesión de desequilibrios modales, de búsqueda de reequilibrio modal y de retorno al equilibrio de los sujetos que participan en la misma” (Latella 1986:171).

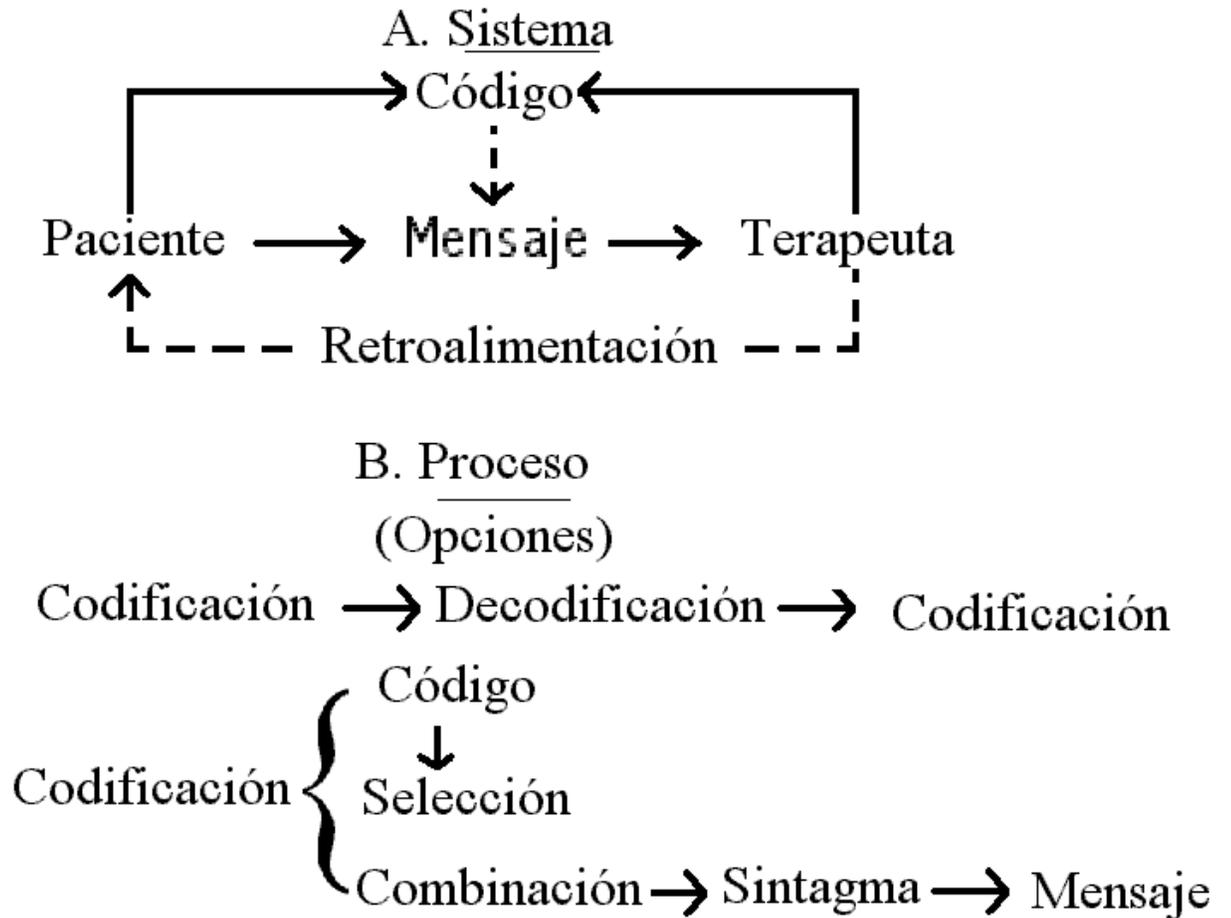
Fronteras de la comunicación

Una de las nociones fundamentales en la construcción de la interacción entre individuos, tanto en la vida cotidiana como en especiales situaciones de comunicación, es la noción de límite. Cada persona, con el propósito de proteger su territorio diseña y desarrolla estrategias que le permitan, en el contacto con los demás, determinar hasta dónde éstos pueden llegar. Se trata de una estrategia de autoprotección, destinada a mantener las condiciones necesarias para el equilibrio emocional propio, pero también el equilibrio familiar y social. Si estas estrategias personales y sociales son evidentes, por ejemplo, en las relaciones con los extranjeros, existen también en las relaciones con los miembros de nuestra familia, con los compañeros de trabajo y con los vecinos. Se trata de mecanismos complejos que a menudo crean límites y fronteras insalvables cuya impenetrabilidad se hace mayor cuando los medios comunicativos para cruzarlos –verbales, gestuales, rituales, etc.- son a menudo **equívocos** u **opacos**. Fisher lo ha expresado en forma definitiva: “Cada persona batalla día y noche para mantener sus límites” (Fisher 1973: 40)

En el proceso de comunicación terapeuta-paciente es fundamental tener conciencia de las barreras, de los límites, que cada individuo establece para su autoprotección. El terapeuta debe desarrollar estrategias semióticas –verbales, gestuales, rituales, etc.- que faciliten el cruce de esas fronteras, pues no siempre los puentes que extiende el paciente son aquellos por donde realmente se puede cruzar. También esos puentes son, a menudo, imaginarios cuando no falsos. “La construcción y ruptura de límites es un modo de mantenernos dentro de las fronteras de lo que nos es conocido, dentro de nuestra propia cultura, y también, al mismo tiempo, una manera de explorar lo

desconocido, de conocer, de cruzar esos límites y expandir nuestras fronteras” (Finol 1995: 119).

Un sencillo modelo nos ayudará a visualizar de manera más precisa los sistemas y los procesos que intervienen en la comunicación paciente-terapeuta.



El modelo anterior trata de mostrar, como puede verse, la intersección de sistemas, procesos y operaciones que se dan en la construcción del mensaje, un mensaje que es generalmente híbrido pues aparece configurado por más de un tipo de signo. La codificación es igualmente un proceso complejo, pues supone operaciones de selección de unidades del repertorio de signos de cada código y su simultánea combinación, operación para la cual es necesario seguir las reglas de los códigos

utilizados. La decodificación, a su vez, es una operación llena de riesgos pues implica un conocimiento del o de los códigos que maneja de el emisor pero también de la situación contextual en la que los mensajes son elaborados y enviados.

Por otra parte, el terapeuta debe enfrentarse a decisivos problemas semióticos que conspiran contra la correcta decodificación y precisa interpretación de los mensajes de sus pacientes. Tales mensajes son con frecuencia polisémicos, una característica propia tanto del lenguaje verbal como del gestual, e implican significados explícitos o implícitos, lo que acentúa a menudo su ambigüedad. A ello se agrega la incoherencia que a menudo caracteriza el mensaje de los pacientes. Gear y Liendo han denominado “autismo transferencial” a un fenómeno que distorsiona completamente la comunicación terapéutica y que describe así:

“Los psicoanalistas ‘interpretaban’ desde su código teórico que las señales (asociaciones libres, etcétera) de sus pacientes les confirmaban no sólo que habían recibido sus señales terapéuticas, sino, también, que las hipótesis clínicas que ellas transmitían eran correctas. Los pacientes, a su vez, “reinterpretaban” desde su código narcisista que las señales (interpretaciones, encuadre, etcétera) de sus terapeutas les confirmaban que sus señales habían sido recibidas y sus hipótesis patológicas ratificadas”
(Gear y Liendo 1974:283)

La interpretación de los signos, sean éstos conscientes o inconscientes, plantea dificultades extraordinarias comunes a la práctica psiquiátrica y semiótica. Como decía El Principito, “las palabras son causa de los malos entendimientos”. Es posible, no obstante, proponer desde la teoría de la significación algunos procedimientos que nos permitan determinar, con mayor certeza, el sentido de los mensajes para que, entonces, éstos puedan ser re-codificados en el sistema interpretativo, psiquiátrico, obtener conclusiones más precisas, sistematizarlas y diseñar entonces procesos de cura y rehabilitación.

¿Cómo facilitar una comunicación más eficaz?

La reducción de la incertidumbre y el control de la entropía informativa son objetivos decisivos para el paciente y el psiquiatra. Ambos, a través de recolección de información y de sucesivas operaciones de *reducción* y *abstracción* buscan determinar cuáles son los *elementos pertinentes* del mensaje que reciben y del mensaje que, en respuesta, deben articular. La formalización en un modelo general permitirá obtener una interpretación plausible del fenómeno que analizan y, al menos en el caso del psiquiatra, proponer estrategias terapéuticas que conduzcan al paciente a su recuperación, a una mejor calidad de vida. Ahora bien, ¿cómo determinar cuáles son los elementos pertinentes en un mensaje? Aquí la Lingüística puede ayudarnos. La Fonología, por ejemplo, considera elementos pertinentes a aquellos cuya presencia-absencia o cuya sustitución a nivel del significante produce cambios en el plano del significado. Así, por ejemplo, el fonema /m/ es pertinente porque cuando se sustituye al fonema /b/ en la palabra “bala” se obtiene un cambio no sólo en el significante sino también en el significado: “mala”. Asimismo, es posible utilizar el mismo método de sustitución en cualquiera de los niveles del mensaje: palabras, símbolos, objetos, frases, colores, gestos, etc. El cambio que estos elementos provoquen en el significado nos indicaría la pertinencia semiótica de los mismos y en consecuencia nos ayudaría a determinar cuáles contenidos son relevantes para el emisor.

Por otra parte, en el discurso del paciente es de la mayor importancia no sólo lo que éste dice sino también lo que calla pues, como apunta Castilla del Pino, “el habla puede concebirse como una cadena de dobles significantes, en la que los silencios, o lo que se silencia, es asimismo un significante también” (1972:32). En esta dialéctica entre lo dicho y lo no-dicho, el lenguaje es no sólo medio de revelación sino también de ocultamiento, lo que evidencia, una vez más, la necesidad de estrategias discursivas destinadas a buscar una comprensión profunda y no sólo superficial de la

información aportada por el paciente. Castilla del Pino agrega que “lo no-hablado es un componente más de lo hablado, que debe situarse en el seno mismo de la cadena polisintagmática que compone el discurso total” (1972:35). Previamente el mismo autor había hecho énfasis en esas formas asistemáticas de la comunicación que van más allá del lenguaje: “...la verdad (...) pugna por expresarse y se exterioriza al fin, a pesar nuestro, más por lo que ‘dicen’ nuestras actitudes que por lo que literalmente significan nuestras palabras” (1968:104). Así, actitudes, gestos, comportamientos y movimientos forman parte de los múltiples lenguajes en que el hombre, incluso en contra de su voluntad, comunica. También Verón, al definir la neurosis afirma que ésta “no es otra cosa que un sistema de significaciones estructuradas a partir de una contradicción originaria, y el discurso es el *lugar* donde esta contradicción se muestra y se oculta a la vez” (1972:199).

En segundo lugar, la *redundancia* es un mecanismo que busca poner de relieve lo que es determinante, importante, para el emisor. En efecto, cuando el emisor desea mostrar lo que le interesa en una comunicación recurre a la repetición. Tal repetición no siempre implica la utilización de los mismos signos sino que el emisor puede recurrir a signos diversos o, también, puede acompañar unos signos con otros a fin de reforzar el significado que quiere transmitir, como ocurre, por ejemplo, cuando un gesto que acompaña a la palabra aumenta la fuerza semántica de lo que el emisor quiere hacer entender a su receptor. Esta estrategia es válida tanto para emisor como para receptor y parte de la natural capacidad redundante de la propia lengua. Verón, en su análisis de mensajes provenientes de los tres tipos de pacientes neuróticos, establece características que definen las estructuras discursivas de cada uno. Los obsesivos, por ejemplo, se caracterizan por ser “los más ‘claros’ y ‘ordenados’ y a la vez los más redundantes” (Verón 1972:195)⁴

⁴ El estudio sobre las modalidades de la comunicación verbal en pacientes neuróticos concluye que “los mensajes de los pacientes histéricos revelan un grado comparativamente alto de confusión y ambigüedad, que resulta del elevado número de

Así mismo, la *redundancia*, en particular gracias a la utilización de sinónimos en la comunicación verbal, contribuye a evitar los **equívocos** y también a eliminar o atenuar la **opacidad** del lenguaje. A menudo un signo o un conjunto de signos de un sistema semiótico diferente al originalmente usado es decisivo para eliminar el **equívoco** o la **opacidad** en un mensaje previo. Una práctica útil puede ser, por ejemplo, hacer que el paciente escriba en su casa lo mismo que ha expresado verbalmente durante la terapia. Cuando el terapeuta revise esas notas escritas probablemente encontrará elementos pertinentes para la interpretación de su mensaje y que podría no haber percibido en la sesión oral.

En tercer lugar, es importante conocer el *idiolecto*⁵ de nuestros emisores, las particularidades expresivas y comunicativas de quienes interactúan con el terapeuta en la consulta. Ello no sólo nos permite comprender mejor el mensaje del paciente sino que también nos permite adecuar nuestros propios procesos de codificación al idiolecto de nuestro receptor, con lo cual aumentan las posibilidades de una comunicación exitosa.

En cuarto lugar, es necesario prestar atención no sólo a lo que nuestro emisor dice sino también a lo que éste hace. *Hacer* y *decir* son dos lenguajes diferentes, no siempre complementarios y armónicos. Por el contrario, las contradicciones entre uno y otro son expresivas de significados profundos a formalizar e interpretar. Por otra parte, el hombre utiliza distintos sistemas sígnicos de manera simultánea, sistemas que van desde el lenguaje verbal hasta la vestimenta, los gestos, los objetos de los cuales se rodea e incluso la entonación que imprime a sus palabras. Es por esto, en fin de cuentas, que el zorro de *El Principito* confía más, primero, en el *lenguaje*

unidades-frase perturbadas, y en especial de unidades incompletas” (Verón 1972:194); mientras que “los mensajes fóbicos revelan el valor más alto de la dimensión de máxima gravedad de la perturbación sobre el total de perturbaciones y el mayor número de perturbaciones sobre el total de palabras” (196).

⁵ Greimas define el idiolecto como “la actividad semiótica productora y/o lectora de significaciones propias de un actor individual que participa en un universo semántico dado” (Greimas 1979:180).

corporal y en el *código proxémico*⁶ (“primero te *sentarás* en la hierba, un poco *lejos* de mí”), y luego en la gestualidad (“...yo te *miraré de reojo* y tú *no dirás nada*”).⁷

En quinto lugar, es necesario aprovechar, dentro de las estrategias comunicativas, las características propias de algunos sistemas de comunicación, que, en forma natural, crean las *condiciones de la comunicación*, en tanto y en cuanto ellas establecen reglas compartidas y a menudo generalizadas que facilitan el encuentro entre emisor y receptor. La sesión terapéutica, por ejemplo, reúne condiciones específicas –intencionalidad, espacio, tiempo, discurso, coreografía- que la asimilan a un ritual. Y, como dice El Principito, “Los ritos son imprescindibles”. Ellos crean un contexto que facilita la realización de la *intencionalidad* comunicativa y, por lo tanto, incrementan las posibilidades de una interacción exitosa. La acción ritual es una de las prácticas estructuradas más eficientes de la acción simbólica humana. De manera que el terapeuta no debe descuidar ni el escenario ni las acciones propias del *ritual terapéutico*, pues el paciente, co-partícipe del ritual, tiene unas expectativas que de ser defraudadas afectarían negativamente la interacción en proceso de construirse. Toda relación humana supone unas normas de funcionamiento que, a pesar de su laxitud, no pueden ser ignoradas, como bien lo ha mostrado la microsociología, en particular después de los trabajos pioneros de Goffman. En ese *ritual terapéutico* a menudo son más importantes los mensajes implícitos que el discurso explícito. “La expresividad del individuo parece comprender dos tipos de actividad sígnica radicalmente diferentes: la expresión que el individuo da (*give*), y la expresión que (inconscientemente) transmite (*give off*)” (Goffman 1959:2). Por otra parte, la sesión terapéutica, en tanto rito, constituye, en el fondo y en la forma, un acto de

⁶ Halle define la proxémica como “el estudio de cómo el hombre inconscientemente estructura microespacios, es decir, la distancia entre los hombres en las transacciones de la conducta diaria, la organización del espacio en sus casas y edificios, y finalmente la distribución de sus ciudades” (en Nöth 1990:411). Greimas, por su parte, afirma que “la proxémica es una disciplina semiótica que se propone analizar la disposición de sujetos y objetos en el espacio y, más particularmente, el uso que los sujetos hacen del espacio con fines significativos” (1979:300).

⁷ Todos los subrayados son nuestros.

legitimación de la relación terapeuta-paciente, del mismo modo en que el dictado de la clase legitima el rol del profesor y también el del estudiante: cada uno sabe cuáles acciones le están permitidas y cuáles acciones esperar del otro. Es gracias a esa *legitimación* que el ritual facilita que podamos ir ante un desconocido y, a solas, contarle historias sobre nosotros mismos que ni siquiera nos hemos atrevido a elaborar en forma de discurso y que, mucho menos, bajo ninguna circunstancia, contaríamos a personas que toda la vida han estado cerca de nosotros. En el ritual terapéutico es decisivo, como en todo ritual, “el prestigio del hablante o la creencia del oyente en lo que se está diciendo” (Skinner 1981:391). En términos semióticos, es la competencia del oficiante ritual –su prestigio, su capacidad, su experiencia- lo que facilitará el éxito de la interacción terapeuta-paciente.

En sexto lugar, para el terapeuta es necesario desarrollar una *jerarquización* de los contenidos de los distintos mensajes que, sin cesar, el paciente intenta articular y comunicar. Para ello es necesario una estrategia de *reducciones sucesivas* del contenido de los mensajes, a fin de establecer las *isotopías*⁸ que estructuran el discurso del paciente, pues si bien Lacan exagera cuando afirma que “*l’inconscient EST un discours*” (1966:12), no es menos cierto que es ese discurso lo único que tenemos para llegar al paciente.

A diferencia de lo que piensa el rabino en *The State*, de Isaac B. Singer, la oscuridad no es “nada más que la ausencia de luz” ni “sí es sí y no es no” (Singer 1971:326); por el contrario, la oscuridad tiene vida y significación propias, y “sí” puede significar “no” y viceversa. Todo ello es posible porque el discurso es el reino de la imaginación, la contradicción y el conflicto, y a menudo lo que las palabras afirman la acción lo contradice. Contradicciones, antítesis y conflicto no son sólo

⁸ “Isotopía” es un concepto desarrollado por Greimas, quien lo define como “un conjunto redundante de categorías semánticas que hace posible la lectura uniforme del relato, tal como resulta de lecturas parciales de los enunciados y de la resolución de sus ambigüedades, y que está guiada por la búsqueda de la lectura única” (Greimas 1970:188).

estrategias cotidianas del discurso sino también prácticas corrientes de la propia vida psíquica del hombre.

Si para el semiótico como para el psiquiatra la materia prima son los lenguajes, los distintos sistemas sgnicos que el emisor utiliza, el análisis de éstos requiere de un sistema metasemiótico: un lenguaje cuyo objeto de análisis es otro lenguaje, lo que los lógicos llaman metalenguaje. El dominio del sistema metasemiótico, su competencia para describir, abstraer, estructurar e interpretar la semiótica objeto, el discurso que analizamos, facilitará una interpretación adecuada y no simplemente estereotipada de las patologías mentales.

Codificación → Decodificación → Recodificación → Interpretación →
 (Paciente) (Terapeuta) (Terapeuta) (Terapeuta)

→ Codificación → Decodificación → Segunda Codificación ...
 (Terapeuta) (Paciente) (Paciente)

Codificar y decodificar mensajes, aún en la comunicación interpersonal o, tal vez debería decir, particularmente en la comunicación interpersonal, es una tarea muy compleja. Cada operación de codificación implica operaciones de *selección* (tipo de signos, signos, orden, nivel de pertinencia, etc.) y *combinación* (reglas del código, reglas del contexto) que, realizadas en medio de presionantes límites temporales, conducen a menudo al fracaso comunicativo y, en consecuencia, a la frustrante ausencia de interacción eficaz. Por ello Verón insiste en “una lectura de la estructura interna de los mensajes, de la organización semántica de sus contenidos”, pues “estos mensajes nos están diciendo algo significativo acerca de la enfermedad: si se los ‘lee’ adecuadamente, en ellos se encierra o se refleja ‘el secreto’ de la neurosis del sujeto” (1972:212). Ese proceso de análisis de los múltiples mensajes, dichos y no dichos, que el paciente envía, y las operaciones lingüísticas y psíquicas que

implica, debe repetirse una y otra vez en la búsqueda de una comunicación eficiente. En esos sucesivos procesos de codificación-decodificación las posibilidades de interferencias, malentendidos, errores de interpretación se multiplican en cada una de las fases, inevitables por cierto, de este largo y laborioso proceso de interacción. Es a esa efectiva interacción, pues, que debemos, desde un punto de vista interdisciplinario, consagrar esfuerzos que faciliten el proceso de comprender para mejor atender y, entonces, mejor curar.

Referencias

- Baudrillard, J. (1974[1972]). *Crítica de la economía política del signo*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Castilla del Pino, C. (1968). *Dialéctica de la persona. Dialéctica de la situación*. Barcelona: Península.
- Castilla del Pino, C. (1972). *Introducción a la hermenéutica del lenguaje*. Barcelona: Península.
- Clavreul, J. (1975). Semiología clínica e semiótica. In *Psicanálisis e semiótica*. A. Verdiglione (Edit.) Milán: Feltrinelli.
- Fages, J. B. (1973). *Para comprender a Lacan*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Finol, J. E. (1995). The semiotics of ritual and verbal interaction: crossing boundaries and protecting privacy. *Opción* n. 16, 103-120.
- Fisher, S. (1973). *Body consciousness: you are what you feel*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Freud, S. (1973[1900]). *The Interpretation of Dreams*. Londres: Hogarth Press.
- Freud, S. (1973[1916]). *Lectures in Psychoanalysis*. Londres: Hogarth Press.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. Nueva York: Anchor Books.

- Greimas, A. J. (1979). *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage*. Paris: Hachette
- Gear, M. C. y Liendo, E.C. (1974). *Semiología Psicoanalítica*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kornblit, A. (1984). *Semiótica de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós
- Lacan, J. (1966[1953]). *Écrits I*. Paris: Éditions du Seuil.
- Latella, G. (1986). Enfoque semiótico de la interacción. *Lingüística Española Actual*, VIII.
- Loras, O. (1971[1962]). El lenguaje de la neurosis y de la psiquiatría, en Jakobson, R., Barthes, R. *et al. El lenguaje y los problemas del conocimiento*. Buenos Aires: Rodolfo Alonso Editor.
- Morris, Ch. (1964). *Signification and significance*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.
- Nöth, W. (1990). *Handbook of Semiotics*. Bloomington: Indiana University Press.
- Piaget, J. (1973[1970]). Problemas generales de la investigación interdisciplinaria y mecanismos comunes, en *Tendencias de la investigación en ciencias sociales* (J. Piaget *et al.*). Madrid: Alianza/UNESCO.
- Saint-Exupéry, A. de (1975) *El Principito*. México: Editores Mexicanos Unidos, S.A.
- Saussure, F. (1965 [1916]). *Curso de Lingüística General*. Buenos Aires: Losada.
- Singer, I. B. *The State*. (1971). Nueva York: Dell Publishing Co.
- Skinner, B. F. (1981[1957]). *Conducta verbal*. México: Trillas.
- Slama-Cazacu, T. (1970). *Lenguaje y Contexto*. Barcelona: Grijalbo.
- Verón, E. (1972). *Conducta, Estructura y Comunicación*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. (1973). *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.

José Enrique Finol es Licenciado en Letras (Universidad del Zulia, 1972), Doctor en Ciencias de la Información y la Comunicación (Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales, París Francia, 1980), con post-doctorado en Semiótica y Antropología (Universidad de Indiana, Estados Unidos, 1991-93), y con numerosos cursos en Semiótica (Universidad de Urbino, Italia, 1975, 1978, 1991, 1995). Es profesor titular de la Universidad del Zulia, miembro del PPI, nivel II, y ha publicado cuatro libros y más de cuarenta artículos en revistas arbitradas nacionales y extranjeras.