

# PSICOSIS Y PSICOANALISIS

*R. Broca, G. Clastres, F. Gorog, J.-J. Gorog,  
E. Laurent, F. Léguil, J.-A. Miller,  
D. S. Rabinovich, D. Silvestre, M. Silvestre,  
C. Soler, M.-L. Susini, J. Torrisi*



**Manantial**

*R. Broca, G. Clastres, F. Gorog, J.-J. Gorog,  
E. Laurent, F. Léguil, J.-A. Miller,  
D. S. Rabinovich, D. Silvestre, M. Silvestre,  
C. Soler, M.-L. Susini, J. Torrisi*

**PSICOSIS  
Y  
PSICOANALISIS**



**Manantial**

## **TRADUCCION**

*Juan Carlos Indart:* La presentación de enfermos:  
Buen uso y falsos problemas.

*Cristina Navarro:* Una pasión de transferencia,  
Marion Milner y el caso de Susana.

*Diana S. Rabinovich:* Esquizofrenia y paranoia;  
Transferencia e interpretación en las psicosis:  
una cuestión de técnica; Depresión y esquizofrenia  
en la teoría de Melanie Klein; Sobre la erotomanía  
de transferencia; Un psicótico en análisis;  
Marlene; A propósito de la recidiva del pasaje al  
acto en un joven psicótico.

**Impreso en Argentina**

**Queda hecho el depósito que marca a ley 11.723**

**© De esta edición y de la traducción al castellano**  
**Ediciones Manantial S.R.L., Buenos Aires, 1985**

**Segunda edición: 1988**

**ISBN 950-9515-04-3**

**Prohibida su reproducción total o parcial**  
**Derechos reservados**

**EDICIONES MANANTIAL**

## INDICE

I.	<b>PSICOSIS Y PSICOANALISIS</b>	5
1.	Esquizofrenia y paranoia	Jacques-Alain Miller
2.	Transferencia e interpretación en las psicosis: una cuestión de técnica	Michel Silvestre
3.	La presentación de enfermos: buen uso y falsos problemas. Mesa redonda	Guy Clastres, Françoise Gorog, Jean-Jacques Gorog, Eric Laurent, Françoise Schreiber, Danièle Silvestre
		39
II.	<b>LAS PSICOSIS Y EL PSICOANALISIS ANGLOSAJÓN</b>	55
4.	Depresión y esquizofrenia en la teoría de M. Klein	François Leguil
5.	Las psicosis según W. Bion o los límites del kleinismo	Diana Rabinovich
6.	Una pasión de transferencia, M. Milner y el caso de Susana	Colette Soler
		91
III.	<b>CLINICA PSICOANALITICA DE LAS PSICOSIS</b>	119
7.	Sobre la erotomanía de transferencia	Roland Broca
8.	Un psicótico en análisis	Michel Silvestre
9.	Marlene	Colette Soler
10.	A propósito de la recidiva del pasaje al acto en un joven psicótico	Marie-Laure Susini
11.	Azucena y sus allegados	Juan Torrisi
		145
		151

*I*

***PSICOSIS Y PSICOANALISIS***

El artículo de J.-A. Miller es una versión no corregida de su conferencia pro-nunciada en Bruselas, en 1982, y publicada en *Quarto*, N° X, Bruselas, 1982. El artículo de Michel Silvestre fue publicado en *Actes de L'École de la Cause Freudienne, Transfert et interprétation dans les névroses et les psychoses. Volume VI, Paris, 1984.*

La mesa redonda fue publicada en *L'Agenda du psychanalyste IV, Analytica, Volumen 37, Navarin éditeur, Paris, 1984.*

## ESQUIZOFRENIA Y PARANOIA

*Jacques-Alain Miller*

*La oposición esquizofrenia - paranoia en la nosografía psiquiátrica.*

Le agradezco haber leído esta cita de Lacan<sup>1</sup> que yo no tenía conmigo sobre el tema. Además, lo comprendo cuando dice que tiene deseos de escucharme hablar sobre el tema, porque yo también tengo ganas de escuchar a alguien sobre el tema de “Paranoia y esquizofrenia”, a alguien que no fuese yo. Debo confesar que en la lista de temas de la enseñanza de clínica psicoanalítica de este año en Bruselas, lista que conozco por haber contribuido a establecerla, éste es el que me parece más problemático. Si he insistido para que fuera introducido en esta lista fue para tener la ventaja de escuchar, incluso de criticar a algún otro. Y fue necesaria la astucia de nuestro amigo Di Ciaccia para devolverme el fardo. Entonces, no me voy a zafar, a pesar que estoy apenas más avanzado que en el momento en que mi embarazo me hizo proponer este tema. Estoy apenas más avanzado, y hoy no podría más que darles algunos puntos de referencia con los que espero poder orientarme en el tema. Es necesario reconocer que las indicaciones de Lacan sobre el tema de la esquizofrenia son extremadamente parsimoniosas. Además, estoy lejos de haber hecho el relevamiento de esas frases esparcidas a través de los seminarios o de las conferencias, donde, a pesar de todo, la palabra aparece. Les pido tomen esto como yo mismo lo tomo, como algunos puntos de referencia preliminares, que el año próximo podríamos desarrollar si elegimos como tema los ensayos de tratamiento de las psicosis.

Saben que Lacan escribió un texto que se llama “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”<sup>2</sup>, podríamos tratar de hacer un relevamiento de los tratamientos ensayados que, a veces, revelan ser tratamientos imposibles. Esto nos daría entonces la ocasión de retomar el tema problemático que quiero evocar.

Primer punto. Diré cuál es para mí el punto de partida de este tema, paranoia y esquizofrenia. Es una intervención muy precisa de Lacan que ustedes encontrarán bien al principio del seminario sobre las psicosis.<sup>3</sup> Lacan inaugura el año de su seminario de las psicosis indicando que, en los años recientes, habla de los años 50, pero esto no cambió realmente después, se favoreció en psicoanálisis la cuestión de las esquizofrenias en detrimento de la paranoia. Señala, remitiendo a las consideraciones de Freud en su Schreber, que en el dominio de las psicosis es necesario practicar una partición entre paranoia y esquizofrenia. Freud propone una modificación de dicha terminología que sólo queda establecida a partir de esa fecha; propone llamar a la esquizofrenia parafrenia, cambiándole, por otra parte, el sentido que el término tenía en la clínica tradicional.

Tenemos ya un principio de explicación para este hecho que sorprende a todo lector de Lacan: la parsimonia de sus explicaciones sobre la esquizofrenia. Para Lacan, como para Freud, ese término está cuestionado. El término mismo de esquizofrenia finalmente, no forma parte, hablando con propiedad, del vocabulario clínico de Lacan y de los lacanianos. Es incluso lo que sin duda lleva a dar todo su valor a la mención, creo única, del término de esquizofrenia en el escrito de Lacan que se llama *l'Étourdit* (El atolondradicho)<sup>4</sup>, en el que Lacan dice, a la pasada: “El dicho esquizofrénico”, aquél al que se llama el esquizofrénico, el llamado esquizofrénico. Es ésta una manera de hablar común en Lacan en sus seminarios; el hacer preceder los términos aceptados por un “el dicho”, “el supuesto”, son justamente esas comillas lo que Lacan nos enseña a poner sobre las categorías aceptadas, sobre las categorías comunes. Pero, creo por el contrario, que no es para nada pródigo de esta expresión, que suspende la validez del término que se emplea, en sus *Escritos*. Así como le era familiar en la expresión oral, la economizaba en la expresión escrita. Por lo tanto, creo que podríamos, en relación a este primer punto, guardar —ya que tenemos pocas menciones de Lacan, utilicemos cuidadosamente la menor de sus indicaciones— simplemente esta expresión: el dicho esquizofrénico. Lo que de entrada suspende evidentemente esta categoría.

El segundo punto es la historia de esta oposición en la nosografía. Aquellos de ustedes que han seguido cursos de historia de la psiquiatría, deben ya estar

al tanto de la complejidad de esta historia terminológica. Pero me ha parecido igualmente indispensable hacer las indicaciones necesarias para poner un poco de flexibilidad en nuestra terminología clínica, para darnos cuenta de que ella es efectivamente el resultado de una elaboración histórica, y no creer que mediante esas categorías designamos las cosas mismas. La división, de la cual Lacan habla al principio de su seminario, entre paranoia y esquizofrenia, esa división es una herencia de la clínica psiquiátrica y, precisamente, una herencia de Kraepelin. Ustedes saben —es una indicación de Lacan— que la clínica analítica está lejos de haberse independizado de la clínica psiquiátrica; que aún está impregnada por la clínica psiquiátrica, que está formada en el núcleo de esta clínica psiquiátrica. Y si hemos llamado Sección clínica al lugar de confrontación entre clínica psiquiátrica y clínica psicoanalítica, no es para nada con la idea de confundirlas, es por el contrario con la idea de seccionar las adherencias que retienen a la clínica analítica en la clínica psiquiátrica. Este tema es un ejemplo muy preciso de ello, ya que cuando utilizamos estos términos de paranoia y de esquizofrenia estamos ubicados en la vena de la clínica psiquiátrica tal cual ella es en su clasicismo, finalmente fijado a fines del siglo pasado y al inicio del presente. Esta partición separa dos términos que no son para nada simétricos. Paranoia y esquizofrenia no tienen la misma historia antes de llegar a encontrarse en esta partición.

Paranoia, en Kraepelin, hace pareja con el concepto que encuentran utilizado en Freud y más aún en la correspondencia de Freud: la demencia precoz. Si hubiéramos hablado, no ahora sino en los años 1905-1908, nuestra pareja sería paranoia y demencia precoz. La paranoia tiene, en Kraepelin, un lugar muy circumscripto y Lacan, en el primer capítulo de su seminario, se toma el trabajo de recordar la definición relativamente estrecha que Kraepelin da de la paranoia. La demencia precoz, por el contrario, es un grupo más extenso y que además incluye las paranoias consideradas como insuficientemente sistematizadas. Los criterios de Kraepelin sobre la paranoia son muy estrictos, mientras que la demencia precoz es un grupo más vasto que llega hasta incluir a las paranoias mal sistematizadas, como justamente, y eso nos interesa en primer lugar, la demencia paranoide, que es precisamente el diagnóstico de Schreber. Este, cuando fue conocido su libro, fue calificado como una demencia paranoide en el sentido de Kraepelin; y ese término mismo figura en el título que Freud da a su escrito sobre Schreber.

Al analizar el término de paranoia van a ver brillar la disimetría con esquizofrenia. Lacan evoca el nacimiento del término de paranoia al inicio del siglo XIX, el término de paranoia es precisamente de Griesinger y data de 1845. Es

un término que fue enseguida retomado por Kalbaum en 1863. En Griesinger, en el punto pues en que la paranoia emerge como término y como categoría, se trata de una afección que llama primitiva, es decir, que como tal no depende de causas exteriores y que no depende de una enfermedad anterior. Cuando este término es retomado por Kalbaum, es situado en un marco de referencia kantiano, en el que se distingue las afecciones que involucran los afectos, las afecciones que involucran la voluntad y las afecciones que afectan al entendimiento y al juicio. La paranoia, en esta tripartición, es una afección que afecta el entendimiento y el juicio. Después de Kalbaum, se comenzaron a multiplicar las indicaciones sobre las formas secundarias de la paranoia; se incluyó bajo el nombre de paranoia aguda lo que en la clínica francesa se designa como *bouffée delirante*. Fue necesario esperar a Kraepelin para que de esta historia salga una definición muy estricta y acotada de la paranoia, de alguna manera primitiva, altamente sistematizada y por la que se rechaza hacia la demencia precoz a la demencia paranoide, de la que Schreber sigue siendo el mayor ejemplo. ¿De dónde viene el término de esquizofrenia? Este no tiene una historia tan larga.

El término de esquizofrenia es estrictamente de Bleuler, y data de 1911, es decir, es posterior al psicoanálisis. Con paranoia tenemos un concepto puramente psiquiátrico, un concepto anterior al psicoanálisis, aunque ha sufrido el impacto del psicoanálisis sobre la clínica. Es pues necesario ver que tenemos a menudo dificultad para ubicarnos en estas reparticiones, ya que la clínica francesa siempre tuvo su especificidad, no se dedicó a la gran síntesis, y distinguió siempre los delirios crónicos de la demencia precoz. Es decir, se tomó como una entidad los delirios crónicos y se los distinguió según su estructura paranoide, parafrénica o paranoica, lo que evidentemente desplaza un poco estos lineamientos. No voy a entrar en el detalle de esta historia. Pero, si vamos a tratar el tema, se debería recomponer esa cartografía lo más posible. La demencia precoz, tomemos esa vertiente, es la entidad, el reagrupamiento de entidades clínicas —reagrupamiento operado por Kraepelin— que Bleuler va a bautizar esquizofrenia. Incluso su obra de 1911, que todavía es un clásico, se llama “Demencia precoz o el grupo de las esquizofrenias”<sup>s</sup>; se trata, efectivamente de una palabra en el lugar de otra.

Tomemos el concepto de demencia precoz. Es un concepto que aparece exactamente en la cuarta edición del tratado de Kraepelin, en 1893, y que ocupa el lugar de un capítulo que en las ediciones precedentes se llamaba “Procesos de degradación psíquica”, en el que Kraepelin ubicaba primeramente la demencia precoz, en segundo lugar, la catatonía y en tercer lugar las demencias paranoides. A partir de la cuarta edición, demencia precoz deviene el término

no que engloba todo esto y que aparece por lo tanto como una gran síntesis. El concepto, por ende aparece en 1893, como uno de los capítulos de "Procesos de degradación" y es solamente en 1896 que se sustituye incluso al término de "Procesos de degradación psíquica". Se lo vuelve a encontrar, tres años más tarde, en 1898, en la sexta edición, que lo define exactamente como una afección autónoma que implica un debilitamiento intelectual global, progresivo, e irreversible. Esta es la definición, la gran síntesis de Kraepelin, en 1899, de la demencia precoz: es decir, 12 años antes de que Bleuler sustituyese ese término, y es necesario decir la concepción misma, no el reagrupamiento, sino la concepción de la enfermedad por el término de esquizofrenia: "una afección autónoma que implica un debilitamiento intelectual global, progresivo e irreversible en jóvenes o adultos jóvenes". Esta es una definición que vale la pena poner en paralelo con la definición de paranoia de Kraepelin que ustedes encuentran al principio del seminario de Lacan. En esa síntesis de 1899, en el capítulo "Demencia precoz" se encuentran tres categorías esenciales: la hebefrenia, la catatonía, y la demencia paranoide. No consulté todas esas ediciones, y confío en las indicaciones que encontré en un volumen sobre Kraepelin que indica el crecimiento extraordinario del capítulo "Demencia precoz" que, en la quinta edición tiene 31 páginas; que más que se duplican en la sexta, que vuelve a duplicarse en la séptima; y que alcanza las 300 páginas en la octava edición. Es decir, en el espacio de 10-15 años, este concepto, al menos materialmente, se decupla en el tratado mismo de Kraepelin. Este pone el acento en lo que será la unidad de la demencia precoz: la pérdida de la unidad interior y la destrucción de las conexiones internas de la personalidad psíquica. Pero, evidentemente, cuando llega a la octava edición, ya ha sufrido la influencia de Bleuler y en parte copia a Bleuler.

Pues bien, ¿en qué se transforma entonces el concepto de demencia precoz? En el de esquizofrenia. Puede decirse que el concepto de esquizofrenia, en la guerra conceptual, ha triunfado completamente sobre la demencia precoz. Quiero decir que el concepto de esquizofrenia es popular y el de demencia precoz fue claramente superado por ese concepto bleuleriano. Ahora bien, es necesario decir que el concepto bleuleriano de esquizofrenia, cuya invención se inscribe entre la séptima y octava edición de Kraepelin, es una producción del discurso analítico. Una producción en el sentido de un retoño, de un brote del discurso analítico. Es el resultado del trabajo de los conceptos analíticos sobre el material kraepeliniano, debido a los esfuerzos de Bleuler. Es una reformulación bajo la influencia del psicoanálisis. Esta historia, digamos, se cerró alrededor de un año que es completamente capital en la historia de la psiquiatría y

en la historia del psicoanálisis, el año 1911: en el que a la vez aparecen el libro de Bleuler sobre la esquizofrenia, el libro de Jung sobre la libido y el texto de Freud sobre Schreber. Puede decirse que es en esa fecha que se produce la inflexión, que hoy todavía nos ocupa, en ese debate paranoíta y esquizofrenia. Entonces, esa esquizofrenia bleuleriana se caracteriza por la disociación de las funciones, en lo concerniente a la inteligencia, al comportamiento y a los afectos. Es esto lo que otorga efectivamente su fundamento al término de esquizofrenia, ya que ella implica una escisión de la mente. Notemos de entrada que Bleuler hace de ella un síndrome, ya que habla del grupo de las esquizofrenias. Un síndrome caracterizado por un déficit que da un proceso de disociación, al cual Bleuler continúa atribuyendo un origen orgánico. Freud, en su escrito de 1914 sobre la historia del movimiento analítico, no dejará de indicar que Bleuler le atribuye siempre un origen orgánico, aun cuando lo que opera en la esquizofrenia son los mecanismos freudianos, lo que Bleuler llama mecanismos freudianos. Pero son mecanismos que sólo conciernen la presentación de los fenómenos, ya que la causalidad de la esquizofrenia sigue siendo, en el sentido de Bleuler, de origen orgánico.

El resultado de esta reformulación no es simplemente una palabra por otra. Precisamente, por haber hecho caer a la esquizofrenia en el registro de las enfermedades de la personalidad. Es suficiente para convencerse de ello ver la presentación que Bleuler da de este concepto: distingue en su primer capítulo tres síntomas primarios, primordiales de la esquizofrenia: el trastorno en la asociación de ideas; el autismo y lo que llama la "ambivalencia". En definitiva es el primer rasgo el que ocupa el centro, la mayor parte de esta presentación, y por ende, la definición de la esquizofrenia encuentra una definición intelectual: trastorno de la asociación de ideas. Esta esquizofrenia bleuleriana, si se impuso en la psiquiatría, fue por el rodeo, por seguir el vector del discurso analítico. Los analistas son los que han generalizado "esquizofrenia", y creo que, no por azar, finalmente el concepto se impuso realmente después de la segunda guerra mundial, luego de la dispersión de los analistas de Europa central en el mundo y especialmente en los Estados Unidos. Por el contrario, como saben, no fue adoptada así en Francia. Precisamente, alguien que fue el jefe de Lacan, Claude, conservaba a la vez la idea de demencia precoz y la idea de esquizofrenia. Mientras que una de las categorías debía dominar a la otra, ustedes tienen una suerte de sincrétismo de Claude, que conserva las dos, que conserva las esquizofrenias bajo el nombre de grupo de esquizoidías. Ustedes tienen artículos del joven Lacan psiquiatra que están todavía situados en este pequeño enclave francés de Claude, de donde Lacan salió luego gracias al psico-

análisis. Hoy se podría reconstituir la historia de ese concepto, las múltiples acepciones que fue tomando, pero prefiero avanzar más bien en lo que concierne al psicoanálisis en la esquizofrenia. Por lo tanto, a continuación querría dar algunos puntos de referencia a propósito de ese caldero en el que se fraguó el concepto de esquizofrenia; un punto que se puede titular: Freud, Jung y Bleuler.

### *Freud, Jung y Bleuler*

La fecha esencial de esta historia es 1911. Para reconstruirla disponemos de un texto esencial que es la correspondencia de Freud y de Jung, y especialmente en su tomo I<sup>6</sup>. Es útil completarlo con el estudio de la correspondencia de Freud y Abraham<sup>7</sup>, que es menos amplia sobre el tema, pero donde evidentemente Freud se permite decir sobre Bleuler cosas que se reserva cuando se dirige a Jung. Este era el asistente de Bleuler en la clínica suiza de Burgolzi, donde Freud encontró, es necesario decirlo, más allá del medio judío, sus primeros adeptos. Y los encontró con tal entusiasmo, que vio durante un tiempo en Jung a quien iba a poder presidir la Asociación Internacional de Psicoanálisis. Años después de esa fecha de 1911 se produjo finalmente la escisión que todavía dura entre freudianos y jungianos, y sobre la cual Freud expuso su pensamiento en 1914. Todo este movimiento, este punto de inflexión en la historia del psicoanálisis está perfectamente correlacionado con el tema que ahora nos ocupa.

Efectivamente, con sorpresa Freud encuentra que hay psiquiatras, verdaderos psiquiatras, que tienen una clínica importante y que son respetados, que dan crédito a sus ideas sobre el inconsciente. Primero hay un artículo de Bleuler que se llama "Mecanismos freudianos en la sintomatología de las psicosis", aparecido en 1906-1907. Más aún el libro de Jung que se llama "Acerca de la psicogénesis de la demencia precoz", fechado en 1907, cuyo envío marca el inicio de la correspondencia de Freud y de Jung. Es entonces a partir de esa obra que verdaderamente se sella lo que va a ser una alianza: la entrada de Jung en el discurso psicoanalítico, y como es sabido, su salida que será después estrepitosa. La primera carta de Jung anuncia a Freud el envío de ese trabajo, que intenta aplicar las ideas freudianas a la demencia precoz, a la que ya se comienza, en el entorno de Bleuler, a llamar esquizofrenia. Aquí tenemos, a falta de referencias lacanianas, un filón de referencias freudianas sobre el tema de la demencia precoz o esquizofrenia. Veamos qué dice la primera carta que tenemos

de Jung a Freud: "Espero enviarle pronto un pequeño libro en el cual estudio, desde su punto de vista, la *dementia praecox* y su psicología. Allí he publicado igualmente el primer caso con el cual atrae la atención de Bleuler sobre la existencia de sus principios, lo que chocaba todavía con una viva resistencia de su parte. Pero como usted sabe, Bleuler está actualmente absolutamente convertido". Cuando se conoce el desarrollo de las cosas, esto es sabroso, ya que Freud no dejará de saber que es con enormes resistencias que Bleuler va a aclimatar las ideas de Freud a su práctica clínica, e incluso, si puede decirse como lo hace Lacan en su seminario, que Freud no cesó de rendir homenaje a la escuela de Zurich, la de Bleuler, si Freud ha reconocido ciertamente, admirado, incluso impulsado los trabajos de la Escuela de Zurich y puesto a la teoría analítica en relación con lo que se edificaba alrededor de Bleuler, sin embargo, permaneció bastante alejado de ella. Pienso que en ese momento Lacan no tenía conocimiento de este volumen, pues fue publicado mucho más tarde, pero si se quiere trabajar ese seminario, hoy es necesario completarlo con la lectura de esa correspondencia.

En esa primera carta de Jung, hay igualmente una referencia interesante al llamado Aschaffenburg, que será luego el editor del texto de Bleuler sobre la esquizofrenia, a quien presenta como un adversario de Freud, y que muestra que Bleuler, en el asunto de la esquizofrenia, en definitiva, fue un vanguardista en la resistencia de la psiquiatría al psicoanálisis. Es una resistencia por integración; es una resistencia que ha consistido en aclimatar cierto número de ideas de Freud, erigiendo alrededor de ellas un "no pasarán" que finalmente, históricamente, jugó cierto papel —si puedo expresarme en una lengua extranjera— un cierto papel de *containment*, como se decía en los años 50 en los Estados Unidos. Entonces, Freud cuando le responde a Jung, querría enumerarles todas sus respuestas, ya que es una correspondencia absolutamente apasionante cuando se tienen sus referencias principales y se ve lo que está en juego, —Freud, notémoslo alienta a éste a ocuparse de psicóticos, pero al mismo tiempo hace valer que lo que sigue siendo esencial para él es la diferencia entre paranoia y demencia precoz. Freud dice en los años 1906: "Espero aprender muchas cosas en ese escrito suyo anunciado desde hace mucho tiempo sobre la *dementia praecox*, no tengo aún una posición firme en cuanto a su distinción con la paranoia, ni en cuanto a todas las denominaciones recientes en esos dominios [las denominaciones recientes en esos dominios aluden a la esquizofrenia, que Bleuler está poniendo a punto] y confieso cierta incredulidad en relación a la comunicación de Bleuler según la cual los mecanismos de represión son demostrables en la demencia pero no en la paranoia. Mi experien-

cia, ciertamente, es más escasa en este dominio; trataré pues de creerle al respecto”.

Falta, desgraciadamente, la carta de Freud posterior al envío del libro de Jung, pero es notorio, a partir de la respuesta que le hace Jung, que Freud expresó muchas reservas: “... comprendo perfectamente que pueda estar menos que satisfecho de mi libro, pues en él trato sus investigaciones con bastante pocas consideraciones. Estoy perfectamente consciente de ello; mi principio supremo en el momento de la redacción fue ‘consideración hacia el público científico alemán’”. Ya tenemos aquí, en germen, lo que será la gran escisión Freud-Jung, es decir, el deseo de Jung de tomar en consideración, como él dice, al público científico, al público en general, que contrasta efectivamente con el radicalismo de la posición freudiana. La respuesta de Freud, de enero de 1907, puede ser citada: “Mi honorable colega: Le ruego que abandone rápidamente ese error de que su escrito sobre la *dementia praecox* no me ha gustado mucho. El simple hecho de que haya emitido críticas puede probárselo...” —cuando se lee esto atentamente, se percibe que ya las tensiones están presentes—... Entonces, en realidad, Freud intenta convencerlo de que después de todo, —hecho del qué nosotros también estamos persuadidos— los grandes maestros de la psiquiatría tienen poca importancia. Efectivamente, Jung quedará dividido entre Freud y los grandes maestros de la psiquiatría, hasta el momento en que, como ustedes saben, sobre la cuestión de la libido sexual, se rendirá.

La tesis de Jung se expresa claramente en una carta posterior. Mientras Freud parece querer establecer una separación muy rigurosa entre paranoia y esquizofrenia, la tesis de Jung es que hay fluctuaciones entre ambas: “...la paranoia está construida exactamente como la *dementia praecox*”, dice Jung, “salvo que la fijación se limita a un pequeño número de asociaciones —por lo tanto la paranoia aparece como una demencia precoz restringida— y que la claridad de las nociones está en general, con algunas excepciones, conservada. Sin embargo, hay en general transiciones fluctuantes hacia lo que se denomina *dementia praecox*”. En los casos que Jung envía a Freud se percibe que la cuestión del diagnóstico es fluctuante y que Jung admite que lo que se presenta como una demencia precoz puede ser una paranoia, etc...

En ese momento se ubica el primer encuentro con Freud, y tenemos las cartas que siguen a este encuentro, que revelan de entrada —se nota a través de las cartas de Jung— cuál es la lección de Freud. ¿Qué es lo que Freud le transmite como concepto a Jung en este encuentro? Que el erotismo es lo que sería la esencia de la demencia precoz. Quiere explicarle también a Bleuler lo que co-

rresponde a la libido y a sus desplazamientos en la formación de la demencia precoz y paranoia. Salteo las cartas que muestran desde los primeros momentos cómo el debate sobre la sexualidad de la libido se precisa.

Tenemos una declaración absolutamente esencial de Freud en esta correspondencia, que me parece marca verdaderamente su posición clínica, y diría incluso por extensión la que Lacan va a adoptar, la que explica en definitiva que no se encuentre referencia a la esquizofrenia en su enseñanza. Freud, después del debate del que les ahorro los rodeos, dice esta frase que me parece esencial: "...se trata de explicar la parte paranoica de la demencia". Esta declaración, evidentemente, ya opera esa separación que continuará diferenciando, hasta nuestros días por ejemplo, el enfoque de Lacan y el de Deleuze y Guattari. Se trata de saber cuál es la parte en definitiva que es susceptible de explicación. La que es susceptible de explicación es la que es susceptible de un enfoque empático, pero que, en definitiva, se revela imaginario. Se percibe aquí que no hay quizás imperialismo analítico en la clínica, sino que por el contrario, se trata de extraer del campo completo de las demencias la parte susceptible de explicación, qué es lo que hay de paranoico en la demencia. Esta es una cuestión que no considero resuelta. Por otra parte, hay textos de Freud, que les citaré, que modifican esta declaración. Pero ella me parece de todas maneras la orientación mayor del enfoque psicoanalítico de las psicosis.

Salteo la carta de Freud sobre la paranoia, que es conocida, les menciono una cita de 1908 que es la siguiente: "escribo paranoia, dice Freud, y no *dementia praecox* pues considero a la primera un buen tipo clínico y a la segunda un mal término nosográfico". En otras palabras, ésta es una invitación a romper el paralelismo que establecemos entre paranoia y esquizofrenia, que las hace completamente disíméticas. Para no sobrecargar esta exposición salteo cosas cuyos detalles son apasionantes, para darles simplemente esta pequeña síntesis que Freud hace en 1908 para Jung. Para unificar el problema propone un concepto esencial: represión por retiro de la libido; para explicar paranoia y esquizofrenia. Esta continúa siendo la posición que encuentran expresada tres años más tarde en su texto sobre Schreber. En primer lugar, si hay éxito en la represión por retiro de la libido en relación al mundo exterior, tenemos autoerotismo. En ese momento, admite que se hable de demencia precoz. En segundo lugar, si hay fracaso de la represión de la libido y si hay restablecimiento de las cargas libidinales, pero después de su transformación es decir, si hay represión, retiro de la libido, transformación de esta libido y proyección de esta libido, tenemos la situación de la paranoia, con conservación del sentimiento de realidad. Tercera posibilidad, fracaso parcial de la represión por retiro de la

libido, tentativa de compensación, combate con salida en un autoerotismo parcial: forma intermedia, *dementia praecox* paranoide, o sea el diagnóstico Schreber. Creo que en el conjunto de este volumen, ésta es la parte que mejor resume el punto al que Freud llega en los años 1908.

Después, lo que lo absorberá en esta cuestión es el estudio del caso Schreber, que Jung ya cita en su libro de 1907, sobre la *dementia praecox*, y que será también una de las referencias de Bleuler en 1911. Freud no es el único, tampoco fue el primero, en haber abreviado en el texto de Schreber, pero lo hace con un brillo muy singular y, cuando estudia el texto en 1910, habla del maravilloso Schreber. Lo interesante es que aceptando el diagnóstico de demencia paranoide, en el fondo, califica esencialmente su trabajo de trabajo sobre la paranoia. Cuando habla de su trabajo sobre Schreber, dice "mi trabajo sobre la paranoia". En definitiva, considera que trabaja esencialmente sobre la parte paranoica de la demencia paranoide. Se promete, al publicar el texto sobre Schreber, se lo escribe a Jung, "dar el golpe más audaz contra la psiquiatría después de su volumen de 1907, después de su *dementia praecox*".

Verdaderamente, es en 1911 cuando se ve que Jung no puede aceptar que el cuestionamiento, incluso que la supresión de la función de la realidad en la *dementia praecox*, que esa supresión del sentimiento de lo real, se deba a la represión de la libido como sexual. Es entonces realmente en torno a la cuestión de la esquizofrenia, de la demencia precoz o de la esquizofrenia, que se hará esa separación esencial sobre la naturaleza de la libido que quedará como frontera, puede decirse, del discurso psicoanalítico propiamente dicho. Si quieren poner en perspectiva esta historia, pueden leer el pequeño escrito muy divertido de Freud que se llama "La historia del movimiento psicoanalítico"<sup>8</sup> que apareció en 1914, donde Freud se apresura a librar al público el estudio de sus conflictos con Adler y con Jung. Habla, por otra parte muy específicamente, de sus relaciones al principio confiadas y admirativas, pero también de su escisión de la Escuela de Zurich. Les insisto en que completen esto con la lectura de algunas cartas de la correspondencia con Abraham, en las que verán a Freud de entrada hacer un retrato de Bleuler para nada divertido, y considerar que actúa totalmente en base a reacciones caracterológicas, habiendo pocas posibilidades verdaderamente de recorrer mucho camino juntos. Abraham advierte también de entrada a Freud de no confiar en Jung y después, como saben, Freud rinde homenaje al Bleuler de 1906-1907 por haber mostrado que casos puramente psiquiátricos pueden ser esclarecidos por el psicoanálisis en los sueños y en las neurosis. Por otra parte, lo muestra Jung en su texto, incluso en

su test de asociaciones. Vale la pena seguir ese trabajo propiamente experimental, inyección de conceptos freudianos en el campo psiquiátrico.

Rinde pues homenaje a Bleuler y a Jung por este hecho, pero al mismo tiempo dice: en el fondo, lo que me interesó siempre, no es simplemente la interpretación de los síntomas. Freud lo dice con todas las letras. Es un hecho que me parece absolutamente capital ya que lo que está en causa, para Freud, precisamente, es la causalidad, no simplemente la interpretación. Debo decir que esto me sigue pareciendo esencial en lo que hace a la lectura de Lacan hoy. Un Lacan demasiado reducido a la metáfora y la metonimia como lo que da cuenta de la formación y de la interpretación de síntomas. Lo que le interesa precisamente a Freud, es no simplemente la interpretación de los síntomas, es el mecanismo psíquico del trastorno, entre comillas “la causalidad psíquica”, y, por sobre todo, la adecuación de ese mecanismo con el descubierto en la histeria. Desde este punto de vista indica que no había todavía diferenciado los dos mecanismos en juego, objetivo que fue el trabajo de su Schreber en 1911. Esta notación de 1914 justifica que Lacan retome ese segundo mecanismo diferente en las psicosis en comparación con la histeria, que Lacan sacó de otros textos de Freud y que llamó forclusión. Finalmente lo que interesaba a Freud en 1906-7 era esto, como él mismo lo indica: “no había, todavía, diferenciado en ese momento los dos mecanismos”. Lo que muestra hasta qué punto Lacan cuando reconstituye el mecanismo llamado de la forclusión como específico de las psicosis, está justamente en la línea de lo que Freud hacía en 1914. Indica en forma reprobatoria, que Bleuler, a pesar de hablar de mecanismos freudianos en las psicosis, continuaba atribuyéndoles un origen orgánico; y que Jung mismo estaba presto a sostener el origen tóxico de las psicosis. Lo que lo condujo después, por una parte, a desexualizar la libido y, finalmente, a sobrevalorarla, que eso es lo que implica su libro de 1911 sobre la libido, cuya crítica, muy precisa, encuentran al pasar, en el texto de Lacan “Una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”.

Tenemos un texto fundamental de Freud. Cosa de la que uno se percata sobre todo, una vez que se tiene esta árida cartografía. Es un texto que enuncia su clínica de la paranoia y de la esquizofrenia, en la tercera parte de su escrito sobre Schreber, y creo que cada uno de esos términos, aún hoy, es para nosotros precioso y nos permite saber en qué sentido volver a utilizar las indicaciones, que dije parsimoniosas, de Lacan sobre el tema. “El término de esquizofrenia, dice, creado por Bleuler para designar el mismo conjunto de entidades mórbidas que la demencia precoz de Kraepelin, se presta a la misma crítica que este conjunto. El término esquizofrenia no nos parece bueno más que si

olvidamos su sentido literal. Pero interesa bastante poco en el fondo que llamemos de una o de otra manera los cuadros clínicos. Me parece más esencial conservar la paranoia como entidad clínica independiente a pesar de que su cuadro clínico se complica tan a menudo de rasgos esquizofrénicos. Pues, desde el punto de vista de la teoría de la libido, se la puede aquí separar de la demencia precoz por otra localización de la formación predisponente y por otro mecanismo de retorno de lo reprimido. Explicaré esto a continuación. Creo que el nombre más apropiado para la demencia precoz sería el de parafrenia, término de un sentido un poco indeterminado y que expresa la relación existente entre esa afección y la paranoia, cuya designación no debe cambiar". Nos propone entonces una clínica comparativa totalmente precisa de la paranoia y de la esquizofrenia. Primero, se puede verdaderamente poner paranoia de un lado, demencia precoz-esquizofrenia por el otro. Mecanismo esencial de la paranoia, dice, la proyección y, en cambio, en la demencia precoz, presencia esencialmente de alucinaciones como mecanismo histérico, es decir, interpretables. Cuando Freud en esta época dice "histérico", quiere decir verdaderamente "es interpretable". Las diferencias luego por la evolución terminal de cada una de ellas: la paranoia concluye con una reconstrucción del mundo, y es eso lo que encontramos en Schreber; mientras que en la demencia precoz, en el fondo, la "represión" entre comillas se extiende sin límites. Al respecto, introduce un punto de regresión diferente de la libido para cada una de ellas; lo que sustenta este estudio es su presentación de "Tres ensayos sobre la sexualidad", de donde va a salir, acerca de las psicosis toda la rama Abraham-Melanie Klein y compañía. Karl Abraham concebirá, pondrá en primer plano, a partir de "Tres ensayos" más "Duelo y melancolía", la idea freudiana de una fijación de la libido a ciertos estadios del desarrollo, que permite una clínica diferencial según el punto de fijación primero de esa libido. Entonces dice: "...en la paranoia, la fijación a la cual el paciente vuelve por regresión, es el estadio del narcisismo, y en la demencia precoz es necesario utilizar un estadio anterior a éste, que es el del autoerotismo —y agrega— infantil". Saben que en esta dirección se puede llegar hasta el narcisismo primario, a la invención de ese concepto, que es uno de los raros conceptos freudianos que Lacan borrará pura y simplemente de su concepción. Es decir, diferenciación entre paranoia y demencia precoz según dos puntos de fijación de la libido, uno primero, el narcisismo, y el segundo anterior, el autoerotismo. Se podría decir, entonces, que lo que resume el legado freudiano sobre la cuestión, es esta página, estas dos páginas a las que los remito<sup>9</sup>, culmina en un cuadro diferencial muy preciso, pero que tiene dos consecuencias desde el punto de vista clínico y que permite dar cuenta de esos he-

chos clínicos. Primero, dice Freud, un enfermo puede comenzar por presentar síntomas paranoicos y, sin embargo, evolucionar hasta la demencia precoz, primera posibilidad: una evolución de la paranoia a la esquizofrenia. Segunda posibilidad: los fenómenos paranoicos y esquizofrénicos pueden combinarse en todas las proporciones posibles —por lo tanto una combinación más que una evolución— de manera que un cuadro clínico como el ofrecido por Schreber resulta de dicha combinación, cuadro clínico que merece el nombre de demencia paranoica. Esto es lo que me parece ser nuestro punto de partida freudiano mínimo.

Debería hacerse mucho más que esto antes de mencionar a Lacan; se debería primero consagrar tiempo al estudio preciso de la descripción por Bleuler de la esquizofrenia en sus relaciones con la de Kraepelin. No voy a hacer eso, no voy a hacer tampoco una lectura y una crítica de la obra de Jung sobre la libido, a pesar de que no es tiempo perdido ver a dónde puede llegar el psicoanálisis si se olvida los límites de su campo. Diría que es la atención consagrada a la parte paranoica de la demencia, lo que ha dejado efectivamente abierto el campo a todas las elucubraciones, incluyendo la elucubración de Deleuze y Guattari. Debería también seguirse la filiación Abraham-Melanie Klein. En efecto, se ve en un punto muy preciso de la correspondencia Freud-Abraham, a éste último hacer la hipótesis de lo que se llama la melancolía originaria de todo sujeto, y escribirle a Freud: acabo de tener la dicha de que una joven analista, la Sra. Melanie Klein, acaba de verificar la existencia de esa melancolía originaria en un niño. Es, verdaderamente, el punto de partida de la carrera fulgurante de Melanie Klein y de un abordaje de las psicosis que todavía tiene real importancia hoy: que voy a dejar de lado, y que gira alrededor de dos textos esenciales de Freud: los “Tres ensayos” y “Duelo y melancolía”.

Tampoco estudiaré, lo que valdría la pena hacer, el texto de Federn. Saben que Paul Federn, demasiado olvidado hoy en día, formó parte del círculo vienesés de Freud, se especializó en el estudio de las psicosis, y especialmente de la esquizofrenia. Hizo de ella su especialidad y en sus escritos, que publicó con reticencia, porque justamente en un punto esencial estaba en desacuerdo con Freud, lo que inhibió su producción —especialmente en su libro “La psicología del yo y las psicosis”—, se pueden recoger algunas frases —él estaba en control informal con Freud— de este último sobre las psicosis, que siempre son preciosas, y que permiten atisbar la atmósfera de la época alrededor de las psicosis, es decir, a partir de las tesis freudianas de la retracción de los psicoanalistas en relación a la psicosis. Federn era, en realidad, el más dispuesto a enfrentarlas, y sus escritos más importantes, de hecho, fueron realizados durante y

después de la guerra, en los Estados Unidos. Su punto esencial de desacuerdo con Freud es que mientras éste consideraba que la libido refluía sobre el yo en la paranoia, la tesis de Federn, por el contrario, es que el yo en la esquizofrenia y las psicosis se empobrecía de libido. Es la tesis exactamente inversa. Lo que por otra parte da periódicamente lugar a tentativas de reacomodamiento entre las dos tesis. Omiso a Federn, pero aconsejo su lectura porque es alguien que trató de pensar de manera precisa las psicosis —y precisamente la esquizofrenia— en términos de déficit del yo. Se ve qué es lo que lo condujo por esta vía: tratar de dar cuenta de lo que se llama disociación en términos de déficit, y por tanto de un déficit que atañe únicamente a la función de síntesis de la personalidad. Tienen aquí una lógica de toda reflexión posible, diría, sobre la esquizofrenia, incluso en general sobre las psicosis, es que en definitiva uno se ve llevado a hablar del compromiso, mayor o menor, de una función de síntesis, o inclusive del armazón del sujeto. Las consideraciones de Federn son importantes porque nos obligan a orientarnos en Lacan a partir de estos conceptos.

### *La función del sujeto en las psicosis*

Podemos poner como exergo, esta formulación, que, en el sentido de Lacan, *no podemos estudiar las psicosis y menos aún la esquizofrenia* —y ciertamente tampoco cuando se trata de Schreber— *sin introducir allí la función del sujeto*. Cualquiera fuesen las consideraciones que podamos hacer sobre la supresión del sujeto, su desaparición, incluso su muerte —término que Lacan emplea en su escrito sobre las psicosis, cuyo sentido no es evidente, no es único en todo caso— a partir de la introducción de la función del sujeto en la consideración de las psicosis, cuando no consideramos que existe en ella el a-sujeto, que hay ausencia de sujeto sino que mantenemos firmemente que hay lenguaje y que hay sujeto como efecto de lenguaje, lo que debemos sostener en todos los casos, poco importa que el sujeto hable o no. El lenguaje en el sentido de Lacan no tiene nada que ver, no está condicionado por el hecho de que el sujeto hable o no. El lenguaje en el sentido de Lacan está afuera de todas maneras. Ese lenguaje, —este es el valor de la cita inicial— es un órgano que preexiste al sujeto. Por lo tanto, la consideración de saber si el sujeto habla o no es totalmente de otro orden. Introducir la función del sujeto en nuestra consideración del campo de las psicosis, incluyendo la esquizofrenia, quiere decir —es una equivalencia— en el sentido de Lacan que no se puede tratar la cuestión en términos de déficit o de disociación. Es exactamente lo que dice

Lacan; que introducir el sujeto, es no permitirse tratar la cuestión de las psicosis y de la esquizofrenia en términos de déficit y de disociación.

Frente a esta declaración y cuando al mismo tiempo se tienen sus escritos, uno está obligado a preguntarse qué es lo que en su estudio de la psicosis, incluso en sus alusiones a la esquizofrenia, en definitiva, ocupa el lugar de síntesis del Yo. No exactamente el mismo lugar, sino que ocupa la posición de armazón del sujeto. La cuestión de la forclusión depende de esto. Cuando leen el seminario sobre las psicosis se dan cuenta de que Lacan se cree capaz de definir el armazón significante mínimo para que un sentimiento de la realidad, entre comillas normal, se constituya para el sujeto. Es el ejemplo del taburete con patas. ¿Qué pasa si le falta una de sus patas? Aquí Lacan no habla en términos de déficit ni de disociación, sino en términos de falta de significante. Por ende, las consideraciones que en la tradición analítica y psiquiátrica se hacían en términos de déficit y de disociación, se desplazan en Lacan en términos de falta de significante, y referidas no al Yo sino al armazón significante del sujeto. La forclusión significa eso; que se trata de un sujeto como efecto del significante, pero especialmente del significante que falta.

¿Qué referencias tenemos al respecto? Tenemos la referencia del Edipo como estructura significante mínima que padece, experimenta, demuestra, en caso de psicosis, la forclusión de un significante, este es el punto en que estamos en el texto de Lacan. Ahora bien, es necesario, si queremos reactualizar esta tesis, definir cuál es el término que necesariamente se encuentra privilegiado. El término en el que se produce necesariamente el déficit en la concepción de Lacan, no es el Yo como función interna de síntesis, pues saben que Lacan hace del Yo una función imaginaria. Pero lo que aparece como la referencia para ubicar la esquizofrenia es especialmente lo que Lacan llama el *discurso*. El discurso en el sentido de los Cuatro Discursos, es decir cuatro amazonas mínimos del sujeto, que son necesarios para evitarle primero lo que Lacan ha llamado la debilidad, que es una categoría clínica de Lacan. He tratado de mostrarlo en un pequeño artículo sobre su presentación de enfermos<sup>10</sup>; ya que en relación a su presentación de enfermos me han preguntado si Lacan empleaba el término de esquizofrenia y puedo decir que jamás. En cambio, el término de debilidad estaba en el primer plano de su diagnóstico. Entonces el discurso es la referencia para considerar, desde el punto de vista lacaniano al llamado esquizofrénico. En ese sentido doy todo su valor al hecho de que la única vez que Lacan habla del llamado-esquizofrénico en su texto, que es verdaderamente su último gran escrito, *l' Étourdit* (El atolondradicho), ubica el llamado-esquizofrénico en relación al discurso como lazo social. El sujeto como

esquizo, podemos considerar que en la teoría de Lacan lo tenemos al principio como sujeto del significante, sujeto tachado. Evidentemente estamos habituados a descifrarlo como el sujeto histérico por excelencia. Pero ubiquemoslo como el sujeto esquizo. Se entiende rápidamente que es sólo por su captura en un discurso, más allá de su lugar como efecto del significante, que ese sujeto, si se puede decir, se normaliza. En este sentido se justifica decir que no se habla de déficit; porque la esquicia está desde el inicio. De buen grado Lacan habla del sujeto tachado como de la esquicia del sujeto. El término mismo que Bleuler empleaba en su concepción de la esquizofrenia, la *Spaltung*, término freudiano por otra parte, Lacan lo emplea para calificar a su sujeto. En realidad, así como Lacan en un tiempo habló de la histeria primitiva del sujeto o de la paranoia primitiva del sujeto, podríamos desde cierto ángulo admitir una esquizofrenia primitiva del sujeto. En todo caso, es una hipótesis que no podemos excluir del contexto, del texto de Lacan. Estamos obligados pues a volver a incluir al psicótico y al esquizofrénico en el lenguaje, ellos no están fuera del lenguaje. Pero les asignamos, a partir de la teoría de Lacan, un lugar, que es el de estar fuera del discurso.

Puede decirse que lo que Deleuze y Guattari han intentado pensar como el cuerpo sin órganos, fue situado por Lacan como un cuerpo sin discurso. Entonces ¿en relación a qué discurso vamos a considerar la psicosis y la esquizofrenia? Diría que no hay más que uno que se propone como punto de referencia, es el que Lacan llama el *discurso del Amo* o del *inconsciente*; es el mismo. Incluso es a través de una modificación del discurso del Amo como tenemos una posibilidad de ubicar finalmente la esquizofrenia. Les hago notar que es el mismo método seguido por Lacan en su escrito sobre las psicosis. Parte allí de un esquema que esencialmente tiene cuatro términos, de un cuadrado en todo caso, que representa entre comillas la estructura normal, incluso la de la neurosis, y obtiene la demencia paranoica de Schreber por transformación de ese primer esquema. Entonces, como hipótesis, podemos ubicarnos sobre la estructura cuatripartita del discurso del Amo para intentar seguir las modificaciones inducidas por la posición esquizofrénica.

¿Qué podemos decir en este caso? Podemos decir que lo que aparece desde el principio comprometido es la representación del sujeto por el significante. Lo que se agotan en describir mediante la empatía de la esquizofrenia es de hecho una dispersión de los significantes que representan al sujeto, que podemos atribuir al tipo de opacidad del significante binario. Por que no se trata de represión, la represión que permite que el otro significante funcione como referente de la representación del sujeto, sino de forclusión, de la cual podemos

plantear como hipótesis que se define por impedir la representación del sujeto, en todo caso la representación monólica del sujeto o la representación privilegiada del sujeto. Especialmente en el caso de la esquizofrenia veremos emerger lo que Lacan llama el enjambre de significantes; pero esta vez irremediablemente disperso. Pienso que esta dispersión de identidades que, por ejemplo, un Klossowsky ha analizado en el caso de Nietzsche, puede ubicarse cómodamente en el esquema del discurso del amo, como una pluralización del significante amo, una pluralización que equivale efectivamente a su desaparición. Podríamos tratar de formular los fenómenos esquizofrénicos como dispersión y desaparición del significante amo. Evidentemente, esto tendría consecuencias sobre los otros dos términos del asunto: la *a* minúscula y el *§*. Justamente éstos son los términos que son evidentes en el delirio de Schreber. Son evidentes como una dominación del goce en el lugar del Otro sobre el sujeto. Esto, siempre como hipótesis, nos ayudará a comprender por qué Lacan puede decir, limitándose a magnificar una proposición de Freud, que sin el Edipo —es decir, sin el armazón significante, que Lacan llama Edipo pero que es también el discurso y especialmente el discurso del Amo— el psicoanálisis puede considerarse igual al delirio de Schreber. Esta es una frase de Lacan en su Proposición de Octubre de 1967<sup>11</sup>. Esto quiere decir que de manera manifiesta y esta vez real, la relación de Schreber con el Otro reproduce en lo real la relación del analista con el analizante. Efectivamente el delirio de Schreber implica que el goce sea ubicado en el campo del Otro de manera totalmente explícita. Esto es realizar la fórmula que supone la transferencia.

### *Cuerpo esquizofrénico y lenguaje*

Antes de volver a este punto, diré que ya tenemos los elementos para intentar situar las dificultades del esquizofrénico con su cuerpo. Si tenemos una chance de dar consistencia a una teoría “lacaniana” de la esquizofrenia, es decir de ese campo vecino a la paranoia, que puede cruzarse con él, es a partir precisamente del estatuto del cuerpo y del organismo en relación al discurso. Debemos funcionar con los términos de discurso, cuerpo y organismo. El estatuto del cuerpo en la enseñanza de Lacan es que efectivamente no es un idealismo; el sujeto se sostiene en el viviente, aún cuando es el efecto del significante. Entre el viviente y el sujeto hay un desacuerdo que se debe a que el viviente tiene una función sexual determinada —desde el punto de vista del viviente hay una diferenciación de sexos— mientras que para el sujeto, esto es lo que Lacan quiere

decir cuando habla de la Cosa freudiana, el goce es esencialmente asexuado; lo que también llama el objeto *a* minúscula, el objeto *a*-sexuado. Siempre en su enseñanza es en un segundo movimiento como podemos intentar dar cuenta de que el goce fuese sexual. En la enseñanza de Lacan, en el psicoanálisis, el goce no es evidentemente sexual; el goce fundamental, el que puede alcanzarse como goce del cuerpo, es esencialmente autoerótico. En este contexto se sitúa la promoción del objeto *a* minúscula en Lacan. Lo que se conoce en psicoanálisis es el goce de *a*. Este es retomado, como dice Lacan, coordinado con el falo. Lo mismo ocurre en Freud. Un mecanismo complejo relaciona el goce del objeto *a* minúscula como asexuado con el goce sexual, el goce fálico y el goce del Otro. En este sentido, la diferencia se ve en que en definitiva Lacan nunca ubicó el falo más que como un semblante, incluso antes de haber inventado el término. Tomen su escrito sobre las psicosis, habla de él como de un significante imaginario —lo que sorprende al lector que está habituado, a quien se le metió en la cabeza, que es simbólico, entonces entiende que ya no comprende nada— pero ese término es el que Lacan utilizará más tarde bajo las especies del semblante.

Lo que se consideró antes, a partir de Freud, como narcisismo primario, mediante el cual se quiso diferenciar la esquizofrenia propiamente dicha, puede tener un lugar en Lacan, pero a nivel del goce puro y aislado del objeto *a* minúscula, nivel en que el goce no está coordinado al semblante fálico. También, dado el caso, puede animarse con lo que Lacan llama en su escrito sobre Schreber el goce transexualista en el que habría que encontrar, detrás de lo que parece ser el goce de su imagen especular, el objeto *a* que lo sostiene. En este punto podríamos tratar primero de reformular la diferencia entre la esquizofrenia y la paranoia planteando que el goce propiamente dicho cuestionado por los psicoanalistas bajo el nombre de narcisismo primario o de autoerotismo infantil —a partir de Freud— apunta al goce como tal del objeto *a* minúscula aislado; mientras que en la paranoia, este goce permanece situado en el campo del Otro. No es en términos de déficit que nos expresamos aquí, hacerlo supondría que nos referimos a un yo, como dice Lacan, a un organismo, incluso a una especie que tendría que adaptarse en tanto que supuesta en la existencia.

El cuerpo esquizofrénico, ese sobre el cual se escribieron páginas poéticas, líricas, ejercicio al cual Lacan jamás se libró, exige primero considerar que de todas maneras, para todo sujeto, es el lenguaje dice Lacan lo que le otorga su cuerpo. Es necesario distinguir el cuerpo que creemos conocer bien, el cuerpo en el sentido común, que no deviene su cuerpo para un sujeto más que a partir de lo que Lacan llama “su cuerpo simbólico” que es el orden simbólico, pero al

cual precisamente la misma palabra le da el sentido de agrupamiento y de articulación. Para el sujeto es el cuerpo de lo simbólico lo que hace de un organismo un cuerpo, un cuerpo de sujeto, que se incorpora al organismo. Encontrarán esto en Radiofonía<sup>12</sup>, cuyas consideraciones parafraseo. Sólo después lo simbólico aparece como un incorporeal. El cuerpo puede aparecer esencialmente como un sistema. Su estatuto, su unificación, parece depender de la articulación significante y no ser un dato. Esto es lo que permitirá comprender cómo en tanto suplencia de esta articulación simbólica, lingüística, el esquizofrénico se consagra, se mecaniza.

Conocen el lirismo que se ha desarrollado alrededor de la conexión con la máquina del esquizofrénico, basta leer textos de esquizofrénicos. Pero Lacan no está lejos de otorgar el estatuto de presidente Schreber y de "bi-presidente" Schreber a Deleuze y Guattari, está dispuesto a elevarlos a la dignidad de delirio filosófico. Lo que se trata de comprender es qué lugar ocupa esa conexión maquinística. Comprendemos su necesidad si captamos que ocupa el lugar —exactamente el lugar— del cuerpo simbólico, que es un cuerpo simbólico suplente. Esto ya es muy manifiesto, diría, desde la imagen que Kraepelin pone en su tratado, se ve en él un aparato de influencia que es ese sostén simbólico. Por eso es legítimo decir que el esquizofrénico se conecta con el cuerpo. Cuando ese cuerpo es tomado en lo simbólico, cuando incorpora lo simbólico, esa captura tiene un efecto sobre su goce, en el sentido de Lacan. De la incorporación de lo simbólico en el cuerpo la histérica testimonia a su manera —y allí están, justamente, las zonas fronterizas que aparecen entre histeria y locura, entre histeria y psicosis— en el momento en que lo simbólico recorta el cuerpo, el goce se separa de él. El goce del que se trata, tanto en el objeto *a* minúscula como en el falo, en todos los casos, se trata de goces separados del cuerpo, goces a los cuales el sujeto se liga como puede, que se constituyen a partir de caídas. En este sentido, decimos que hay un estatuto esencialmente fuera-del-cuerpo del goce, especialmente sensible en la función fálica. Puede considerarse que lo que Lacan quiere decir en la cita que escuchamos al inicio, es que precisamente lo que nos comentan con lirismo, es que el goce retorna al cuerpo. Por esta razón la esquizofrenia se deja ubicar en relación al discurso como no entrando en él. Un discurso, en el sentido de Lacan, necesita de una impotencia, como él lo dice "definida por la barrera del goce". Precisamente, lo que se nos comenta con lirismo, es exactamente eso, que la barrera del goce fue franqueada. Al respecto, digamos de una manera general, que en la psicosis, verdad y producción no están en disyunción.

Si analizamos textos precisos, digamos de Schreber, o Wolfson, nos perca-

taríamos de que ese cuerpo disperso está conectado sobre otro cuerpo de lo simbólico. Tenemos, creo, en los textos de Lacan todo lo necesario para trabajar. Deleuze y Guattari enfatizaron el cuerpo sin órganos, salvo que precisamente ese énfasis ya estaba con anterioridad en Lacan: una nueva teoría de la libido que Lacan constituye con el objeto *a* minúscula.

Esta teoría de la libido Lacan la expone con el famoso mito del *homme-llette*, de la laminilla del Seminario XI<sup>13</sup> y que retorna en Posición del Inconsciente<sup>14</sup>. La libido es un órgano, un órgano irreal pero no imaginario, es decir que está en el lugar de lo incorporal, que es lo que subsiste del cuerpo de lo simbólico una vez que él ha sido incorporado. Esta concepción de la libido órgano es la que nos permite, por ejemplo, no descalificar sino reformular los análisis de Federn sobre las fronteras del yo. Este no era indiferente a que en las psicosis, aquello que él llamaba las fronteras del yo —esencialmente en la esquizofrenia— habrían sufrido una restricción, un recorte de las ideas; las que en un sujeto normal hubieran sido concebidas como representaciones, para el sujeto en crisis, aparecen en la vertiente de la realidad. Había pues una suerte de retracción de los límites del yo. Conocen todos los comentarios que se hicieron, en el caso de la escuela kleiniana, sobre la identificación proyectiva, sobre la ausencia de límites entre el individuo y el mundo exterior. Esto tiene un lugar totalmente preciso en Lacan. Su concepción de la libido-órgano que implica que “el verdadero límite del ser del organismo va más lejos que el del cuerpo”. Explica que este límite del ser del organismo, que es el campo libidinal desde esta perspectiva, es evidente en la histérica. Pero podríamos agregar que es evidente justamente en esos casos que se han reunido como casos de esquizofrenia, salvo que no es seguro que aquí los límites del ser del organismo lleguen más lejos que los del cuerpo. La pregunta que formula en esa época es: ¿cómo el organismo llega a ser capturado en la dialéctica del sujeto? Es una frase capital, recurrente en momentos muy particulares de la enseñanza de Lacan. La dialéctica del sujeto precede, en este caso, a la relación sexual, y precede al estatuto del organismo, se trata por ende de captación y captura por lo simbólico. Ese cuerpo esquizofrénico aparece como una consecuencia de una dialéctica desviada del sujeto, de una dialéctica precisamente en la que un significante esencial es forcluido. El problema es cómo debe ser esta forclusión para llegar a repercutir sobre el sentimiento del organismo. No es que esto no ocurra en la paranoia, sino que ocurre especialmente en la esquizofrenia. Así cómo Lacan en “Televisión”<sup>15</sup> opone obsesión e histeria, diciendo que la obsesión testimonia de la cizalla simbólica en el pensamiento, la cual en la histeria se manifiesta en el cuerpo; podríamos construir la misma oposición

entre paranoia y esquizofrenia.

La libido-órgano es la clave de la operación que Lacan llama la separación en "Posición del Inconsciente". Lacan dice que ese órgano irreal, ese órgano llamado libido, es precisamente esa parte del organismo de la cual éste se desliga en el momento en que el sujeto opera su separación. Ese es el lugar que precisamente ocupan los objetos *a minúscula*. Con esto, Lacan trata de dar cuenta qué es la regulación de la libido, incluyendo las transferencias de la libido.

La *separación* en juego no es la separación con el objeto. Lo que Lacan llama separación es, al contrario, la función por la cual el sujeto operando con su propia falta, se procura un estado-civil, es decir, se engendra a sí mismo. En ese texto de Lacan hay un esfuerzo para situar el objeto *a minúscula* a partir de la dialéctica del sujeto. Si no se comprende este punto no se comprende la última frase del texto según la cual la metáfora paterna es el principio de la separación, es decir, el principio de la localización del órgano-libido. Esto nos permite concluir que el fracaso de la metáfora paterna se traduce por el fracaso de la operación de separación. Es precisamente en tanto esa operación de separación restaura la perdida original del sujeto, es decir restaura su esquicia, que puede concluirse que el fracaso de la separación, por el contrario, deja al sujeto en esquicia. O sea, fuera-de-las-normas. Lacan con la metáfora paterna nos da el principio de una normalización del goce, es decir el principio de la normalización fálica del goce del objeto. Esa emergencia fálica en la metáfora paterna es una normalización del goce asexuado por su coordinación con el semblante fálico. Cuando esta metáfora paterna falta, el goce se encuentra a la deriva. La consecuencia es la que los términos de Lacan permiten prever: el sujeto no tiene estado-civil. El esquizofrénico con su dificultad con sus órganos testimonia un estado nativo del sujeto. Relean el principio del *Atolondradicho* donde dice que para todo sujeto el cuerpo es pasible de separarse de sus órganos y que sólo después el sujeto intenta encontrarles función. El sujeto que habla, sólo después, a partir de este dato de los órganos, les inventa una función significante. Conocemos el órgano que se significantiza en el discurso analítico: el falo. Significantizándose se separa de la realidad corporal y eso es lo que quiere decir la castración. No es la castración real del órgano, es la castración del órgano hecho significante. Entonces, se puede plantear que el paso de los órganos al significante es lo que, faltando su localización como castración sobre el falo, se generaliza en lo que designamos aproximativamente como esquizofrenia. Se podría hablar de una significación generalizada del cuerpo.

A nivel deductivo esto es bastante concluyente porque, si se admite que la

significantización de un órgano, cuyo ejemplo es la del órgano peniano, conduce a ubicarlo de alguna manera fuera del cuerpo, si planteamos una significantización generalizada de los órganos, efectivamente, podemos decir: todos los órganos están fuera del cuerpo. Esta es la raíz de la ilusión que lleva a Deleuze y Guattari a hablar de un cuerpo sin órganos. En el *Atolondradicho* Lacan también califica el lenguaje de órgano. No entiende el órgano del lenguaje en el sentido en que Chomsky hace del lenguaje un órgano, entiende que es un órgano en tanto que el cuerpo de lo simbólico precede y preexiste al sujeto. La fórmula de Lacan es precisa: el único órgano del sujeto es *el lenguaje*. Es decir, esos órganos fuera-del-cuerpo, hay que arreglárselas con ellos. Aquí viene esta cita: el dicho esquizofrénico debe arreglarse con sus órganos fuera de toda referencia a un discurso establecido. Para terminar les citaré exactamente esta frase de Lacan donde figura el término de esquizofrenia, incluyéndola en su contexto: “...de ese real: que no hay relación sexual, y ello debido al hecho de que un animal tiene estabítat que es el lenguaje, que elabitarlo es asimismo lo que para su cuerpo hace de órgano; órgano que, por así ex-sistirle, lo determina con su función, y ello antes de que la encuentre. Por eso incluso es reducido a encontrar que su cuerpo no deja de tener otros órganos, y que la función de cada uno se le vuelve problema; con lo que el dicho esquizofrénico se especifica por quedar atrapado sin el auxilio de ningún discurso establecido”.<sup>16</sup>

<sup>1</sup> “...las producciones más recientes sobre la temática del cuerpo sin órganos, son un modo de aclarar algo que se llama la esquizofrenia. En ella el lenguaje no logra hincarse en el cuerpo, es decir, que no es que el cuerpo esté sin órganos, hay al menos uno que es el lenguaje, porque si hay algo en lo que nada el esquizofrénico es en ese manejo enloquecido del lenguaje, pero simplemente no logra que se hinque sobre un cuerpo”. QUARTO. N° X, Bruselas.

<sup>2</sup> Jacques Lacan, *Escritos*, Tomo II, Siglo XXI – México, 1975.

<sup>3</sup> Jacques Lacan, El Seminario, Libro III, *Las psicosis*, Paidós, Barcelona. 1983.

<sup>4</sup> Jacques Lacan, *El Atolondradicho*, en Escansión N° 1 – Paidós, Bs. As., 1984.

<sup>5</sup> Eugen Bleuler, *Demencia Precoz, El grupo de las esquizofrenias*, Hormé, Bs. As., 1960.

<sup>6</sup> S. Freud y K. Jung, *Correspondencia*.

<sup>7</sup> S. Freud y K. Abraham, *Correspondencia*, Gedisa, Bs. As.

<sup>8</sup> Sigmund Freud, *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*, Obras Completas, Tomo XIV, Amorrortu editores, Bs. As., 1978.

<sup>9</sup> Sigmund Freud, *Sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente*. Apartado III, Sobre el mecanismo paranoico, págs. 55-73, Obras Completas, Tomo XII, *Op. cit.*

<sup>10</sup> Jacques-Alain Miller, *Enseñanzas de la presentación de enfermos*, Ornicar N°3, Petrel, 1981.

A ser retomado próximamente en un volumen de artículos y conferencias de J.-A. Miller: Matemas, Recorrido de Lacan II, que será publicado este año por Ediciones Manantial.

<sup>11</sup> Jacques Lacan, *Proposición de Octubre de 1967 sobre el psicoanalista de la Escuela*, por aparecer en Escansión N° 2, Paidós, Bs. As., 1985.

<sup>12</sup> Jacques Lacan, *Radiofonía y Televisión*, Anagrama, Barcelona, 1977.

<sup>13</sup> Jacques Lacan. El Seminario, Libro XI, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barral, 1974 (Edición agotada, en el curso del presente año saldrá la nueva edición de Paidós).

<sup>14</sup> Jacques Lacan, *Posición del Inconsciente*, en Escritos, Tomo II, *Op. cit.*

<sup>15</sup> Jacques Lacan, *Radiofonía y Televisión*, *Op. cit.*

<sup>16</sup> Jacques Lacan, *El Atolondradicho*, pág. 45, *Op. cit.*

# **TRANSFERENCIA E INTERPRETACION EN LAS PSICOSIS: UNA CUESTION DE TECNICA**

*Michel Silvestre*

Es un hecho que debemos admitir: hay psicóticos en análisis. Este hecho muestra que los analistas supieron fiarse de la enseñanza de Lacan que les indica que un analista no debe retroceder frente a la psicosis.

Sin embargo, no hay por qué sorprenderse tanto ante este principio. No retroceder frente a la psicosis significa que toda demanda de análisis es digna de ser tomada en serio. Toda demanda, sea quien sea quien la enuncie. Toda demanda exige del analista a quien ella se dirige, que éste no retroceda frente a la oferta que tiene que hacer: es decir, ofrecer un análisis y ofrecerse a ser su agente.

La demanda de análisis es una manifestación del sujeto, desde este punto de vista el analista puede responder a ella. Responde interpretándola; especialmente aceptándola. La primera interpretación que hace el analista, es aceptar la demanda de análisis mediante lo cual prepara la puesta en función del sujeto supuesto al saber.

Son estas simples evocaciones, que empero impondrán esta observación: la demanda de análisis, para ser interpretada no tiene que ser remitida, *a priori*, a una estructura clínica, puesto que basta con referirla tan solo al sujeto.

Por otra parte, no se ve por qué se pondría en duda una demanda de análisis bajo el pretexto de que quien la enuncia sería considerado psicótico. Si el analista es invitado no obstante a hacerse una idea de la estructura clínica en la que se abriga el sujeto, es solamente para modular su respuesta, y ajustar su *après-coup*. No hay otras indicaciones de la cura más que la determinación del sujeto a comprometerse en ella. Se sabe que esto es completamente problemático también con un neurótico.

En el fondo, la pregunta que más bien estaría dispuesto a hacerme es cómo es posible que los psicóticos no retrocedan, tampoco, frente al análisis. Cómo explicar que enuncien esta demanda, que comiencen una cura y que se mantengan en ella.

Ciertamente, se puede cargar esta realización en la cuenta de los efectos de la extensión del psicoanálisis. Sin embargo, que un psicótico pueda ser analizante, que se someta a la tarea que le impone el dispositivo analítico, es aquello de lo que habría que dar cuenta.

Pues en fin, los argumentos de que disponemos no se oponen a este hecho; ¿no nos vemos llevados a fundar una antipatía del psicótico respecto al psicoanálisis?

Es, en todo caso, una de las consecuencias que los analistas pensaron poder sacar de la forclusión del significante del Nombre-del-Padre, y de su irreversibilidad, sostenida por Lacan hasta sus últimos seminarios. De hecho, la demanda de análisis del psicótico proviene directamente de esta forclusión. El punto de partida de su demanda de análisis es lo que yo llamaría una significación en suspenso; se podría asimismo decir una significación que amenaza y que, por ello, se convierte en amenazante. Y si el psicótico va a ver a un analista, es porque espera que éste haga llegar a su término esta significación que, a falta de un significante privilegiado —el Nombre-del-Padre— no puede advenir. En este punto, evidentemente, se engaña. El analista no tiene ciertamente el poder de injertarle el significante —pero, sin embargo, está hecha la abertura de un saber supuesto— lo cual es esencial.

El psicótico no es el que sabe. Lo que los psiquiatras llaman una convicción delirante ya es, de su parte, una interpretación. La confrontación del psicótico con el fenómeno elemental, es al contrario el enfrentamiento con un real, precisamente sin mediación y, en particular, sin la mediación de un saber.

Es justamente porque el psicótico se esfuerza por re-encontrarse en esos fenómenos —en domesticarlos—, o sea cuando se esfuerza por darles una significación, cuando busca un saber para operar esta mediación. Es entonces, en ese momento de indecisión del sujeto cuando un analista puede ofrecer el relevo del sujeto supuesto al saber. Evidentemente, esto no se produce para *todo* psicótico. Pero justamente, no interrogo sino a aquellos que piden un análisis, no a los otros.

En el fondo, ¿por qué no admitir en esta significación en suspenso, aquello que, para el psicótico, haría síntoma? Es incluso por este defecto de significación, este circuito interrumpido, como el psicótico puede quejarse de estar se-

parado, desgajado de la palabra, al punto de sentirse amenazado de mutismo. La función de la palabra se le escapa y lo libra enteramente a un campo de lenguaje sin hitos, sin límites, donde puede perderse. Y su demanda inicial puede asumir la forma de no estar separado de la palabra. En ese sentido, se le supone al analista, un saber hacer con la función de la palabra.

Se ve porque algunos analistas pudieron testimoniar inicios de análisis de psicóticos que consideraron desencadenamientos de psicosis, porque les parecía que un delirio tomaba en él su impulso.

Saben también que se pudo explicar esos comienzos acercando el encuentro con el analista al mecanismo descripto por Lacan del desencadenamiento de la psicosis; es decir, de este encuentro de *un* padre, real, porque ningún significante sostiene su lugar en lo simbólico; por eso es *Un* padre y no *El* padre. No es porque los analistas, siguiendo a Freud, se creen padres, que ellos funcionan como tales.

Si un psicótico puede demandar un análisis y comprometerse en él, es porque este encuentro, *ya* se produjo para desencadenar este accidente de la función de la palabra, cuya reparación demanda el sujeto al analista. En efecto, si un delirio puede tomar impulso a partir de la introducción del sujeto supuesto al saber, es porque la palabra, desde entonces, va a ser utilizada por el sujeto para producir esta significación que le falta —es decir, para construir una metáfora sustitutiva de la metáfora paterna— una metáfora que produzca efecto de significación.

Ciertamente, se habla generalmente en este caso de metáfora delirante, pero ¿por qué? Seguramente, no porque el sujeto no reproduciría en ella la historia del pequeño Edipo. En primer término, porque eso se ve. Tal paciente, llamado esquizofrénico por la autoridad psiquiátrica, mucho antes de venir a verme, dedica su esfuerzo asociativo a describir minuciosamente su genealogía en las tres generaciones que preceden a la suya, incluyendo en ella las ramas colaterales. Este es el registro que le parece apropiado para elaborar una metáfora que arriesga marcadamente seguir siendo atípica.

Lo que está excluido, sin embargo, es que aloja allí —como cualquier otro psicótico en análisis— lo que repite, en la transferencia, lo que Freud llamaba una neurosis infantil. De hecho, el analista, sea cual fuere el material asociativo está desprovisto del sostén de la repetición para producir una significación. Si fuerza demasiado las cosas en ese sentido, su paciente lo llamará enseguida al orden —escapándose— o revelándole la significación persecutoria de todo saber prefabricado, que dejase en un callejón sin salida las particularidades del sujeto.

Hacen falta otros argumentos para hablar de delirio.

El imaginario edípico no es más que una consecuencia secundaria de la metáfora paterna y de la función del Nombre-del-Padre. La consecuencia primera del Nombre-del-Padre, es someter la significación —es decir la representación del sujeto por el significante— a la castración; es decir, incluso, tener un efecto sobre el goce. El Nombre-del-Padre, es el significante de un pacto, de un contrato que el sujeto hace con el Otro para repartir, para compartir, el goce; y de ese contrato, ambos son tributarios, el sujeto al igual que el Otro. Es un artificio por el cual el sujeto trata de acomodar, de conciliar, lo real y lo simbólico. Si se puede hablar de delirio a propósito de la metáfora elaborada por el psicótico, es porque esta metáfora fracasa en su reproducción de ese contrato. Fracasa en acarrear una repartición, una limitación del goce.

A eso se debe el que no estemos aún en el núcleo del análisis del psicótico. Se sabe, en efecto, que en lo tocante a la metáfora delirante, el psicótico puede arreglárselas solo. Schreber está ahí para recordárnoslo. Puede llegar incluso a estabilizar su modo imaginario —a organizar la “cascada de reordenamientos significantes”— para retomar la fórmula de Lacan.

Si la metáfora delirante puede permitir lo que Lacan designa con el término de estabilización es, me parece, en el sentido de que vuelve a dar una función de la palabra que basta para organizar el campo del lenguaje. En cambio, este equilibrio es precario, pues lo deja desarmado frente a la intrusión, en ese campo, del goce. En ese campo, el goce está desencadenado, si se puede decir; dan fe de ello, por ejemplo, las voces, las alucinaciones.

En efecto, lo que conecta al sujeto neurótico con el goce, es el fantasma. Pero si el fantasma da un marco al goce, es en tanto que la función de castración circula en él —como dice Lacan— entre el sujeto y el objeto— es esa circulación del ( $-\varphi$ ) la que hace del fantasma una cadena. La exclusión de la castración, para el psicótico, tiene como efecto desencadenar el goce y entregarle el sujeto.

Se pudo interrogar el estatuto del sujeto de la psicosis en la medida en que el clivaje del sujeto se revela allí a la luz del día y en que la participación del sujeto —sujeto del goce— se encuentre allí, de alguna forma, perdida —perdida en el sentido de errar— en lo real, desconectada del sujeto del significante. Para restablecer esta conexión, la metáfora delirante no basta, hace falta otra cosa, que el analista se ofrece a encarnar. Por eso debemos suponer, para explicar cómo el psicótico se mantiene en el análisis, que la cura del psicótico puede abordarse a partir del discurso analítico.

Nuevamente, se trata de examinar con cuidado la idea un poco apresurada

da según la cual el psicótico sería reacio al lazo social; puesto que el lazo social es una de las definiciones que da Lacan del discurso: lo que hace lazo social. Así, es notorio que fue suficiente con que el estado moderno comenzase a funcionar para que, gracias al sostén de la ciencia médica, el loco fuese colectivizado, en el asilo precisamente. Y colectivizado especialmente a partir de la identificación con un significante amo específico de este estado —a saber el proletario— como lo testimonió la eficacia de la ergoterapia. Al respecto, el estallido del asilo es un efecto más bien inquietante del estado actual del discurso del amo.

Por otro lado, la clínica psiquiátrica nos muestra, aunque más no sea por los casos de delirio de a dos, que la histeria puede, ella también, no retroceder ante lo que cree percibir del deseo en un psicótico; y hacer lazo social con su vecino o vecina de piso.

En fin, se sabe que la universidad no duda en encontrar un autor tras los escritos del psicótico. Joyce está ahí para recordárnoslo. Estas observaciones podrían ser desarrolladas, no me detengo en ellas.

El discurso analítico cuenta aquí con esta precisión: ¿cómo podría el analista operar para mermar el goce al cual se encuentra entregado el psicótico? Es asimismo a través de esta pregunta como se manifiesta, como fenómeno, a nivel del fenómeno, la transferencia del psicótico. Si la demanda inicial del psicótico es una demanda de significación, lo que la instalación de la transferencia hará emerger, es lo que recién evocaba acerca del sujeto del goce. Si, en su demanda inicial, el psicótico espera del analista significantes propios para organizar los trastornos de su mundo, en su demanda segunda, esa a partir de la cual la transferencia se orientará, el psicótico propone su goce al analista para que éste establezca sus reglas. Es incluso mediante ese rodeo como parece instalarse como objeto *a* y darse, entregarse, como tal, al goce del analista.

Después de todo, la transferencia erotomaníaca, es acaso algo diferente a la estratagema por la cual el sujeto se ofrece al goce del Otro por el rodeo del amor. Es la versión exaltada de la transferencia del psicótico y, probablemente, su versión más manejable, puesto que el vínculo de palabra, la presencia del significante, es exigido por el amor mismo que sostiene la articulación de la demanda.

Pero, al contrario de este fenómeno, erotomaniaco, el psicótico puede rehusar esta mediación del amor y ofrecerse como aquél totalmente abandonado por el significante: puro desecho que esperará en silencio que alguien quiera recogerlo. En este punto puede suscitar, en ciertos analistas, vocaciones

contrariadas de *nursing* y de *maternage*. Tentación, sin embargo, anodina frente al riesgo que implica para el sujeto la de realizar hasta el fin lo que le dicta la invasión del goce, hasta el anonadamiento, es decir, el suicidio.

Que la transferencia conduce al psicótico a ofrecerse como goce del Otro, explica tal vez que él sea el lugar de un cuestionamiento errático de lo sexual. Determinada paciente se verá forzada a hacerse la muñeca inflable de todo hombre que encuentre, tan rápidamente tomada, como pasiva. Estos fenómenos ciertamente no necesitan del análisis para aparecer. Manifiestan lo que Lacan indica del *empuje-a-la-mujer* de la psicosis.

No obstante, si se producen en la cura, pudiendo entonces ser vistos como *acting-out*, permiten, me parece, suponer que el sujeto le pide al Otro que produzca un significante del goce. Por otra parte, ¿no es en lo que se esfuerza Schreber proponiéndose como ideal volverse la mujer de Dios? Después de todo, esta ubicación en un primer plano del goce, este ascenso brutal del goce en la escena de la transferencia, es consecuencia de que este goce no esté negativizado por la castración, es decir, que el falo no opera allí en forma negativa ( $- \varphi$ ), o incluso que ninguna impotencia viene a coordinar al sujeto con el objeto del que goza. Es, sin embargo, debido a esta negativización como la dialéctica del deseo no llega a enmascarar la instancia del goce como ocurre en el neurótico. Me parecería, empero, muy apresurado deducir, a partir de la prevalencia del goce, que el sujeto psicótico es ajeno al deseo, tampoco lo es, hemos visto, a la demanda.

Incluso, suspendiendo un poco dicha conclusión, el analista tiene la oportunidad de servir para algo en la cura del psicótico, es decir, de tener una idea de su dirección.

En el fondo, tal como me esforcé en presentarles las cosas por ahora, es difícil distinguir al analista del Otro. Tanto cuando el sujeto le pide que soporte su búsqueda de una metáfora de sustitución, como cuando se ofrece a su goce; en ambas vertientes de la transferencia, el analista es el testigo fascinado de esta conjunción de lo real y de lo simbólico donde el psicótico arriesga perderse en todo momento.

La paradoja de esta proposición proviene del hecho de que el analista está tentado de asumir él la división del sujeto, de hacerse él el sujeto dividido entre la función del significante y la del goce. Lo revela cierto número de testimonios de analistas que ceden a su paciente psicótico el lugar del objeto para soportar la falla en ser producida por el significante. Su atención ya no flota; entregados al pensamiento, se inclinan hacia la asociación libre que causan sus pacientes inertes y sin palabras; cuando no sin voz.

¿Quiere decir que el lugar del objeto *a* ya está ocupado? Toda la cuestión, en efecto, es desalojar de él al paciente. A partir de aquí, me parece, puede ser abordada la cuestión de la interpretación en lo que concierne a la cura del psicótico.

En el fondo, de lo que se trata, es de reintroducir el goce en una función de semblante, es decir, nuevamente, de reintroducirla en el discurso, en este caso, en el discurso analítico. Pues si el psicótico ocupa el lugar del objeto es en la medida en que él lo es —como tal— como real. Que sea desecho del amor por exceso erotomaniaco, o alguien al que la palabra dejó plantado, siempre realmente él se hace, él es objeto de goce.

Esfuerzándose en argumentar esta tesis según la cual el psicótico conviene al discurso analítico (y a los otros), evidentemente, tenía en mente lo que Lacan designa con el término de fuera de discurso. Pero, en el fondo, examinándolo en detalle, me pareció que esto podía indicar tan sólo parcialmente la relación del sujeto con el Otro, precisamente la interpretación paranoica y la relación del esquizofrénico con su propio cuerpo.

En cierto modo, me pregunto si ese fuera de discurso no indica, justamente, lo que podría considerarse como el objeto, digamos, en espera de ser considerado como semblante. Tendríamos aquí pues una indicación para que el analista consiga deslizarse en el proceso que, hasta ahora, el sujeto psicótico efectúa solo, y únicamente con un Otro a su medida.

Paradójicamente, es primero por su silencio como el analista marcará su presencia. Precisamente para que esta presencia silenciosa e inerte provoque al sujeto a dirigirle cada vez más explícitamente sus asociaciones. Es un silencio que pone trabas, que objeta las maniobras a las que se somete el paciente. Estas maniobras tienen, en el psicótico, sin embargo, una finalidad única: hacer reintegrar al analista en el lugar del Otro del goce. Ahora bien, me parece que no puede haber más que una respuesta posible a esta maniobra: oponerse a ella. Producir mediante la significación de este rechazo un lugar vacío, evacuado de todo goce. Un lugar donde el goce está prohibido para que el sujeto del significante se aloje en él.

Después de todo, el significante de esta significación existe, es el *non*, no, el no del rechazo, de la pura negación. Puede ser que el analista sólo tenga esa palabra para decir. Al menos, quizás es la única que pueda producir un comienzo de efecto.

Obviamente, esta persona no es monótona —o monolítica a nivel del equívoco, siempre a mitad de camino entre el juicio que rechaza y el insulto que

identifica— para retomar aquí una indicación que da Lacan en *El Atolondradicho*.<sup>1</sup>

Una vez más, se trata de resolver esta paradoja: por un lado, todo en la teoría parecería indicarnos que el dispositivo analítico no se adecúa al psicótico y, por otro, que los psicóticos permanecen en una cura sin que, aparentemente, los analistas sean diferentes en su acto.

Así, el analista, aquí también, se ve obligado a hacer del goce un semblante, es decir, a delimitar, por esa vía, un lugar vacío, evacuado de goce. Esta maniobra y su efecto implicarían que la función de interdicción que recae sobre el goce no es en tanto tal, equivalente a la castración —la cual, lo recuerdo, sigue siendo una condición de posibilidad del goce sexual— siendo a la vez compromiso y artificio. Cómo entonces armarse con la castración para hacer advenir la verdad del sujeto sigue siendo la cuestión central del análisis del psicótico.

No se trata, evidentemente, de negar la diferencia de sus estructuras clínicas, pero como saben, Lacan se interroga sobre la relación entre, lo que se llama un poco rápidamente quizás, las estructuras clínicas. Al respecto, la psicosis revela la estructura del ser hablante desgarrado entre lo real y lo simbólico. La revela precisamente en este artificio del Nombre-del-Padre. Por eso me pareció que el discurso analítico podía acoger al psicótico.

Con la salvedad de la restricción que evoco en mi título, la de la técnica. Pues, en el fondo, si pensamos en ella la técnica es realmente la única cosa que ningún analista puede trasmisir a otro, puesto que él mismo no puede trasponerla de un paciente a otro. No hay técnica del psicoanálisis, hay empero una para cada cura. Esta es la oportunidad del psicótico: encontrar en el psicoanálisis una práctica del sujeto que ninguna técnica reglamentada determina.

<sup>1</sup> Jacques Lacan, *El Atolondradicho*, Escansión N° 1, Paidós, Bs. As., 1984.

# LAS PRESENTACIONES DE ENFERMOS: BUEN USO Y FALSOS PROBLEMAS

## Mesa Redonda

*Guy Clastres, Françoise Gorog, Jean-Jacques Gorog,  
Eric Laurent, Françoise Schreiber, Danièle Silvestre*

*Danièle Silvestre* — ¿Pueden decirnos cómo se ha mantenido la presentación de casos, en la Sección clínica 1, en un lugar de transmisión?

*Eric Laurent* — El ejercicio llamado “presentación de enfermo” es un clásico en la enseñanza de la psiquiatría en Francia. Recordemos esta observación de Lacan: lo más seguro que tiene la clínica psicoanalítica se lo debe a la clínica psiquiátrica. Salvo en uno o dos puntos, como es el caso de la histeria, que permitió al psicoanálisis constituir una clínica autónoma hasta el punto de inscribirse como discurso.

Si la Sección clínica ha conservado la presentación de enfermos —cuando su fin no es la transmisión de una clínica psiquiátrica sino la constante interrogación sobre lo que le debe la clínica psicoanalítica—, es porque toma como referencia el ejercicio muy particular que fue la presentación de enfermo de Jacques Lacan. No sólo la mantuvo a todo lo largo de su enseñanza, sino que transformó ante nuestros ojos ese clásico ejercicio. Por consiguiente, la Sección clínica se interroga sobre la relación entre ambas clínicas para captar en qué puntos el psicoanálisis debe algo a la psiquiatría.

*Danièle Silvestre* — ¿El automatismo mental, por ejemplo?

*Eric Laurent* — Las psicosis en general. Hay puntos establecidos por los psicoanalistas, pero las referencias más seguras están tomadas de la psiquiatría. Entre ellas la del automatismo mental, su variedad, su clínica, la cuestión del establecimiento de las certezas delirantes, la de las alucinaciones,

e incluso cierto número de puntos de referencia de los temas esenciales del delirio.

Todos los que actualmente tienen a su cargo una presentación en la Sección clínica han asistido a la de Lacan y se han planteado esta pregunta: “¿Se trata de un ejercicio que produce transmisión o de un ejercicio simplemente singular?”. Los que eligieron trabajar en la Sección clínica, en este punto, se han decidido: la presentación de enfermo es un ejercicio que produce cierta transmisión. Y recordemos algo esencial: a partir de este ejercicio la Sección clínica encontró su punto de anclaje.

*Danièle Silvestre* — ¿Se puede decir que existen “casos de presentación”? ¿Cuáles son los criterios para presentar a alguien?

*Françoise Gorog* — No hay, en la práctica, suficientes pacientes como para que se pueda elegir cada vez el que mejor responda al objetivo de la presentación. Entre los pacientes que están hay que encontrar a los que aceptan. No se puede decir que acepten siempre de buen grado.

*Eric Laurent* — La gente no viene al hospital para ser presentada. Viene en un momento de desvalimiento. Algunos aceptan, e incluso despierta su interés el ser presentados, sabiendo que encontrarán un auditorio atento a sus problemas, en un marco un poco solemne, diferente a la entrevista cotidiana de a dos. Encuentran un terreno donde compartir ya sea su drama, ya sean sus inquietudes.

*Jean-Jacques Gorog* — Cuando un interno o un asistente proponen la presentación de alguien, lo hacen en función de los interrogantes que éste les plantea. Puede que el paciente tenga una certeza, pero ésta no está del lado del interno, quien se supone puede formular preguntas sobre ese caso.

*Guy Clastres* — En el dispensario, Claude Léger pregunta a los internos si no tienen enfermos que podrían beneficiarse con la presentación. Por cierto que algunos enfermos pueden sacar un beneficio de la pregunta que a su respecto se plantea el que lo atiende. La presentación es, pues, el lugar de una transferencia de los internos con la Sección clínica misma, y con la gente que enseña en ella. Esto depende también del lugar que ocupen en el servicio hospitalario los que hacen la presentación. En el caso de Lacan, es muy claro que, a través del paciente, *una demanda* le estaba dirigida a él mismo en tanto tal. Asistimos a un fenómeno transferencial y creo que, aunque de manera diferente, lo mismo vale para nosotros. Por mi parte, hago una presentación en Levallois, en el marco de la Sección clínica, y en el hospital, en el marco de la enseñanza a los internos. Es diferente, sin duda. En el marco de la Sección clínica, la preocupación de Claude Léger, Serge Co-

tet y la mía propia es encontrar casos representativos de la cuestión tratada durante el año.

*Danièle Silvestre* — ¿Qué tema han elegido?

*Guy Clastres* — “El Otro y la psicosis”. En el hospital es completamente distinto. Son los que entran, todo lo que llega. Agreguemos que lo que se dice en la presentación tiene consecuencias en el hospital, en el servicio y sobre el tratamiento mismo.

### *Efectos de transferencia*

*Françoise Gorog* — En ciertos servicios, cuando yo era interna, había tres presentaciones muy diferentes: las que se decían estrictamente psiquiátricas, las de Lacan, e igualmente las de un psicoanalista de la A.P.F.. En esa época era muy difícil para los internos decir: tengo alguien para la presentación de Lacan, o para la de X. Esto muestra bien la dimensión de la transferencia. Estaban los que elegían a X, los que preferían a Y y los que querían presentar sus enfermos a Lacan. Evidentemente, la cuestión del beneficio para el enfermo está completamente ligada a la de la transferencia de la persona que quiere presentarlo. Pues si éste tiene una demanda hacia aquél que va a hacer la presentación, el paciente siente inmediatamente que su terapeuta tiene la esperanza —tal vez equivocada— de que eso va a aportarle algo. Es por tanto una condición importante. Cuando se trata de internos o psiquiatras que se interesan en el análisis está claro que esperan algo si el paciente va a ser visto por alguien que es psicoanalista. En esto reside el que difícilmente pueda decirse que nuestras presentaciones constituyan un ejercicio universitario. El interés, para el interno que propone un enfermo, es precisamente hacerlo en la presentación de un psicoanalista.

*Eric Laurent* — También para el público es preciso distinguir lo que se sitúa en la rúbrica transferencia. ¿Hay transferencia universitaria? La dimensión universitaria también es un modo de relación con el saber. No hay más que ver el número de casamientos entre profesores y alumnas para saber que hay transferencia al maestro, a la Universidad. Ahí también hay pasión, hay amor, y eso se negocia. En nuestras presentaciones, hay una parte del público que no tiene una relación de transferencia con el psicoanalista a quien se envió el paciente; y hay otra parte que la tiene, de una manera u otra. Una parte del público, por consiguiente, depende de cierto estilo que se inscribe fuertemente en lo universitario y que hace que esas presentaciones puedan

tener lugar en el marco del Departamento de psicoanálisis. Pero hay un entre-cruzamiento distinto con todos esos fenómenos transferenciales en los lugares donde está presente la Sección clínica, ya se trate de transferencia con el psicoanalista por parte del interno que elige al paciente o por parte del público que asiste a la presentación.

*Françoise Gorog* — Como siempre, cada uno busca lo que supone le falta. Los psicoanalistas jóvenes buscan reconocer a un psicótico porque no los han visto a menudo en sus consultorios; por el contrario, los psiquiatras esperan ver qué hace un psicoanalista con el discurso psicótico. Hay, en efecto, dos públicos que se entrecruzan.

*Eric Laurent* — Unos buscan reconocer a los psicóticos y los otros buscan reconocer a los psicoanalistas.

*Jean-Jacques Gorog* — En Antony tratamos de privilegiar ese aspecto de la transmisión, instaurando que un estudiante de la Sección clínica hable, a la vez siguiente, del caso presentado. Permite verificar los efectos de la presentación, al menos en esa persona. Además, tendemos más bien a ser modestos en cuanto a lo que se espera en esa línea de enseñanza, incluso sobre cosas elementales: reconocer alucinaciones, por ejemplo. Se da uno cuenta de que para algunos la alucinación es evidente y para otros no lo es en absoluto. Lo que obliga a prestar atención, en la presentación misma, para que los fenómenos puestos en evidencia verdaderamente lo sean. No basta, en suma, con la convicción del presentador. También es preciso, tal es la necesidad de la presentación, que sea accesible para el que escucha.

*Françoise Gorog* — Eso recorta los dos tipos de demanda del auditorio. En nuestra última presentación, por ejemplo, vimos a un psicótico. Para los psiquiatras era evidente que se trataba de una psicosis paranoide florida, aunque no deliraba de manera patente. ¿Por qué? Porque algunos criterios psiquiátricos saltaban a la vista. En cambio, entre los psicoanalistas, la psicosis no parecía evidente.

*Eric Laurent* — A los psicoanalistas, por cierto, se les supone saber cosas, pero hay una diferencia entre el supuesto saber del psicoanalista en su función y el saber efectivo que tiene, o no tiene. Es verdad que en su práctica encuentra pocas psicosis, y en momentos particulares. Esto nos lleva a interrogar qué es lo que los psicoanalistas tienen para responder a un saber de tipo psiquiátrico: la discordancia, por ejemplo, o algún otro criterio de la clínica de la mirada precisado por la psiquiatría, que permite situarse globalmente bastante rápido en cierto número de casos. Simplemente, los psicoanalistas que vienen a la Sección clínica están en formación, o más bien anhelan

una buena formación de su inconsciente de psicoanalistas. Y bien, la presentación les permite esa interrogación.

*Françoise Gorog* — Por el contrario, si el caso escapa a la psiquiatría clásica, si no hay automatismo mental o el paciente no habla de él porque ya no es tan marcado, entonces los criterios de la enseñanza de Lacan en lo que concierne al lenguaje y la psicosis adquieren todo su valor. Asombran completamente a los jóvenes psiquiatras. En la presentación de la que hablaba, los psiquiatras reconocieron que se trataba de un psicótico con criterios totalmente antiguos, pero finalmente también pudieron hacerlo los psicoanalistas. Aún suponiendo que éstos nunca hubiesen oído hablar de la discordancia y de la clínica psiquiátrica, que ignoraran todo al respecto, si habían trabajado seriamente la enseñanza de Lacan sobre las psicosis podían, con otros criterios, deducir también que se trataba de una psicosis.

*Guy Clastres* — El veredicto de Lacan sobre eso es muy abrupto: en el seminario sobre las *Psicosis* dice...

*Françoise Gorog* — ... que no sólo están los trastornos del lenguaje. Agrega una serie de perturbaciones infinitamente más sutiles que el público psiquiátrico ignora por completo.

*Eric Laurent* — Esos trastornos son una función del nombre propio, una reducción del nombre propio al nombre común, incluso la utilización masiva del nombre como tautología, lo que procede de una teoría del lenguaje estrictamente russelliana: un nombre se reduce a la suma de descripciones que conlleva. Por ejemplo, tal persona que nota que su reloj pulsera está en la misma hora que un reloj del joyero. El hecho de que la hora de ese reloj fuese la del joyero señalaba absolutamente, en el contexto, un mecanismo de perturbación tipo de la función del Nombre del Padre. Lo que resultó enteramente concordante con la continuación de la serie de asociaciones delirantes del paciente.

Se siente siempre que, en un mismo punto, el sujeto se acerca a tal nudo de su historia. Cuando se ve la manera en que se desorganiza la estructura del lenguaje al aproximarse, por ejemplo, al momento en que va a hablar de su madre y de lo que pasó con ella, se llega a trastornos globales de la función del lenguaje no incluidos en lo que habitualmente se llama "trastornos del lenguaje en los alienados". Las novedades en el género —por ejemplo, un libro recientemente salido que trata la cuestión a partir de los aportes de la gramática generativa— es muy pobre en relación a lo que la enseñanza de Lacan permite considerar como deformaciones del sistema de lenguaje.

*Jean-Jacques Gorog* — Tuvimos este ejemplo a propósito de un maníaco-

depresivo. En general, cuando se lo presenta, no está más maníaco. Entonces es preciso detectar una serie más bien tenue de trastornos del lenguaje. Acá lo que sorprende a los psiquiatras es que se pueda tomar como criterio preciso lo que alguien dice, sin referirse necesariamente a lo que pueda saberse por otras fuentes, y que se pueda de ese modo obtener del paciente más datos sobre su existencia, aún cuando el delirio venga a diluirlos.

### *Trastornos del lenguaje*

*Eric Laurent* — Por mi parte, jamás vi un delirio del que no pueda hacerse surgir un trastorno del lenguaje en sentido amplio, en el sentido de la enseñanza de Lacan. Por ejemplo, alguien que no presentaba ningún neologismo, ningún trastorno en las denominaciones, que fue abandonado por su padre al nacer y a quien vio por primera vez a la edad de cuatro años, declara: “La primera vez que lo vi sabía que debía venir. En cuanto llegó, lo reconocí”. En el contexto en que lo decía, con el acento de fascinación que lo acompañaba, ese “Lo reconocí” era del orden de la suspensión de una escena para él plena de sentido. Su “Lo reconocí” no era el del neurótico, sino que se ubicaba en el lugar del reconocimiento que el padre no le había dado. Esas palabras tenían absolutamente el valor de un trastorno proyectivo. Podríamos decir que en el lugar del “No me reconoció”, el paciente tenía el “Lo reconocí”.

Es lo que llamo un trastorno del lenguaje en sentido amplio, es decir, una deformación del sistema simbólico que hace que en el momento en que, en lo imaginario, se producen fenómenos de despersonalización, el padre le surja en oposición simbólica, como real; y existió ese momento en que no supo de qué agarrarse. Es algo que se escucha: su “Lo reconocí” estaba precedido de una pequeña barrera, de un momento de silencio. En otra ocasión registrará que, de pronto, en su espejo, tuvo la impresión de ya no reconocer su cuerpo. Buscando explorar cuáles eran los fenómenos simbólicos que rodeaban ese momento de despersonalización, destacó que en ese preciso momento, ante el espejo, y por primera vez, tuvo la idea de que estaba embrujado. En resumen, no son trastornos del lenguaje en el sentido del neologismo, es un tipo de deformación del sistema simbólico que permite, cada vez, estar seguro de que se alcanzó un punto real.

*Guy Clastres* — No es un trastorno del lenguaje en sentido estricto, y es lo que hace que el psicoanalista se ubique cabalmente en lo que es simbó-

lico, imaginario, real, y juegue con esos registros.

*Françoise Gorog* — Tomemos un ejemplo todavía más simple, el de un neologismo que no sería la neocreación de una palabra inexistente en el sistema significante. En una presentación psiquiátrica clásica, se puede sentir un perfume neológico en una expresión —los psiquiatras también sienten los perfumes neológicos—, pero con los puntos de referencia lacanianos, interrogando al paciente sobre la significación, puede detectarse no sólo que es incapaz de decirla, sino que, fenomenológicamente, es la significación lo detectable. Pues bien, puede considerarse esto como un neologismo, mientras que sin el aporte lacaniano no se podría.

*Guy Clastres* — Absolutamente.

*Eric Laurent* — Lacan destacó que, más allá de esta clínica de la mirada, de esta descripción de los trastornos simbólicos, más allá de lo que puede observarse, la clínica de lo que se dice también puede tener elementos para integrar, que enseñan. Tienes razón al decir que no son trastornos del lenguaje en sentido estricto. Pero, al mismo tiempo, en sentido amplio, estamos seguros de que si hay delirio siempre podremos asir las líneas de fuerza de la deformación de lo simbólico.

*Danièle Silvestre* — Problema inverso: hacer *emergir*, en una presentación, cuando uno se inclinaba por una psicosis, que se trata en realidad de una neurosis. ¿Podemos apoyarnos en los mismos argumentos?

*Guy Clastres* — En negativo, sí.

*Françoise Gorog* — No. Justamente no en negativo. Se considera que no es una psicosis porque hay síntomas neuróticos articulados.

*Danièle Silvestre* — Me acuerdo de un caso presentado por Lacan, el de esa persona hospitalizada en psiquiatría desde hacía más de diez años y etiquetada como psicótica. Lacan se decidió por una neurosis obsesiva.

*Jean-Jacques Gorog* — Allí el síntoma estaba, en efecto, organizado al modo de la neurosis. Hay una clínica positiva de la neurosis y una clínica positiva de la psicosis. Pero es cierto que, cuando no hay qué llevarse a la boca, no se puede decidir. Esto ocurre, pero menos cuando uno se esfuerza un poco.

*Guy Clastres* — Le sucedía a Lacan no poder decidir; decía: “No sé”.

*Eric Laurent* — Nunca se sabía qué era su “No sé”. Para alcanzar su “No sé” había que trabajar mucho. Tenemos este límite: cuando no se sabe, a menudo eso es el signo de una impotencia debida a que no se hizo el trabajo correctamente. Además, la cosa no resulta siempre, porque toda una parte depende de nuestra enseñanza, pero otra es del orden del *savoir faire*, que

no se transmite fácilmente. No todo, en este ejercicio, depende del matema, sino de cierto tipo de saber no matematizable.

*Jean-Jacques Gorog* — Hay cosas que no son exactamente del orden del *savoir faire*; como, por ejemplo, que formular el delirio no lo agrava. Noción simple y sin la cual, por lo demás, la presentación no existiría. Ocurre que no es una noción admitida por todos, siempre hay una reticencia, no sólo de parte del enfermo, sino de toda la gente que está ahí. Se trata de un prejuicio que la presentación denuncia.

### *Una función de despertar*

*Eric Laurent* — Hay prudencias necesarias. Lacan decía: "No se le hacen cosquillas a cualquiera", célebre advertencia que todos hemos retenido. Hay que saber...

*Jean-Jacques Gorog* — ...lo que no hay que preguntar.

*Eric Laurent* — Hay que saber también que hay significantes que hacen mal, que hay cierto número de registros que hay que abordar con prudencia. No se puede confrontar o adicionar la reticencia del enfermo, por un lado, y, por otro, la resistencia del psiquiatra o del psicoanalista para captar la amplitud del fenómeno. Para orientarse, se impone cierta prudencia, porque estas presentaciones tienen consecuencias prácticas que se detectan, por ejemplo, en el auditorio mismo. Esa transferencia no queda, para la mayoría de entre ellos, sin análisis. Es decir, que aquellos que asisten a esas presentaciones se encuentran a continuación en el diván diciendo lo que les produjo. Es una manera de verificar los efectos, por lo demás, no acumulables. No es una experiencia controlada a la manera científica, que permitiera saber con exactitud cuáles son los efectos de una presentación en los que asisten a ella. Además, están los efectos sobre los pacientes mismos.

*Guy Clastres* — Ser designado como psicoanalista en un servicio de psiquiatría nos coloca inmediatamente el sujeto supuesto al saber sobre la cabeza. Y lo que se dice en una presentación, y la manera como se la practica, tiene consecuencias sobre los psiquiatras presentes.

Por ejemplo, en el hospital vi a una joven en completo estado de mendicidad, de una suciedad repugnante, llevada ahí de oficio. Tuve una entrevista con ella. La encontré extremadamente simpática, muy inteligente, pero al mismo tiempo no estuve especialmente amable. Esa entrevista fue una manifestación de masoquismo absolutamente asombrosa. Durante la discusión

del caso, cosa siempre esclarecedora porque destaca puntos no percibidos durante la presentación, a veces sin darse cuenta, me vi obligado a defender a la enferma para que el hospital cumpliese su función de asilo con ella. Como no estaba completamente enferma, era una mendiga, se la quería poner en la calle. En este punto los psicoanalistas están en la cuerda floja: es verdad que en ella no había demanda, pero todo lo que el discurso analítico ha logrado propagar sobre la función de la demanda implica que las cosas se pasen del otro lado; porque los psiquiatras, e incluso los psicoanalistas, ante esa ausencia de demanda, tienen tendencia a decir: "Muy bien, no queremos más de eso".

Haber dicho que la psiquiatría también consiste en recibir a la gente, limpiarla, ocuparse de ella, hizo que permaneciera en el hospital. Después me enteré que alguien se ocupa de ella, y bien, y que ha comenzado a salir un poco de su posición inicial de sacrificada. Esta anécdota señala la responsabilidad que incumbe a un psicoanalista, no habiéndolo por lo demás en ese servicio, porque yo allí no hago sino participar de un grupo de enseñanza. Es lo que llamo la prudencia necesaria respecto al hecho de que el discurso psicoanalítico está muy ampliamente difundido, también en el hospital psiquiátrico, y utilizado de cualquier manera, lo que permite olvidar su ética. Cuando se es psiquiatra en un hospital, se tiene una función que es preciso respetar, y el psicoanalista tampoco debe olvidarlo.

*Eric Laurent* — Es una cuestión de ética, pero hay que saber que los otros discursos también deben tener su lugar en el mundo; que la función del psicoanalista no es la llamada función libertaria de un yo ideal descarriado, sino que consiste en invitar a cada uno a que sostenga su discurso sobre sus bases. No se trata de hacer el "superpsiquiatra" sino de recordar que la ética del psicoanalista no es incompatible con esa posición.

*Daniele Silvestre* — ¿No hay algo más que la cuestión del diagnóstico?

*Eric Laurent* — En cuanto al tratamiento, los psicoanalistas contribuyen, y participan ahora de un cambio del gusto. Lacan decía que, ante todo, el tratamiento de psicóticos es una cuestión de gusto. Hay una modificación del gusto, y no se debe a los resultados brillantes del tratamiento psicoanalítico —cosa a temperar— el que los psicoanalistas participen más activamente en los cuidados que se le dan a los psicóticos. Se comprueba que se opera cierta pacificación, cierta estabilización de la metáfora delirante, cuando alguien se encuentra regularmente con un psicótico, aunque también con momentos de desestabilización aguda. Con todo, esto contribuye a que haya cierto gusto en ocuparse de psicóticos a pesar del tipo de cansancio que en-

traña el confrontarse sin cesar con lo fuera del discurso. Produce efectos de exaltación, de entusiasmo, pero al mismo tiempo efectos de fatiga, incluso de depresión, que están siempre ligados a la aproximación a ese punto de goce y su distribución en la psicosis.

Es útil insistir en que los psicoanalistas no quieren aprender su oficio de los psiquiatras, en particular el nuevo empleo de medicamentos. En este ámbito, del que debe decirse, no saben nada. Dicho lo cual, creo que los psicoanalistas tienen que mantener cierto vínculo con esa confrontación con lo fuera del discurso de la psicosis. Allí tienen seguramente una influencia. La presentación es un buen lugar para que cada uno verifique lo que el psicoanalista hace al pie del cañón, fuera del coloquio singular donde se despliega la mayoría del tiempo su actividad. El psicoanalista enseña ese borramiento de lo imaginario que implica su práctica, no encontrarse demasiado en el otro; y esta disciplina, este interés que extrae de su ejercicio cotidiano, precisamente en las deformaciones simbólicas, distanciándose respecto de lo imaginario. Esto debería notarse en una presentación.

*Jean-Jacques Gorog* — La cuestión de la locura permanece en primer plano. La fascinación por ella hace bajar los brazos. La presentación tiene el mérito de interesar a los que atienden en la manera en que la locura está organizada.

#### *Dejar hablar mucho tiempo*

*Eric Laurent* — En psicoanálisis hay lo que se llama controles: se habla de lo que se hace con otro analista, quien puede evitar al principiante cometer errores burdos, y tiene, pues, una función de saber. Pero más que en términos de saber, esto actúa como efectos de verdad: por ejemplo, en relación a esos efectos de lasitud que produce determinado caso, que llevan a cierta resistencia, a cierto desinterés del psicoanalista. Eso existe. A menudo es el paciente mismo quien consigue reconducir al analista al plano del amor, lo vuelve a interesar en él. O, en otras ocasiones, es la publicación, el control, otros tantos jalones de nuestro trabajo analítico, que en el fondo son dispositivos para también dar nuevo impulso a nuestro interés. Es este aspecto de aspersión de agua fresca el que puede producirse durante esas presentaciones, despertando significaciones que empiezan a amodorrarse, como una moneda ya un poco gastada. Puede ayudar a mantener despierto.

*Françoise Gorog* — Hay otro punto. Los psicoanalistas pueden volver a

enseñar a los psiquiatras a examinar durante un tiempo largo al psicótico. Lacan decía: es preciso dejarlos hablar la mayor cantidad de tiempo posible. La inclinación del psiquiatra, más bien, es ver rápidamente de qué se trata, saber cuál es el tratamiento que conviene y decir: "Lo he visto". El interés de la presentación es también, entonces, darse cuenta de que alguien que puede de soportar lo insoportable durante una hora y media logra conseguir algo de una persona considerada reticente.

*Guy Clastres* — Hay una enseñanza en la presentación, no sólo para el público, sino para el que la hace, y que no está forzosamente en el tiempo de la presentación sino retroactivamente: cuando la gente que asistió se pone a hablar de lo que pasó. Uno puede olvidar un punto que se puso en evidencia pero que los otros han escuchado y notado muy particularmente. Entonces, es una enseñanza no sólo sobre la manera en que uno presenta, sino sobre el hecho de que el enfermo enseña algo. Más allá de llevar un diagnóstico de tal tipo de psicosis o neurosis, al hablar, el paciente enseña algo. Se invierte así la posición médica tradicional tendiente a encuadrar las cosas.

*Eric Laurent* — Ese aspecto siempre existió en psiquiatría. Clérambault decía: "Mis pacientes me enseñan que...", "En mis presentaciones en la enfermería especial destaque tal fenómeno". La búsqueda de fenómenos se enseña por la observación: es preciso observar mucho para llegar a ponerlos en serie. Idéntico señalamiento podemos hacer para Kraepelin, quien aislabía fenómenos completamente separados de su historia, de su contexto, simplemente por la observación, lo que permitió construir en Europa, en cincuenta años, una clínica de una eficacia fantástica.

Pero para nosotros es diferente: ¿con qué tipo de enseñanza tenemos que vérnosla? Pues hay efectos psicoanalíticos, y son siempre del tipo Orfeo dándose vuelta para ver a Eurídice, es decir, hay un pequeño efecto de verdad. Uno se toma un trabajo de locos para extraer algunos elementos y ponerlos en serie para hacer con ellos un saber transmisible. En lo que a mí respecta, en efecto, la presentación es cada vez como una apuesta: nunca se sabe cómo va a quedar colocado uno en ese encuentro con alguien. Uno se dice siempre: "¡Uf! pasó bien" y, al mismo tiempo, ¿cómo llegar a asir lo que enseñó en tal o cual comentario? Esto es lo extremadamente difícil y exigente: llegar a encuadrarlo con nuestros matemas, poner en serie los fenómenos apreciados.

*Françoise Gorog* — La presentación de enfermo también pone en evidencia ciertos puntos de la enseñanza de Lacan. Por ejemplo, el hecho de

que la convicción del psicótico es eminentemente variable. A los psiquiatras les cuesta mucho admitirlo.

*Jean-Jacques Gorog* — O la idea de que un enfermo que critica su delirio constituye una buena señal.

*Françoise Gorog* — Igualmente, en el último tiempo, Lacan en su presentación se dedicaba a volver sobre ese gran secreto del psicoanálisis, a saber, que no hay psicogénesis. Es un punto que surge en las presentaciones, porque no tenemos que luchar solamente contra sus efectos psiquiátricos, sino también contra sus efectos psicologizantes. Este desmentido a la concepción psicogenética aparece mucho más en las presentaciones.

*Eric Laurent* — Un poco de psicoanálisis, es verdad, psicologiza al sujeto. Es claro que uno de los efectos de la difusión del psicoanálisis es la acentuación de un aspecto de psicología psicoanalítica completamente al alcance de un psiquiatra próximo a terminar sus estudios, en su universo, nada en cierto tipo de psicología, actualizada con la escuela de Henri Claude, que continuó y que prospera. En efecto, también hay que luchar contra ese efecto, es decir, desprenderse de la visión psicologizante para volver a centrar la atención en el síntoma.

*Jean-Jacques Gorog* — Para ilustrar los efectos clínicos obtenidos en la presentación, tomaré el ejemplo de un paciente que presentamos hace poco. Era muy simpático y mantenía un buen clima, pero no había ningún medio de precisar qué decía. En un momento, informó un pequeño fenómeno de automatismo mental que no pertenecía al mismo registro algo vago, informe, en el que uno no alcanzaba a situarse de modo alguno. De golpe, a partir de ese momento, su discurso se transformó, sus recuerdos y su historia súbitamente adquirieron consistencia. Este efecto impresionante duró un tiempo —no pretendo que sea definitivo—, luego de esta secuencia: reticencia, a menudo justificada, luego confesión de algo y, en ese momento, se tiene la impresión de tener enfrente a otra persona.

*Eric Laurent* — Eso forma parte de los efectos que deben inscribirse en la rúbrica: dejarlos hablar mucho tiempo. En la nueva clínica psiquiátrica ésta es una práctica que tiende a desaparecer, debido a la eficacia de los medicamentos, a la reducción del saber que se quiere obtener. El saber no tienta a la nueva clínica psiquiátrica, ella necesita cierto número de parámetros que obtiene bastante rápidamente. A eso se debe la denuncia del apetito de saber de los psicoanalistas: ¿sobre qué quieren saber tanto? Como dijo cierto psiquiatra criticando estos ejercicios: “¡Qué pasión tienen los psicoanalistas en querer

hacer aparecer el delirio de sus pacientes! ¿Por qué lo quieren tanto? ¿Qué hacen con él?" No buscamos tan sólo obtener simplemente efectos especulativos, o mostrar que somos capaces.

El hecho de que un servicio acepte un psicoanalista y lo coloque en cierto lugar señala un efecto de transferencia; esos efectos de transferencia comienzan a circular: se presenta un caso y luego tal o cual persona se dedicará especialmente al paciente; quizás también para demostrar, por ejemplo, que el psicoanalista se equivocó. Por ejemplo, determinado psiquiatra puede dedicarse a la paciente de la que habló Guy Clastres, para demostrar que en el momento de la presentación el psicoanalista no acertó la cuestión, y que no la planteó de la manera adecuada. El interés que tendrá por su paciente será pues un efecto de transferencia. No sólo hay efectos de transferencia positivos, sino también efectos de transferencia negativos; todos ellos forman parte de esta circulación que se pone en marcha a partir del momento en que existe el dispositivo.

*Jean-Jacques Gorog* — Los efectos de transferencia son notorios. Interesarse en el automatismo mental más que en el delirio, por ejemplo, tiene como efecto volver a colocar en su lugar el delirio, es un efecto de pacificación más bien alejador.

*Eric Laurent* — Se trata en efecto de interesarse en qué dicen los pacientes, más en lo anideico que en lo que tiene significación: se trata de aislar, de poner en serie lo que parece denudado de significación, desgajado de las significaciones habituales, y de llegar a crear nuevos efectos de sentido.

*Françoise Gorog* — ¿En el orden del sin-sentido?

*Eric Laurent* — Pues bien, sí, en el orden de la falta de sentido. El delirio más bien hace sentido —todo el mundo comprende un delirio— el automatismo mental es anideico, se presenta con una dimensión de simple fenómeno, tiene un aspecto puramente formal. Interesarse en él llega a producir efectos de sentido nuevos.

*Françoise Gorog* — Uno de los efectos de la presentación sería —es casi un anhelo— captar qué hace que determinado pronóstico, en tal psicosis, independientemente de los criterios psiquiátricos de paranoia o esquizofrenia o parafrenia, sea mejor que otro. Esta es una de las tareas actuales del psicoanalista: incluso una vez hecho el diagnóstico, conviene adherir a los puntos de referencia lacanianos, que no pueden ser forzosamente tomados en cuenta por los criterios socio-psiquiátricos.

*Un saber particular*

*Eric Laurent* — En efecto, es un punto muy importante que formaría parte de una pregunta más general: ¿Sí o no, se puede obtener mediante la presentación un saber de lo particular? Todo el saber psiquiátrico es un saber de lo general, es decir que se trata de clases, cuyas tres grandes categorías recordabas. Es cierto que, con otros medios, los psicoanalistas pueden llegar a esas tres clases, por ejemplo, a través de los modos de retorno del goce. Esta es una adquisición reciente de la Sección clínica, ya que fue Jacques-Alain Miller quien, en su curso del año pasado, lo desarrolló, proporcionando algunos puntos que permiten discernir y repartir cierto número de categorías: no simplemente la de forclusión o la de psicosis en general, sino, siguiendo la enseñanza de Lacan, en función de los modos de retorno del goce. Nuevamente en este punto hay que llegar a ese saber de lo particular, a lo que primitivamente se llama el pronóstico. No se trata del pronóstico de la categoría en general, sino del punto más particular de determinado caso. Cuando llegamos a él, salimos entonces de lo especulativo. En primer término se estableció un vínculo de transferencia, se interesó a la persona que se ocupará del paciente, se sabe la estructura en la que se aloja, en qué casa de la especie humana se ubica. Pero, sin embargo, el objetivo sólo se alcanza cuando se llega a ese punto del pronóstico. Por ende, aunque el saber del psicoanalista no sea un saber de amo —que permitiese gobernar, prever—, es no obstante un modo particular del dominio que debe alcanzar la dirección de la cura y que permite orientarse verdaderamente en la singularidad del caso. El problema se plantea al tratar de justificar la impresión más o menos clara que se tiene de que, tal o cual caso, es más o menos grave: en determinado caso la impresión de que hay que ayudar más bien a esa persona a reubicarse en el mundo; en otro, la impresión de que no vale la pena intentar de que flote en su mundo.

*Jean-Jacques Gorog* — Esta cuestión del pronóstico debe ser temperada con este punto —si había un leitmotiv en la presentación de Lacan, era éste— que no hay nada que esperar.

*Eric Laurent* — Sí, pero es correlativo de lo siguiente: “No es necesario esperar para emprender”. Es decir: no hay nada que esperar, hay que hacer su trabajo.

*Françoise Schreiber* — Por mi parte, fui sensible, en la presentación de Levallois, a aquello de la suerte del paciente que podía jugarse allí. La misma no sólo era una enseñanza para nosotros, pasaba algo que, para el paciente, tenía su valor. ¿Qué valor? Entre ustedes nadie usó este término. Des-

pués de todo, ya que son psicoanalistas, hay un problema ético allí: ¿Qué hacen? ¿Cuál es su responsabilidad cuando actúan y cuando actúan aquí? ¿Qué compromete esto? ¿Podría hablarse, por ejemplo, en algunos casos, de un equivalente de entrevistas preliminares?

*Eric Laurent* — La mayoría de las veces, los pacientes que acuden no son luego seguidos por el psicoanalista que los recibió, son encuentros breves. Tuve oportunidad de decir que a veces esto tiene valor, no de entrevista preliminar, sino de consulta terapéutica, en el sentido de obtener en ciertos casos, en esa circulación de transferencia, antes de que ésta se haya precipitado, floculado sobre la persona que presenta, un tipo de rectificación de la relación con lo que es actualmente el mundo. Podría ser el equivalente de los primeros encuentros Freud-Dora que, en el mundo psiquiátrico donde está el paciente, organiza cierto número de cosas, la transferencia misma por ejemplo. A veces se lo obtiene, este es un aspecto de consulta terapéutica con el paciente... Pero para otro psicoanalista hay además efectos que pueden ser los de la entrevista preliminar.

*Guy Clastres* — Especialmente en la Sección clínica. Somos cuestionados por los participantes: ¿Qué hacer? ¿Cuál es la esperanza? ¿Cuál será el destino del paciente?, siempre en la dimensión de la creencia. Esto se debe al hecho de que somos etiquetados como analistas; algunos incluso están dispuestos a imaginar una entrada inmediata en análisis.

*Eric Laurent* — La creencia, se sabe, es un efecto del sujeto supuesto al saber.

*Guy Clastres* — Los estudiantes de la Sección clínica, todos más o menos confrontados con el análisis, son al respecto, mucho más realistas que los enfermeros o la gente del servicio.

*Françoise Gorog* — La creencia está correlacionada estrictamente con su inversa, es decir el veredicto definitivo y negativo. Así, los padres de los psicóticos no quieren para nada hospitalizar a sus hijos, pero una vez hecho, ya no se habla de hacerlos salir, siempre es todo o nada. De igual modo, un enfermero psiquiátrico dice: "Con estos locos no hay nada que hacer".

Lacan le preguntaba a los pacientes, en sus presentaciones: "¿Qué hará usted ahora?" Quizá se podría acentuar en la presentación, la idea de que el sujeto debe decidir por sí mismo, incluyendo al psicótico.

*Eric Laurent* — Si hay algo que habría que destacar en estas presentaciones es, sin duda, que la función del sujeto del inconsciente, con los efectos que ésta acarrea, existe en la psicosis. Nos encontramos en ella con un sujeto, no con un paciente o con un individuo, colocado en cierta estructura, psicótica

ciertamente, pero con una función de sujeto. Hay que destacarlo obteniendo en ella efectos, incluso efectos imaginarios, de libertad y de elección, siendo la elección una función más lógica. Pero dicho efecto, es decir, manifestar la presencia de un sujeto, es producto del psicoanalista. Cabe agregar que es llamativo que las referencias extraídas de la enseñanza de Lacan sigan siendo para nosotros las lecciones clínicas, que constituyen toda una vertiente no matematizable de su enseñanza. Todo esto vuelve a surgir mediante la presentación, en el efecto de transferencia en que todos estamos: “¿Qué habría hecho él? ¿Cómo se habría orientado? ¿Hemos hecho correctamente nuestro trabajo?”, nunca nos sentimos a la altura de la tarea.

<sup>1</sup> Sección clínica, unidad docente perteneciente al Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de París VIII.

## *II*

### *LAS PSICOSIS Y EL PSICOANALISIS ANGLOSAJON*

El artículo de François Léguil apareció en *Ornicar?* N° 30, Navarin éditeur, Paris, 1984.

El artículo de Diana Rabinovich es una versión corregida de la conferencia dictada en la Sección Clínica, del Departamento de Psicoanálisis de la Universidad de Paris VIII, en 1983.

El artículo de Colette Soler apareció en *Ornicar?* N° 29, Navarin éditeur, Paris, 1984.

## DEPRESION Y ESQUIZOFRENIA EN LA TEORIA DE MELANIE KLEIN

François Leguil

La estructura encontrada en la práctica del psicoanálisis exige, según Melanie Klein, que se distribuyan los fenómenos en el marco de una doble posición: la depresiva y la paranoide. ¿Podemos mantener este descubrimiento y explotarlo? ¿Es acaso el antepasado torpe o la raíz conmovedora del descubrimiento lacaniano de esos dos grandes aspectos de la experiencia sobre los que informa la escritura del fantasma?  $\{ \$ \diamond a \}$ ?

En el apogeo del sadismo, el límite que divide una fase de la otra —anuncia la separación del rombo, repercute, con el artificio de esa época de una concepción física, la heterogeneidad que Lacan reconoce entre el sujeto tachado y el objeto? La fragmentación del yo en la posición esquizoide, los mecanismos defensivos de clivaje, de proyección, podrían responder a los efectos y a la incidencia del significante, del recorte sobre el cuerpo de la división del sujeto así como de la toma mutilatoria en el acceso al simbólico. De la misma manera, la posición depresiva podría ser considerada como el presentimiento de la otra vertiente: ¿la angustia concerniente a la herida inflijida al objeto y la pérdida de éste debida a la agresión que recae sobre él evocan un poco la antipatía del hombre por la Cosa? De la solicitud a la culpa, la paleta afectiva abriría entonces sobre un registro del objeto.

En 1948, Lacan rinde homenaje a esta exploración “en el límite mismo de la aparición del lenguaje”: “[Por Melanie Klein] sabemos la función del primordial recinto imaginario formado por la *imago* del cuerpo maternal; por ella sabemos la cartografía, dibujada por la mano misma de los niños, de su imperio interior, y el atlas histórico de las divisiones intestinas en que las *imagos* del padre y de los hermanos reales o virtuales, en que la agresión

voraz del sujeto mismo debaten su dominio deletéreo sobre sus regiones sagradas.”<sup>1</sup>

El resplandecimiento de lo condensado suaviza nuestra analogía, pues la rompe antes del punto donde hubiéramos sabido llevarla. En la reconstitución kleiniana de una realización del sujeto, la periodización quasi concreta de los acontecimientos, la noción de una integración progresiva de una fase en la otra —estimada paralela al paso de la locura a la salud— el acceso a una totalización unificada del sujeto, la imbricación de los fenómenos no permiten instalar allí la antinomia lacaniana entre el significante y el objeto. Por último, un falocentrismo equívoco, su pululación encarnizada, al igual que su positivación constante, deben recordar que la castración freudiana es del principio al fin considerada como subalterna, y no podría, de ninguna manera, prefigurar el ( $-\varphi$ ), en su deslizamiento bajo cada uno de los términos del fantasma.

Este último punto, correlativo a la ausencia de una consideración razonada de la función paterna, es sin duda un mal menor comparado con el guignol oficial y plácido que sigue siendo el padre de la *ego-psychology*. Esclarece, sin embargo, el sentimiento de irrealdad que invade al lector de Melanie en su primera tentativa. La impresión inicial de divagación, más desenfrenada que en otras partes, así como a veces —reconozcámolo— la intensa trivialidad de su clínica, deben ser colocadas fundamentalmente en la cuenta de los efectos conceptuales de una verdadera carencia fálica en la teoría, y no en la que debería pagar la triperra a su genio: “Desde el origen, un significante enigmático se presenta en el horizonte de esta relación [de objeto]. Melanie Klein lo pone perfectamente en evidencia. Testimonia que el falo ya está allí, como tal, objeto primordial, destructor en relación al sujeto, al mismo tiempo el mejor y el peor, y alrededor del cual giran los fenómenos del período paranoico así como del período depresivo. Su mérito consiste en no titubear en cargar las tintas, en confirmar lo que encuentra en la experiencia clínica. Pero le cuesta explicarlo, y se contenta con teorías muy pobres”.<sup>2</sup>

Por estructurales que sean verdaderamente las ambiciones y las convicciones de Melanie Klein, la noción de integración, activa en la identificación de esta doble posición, además de la cronología que ella exige, está preñada de una deriva evolucionista y de un retorno a lo que pretendía abandonar desde los años 35: el estadismo de su maestro Karl Abraham. Sus propios alumnos no se ven incomodados al postular la reutilización de los mecanismos esquizoides frente al fracaso de una elaboración de las angustias ligadas a la posición depresiva y acreditan, mediante el procedimiento sumario de un retorno a una teo-

ría cómoda de la regresión, la tesis de los *border-line*.<sup>3</sup>

¿No es obvio acaso, que el concepto de reparación fracasó en inclinar la obra en el relato de una experiencia posible de reconciliación? También, en su invierno, Melaine Klein adivina el peligro, y ya no escribe "La guerra ha terminado", sino "Envidia y gratitud". Como término de un procedimiento demostrativo, se trata de una solución casi equivalente a la apuesta de Pascal pues, siendo la única, después de Freud, que tuvo en cuenta la pulsión de muerte, le es necesario colocarla en el puesto de mando, con su opuesto mítico de otro modo: la pulsión de vida.

### *Reintegración del objeto*

El corto trabajo intitulado "Nota sobre la depresión en el esquizofrénico"<sup>4</sup> sigue en dos a tres años a "Envidia y gratitud", y precede en algunos meses la muerte de su autora. En cuatro páginas, Melaine Klein trata de precisar la naturaleza de los fenómenos depresivos observados en la esquizofrenia: menos fácilmente identificables que en la psicosis maníaco-depresiva, estos fenómenos también dan fe de una interiorización del objeto, particular ciertamente, pero cargada en tanto que tal, de la preocupación y de la angustia por el yo. "Así pues, escribe Melanie Klein, la culpa del esquizofrénico concierne la destrucción de algo en él y el debilitamiento de su yo por procesos de clivaje".<sup>5</sup>

El sufrimiento debido a la integración es entonces más intolerable que en otros casos debido a la gran fragilidad de los cimientos establecidos: el sujeto esquizofrénico recurre a una fragmentación aumentada, al igual que al rechazo de su ansiedad sobre un objeto externo (se sabe que este mecanismo fue llamado identificación proyectiva). En suma, la tesis de Melanie Klein es que no hay cura o progreso en la psicosis, en su tratamiento, que no pase por una depresión consentida.

Tres años antes, Hanna Segal publica una observación indicando que el principio de la cura del esquizofrénico deprimido es hacerle tomar conciencia de su propia tristeza proyectada hacia afuera, luchar contra la identificación proyectiva mediante la interpretación directa de lo que se supone que ocurre.<sup>6</sup> La intervención del analista y la ayuda aportada con el fin de mejorar la capacidad de soportar el paso depresivo, necesario al esbozo de una reparación, se supone permiten al paciente un principio de reintegración del objeto, núcleo del yo y punto de partida de futuras síntesis. Melanie Klein en su trabajo de

1959, retoma las conclusiones y sostiene la orientación terapéutica de su alumna.

La joven, tratada por Hanna, tiene dieciséis años al principio de la cura; inteligente, culta pero disminuida por la evolución de la psicosis, sufre, alucinada desde la edad de cuatro años. Dos secuencias que ilustran bien la tesis sostenida son elegidas y relatadas.

La primera, un año después del principio del tratamiento, está marcada por un período durante el cual la joven se arranca pedazos de piel, se escarba la nariz, recoge toda clase de suciedades y pequeños restos del suelo, comiéndose el conjunto. Hanna Segal interpreta naturalmente el sadismo oral así como la transformación del buen alimento del pecho en materia fecal mala. Después de todo, ¿por qué no?

Una discreta equivalencia de auto-mutilación (dos escarificaciones arañadas en la base del cuello) produce un material centrado en una temática de vampirismo, que es pertinente explotado en detalle en la cura. En la transferencia, una posición alternada es interpretada, posición recíproca donde los dos protagonistas del tratamiento se chupan la vida, los sueños, los pensamientos. El objeto oral, netamente despejado por la analista, es descripto por la paciente misma como una fuente de goce que estima está situado en el lugar del Otro. Se podrá señalar, empero, que confiesa haber chupado ideas, y luego explícitamente saber (a través de obras que frecuenta desde la infancia). Su madre, por último, es evocada en un recuerdo preciso y congruente. Sigue un período, hecho de tristeza, que se invierte en una agitación maníaca, alucinada. La joven se precipita un día sobre el diván, se recuesta en él y se masturba. Ella es la madre que frustra al niño de su goce e intenta volverla culpable por medio de la identificación proyectiva, interpreta la analista. Su estado mejora y "ella se acercaba a la salud mental" (*sic*).

Dejando de lado esta última observación, retengamos de la primera secuencia de la observación (aquí muy resumida) que en su discurso, la pertinencia de Hanna Segal no debe ser cuestionada. En un trayecto adecuado y verosímil, el objeto de la pulsión es convenientemente aislado; bajo sus dos caras, buena y mala, gentil y malvado vampiro, la función materna está delimitada con sagacidad. Sin duda, hubiéramos estimado preferible que la alumna de Melanie insistiera más sobre la masturbación de la joven recostada sobre el diván. Pero veremos cómo Hanna Segal no lo hace.

Siete meses más tarde, a la vuelta de las vacaciones, el estado se agrava: ofrece entonces el material clínico de la segunda secuencia. La paciente está alucinada, en relación con Dios y el diablo. El analista no pierde la oportunidad

edípica, reconoce los sentimientos de idealización y de persecución debidos al clivaje de la relación con el padre, muerto algunos años antes de su análisis.

La violencia disminuye en el curso de las sesiones siguientes; la joven muestra "más gracia en sus movimientos, menos tensión", con "un aire general de semi-alegría, de irresponsabilidad y de distancia", como si bailara en un campo, desparramando las flores que ella simulaba haber recogido anteriormente. Autorizada legítimamente por lo que sabe de una inclinación antigua de su enferma, Hanna Segal, fulgurante, le dice con la alegría determinación que caracteriza a los alumnos inspirados de Klein: "Tú eres Ofelia". El efecto es rápido, y sin discusión, favorable.

### *Girl = phallus*

La consecuencia de su intervención se pierde lamentablemente en el pantano de su teoría: culpable de la muerte del padre-amante por la mediación funesta del fantasma, la adolescente proyectaría hacia afuera su amor, mezclado con su dolor loco, mediante su juego teatral.

Inmediatamente, la joven se lanza sobre el diván, cabeza colgante, el cuerpo rígido. "Tu parodias el suicidio de Ofelia, le arroja en sustancia Hanna, y tú lo haces para no admitir tus sentimientos depresivos". Semejante a la primera, el fin de la segunda secuencia da fe de una mejora clínica. La autora la relata en términos mesurados, pero la atribuye a que la analizante tomó en cuenta las partes proyectadas del yo y del objeto interiorizado.

¡A nosotros nos toca la crítica! La evocación, dos veces, del diván utilizado para masturbarse, y cuando reproduce la muerte de Ofelia, muestra de qué manera Hanna Segal (dos veces justamente) le prohíbe medirse en su delirio con la ausencia de una significación fálica. "La imagen de Ofelia, enseña Lacan en su lección sobre *Hamlet*, ilustra más que cualquier otra la ecuación... *girl = phallus*".<sup>7</sup>

Tener el falo la primera vez, o serlo en la identificación con Ofelia habría sido más decisivo de marcar en esta joven adolescente debido a la imposibilidad dramática introducida de este modo. Frente a la carencia que padece, ¿no habría estado tentada de inscribirse de otra manera en una nueva significación identificatoria? No lo sabremos: por un efecto de relleno imaginario, la interpretación de la analista, al igual que el consentimiento esperado a título de confirmación (entonces obtenido), impide saber a qué precio el delirio podría fijar y localizar el goce. Más que una reparación, es un efecto de pérdida lo que

hay que buscar en la psicosis y en su tratamiento: por qué no descontarla del resultado de nuestra abstención. Callarse a veces, no producir nada que desaliente la pregunta o restrinja el derroche significante, soportar con su silencio los efectos provocados, contenerlos antes de que sean de desesperación, da su oportunidad al delirio, a su oficio así como a su progreso hacia el punto metafórico nuevo que el sujeto debe alcanzar en su elección forzada.

El viraje en la cura del paciente presentado en octubre de 1982 por Jean Jacques Bouquier bien serviría de contra-ejemplo<sup>8</sup> “si usted me quiere sacar a Luisa, yo lo mato”, amenaza Jacques Gabriel. Se adivina, por haberlos conocido, estos momentos de tensión cierta, de viraje próximo. Responder simplemente: “Por qué quiere usted que yo quiera... sacarle a Luisa” basta para provocar, por una separación evidentemente desgarrante, el efecto de pérdida. El objetivo no es la detención del delirio. La respuesta equivale a ésta: si el analista no puede sacarle a Luisa, es porque él mismo no la tiene. Ninguna interpretación reemplazaría esta invitación a proseguir. Sin evocar las virtudes prácticas del esquivar, sólo el ascetismo del analista con la deflación que acarrea evita el obstáculo de un conflicto imaginario que un paciente instala para protegerse del vacío amenazador.

Inversamente, la depresión de la joven testimonia dos veces que eso no le está permitido; el retorno alucinado de un goce sin límite no está coordinado con ningún significante nuevo. A pesar de su gran audacia, un último rasgo casi desacredita la empresa de Hanna Segal: psicótica, la adolescente en el mundo es mujer; libre de probarse inepta en él, que no adivina de los misterios del deseo, como del dédalo de *Hamlet*, cuando precisa : “Ofelia... no era completamente la locura, como usted dijo. Había muchas otras cosas. Lo que era insoportable, era el enredo”. Hanna Segal responde: “El enredo de la locura y de la salud”. ¡Ay! ¡Se asesina a Shakespeare!

Privándose del rumbo fálico, el barco es abatido. Inflando la vela el viento, el viento del “decir-viento”<sup>9</sup>\*, de la práctica lacaniana, es el deseo: basta con seguir su curso para oponerse al flujo del goce. Poco importa aquí estimarlo ausente de la psicosis: no es suficiente declararlo tal para exonerarse de las cuestiones irresueltas de la clínica.

El punto es importante. Si es seguro que “una práctica no tiene necesidad de ser esclarecida para operar”<sup>10</sup>, la toma en consideración de la cuestión fálica por sí sola da razón de la manera particular de presencia que conviene tener

\* N. T. Alusión al juego homofónico que hace Lacan entre *diván* y *dire-vent*. (decir viento en castellano).

con los delirantes: estar siempre allí seguramente, pero estar en el límite, romper la suela y solo batirse en retirada, para que un padre real en oposición simbólica no obligue al sujeto al acto que lo libre de un querer maléfico del Otro, o no lo conduzca a una lastimosa sumisión al amo.

### *Cura espontánea*

La pregunta hecha por Melanie Klein sobre la significación de la depresión en la psicosis es una pregunta freudiana. En *Duelo y Melancolía*, Freud señala una contradicción: ¿cómo concebir en la melancolía una fuerte fijación al objeto de amor, y una débil resistencia de la carga de ese objeto? ¿Cómo dar cuenta en el reflujo de la libido que la perdida del objeto se transforme en pérdida del yo?

O. Rank<sup>11</sup> propone una solución: la elección del objeto, en la psicosis, se produjo sobre una base narcisista, substituyéndose la identificación a la carga de amor. Freud consiente y cita como ejemplo el artículo de Karl Landauer, *Spontaheilung einer Katatonie* (“Cura espontánea de una catatonía”)<sup>12</sup>. La cura, precisa Freud, corresponde a la regresión de un tipo de elección del objeto hasta el narcisismo originario.

En 1914, Landauer publica el caso de una joven actriz, María, seguido después de una estadía hospitalaria motivada por ocho semanas de estupor catatónico. El episodio se desencadenó después del suicidio de su padre (prácticamente ante sus ojos). La observación es larga, sólo conservamos aquí su esqueleto. Landauer muestra que la psicosis es provocada por un éstasis del Edipo, marcado por el amor por la madre y el odio por el padre. Este *Vaterhas* precipita a María hacia la cuestión del padre, desestabiliza la elección del objeto de amor, y explica que ella zozobre. Omitimos el efecto de jubilación horrorizado observado en el curso de la catatonía.

Su fantasma durante el episodio crítico es un coito con el padre: hacerse la muerta es identificarse con él, seguramente, pero es además identificarse con la madre, muerta en la infancia de María. La continuación del tratamiento confirma la tesis de una regresión narcisista. En el curso de acrobacias diversas, María se muestra ante las damas “muy ávida de saber si hay algo para ver”, o se libra delante de ellas a una mimética evocadora: un juego de vaivén de su lengua entre sus labios. Escenas de masturbación frente a un espejo y, frente al mismo espejo, relaciones heterosexuales remiten a un recuerdo infantil: la contemplación secreta de su madrastra, dedicada ante un espejo a un aseo íntimo.

La escena precedía inmediatamente al acto sexual de esta última con su padre vuelto a casar. La identificación con la madre es patente, escribe Landauer. En otro recuerdo infantil, María, despavorida y desnuda, se deshace de sus ropas como de un yo, justificando nuevamente la misma implicación teórica, donde se ve bien hoy en día la incidencia de lo especular y, porque no, la de una regresión tópica al estadio del espejo. Se ve que recurrir tan masivamente a la teoría del narcisismo permite movilizar la castración, a través de la negación perpendicular erigida como defensa.

Un examen más moderno discutiría sin duda el diagnóstico de psicosis. ¡Poco importa! La observación sigue siendo de una espontaneidad verdaderamente entusiasmante. Una discusión nosológica la arruinaría, sin hablar del record de presunción establecido al contradecir un diagnóstico que Freud no discute.

Después de haber estado por la muerte del padre atrapada hacia él, la joven muestra que el proceso de cura reside en un retorno identificatorio a la madre gracias a una regresión narcisista. Landauer articula explícitamente esto en una utilización razonada del complejo de castración y de la incidencia de la cuestión fálica sobre la imagen del yo. Una temporalización unida a un nuevo examen coherente de la dinámica del tratamiento es su resultado. El interés suplementario reside en que el comentario indica claramente que la identificación de la joven (“por el cual el sujeto asumió el deseo de la madre”, escribe Lacan en su *Cuestión preliminar*<sup>13</sup>) se apoya sobre *l'Urphantasie* del coito parental (gracias a la escena intermedia del acto sexual frente al espejo). Se sabe que en esa fecha Freud aisla este fantasma originario en su artículo *Un caso de paranoia que contradice la teoría...*

Entonces la *Spontanheilung*, la cura espontánea, ¿es la catatonía o el fantasma que la habita?

### *La mujer del Todo-poderoso*

Brevemente, la historia de Pablo (una observación personal y reciente) puede responder donde comenzar.

Hace dos años, Pablo encuentra a Celina y conoce su primer amor. Cuando ella lo deja cuatro semanas después, él se siente desollado, cortado y luego vaciado. Hoy en día todavía, a fin de simbolizar su ausencia, sólo encuentra ayuda en el más irrisorio llamado al amo, el del tiempo bajo las especies del calendario y del reloj: “Conocí a Celina un 7 de enero a las 11 horas, me acosté con

ella el 10 de enero; ella me dejó el 8 de febrero a las 13 horas y no vino a la cita que le había fijado a las 18 horas". Un psiquiatra aseguraría que Pablo se obsesiviza.

Deja sus estudios, cambia sin cesar de empleo, se encierra y se preocupa (sin delirar) por el esoterismo. Pablo pide ayuda después de veinticuatro meses, luego de una sólida tentativa de suicidio.

Algunos meses antes del gesto de desesperación, se pone a escribir un fantasma muy largo y pretende hoy en día realizarlo: es decir, haciéndose su realizador, proyectando reclamarle a la institución involucrada un adelanto de los ingresos. El ensayo, de cincuenta páginas dactilografiadas, se titula *El Garaje de Juan*.

Juan, el héroe, después de haberse ejercitado con muchas muñecas inflables, se encuentra sometido al fracaso repetido de sus actividades sexuales, expuesto a la intimidad de las mujeres. Una transpiración responde en él a su humedad secreta, relatándolo en términos de un realismo inútil de reproducir aquí. Encerrado al final de la narración, en nombre de una ley que castiga por sus abrazos artificiales, por su fornicación mecánica, helo allí sometido a la arbitrariedad de un "supervisor general" (*sic*).

Es necesario precisar que el garaje de Juan no es el lugar de ninguna reparación kleiniana, pero ¿nada menos que su trasero puesto a disposición del "supervisor general" y de su pandilla homosexual? Uno de ellos le grita: "Tu pene está apagado".

El valor de todo escrito es neto: celebrar de manera articulada una renuncia oficial al goce fálico. Queda el del Otro que él solo exalta en la excepción.

Exaltado, Pablo no está. Sombrío y débil se arrastra de una semana a otra, acompañado por su miseria, hasta esa vez en que subitamente se vuelve jovial. Invertiendo sin saberlo una fórmula de Valéry. Pablo dedicó dos noches a "la fabricación de las salidas". En el primero, una pesadilla, una verdadera, estoy recostado y veo pasar a Celina por la calle. Me precipito sobre la ventana que resiste y no puedo abrirla. Ella no me oye y desaparece, ¡es horrible! El segundo sueño, no lo comprendo: debería ser una pesadilla pero no lo es. Estoy en una ciudad extranjera con mi madre y mi abuela. La policía por teléfono me avisa que mi padre y mi única hermana acaban de matarse en un auto. Me quedo solo con mi madre y mi abuela materna".

Estos sueños son de hace seis semanas. Pablo se encuentra bien, sigue sombrío, pero se muestra emprendedor en sus asuntos. Debemos precisar que nunca tomó la más mínima medicación antidepresiva. Al igual que en la neuro-

sis, la depresión no cura en la psicosis, pues es a menudo necesario curar de la depresión mediante el restablecimiento de la función del fantasma.

El segundo sueño le permite identificarse de nuevo según el deseo de la madre, después de que el primero intentó dar un borde al traumatismo de la ausencia (una ventana con la falleba rebelde). Pablo sueña ahora entrar en una orden regular, y planea encontrarse con el obispo de su diócesis para hablarle sobre eso. ¡Quién sabe? Si el delirio, que aún no comienza, se presta a ello y si el cielo interfiere, mediante la oración y la clausura, Pablo se transformará allí en la mujer del Todo-Poderoso. La cura de Pablo es un hecho; que sea pasajera es otro, como lo hace temer lo que se inicia hace diez días, la redacción de un tratado cuyo título es lo único que da a conocer: *Causa, sustancia y consecuencia de la relación amorosa*. ¡Ninguna duda, por desgracia!, de que vuelve a partir al combate, para ceder en él entonces el grueso de sus fuerzas.

### *Mescolanza semiológica*

Clásico retroceso del delirio, la depresión es también en la psicosis retroceso ante el delirio. Ella no es en Pablo más que el tiempo comprendido entre la indecisión de terminar (mediante el delirio precisamente) y el último plazo ofrecido por el fantasma en un rodeo de un sueño.

Posición en Melanie Klein, ella instaura la represión, invita a la preocupación por el objeto, anuncia el retorno del amor y del sentido de la realidad, empieza el camino hacia el Edipo; marca un tiempo de reparación hacia la neurosis, la rehabilitación después de la psicosis. En *Televisión* ella es dejadez, falta moral, retroceso frente al deber de bien decir, de ubicarse en la estructura. El escándalo es que, en la psicosis, el bien decir pasa también por la construcción del delirio. No hay pues nada que esperar de una depresión en un tratamiento; ella no traduce, en sí-misma, progresos en la estructura subjetiva.

Interesa pues reabrir el debate sobre los estados depresivos en la clínica, con la esperanza de ver transformarse una mescolanza semiológica de estados de alma en una clínica del goce que no confunde la variación de su régimen con el espejismo de un retorno a la razón.

La vía del matema no es superflua si se sabe que en un registro matemático es fácil la enumeración de lo que contradice las respuestas del sujeto: despojo del arbol que no esconde ningún bosque, contragolpe del desenlace pasional en la tragedia paranoica; desmoronamiento del celoso de la comedia —incrédulo que disculpa a la infiel cuando su infierno está comprobado— tregua rehusa-

da al melancólico en la muerte que anhela, despiste del perverso cuando el fracaso de un ceremonial lo confronta con la reciprocidad, rescate pagado por el inhibido si se expone, cuando su fantasmia reclama la sombra para salvar su sueño de verdad, naufragio en la histérica de un deseo diferente que ella deseaba para hacer de dique, agotamiento del estancamiento obsesivo o cansancio de su demonio atrabiliario, paradoja del maníaco cuando surge la nada traicionada por el hueco de sus comentarios, reflejos del niño débil cuando el dolor se le parece, confines autísticos de lo impensable; a fuerza de no ser una enfermedad, la depresión recorre el campo patológico y se ofrece por eso al holismo insensato del médico.

La depresión no existe; ¿qué decir de los deprimidos? Sin duda su suerte dispar merece acercamientos singulares, pero si ellos no pronuncian las mismas palabras, hacen adivinar claramente ese lugar verosímil, de oscuridad posible, que frente a Lagache, Lacan nombra: “ese redondel quemado en la maleza de las pulsiones”.<sup>14</sup>

<sup>1</sup> J. Lacan, *Escritos*, Tomo II, Siglo XXI, México, 1975, págs. 78-79.

<sup>2</sup> J. Lacan, *Hamlet*, en *Ornicar?* N° 26/27, 1983. Navarin Éditeur, Paris, pág. 11.

<sup>3</sup> P. Steiner, “Les états limites, limite entre les positions schizoparanoïdes et dépressives”, en *Persp. Psychiat.*, 1979, I, N° 70, págs. 25-31.

<sup>4</sup> M. Klein, “Nota sobre la depresión en el esquizofrénico”, en *The Intern. Journal of Psy.*, 1960, vol. XLI, págs. 509-11.

<sup>5</sup> Id., op. cit., pág. 189.

<sup>6</sup> H. Segal, “Depresión en el esquizofrénico”, en *Intern. Journal of Psy.*, 1966. N° 37, págs. 339-343.

<sup>7</sup> J. Lacan, *Hamlet*, en *Ornicar?* N° 25, 1982, pág. 25.

<sup>8</sup> J.-J. Bouquier, “La instalación de un delirio de observación como momento de simbolización en la cura de un sujeto psicótico”, en *Actes de l’École de la Cause freudienne*, 1982, pág. 23.

<sup>9</sup> J. Lacan, Apertura de la Sección Clínica, en *Ornicar?* N° 3, Petrel, Barcelona, 1981. pág. 47.

<sup>10</sup> J. Lacan, *Televisión en Radiofonía y Televisión*, Anagrama, Barcelona.

<sup>11</sup> S. Freud, *Duelo y Melancolía*, Obras Completas, Amorrortu editores, Tomo XIV, 1980.

<sup>12</sup> K. Landauer, “Spontanheilung einer katatonie”, en *Inter. Zeitschr für ärztl. Psy.* II, 1914, págs. 441-459.

<sup>13</sup> J. Lacan; op. cit. Tomo II, pág. 251.

<sup>14</sup> J. Lacan, op. cit. Tomo II, pág. 288.



# LA PSICOSIS SEGUN W. BION O LOS LIMITES DEL KLEINISMO

*Diana Rabinovich*

## *I. Introducción*

Lacan, en *La dirección de la cura*, define nítidamente la dificultad central de la posición kleiniana. Tras discutir la fantasía como puesta en escena simbólica de lo imaginario dice: “*Por eso toda tentativa de reducirla a la imaginación, a falta de confesar su fracaso, es un contrasentido permanente, contrasentido del que la escuela kleiniana, que ha llevado las cosas muy lejos en este terreno, no puede salir por no entrever siquiera la categoría del significante.*”<sup>1</sup>

La teorización de Wilfred Bion, discípulo eminente de Melanie Klein, intenta resolver dicho contrasentido, pero su adhesión a los postulados teóricos kleinianos lo lleva a desarrollar una teoría del símbolo, la simbolización y el pensar que lo aleja de la categoría del significante, y que muestra los impases y el necesario fracaso en los que desembocan dichos postulados.

Su fidelidad teórica, unida al rigor de su proceder, hacen de su obra la tentativa más extrema y elaborada de la que disponemos para demostrar que sin un concepto adecuado de la estructura y del orden simbólico el psicoanálisis no tiene más remedio que naufragar.

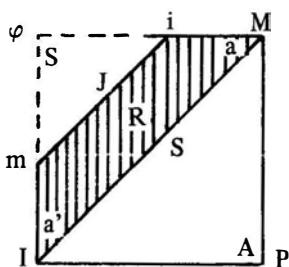
Una larga práctica analítica con psicóticos, sobre todo esquizofrénicos, lo llevará a articular de modo original la diferencia entre neurosis y psicosis, siguiendo la huella misma de su borramiento en Klein. La entidad nosológica clave será la esquizofrenia, y su propuesta para la dirección de la cura responde a las características estructurales de la misma.

Tomar como punto de partida la esquizofrenia es coherente con el espa-

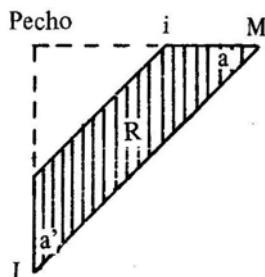
cio teórico que dibujan las posiciones esquizo-paranoide y depresiva de Klein. Cabe recordar que la paranoia, psicosis clave para Freud, queda subsumida en el campo de la angustia paranoide propia de la primera de las posiciones.

## *II. El espacio teórico de Klein*

Definamos pues dicho espacio teórico a partir del esquema R de Lacan.<sup>2</sup> Este esquema delimita los campos de lo simbólico, de lo imaginario y de la realidad, encubriendo este último lo que posteriormente será definido como campo de lo real. Este encubrimiento de lo real por la realidad se mantiene a lo largo de toda la teorización kleiniana y, como veremos luego, cuando lo real se insinúa, es definido como lo “psicótico”.



Esquema R de Lacan



Esquema R en Klein

Si comparamos ambos esquemas observamos que, en primer término, se produce en el kleinismo una desaparición del triángulo simbólico. Sólo queda uno de sus lados, definido por los vértices I y M. Entre ambos se sitúa la relación dual madre-lactante, que produce como significado fundamental el pecho materno, que sustituye en el vértice imaginario al falo del esquema R. Es obvia la ausencia del tercer vértice simbólico, donde se sitúan el A, el Otro y P, el significante del Nombre-del-Padre, es decir, el significante de la ley en el Otro. Esta ausencia señala la desaparición del peso de la castración freudiana en la determinación del sujeto.

El esquema queda reducido a un triángulo compuesto por el cuadrilátero de la realidad y el triángulo imaginario. Sus únicos asideros simbólicos son los significantes I y M. Precisamente, al estar ausentes el concepto de Otro y la castración, toda la conceptualización kleiniana derivará necesariamente hacia una psicogénesis del símbolo, la cual poco tiene que ver con el orden simbólico según Jacques Lacan.

Esta psicogénesis del símbolo implica que la falta no forma parte de la estructura. ¿Cómo introducirla, cuando la más mínima experiencia clínica la revela? A través de la pérdida del objeto, es decir, del duelo, considerado como la piedra angular de la génesis del símbolo. Vemos pues que la importancia fundamental de la teorización del duelo y la posición depresiva es una consecuencia lógica de las premisas teóricas en juego. A esta teorización se prestan, con facilidad, los significantes I y M, al ser desgajados de su pertenencia al campo del Otro, y reducidos a “experiencias emocionales”.

La experiencia del duelo se transforma en la base empírica del símbolo, la falta es falta en el campo de la realidad que, de hecho, sustituye al campo del Otro, el agujero es trasladado del Otro a la realidad, donde hay que aprenderlo entonces. El hecho de que es el agujero en lo simbólico lo que vuelve inasimilable la falta en la realidad es inconcebible en este contexto teórico. Deslizamiento sutil hacia el aprender que entraña la transformación casi insensible del objeto del psicoanálisis en objeto de conocimiento. El trabajo de duelo queda lisa y llanamente asimilado a una forma de aprendizaje de la realidad, aunque luego se intente disfrazar esta transformación agregándole a la realidad el calificativo de psíquica: el objeto perdido del deseo freudiano se ve reducido al objeto de conocimiento, reducido, en el límite, a ser el producto de una frustración. Retorno al sendero trillado de cierta psicología evolutiva, donde el sujeto madura guiado por los avatares del contrapunto entre lo aprendido y lo heredado.

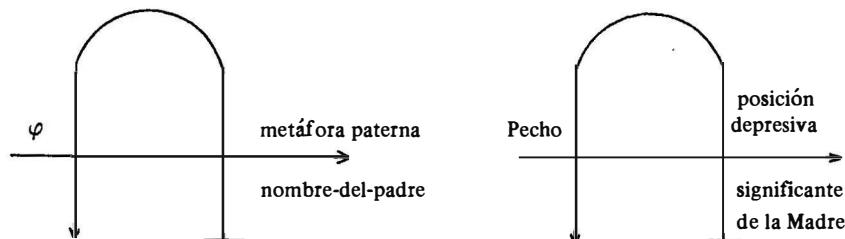
El significante M se articula, como lo señala Lacan, con la operación presencia-ausencia de la madre. Sin embargo, este vaivén permite en la obra de Lacan el despliegue de una pregunta, la pregunta acerca del deseo del Otro, esboza el agujero en el Otro simbólico en tanto que  $\Delta$ . En Klein, en cambio, el agujero es la ausencia sin misterio de la madre o del pecho que la reemplaza. Ausencia sin misterio pues ella responde a la agresividad del niño, a su monto constitucional de Tánatos. El agujero que el significante instala en el Otro no es más que un agujero “reparable”, se trata tan sólo de ser capaz de arreglarlo adecuadamente, versión degradada de la sublimación freudiana. La falla en la estructura queda obturada por la pérdida empírica y su reparación.

El I, significante del Ideal, rasgo unario, corresponde a la introyección del pecho bueno idealizado, núcleo —sin duda— del yo, cuya estabilización es correlativa de la adecuada elaboración de la posición depresiva. Introyección que provocó largas discusiones en el seno de los discípulos de Klein, pues les resultaba difícil dar cuenta de su carácter simbólico y diferenciarla del funcionamiento imaginario del objeto parcial. De este modo, entre I y M, la realidad encuentra su fundamento. Fundamento que remite en el caso de M a la identificación de este significante con el interior del cuerpo materno, interior mítico, poblado de objetos parciales, interior donde el goce reina, versión imaginizada de un Otro, que en lugar de ser el lugar del significante, es el depósito de todos los atributos imaginarios. Lacan señala en su seminario sobre la ética que ese cuerpo mítico es el lugar donde Klein instala *das Ding*, la Cosa. Si el deseo del Otro está excluido de la teoría, su goce supuesto es, en cambio, omnipresente. La lectura de cualquier trabajo de Klein lo muestra: en el interior de ese recinto mítico todos gozan, los hermanas y hermanos, el pene, el pecho, la pareja combinada. Goce imaginizado, pues confunde a la Cosa, con los atributos —bueno y malo— que aluden a ella tratando de representarla.

En este contexto el Edipo precoz descripto por Klein, recibido inicialmente como un escándalo por la comunidad analítica, es escandaloso, no por precoz, sino por haber anulado la originalidad del concepto freudiano de castración y sus consecuencias. Es la pérdida del pecho la que incita al lactante en la búsqueda de sustitutos del objeto primordial, búsqueda que culmina en el descubrimiento del pene y, por ende, del padre. En suma, el Edipo se inscribe como una forma de elaborar la posición depresiva. Su escenario es ese cuerpo mítico del goce, en el que nada falta, obviándose nuevamente la castración materna.

El mundo de los objetos se origina a partir de una significación privilegiada, el pecho materno. Este es el metro-patrón, la unidad de medida de los objetos del mundo kleiniano. El surgimiento de este objeto en función de este patrón responde a las descripciones de Lacan acerca del objeto espejular, objetos guiados por el deseo del otro con minúscula, lo que da cuenta de la importancia que adquieren en esta teoría la envidia y los celos, y al que cabe aplicarle el término de conocimiento paranoíco.

Dijimos que el objeto tiene primero un articulador simbólico. Podemos graficarlo recurriendo al esquema introducido por J. A. Miller<sup>3</sup>:



Este esquema se basa en la célula elemental a partir de la cual se construye el grafo que Lacan presenta en *Subversión del sujeto*.<sup>4</sup> Miller la utiliza para señalar cómo la metáfora paterna funciona como punto de almohadillado a partir del cual retroactivamente surge la significación fálica. En la teoría de Klein la metáfora paterna es sustituida por la posición depresiva, la cual pasa a cumplir la función de punto de almohadillado, permitiendo así la primera sustitución significante que hace posible la metáfora. La significación retroactiva producida por esta metáfora “depresiva” es el pecho, que sustituye al +  $\varphi$  de la significación fálica. El significante de la Madre pasa a su vez a reemplazar al significante del Nombre-del-Padre.

Allí donde Freud, en *Inhibición, síntoma y angustia*, define la función central del falo y el complejo de castración que significan *après-coup* el conjunto de los objetos, observamos que Klein opera de modo explícito una inversión de la dirección de la operación y no tan sólo una sustitución. No sólo el pecho sustituye al falo, sino que la retroacción es reemplazada por una anticipación: el pecho anticipa y acuña a todos los objetos posibles. Ese pecho producto de una pérdida empírica es, por otra parte, ya conocido, pues existe su representación innata. Su re-hallazgo no será pues más que un re-conocerlo en la realidad.

El destete pasa a ocupar el lugar de la castración, y la existencia de la relación sexual y de la complementariedad de los sexos es afirmada por Klein. La boca anticipa la función de la vagina, cuya representación innata es necesario suponer. De este modo la diferencia de sexos está inscripta en el inconsciente. La condición de acceso a la sexualidad reside, empero, en la oralidad, siendo para ella la boca el significante que funda la representación de *La mujer*. La relación boca-pecho, su complementariedad, hace existir la relación sexual.

Aquí, el goce del objeto parcial oral funda al pecho como común medida de todo goce, lugar que es el del falo tanto para Freud como para Lacan.

Este movimiento de anticipación se vuelca en la clínica a través de la anticipación de la respuesta que caracteriza en este caso al uso de la interpretación. La reminiscencia platónica, correlato del innatismo como lo recuerda Lacan, que Bion tomará como referencia explícita, guía la cura. La interpretación sistemática del contenido de las fantasías cumple cabalmente con su función de obturar el agujero del Otro: para todo hay respuesta y, guiado pacientemente, el paciente, como el esclavo de Platón, accederá a lo que ya una vez conoció.

La psicogénesis del símbolo a partir de la pérdida del objeto culmina en tres presupuestos que serán patentes en lo que sigue: 1) existe un desarrollo madurativo teleológico; 2) éste exige la anticipación de la significación, unida necesariamente al innatismo y 3) el símbolo da cuenta de una vivencia originaria, sustancia primera, perdida para siempre en las redes del significante, vivencia que es la sustancia misma del psicoanálisis, que permite definir al proceso de la cura como una “experiencia emocional”.

### *III. El analista en la huella de Platón*

Hacia fines de los años 40, Klein comienza a enfrentar los impases de su propia teorización. Entre ellos nos interesa especialmente el que podría formularse así: ¿cómo diferenciar la psicosis “psicótica” de la psicosis “normal” del desarrollo? La confusión entre ambas es constante, acompañándose de un marcado desinterés por el diagnóstico estructural y por el abandono de la diferenciación neta entre psicosis, neurosis y perversión, que es sustituida por la ambigua y fluida coexistencia de los “núcleos” psicóticos, perversos o neuróticos. Finalmente, el criterio fundamental de diferencia es cuantitativo: el monto constitucional de Tánatos.

Bion, fiel discípulo, mantiene esta coexistencia, pero llega a definir diferencias de estructura entre las “partes” de la personalidad, algunas de ellas de gran agudeza, cuyas consecuencias no deduce debido precisamente a la ya mencionada fidelidad.

En el centro de la concepción psicogenética del kleinismo encontramos una particular interpretación de la realización alucinatoria del deseo en Freud. En el seminario de *Las formaciones del inconsciente* Lacan indicó

que este punto de partida condicionaba necesariamente una constitución idealista del mundo. Esta satisfacción alucinatoria es definida como "psicótica" y debe ser corregida progresivamente por el desarrollo de la prueba de realidad.

Sin embargo, a la formulación freudiana se le agrega un elemento nuevo, la importancia del duelo. La ausencia del objeto se convierte en la clave del desarrollo, la ausencia entraña un duelo, y se la define como frustración. El pensar es reinterpretado desde este ángulo, transformándose fundamentalmente en una actividad de resolución de problemas (volvernos sin duda a la más clásica de las psicologías), siendo definido el problema central a resolver como el de la ausencia del objeto, ausencia a la que Bion denominará no-cosa.

Frente a la frustración que acarrea la no-cosa hay dos respuestas posibles: elaborar la ausencia mediante el desarrollo de la simbolización y el pensamiento o escapar de ella recurriendo a la alucinación. La primera es la respuesta neurótica, la segunda la propia de la psicosis. Efectivamente, para Bion la no instalación de la falta, su no elaboración, marca el límite estructural entre estas dos formas de organización de la "personalidad". Podemos observar que esta posición es totalmente coherente con el espacio teórico kleiniano tal como fue definido anteriormente.

Frustración y gratificación son pues las dos experiencias emocionales fundamentales, la una asociada al odio, la otra al amor. La experiencia emocional, tengámoslo presente, es la sustancia misma del proceso analítico y del psiquismo.

La pulsión oral modela estas experiencias emocionales fundamentales, marcándolas con la impronta de la relación boca-pecho. A este nivel se ubica el origen del mecanismo de identificación proyectiva. Bion formaliza a partir de la pulsión oral un modelo que se volverá clásico rápidamente en el ámbito del psicoanálisis contemporáneo: la boca será continente y el pecho el contenido. Continente-contenido podrán sufrir visciditudes múltiples, así, el pecho también será continente por ejemplo. Continente es por excelencia algo en cuyo interior se puede proyectar y, lo proyectado, pasa a ser definido como contenido. Los designa respectivamente con los signos ♀ y ♂. La vagina pasa luego a reemplazar a la boca como continente, y el pene al pecho como contenido, desarrollo coherente con la teoría de la sexualidad ya descripta.

Esta relación entre continente y contenido es introyectada por el lactante y se convierte en un aparato que le permite elaborar la ausencia del ob-

jeto, primera versión del pensamiento –pre-verbal– cuyo fundamento es la identificación proyectiva. A este nivel Bion introduce una nueva función, la capacidad de reverie de la madre, capacidad que asegura el buen funcionamiento de este aparato y su posterior introyección. Esta capacidad hace del Otro materno un continente de las emociones que superan al lactante, sobre todo de las negativas, emociones que éste evacúa mediante la identificación proyectiva. Modelo del continente, el reverie materno es equiparado a una “digestión psíquica” de los excesos de estimulación que el niño no soporta. Su función, por ende, es la de permitir que la tolerancia a la frustración se desarrolle, digiriendo ese hueso que es la no-cosa, la ausencia del objeto.

La capacidad de reverie depende de la función alfa, es decir, de la capacidad simbólica de la madre misma. Esta capacidad juega el papel de modular, en forma no caprichosa, esa función del Otro simbólico. Lacan caracterizó la frustración como una acción realizada por un agente simbólico, A, que produce un daño imaginario –la frustración misma–, por el cual el niño se siente desposeído de determinado objeto en lo real. Lacan sitúa a la frustración en un contexto muy diferente al de la psicogénesis, en el contexto de la ruptura de palabra, que cuestiona al Otro como no tachado, sobre el fondo de la prueba de amor. La frustración se define pues en función de su contexto simbólico, no se limita a ser una experiencia empírica de la ausencia del objeto anhelado que la capacidad de reverie ayudaría a elaborar. Esta, sin embargo, es la única forma en que Bion alcanza a introducir, respetando al mismo tiempo el innatismo teórico de su maestra, la función del Otro como un lugar continente que, irónicamente, queda reducido a ser un “estómago psíquico”.

Como consecuencia de este enfoque genético del símbolo, el objeto del deseo tiende a ser equiparado al objeto del conocimiento. A partir de estas premisas naturalmente la frustración se transforma en una matriz de aprendizaje cuyo dato inicial es la experiencia emocional. Bion desarrollará una teoría detallada del proceso de simbolización y pensamiento coherente con estos postulados. En este marco el análisis es concebido como experiencia emocional correctora, fundado en las formas de vínculo entre continente y contenido: amor, odio y conocimiento. La inclusión explícita del conocimiento entre los vínculos indica claramente por qué el énfasis “educativo” de esta posición, implícita ya en Klein, se hace más marcado aún; recordemos por ejemplo que uno de los primeros libros de Bion lleva el título, significativo desde este ángulo, de *Aprendiendo de la experiencia*.<sup>5</sup>

El pensar es pues una forma de elaborar el exceso de estimulación emo-

cional y exige como tal el desarrollo de lo que Bion llama elementos alfa, que equivalen precisamente a hechos "digeridos". Los hechos a digerir, ¿cuáles son? Las impresiones sensoriales y emocionales. Estos hechos o "realizaciones" se agrupan en las dos series ya mencionadas, la de la frustración y la de la gratificación. Estas realizaciones saturan un nuevo elemento teórico, la preconcepción, nuevo nombre de la huella filogenética, de la representación heredada. El encuentro entre la preconcepción y una realización de la serie de la frustración, al introducir la no-cosa, genera la concepción. La preconcepción es para Bion idéntica a la idea platónica, verdadero antecedente, a su juicio, de la noción del objeto parcial interno de Klein. ¡Platón es pues precursor de Klein! Como consecuencia lógica la reminiscencia platónica asoma como la forma de concebir el análisis propia de esta escuela, forma del recordar que Lacan criticó reiteradas veces, y a la que le opuso la rememoración. El Otro del significante es reemplazado por la herencia.<sup>6</sup>

El pecho en la serie de la gratificación es objeto de goce, su pérdida, en caso de ser elaborada, determina el surgimiento del anhelo, de la añoranza del objeto, posibilitada por el símbolo. Aquí, efectivamente, podemos considerar que para Bion el símbolo es la muerte de la cosa, muerte que se funda en la "experiencia emocional de la ausencia". El deseo por el objeto perdido surge como límite del principio del placer gracias a la elaboración de la frustración.

El pasaje de la pre-concepción a la concepción es esencial para la constitución de los elementos alfa, versión bioniana del significante, los cuales se agrupan para formar una barrera, la barrera de contacto, cuya función es establecer el límite entre consciente e inconsciente. Esta barrera de contacto ocupa pues el lugar de la represión primaria de Freud, y su instalación indica el triunfo del principio de realidad. Los elementos alfa, "hechos digeridos", son equiparados a los pensamientos oníricos freudianos, y hacen posible el desarrollo de la memoria, el recuerdo, el soñar.

Los elementos alfa se organizan gracias a lo que Bion llama la función alfa, cuyo establecimiento permite a la actividad de pensar surgir. El pensar consiste primordialmente en resolver el problema que la ausencia del objeto plantea, y los elementos alfa son los instrumentos que permiten que el problema llegue a plantearse. Estos elementos son previos a cualquier aparato destinados a pensarlos, son pensamientos sin pensador como dice Bion. Este pensamiento sin pensador es precisamente el inconsciente freudiano, condición de la neurosis y de la forma clásica de la transferencia.

Aquí nos adentramos ya en el terreno de la dirección de la cura. Para

Bion la experiencia emocional puede sufrir procesamientos diversos, a los que caracteriza como transformaciones –término que explícitamente debe ser entendido en sentido geométrico–, y que determinan la forma misma de la transferencia en la neurosis y en la psicosis. El establecimiento de la función alfa es condición de las transformaciones rígidas, es decir, acordes con la geometría euclídea, que son propias de la transferencia freudiana clásica. En estos casos las teorías clásicas del psicoanálisis dan cuenta del desarrollo de la cura. Estas teorías son inoperantes en el caso de la psicosis, donde las transformaciones responden a otro orden, a otra geometría, la proyectiva, en cuyo espacio se despliegan lo que luego describirá como las transformaciones en alucinosis.

La función alfa indica Bion tiene una estrecha relación con la verdad, la cual es indispensable para un desarrollo emocional adecuado. La verdad, dice, es independiente de un pensador, más aún es el pensador el que introduce la posibilidad misma de la mentira. Mentira y pensador son para él inseparables, el pensamiento verdadero no necesita de un pensador, es verdadero con o sin él. A quien conoce el pensamiento de Lacan necesariamente esta posición le despertará ecos de formulaciones de éste acerca del sujeto del inconsciente y de la estructura de ficción de la verdad. La incursión de Bion en esta temática surge precisamente en su esfuerzo por precisar los límites estructurales entre neurosis y psicosis y entra en contradicción con el innatismo kleiniano. Para un desarrollo innatista, prefijado, la verdad no es un criterio, sí para quien se enfrenta con la subjetividad, esa que introduce como condición primera el *proto-pseudos* freudiano, propio del sujeto en tanto que dividido. Pero la verdad también queda presa de la metáfora alimenticia, y se vuelve “alimento de la psique”, perdiéndose su articulación con la lógica y el significante. Vemos aquí un movimiento que se repite en esta obra, el acercamiento a puntos de articulación centrales, que significan un progreso en relación al punto de partida, y la posterior regresión teórica, al verse obligado a vertirlos dentro del estrecho marco teórico del kleinismo.

Para Bion, lo imposible de verificar, de constatar, en psicoanálisis debe equilibrarse con el concepto de verdad. Se percata claramente que allí donde hay sujeto, hay verdad, pero no deduce de ello su consecuencia central, esa que Lacan resumió al decir “la verdad tiene estructura de ficción” o en su famosa prosopopeya: “Yo, la Verdad, hablo”. <sup>7</sup>

*IV. La personalidad esquizofrénica y su espacio: las transformaciones en alucinosis.*

El psicoanálisis de la psicosis demuestra, a criterio de nuestro autor, una completa subversión de la organización del pensar tal como acaba de ser descripta. Nos enfrentamos entonces con un modo de funcionamiento psíquico no contemplado por la teoría freudiana clásica.

Siendo la esquizofrenia la forma por excelencia de la psicosis, no un cuadro clínico en el sentido más tradicional, ella es considerada como una “parte” de la personalidad, presente en todo sujeto como remanente de las etapas más tempranas de la evolución —su núcleo psicótico—, que coexiste con la “parte neurótica” de la personalidad. Tesis que se adecúa perfectamente al irónico comentario de Lacan “un neurótico es un psicótico que evolucionó bien”. Aún cuando ambas partes presentan lo que podemos denominar diferencias estructurales, Bion conserva la idea de que ellas son “componentes normales” del psiquismo.

Su teorización se funda básicamente en una clínica bajo transferencia, tomada esta última en su acepción kleiniana, clínica que demuestra que el tipo de transformaciones que se opera en la transferencia psicótica difiere de las transformaciones propias de la transferencia neurótica. Se pretende así dar una interpretación particular de la transferencia narcisista, propia de la psicosis según Freud, que sería en realidad una falta de transferencia, y colmar de este modo lo que estaría ausente dentro de la teoría freudiana. Tan sólo el desarrollo kleiniano de la identificación proyectiva, el splitting y la relación de objeto permite acceder a esta peculiar transferencia a juicio de Bion.

Para comprender estas transformaciones de la transferencia psicótica es necesario partir de la elección inicial del psicótico, debiendo entenderse el término elección en el mismo sentido en que lo usa Freud cuando se refiere a la elección de neurosis. Su elección inicial es evadir la frustración. El primer resultado de esta elección es que la no-cosa, el no-pecho se transforma en un pecho malo presente. Esta presencia no es una concepción, un elemento alfa, sino una presencia que obtura, que satura la falta, la ausencia. Esta forma particular de presencia será denominada, tomando prestado el término a Kant, la cosa en sí misma, el noumeno, lo incognoscible. El mundo de la psicosis es un mundo poblado por ese imposible que son las cosas en sí mismas, imposibles de conocer, por ende reales diríamos nosotros, que es el noumeno kantiano; el mundo de la neurosis, en cambio, es el mundo más banal de los fenómenos...

Podemos decir entonces que lo forcluido de lo simbólico —la ausencia del

objeto— retorna desde lo real como la cosa en sí misma, a la que Bion le da el nombre de elementos beta, elementos que se forman en el lugar mismo donde deberían formarse los elementos alfa propios del funcionamiento neurótico. La frustración implica entonces que, cuando no puede ser resuelta, se produzca una perturbación en la génesis del símbolo, por ende, un agujero en lo simbólico —la falta de elementos alfa— consecuencia del fracaso en la elaboración de esa experiencia emocional que es la no-cosa. El aparato psicótico se caracteriza precisamente porque este agujero en lo simbólico se ve rellenado por un retorno desde lo real que es el elemento beta, elemento fundamental de la alucinación.

Estas cosas en sí mismas, elementos no digeridos, fracaso de la función continente-contenido —la que estalla en forma atípica fragmentada por el splitting patológico—, conforman pues ese elemento beta, forma degradada del símbolo que caracteriza a la psicosis.

Esta opción del psicótico implica el fracaso del principio de realidad, y el triunfo del principio de placer-dolor, *pleasure-pain principle*. Bion modifica en este punto la traducción inglesa de Strachey de *Los dos principios del suceder psíquico*<sup>8</sup>, quien lo traduce como *pleasure-displeasure principle*, principio del placer-displacer. El artículo citado de Freud es la apoyatura central de Bion en la obra freudiana para su desarrollo sobre el símbolo y el pensar. Esta modificación corresponde a la gran importancia que adquiere el concepto de dolor psíquico, concepto cuya fuente es doble:

1. Se refiere por una parte al dolor vinculado con el trabajo de duelo, dolor que es asociado a la frustración, definida ahora como capacidad de soportar el dolor de la no-cosa;

2. por otra, responde a la necesidad de reintroducir el más allá del principio del placer, la dimensión que corresponde a lo que Freud bautizó como ma-soquismo primario, al que Klein rechaza a favor del predominio del sadismo primario.

Esta dimensión del placer-dolor, que la clínica de la psicosis le impone a Bion, dimensión que escapa al símbolo, o sea al significante, muestra hasta qué punto la problemática del goce es insoslayable en este campo. Lo real del goce aparece a través del dolor como límite, como imposible de soportar. Hacerlo soportable, “digerible” mediante el símbolo es una de las tareas centrales —al menos es lo que Bion ambiciona— en el psicoanálisis de la psicosis.

Resume esta dimensión señalando que la realidad que se establece cuando rige este principio de placer-dolor es lo que denomina *sensuos-reality*, término que en inglés condensa sensual y sensorial, produciéndose una alteración de los

órganos de los sentidos, lo que bien puede llamarse un sensorio-sensualizado, que reemplaza la función al servicio de la conciencia, del *awareness*, que estos tienen habitualmente.

Puntuemos qué caracteriza, en suma, a esta personalidad esquizofrénica.

1. Una perturbación fundamental de la función simbólica que condiciona el fracaso del pensamiento verbal y del aprendizaje por la experiencia.

2. El articulador central de dicho fracaso es la no elaboración de la posición depresiva, es decir, la intolerancia al dolor y a la frustración que ésta entraña.

3. La causa del fracaso reside en: a) primacía del sadismo, b) odio a la realidad interna y externa originado en la intolerancia al dolor psíquico, c) fracaso de la capacidad de reverie de la madre. El conjunto de estos elementos determina la destrucción de la incipiente capacidad simbólica, produciéndose una regresión a la posición esquito-paranoide, en la que los mecanismos de identificación proyectiva y disociación actúan de modo particularmente violento y con una especificidad que los diferencia de sus equivalentes neuróticos.

4. Como consecuencia de todo lo anterior, la división consciente-inconsciente no se establece, al no producirse la barrera de contacto que los separa, por el fracaso de la función alfa. Su resultado es la muerte de la personalidad, pues la existencia de la misma depende de dicha diferenciación. La capacidad de recordar, de soñar y la función de la conciencia no se desarrollan.

El establecimiento de la *sensous reality* conlleva una alteración particular de la conciencia. Bion evoca la definición de la misma presente en *Los dos principios...*, según la cual la conciencia es el órgano destinado a la percepción de las cualidades psíquicas. Las cualidades psíquicas por excelencia son placer y dolor, producidos en una primera época como "datos sensoriales del self". La erotización de esos datos obedeciendo al principio del placer-dolor produce un tipo de información que reemplaza al significado y a la verdad por las sensaciones mismas y su cuota de placer-dolor. La conciencia fracasa entonces en su función, siendo incapaz de discriminar entre las sensaciones, sustituyéndose una particular hipersensibilidad al contacto con la realidad. El sujeto psicótico, por lo tanto, no tiene contacto ni consigo mismo ni con la realidad, se conecta cual si fuese un robot.

Es también incapaz, por ende, de enfrentar sus "estados mentales", sus "experiencias emocionales"; por ejemplo, experimenta el dolor, pero no puede soportarlo "*They can feel it but not endure it*". Falla pues la posibilidad de significar las sensaciones, su procesamiento psíquico, generándose un uso anor-

mal de los órganos perceptivos y de su significación.

5. El aparato destinado a captar la realidad es el objeto privilegiado de los ataques de la identificación proyectiva y el splitting, los que operan fragmentaciones que no se llevan a cabo de acuerdo con las líneas "naturales" del objeto. De este modo se aglomeran —no se condensan o reúnen— un trozo de oreja con una boca, por ejemplo. Se forman los célebres objetos bizarros, aglomerado de una parte del yo, del superyó y de elementos beta. Bion señala que habría que describirlos con el término *withoutness*, objetos exteriores sin interior, aproximación a lo que el término éxtimo de Lacan caracteriza claramente en lo tocante al objeto *a*. El concepto mismo de "líneas naturales" del objeto es más que dudoso. Obviamente, para Bion, la estética trascendental kantiana sigue siendo el espacio normal del psiquismo, de modo tal que todo lo que insinúa un espacio no euclídeo, como el topológico por ejemplo, le parece corresponder a lo psicótico. Punto de referencia que limita su consideración de la clínica, pues todo lo real de lo simbólico, todo lo que escapa al marco del espacio euclídeo, se convierte en sinónimo de psicosis.

La aglomeración de estos objetos constituye la pantalla beta, que sustituye a la articulación de elementos alfa en la barrera de contacto, cuyo funcionamiento particular será el fundamento de la intensidad de la reacción afectiva del analista ante el psicótico. Este procedimiento de aglomeración se acerca a lo que Lacan denominó procedimientos de remiendo en la psicosis.

6. Tiempo y espacio se ven irremediablemente alterados por estos procesos.

El espacio tridimensional estalla en un vasto espacio sin límites, infinito, que escapa a toda representación, al uso de las coordenadas. El tiempo se achata, se reduce a lo que describe como "la fina membrana de un momento", sin duración, sin pasado ni futuro.

No creo necesario insistir que nuevamente nos hallamos ante los límites de la estética trascendental, que sólo puede reconocer como válido el espacio tridimensional de nuestro sentidos.

7. Los acontecimientos mentales, in-sensibles para Bion, en el sentido de imposibles de aprehender a través de los sentidos, son transformados en sensaciones vacías de significado, o sea, elementos beta.

8. Se produce un vaciamiento de la dimensión de significación y un incremento de la dimensión del sensorio-sensualizado que tiende a reemplazarla, dominio donde sólo existen el placer y el dolor, infligidos o padecidos. La única significación que llega a estabilizarse, cuando hay delirio, es la que surge del significado privado transmitido al paciente por su deidad.

La parte psicótica teme el vaciamiento de significado y teme a la vez su presencia. La desaparición del significado equivale a la desaparición del pecho, su fuente fundamental; su presencia lo obliga a enfrentarse con la posición depresiva.

9. Prima, en lugar de la verdad, un enfoque moral, causado por un superyó sádico y asesino, despótico, que sustituye la omnisciencia a la verdad.

10. Todos estos elementos culminan en las transformaciones en alucinosis, propias de la transferencia psicótica. Estas implican una desaparición de las reglas, de las dimensiones y de los vértices que normalmente regulan las transformaciones geométricas. Podemos describirlas así:

I. Su instrumento es la evacuación, que debe ser entendida en su sentido más concreto, muscular. Para el paciente su mente es un órgano expulsivo. El resultado es el predominio del acting-out. Los órganos de los sentidos pierden su función y son usados de manera doble: para recibir y para evacuar.

II. Son una dimensión de la experiencia analítica gracias a la cual las cosas son aprehensibles mediante los sentidos.

III. La alucinación es un fracaso en ser, correlativo de la muerte de la personalidad. No es un error de representación, ni siquiera una representación, no aportan significado, sino placer y/o dolor.

IV. El paciente considera que le aportará una independencia superior a lo simbólico mismo.

V. Sus reglas clínicas son: a) si un objeto está arriba dicta la acción, es superior, auto-suficiente e independiente; b) superior-inferior es la única relación entre dos objetos; c) recibir es mejor que dar.

Estas últimas reglas coinciden, efectivamente, con lo que Lacan sintetizó como regresión tópica al estadio del espejo.

Pasaré ahora a examinar cómo todas estas proposiciones se traducen en la dirección de la cura concretamente propuesta por Bion.

#### *V. La dirección de la cura en la esquizofrenia*

Tomaré como punto de partida una sesión que Bion relata en su artículo *Sobre la alucinación*.<sup>9</sup> Se trata de un paciente diagnosticado psiquiátricamente como esquizofrénico. Bion rara vez da detalles biográficos acerca de los casos, siendo su objetivo realizar una suerte de trabajo analítico “puro”, independiente de cualquier otro tipo de consideraciones, en el que la experiencia emocional del “aquí y ahora” de la sesión es el eje fundamental, ateniéndose así a una for-

ma extrema de la tradición kleininana. Evidentemente, como ya se señaló, ésta es una clínica por excelencia bajo transferencia, transferencia caracterizada por su particular estilo interpretativo, que se adecúa a la definición del análisis como una experiencia emocional aquí y ahora con el analista como objeto.

Bion toma una serie de tres sesiones, serie a partir de la cual muestra la evolución del paciente. Cabe recordar que cada sesión para el kleinismo representa una unidad particular, una mónada, cuya ilación con las sesiones precedentes y subsiguientes se establece posteriormente. Tomaré, resumiéndola, una de esas sesiones, la segunda.

Paciente: (habla sin entonación) "No sé cuánto seré capaz de hacer hoy. De hecho anduve bastante bien ayer."

Bion comenta: "Sentí en este punto que su atención se dispersaba y que comenzaba a balbucear. Esta apertura era para mí un preludio familiar de una mala sesión."

Paciente: "Definitivamente estoy ansioso. Ligeramente. Supongo que eso no tiene importancia. (Se vuelve más incoherente) Pedí un poco más de café. Ella parecía alterada. Quizás fue mi voz, pero decididamente era un buen café. No sé por qué no me gustaría. Cuando pasé por la pradera me pareció que las paredes se inflaban hacia afuera. Volví después, pero todo estaba bien."

Bion comenta: "El sujeto dijo más cosas, que no logró reconstruir. La referencia al café y a la pradera remitían a asociaciones conocidas por ambos, paciente y analista; desconocía en cambio el valor asociativo del material subsiguiente."

Interpretación: "Le mostré 'cuánto' podía hacer, pero sin tomar en consideración la cualidad."

Paciente: "Responde que puso el gramófono en su asiento".

Según Bion, indicaba de este modo que su interpretación combinaba las características de una defecación más una grabación. Agrega que sentía haber agotado su provisión de explicaciones, y que el paciente parecía haber vuelto a un punto en el que demostraba que todo enfoque analítico del problema era inútil. Se pregunta pues qué pasó y se lo señala al paciente.

Interpretación: "Está teniendo una mala sesión, lo cual debería tener alguna razón."

Bion comenta que lo único que no se le ocurrió fue que el paciente hubiese podido tener un sueño, desarrollo reciente en el análisis. Indica que no puede precisar qué le sugirió que el paciente estaba alucinado. Piensa que quizás fue que el manejo de la sesión del paciente le hacía pensar que él no era un objeto independiente, sino que lo trataba cual si fuese una alucinación. El comentario del paciente acerca del gramófono indicaba que éste le negaba a su analista vida y existencia independientes, que trataba sus interpretaciones cual

si fuesen alucinaciones auditivas.

Interpretación: "Parecía estar reactivando un estado mental que le era necesario preservar como un objeto bueno. Nuevamente veía objetos que le pasaban por encima de la cabeza y que le recordaban otras oportunidades."

Paciente: "Me siento muy vacío. Mejor cerrar los ojos. (Permanece en silencio y ansioso.) Tengo que usar mis oídos. Parece que escucho todo mal."

Interpretación: "Siente que sus oídos están masticando y destrozando todo lo que le digo. Está tan ansioso por desembarazarse de eso que lo expulsa en pedazos a través de sus ojos. Pero ahora usa sus ojos por la razón opuesta, para arrojar, lo más lejos posible, los trocitos de la interpretación rota."

Paciente: "Estoy en *fading*."

Interpretación: "Le sugerí que me temía porque sentía que me estaba destruyendo, a mí y a mis interpretaciones, y que temía entonces no tener suficientes interpretaciones como para curarse."

Paciente: "Dice que vió un cuadro en D. Había en él un pene. Se queja de que arruinó el cuadro haciéndolo lindo, en lugar de feo." "Todos los objetos se transforman en cosas a mi alrededor."

Interpretación: "Le interpreté nuevamente que transformaba otra vez mis interpretaciones en sonidos que evacuaba por sus ojos, de manera tal que los veía ahora como objetos que lo rodeaban."

Paciente: "Entonces todo lo que me rodea está hecho por mí. Esto es una megalomanía. Me gustó mucho su interpretación."

El paciente comienza luego a asociar frases incoherentes, referencias poco comprensibles, y material comprensible en la medida en que ya había aparecido antes. Descubre Bion en estas asociaciones un *pattern* del siguiente tipo: asociación, asociación, un poco ansioso, asociación, ligeramente deprimido, asociación, algo ansioso...

Interpretación: "Le dije que no sabía por qué toda su intuición analítica y su comprensión habían desaparecido."

Paciente: "Sí (con tono commiserativo)." Este sí expresaba, según Bion "su intuición también debe haber desaparecido."

He conservado en lo esencial las intervenciones de Bion y su paciente, resumiendo sobre todo los comentarios y asociaciones intercalados por Bion. Es interesante observar hasta qué punto el "pensar" del analista ocupa el primer plano, y sus intervenciones parecen apoyarse fundamentalmente en ese "pensar", casi independientemente de las asociaciones del paciente. La escasa preocupación por lo que Lacan denominaba la envoltura formal del síntoma es evidente. La preocupación se centra, como lo muestra el *pattern* que se dibuja para Bion en la expresión de las emociones: deprimido, ansioso, etc. El analista constantemente trata de deducir qué piensa el paciente, y aquí la actividad interpretativa como traducción de "estados emocionales" es obvia. Hay, empero,

un código de traducción, la traducción no es azarosa, este código responde a la teoría que esbozamos antes y se funda en una conceptualización particular de la cura analítica.

La experiencia emocional, núcleo de lo que ocurre en la cura como ya dijimos, se reproduce como tal en las sesiones en la relación con el analista. Esta experiencia emocional actual es a la vez evidente e incognoscible, es la cosa en sí misma, el noúmeno kantiano. Psicoanalizar es precisamente transformar esa experiencia emocional actual en una interpretación. La función de la interpretación es precisamente lograr el *awareness*, término cuya traducción más aceptable sería el percibirse de, el *awareness* del estado emocional existente. Percatarse de la experiencia emocional conlleva un aumento de la capacidad de pensar, capacidad que se opone a la disociación, que es sinónimo de una integración no tanática de dos objetos, que equivale a una función sintética. El psicoanálisis es pues aprendizaje de la experiencia emocional cuyo desenlace exitoso culmina con el incremento de la capacidad de pensar y comprender. No insistiremos en este punto general, remitiendo al lector a las críticas de Lacan en *Variantes de la cura-tipo* y en *Dirección de la cura*<sup>10</sup>.

En lo que se refiere a la esquizofrenia, el objetivo general de la cura sigue siendo el mismo. La diferencia radica en las características propias de la “personalidad esquizofrénica” que determina la organización de la transferencia bajo el imperio de las transformaciones en alucinosis. El paciente recurre a ellas precisamente porque su capacidad de pensar está destruida y también su conciencia, su capacidad de *awareness*. Esta destrucción implica además que la fórmula clásica del psicoanálisis “hacer consciente lo inconsciente” no sea válida en estos casos, pues la misma se ve doblemente anulada: al faltar los elementos alfa y no configurarse la barrera de contacto no hay represión primaria, o sea no hay inconsciente y la conciencia como órgano percepto de la cualidad psíquica está destruido. Por esta razón el objetivo principal del psicoanálisis de la esquizofrenia es “reparar” el aparato psíquico del psicótico.

“Reparar la función simbólica”, podemos definir de este modo el objetivo propio del psicoanálisis de la esquizofrenia según Bion. En un sentido amplio, podría decirse que éste coincide con Lacan, ya que ambos señalan la inexistencia de la represión primaria, la presencia de un déficit en el orden simbólico, aunque este déficit sea conceptualizado de modo absolutamente diferente. La falta de un significante, su exclusión, que la formulación teoriza, que determina un agujero en lo simbólico implica una conceptualización del lenguaje radicalmente distinta. Para Bion el lenguaje sigue siendo un instrumento que debe aprenderse, que sólo expresa y/o traduce la experiencia emocional, sustancia primera. El sujeto preexiste al lenguaje, éste lo aprehende en lugar de ser apre-

sado por la estructura misma del lenguaje y ser así su producto. La consecuencia lógica de esta conclusión es que la psicosis es un déficit del aprendizaje del símbolo, cuyo efecto es que el sujeto queda profundamente perturbado en su constitución —Bion percibe esto claramente—. La causa del déficit radica en la falla en la elaboración de una ausencia en la realidad, la no-cosa, cuyo motor es la intolerancia, la evasión de la frustración. Lo que no se aprendió quizá pueda aprenderse, la frustración intolerable quizá pueda volverse tolerable; ésta es la base del optimismo terapéutico de Bion.

La perturbación que este déficit acarrea a nivel del sujeto es lo que él llama “la muerte de la personalidad”. Formulación que nuevamente parece coincidir con la conceptualización de Lacan acerca de la “muerte del sujeto” en la psicosis. Pero debemos tener presente que entre personalidad y sujeto media un abismo teórico, abismo que indica la forma diferente de conceptualizar un elemento presente en la clínica de la psicosis: la imposibilidad en que se encuentra el sujeto de llegar a significarse gracias a un significante.

Los conceptos iniciales son decisivos en este punto en las orientaciones diferentes de la dirección de la cura en la psicosis, aun cuando no podemos dejar de apreciar la agudeza de la observación clínica de nuestro autor.

El desafío para Bion es cómo lograr ese aprendizaje, cómo normalizar el aprendizaje desviado del símbolo, cómo corregir un error de crecimiento. Su respuesta la tenemos tanto teórica como prácticamente.

El analista debe ocupar para él el lugar de la parte no-psicótica de la personalidad, es decir, el lugar de la conciencia y su función. A él le toca percibirse de la experiencia emocional presente en la sesión y transmitírsela luego al paciente, más aún le toca procesarla, “digerirla” en lugar del paciente. Al analista le toca aquí funcionar del lado del pensar, del lado de la contratransferencia, pues la pantalla beta del psicótico induce fuertes reacciones emocionales en el analista, siendo la expulsión una de sus características fundamentales. Todo lo que siente el analista, y en esto se fundan los largos comentarios de Bion, intercalados entre las asociaciones del paciente y sus interpretaciones, es producto de la operación de esa pantalla, y por eso el analista funciona como un receptor sensible de las evacuaciones del paciente, receptor que contiene gracias a su capacidad de reverie lo intolerable para el paciente. El analista es conciencia, es continente y el paciente causa su decir interpretativo y sus asociaciones. Podríamos decir que aquí el analista funciona como el \$, el que tiene la barrera de contacto que le permite diferenciar consciente e inconsciente, y que el paciente es el objeto  $\alpha$ , que causa su división,  $\$ \leftarrow \alpha$ . Esta forma de escribir la línea superior del discurso analítico, indica la inversión de su dirección, in-

versión que nos explica la locuacidad del analista y su actividad que se asemeja a la de la asociación libre.

¿Acaso la propuesta de Bion se reduce a esta compensación de la parte sana por el analista? Por cierto que no. El objetivo de la ubicación en esta posición es llevar progresivamente al paciente a la posición depresiva, a partir de la cual sería capaz de elaborar la frustración y desarrollar el uso del símbolo. Para que esto ocurra, el analista debe colocarse en el lugar del objeto, el pecho, debe llegar a permitir la emergencia del no-pecho, de la no-cosa, debe corregir la experiencia inicial desde el lugar del pecho. Elaborar la posición depresiva es precisamente renunciar a la realidad sensorial-sensual, al principio de placer-dolor.

A través de esta renuncia a la realidad sensorial-sensual, al principio de placer-dolor, se esboza el problema del goce y de la renuncia a él. La renuncia al goce marca el vuelco posible de la posición del esquizofrénico, pues esa renuncia conlleva para Bion el surgimiento de la no-cosa, de lo que Lacan llama la causa del deseo, el objeto como fundamentalmente perdido. El esquizofrénico está inmerso en el goce, goce que se sitúa en su cuerpo, y fundamentalmente para Bion, en los órganos de los sentidos. Su carácter de intrusión del goce del Otro aparece claramente cuando señala que el mismo sólo puede ser padecido o infligido.

Freud ya había señalado este punto cuando planteó al autoerotismo como punto de fijación de la esquizofrenia, autoerotismo que implica un cuerpo no unificado, una ausencia del sujeto, y cuya ganancia de placer, *Lustgewinn*, es la base de esa sensualidad-sensorial, a la que Lacan le dará su justo lugar a través del concepto del objeto *a* como plus de gozar.

Goce del órgano, nos enseña Freud, goce que el semblante fálico a través de la castración domestica. En ausencia de castración —a la que siguiendo a Lacan podemos definir como pérdida del goce— hay ausencia de ese órgano, el falo, que da sentido y función a los órganos del cuerpo. Cuando falta ese órgano significante que es el falo la función de los órganos del cuerpo no se estructura. Bion llega a este punto, y lo centra en los órganos sensoriales, a ellos apunta con sus interpretaciones destinadas a “reparar”, como, por ejemplo, cuando le dice al paciente que transforma sus interpretaciones en sonidos que evacua-ba por los ojos, produciéndose así la alucinación. Intenta de este modo incluir al esquizofrénico en un discurso, intenta operar una pérdida de goce en ese sen-sorio invadido por el goce mismo. Su constante interpretación apunta a dar cabida en un discurso a este exiliado de todo discurso. En suma, intenta cons-truir una metáfora delirante a partir de la significación del pecho como signifi-

cación fundamental. En este punto, no puede dejar de señalarse la agudeza de la respuesta del paciente quien le responde: "Entonces todo lo que me rodea está hecho por mí. Esto es una megalomanía. Me gustó mucho su interpretación." Esta respuesta, que es una suerte de comentario irónico del delirio teórico del analista, muestra que el dicho esquizofrénico capta que se lo lleva hacia la paranoia, o sea hacia la megalomanía. Sin saberlo, Bion opera como para crear una erotomanía de transferencia, trata de hacer un paranoico del esquizofrénico, aunque crea llevarlo hacia la posición depresiva. La búsqueda de síntesis, culmina, en el mejor de los casos, en la unificación narcisista propia de la megalomanía paranoide. La utopía bioniana es reducir la atopia del esquizofrénico respecto a todo discurso, inventar un discurso en el que éste quepa. Recorremos lo que dice Lacan en *El Atolondradicho*<sup>11</sup> "...así del discurso analítico un órgano se hace el significante. Aquel del que puede decirse que se aísle de la realidad corporal como carnada por funcionar allí (la función se la delega un discurso)...", y agrega, más adelante, "...de ese real: que *no hay relación sexual*, y ello debido al hecho de que un animal tiene stábitat que es el lenguaje, que elabitarlo es asimismo lo que para su cuerpo hace de órgano; órgano que por así ex-sistirle, lo determina con su función, y ello antes de que la encuentre. Por eso incluso se ve reducido a encontrar que su cuerpo no deja de tener otros órganos, y que la función de cada uno se le vuelve problema; con lo que el dicho esquizofrénico se especifica por quedar atrapado sin el auxilio de ningún discurso establecido."

Bion intenta precisamente inventar un discurso para esos órganos que han perdido su función, o mejor dicho, que nunca la han adquirido, a causa del déficit de la función fálica. Alternativamente, se propone funcionar, y funciona, como sujeto supuesto al saber encarnado, de modo que parecería que el automatismo mental está de su lado, y como objeto que opera la división del sujeto vía la pérdida de goce. El pecho como significante es el punto a partir del cual trata de elaborar una metáfora delirante que estabilice al esquizofrénico. Sabe también, que debe introducir la falta de algún modo; por eso su descripción de la pantalla beta como aglomeración de elementos apunta a esa falla en el intervalo significante que Lacan caracterizó como holofrase, particular fusión de S1 y S2; apunta a crear una discriminación, a construir el intervalo.

El punto de pesimismo de Bion surge a partir de la evaluación de lo que considera montante constitucional de Tánatos, punto que define el pronóstico. Confunde así la regresión tópica al estadio del espejo con el resorte de la estructura, volviendo a repetirse el movimiento por el cual allí donde se carece de una teoría del significante, la única solución es el recurso al innatismo.

Para finalizar diría que la cita de Lacan que inicia esta exposición se revela en toda su justeza, por no “entrever la categoría del significante” más que en su versión degradada y psicogenética como símbolo, la teoría kleininana no puede encontrar su salida... La obra de Bion lo prueba exhaustivamente. Excelente observador clínico, su descripción de esa forma particular de la subjetividad que es la esquizofrenia es a menudo certera. Sin embargo, su fidelidad al kleinismo funciona como un tope que le impide deducir las conclusiones correctas, tope que se refleja en su práctica, y que esteriliza sus propios desarrollos.

<sup>1</sup> Jacques Lacan, *La dirección de la cura y los principios de su poder*, en Escritos I, Siglo XXI, Mexico, 1975, pág. 268.

<sup>2</sup> Jacques Lacan, *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, en Escritos II, Siglo XXI, Mexico, 1975, pág. 283.

<sup>3</sup> Jacques-Alain Miller, *Complements topologiques d'une question préliminaire*. Actes de L'École Freudienne de París, París, 1979.

<sup>4</sup> Jacques Lacan, *Subversión del sujeto y dialéctica del deseo*, en Escritos I. op. cit., pág. 316.

<sup>5</sup> Wilfred Bion, *Aprendiendo de la Experiencia*, Editorial Paidós, Bs. As., 1966.

Quiero aclarar que salvo excepciones me apoyo en forma global en la obra de Bion. En castellano pueden obtenerse, además del libro ya citado:  
*Atención e interpretación*, Editorial Paidós.

*Seminarios de Psicoanálisis*, Editorial Paidós.

*Volviendo a pensar*, Editorial Hormé.

*Elementos de psicoanálisis*, Editorial Hormé.

<sup>6</sup> Jacques Lacan, *De la psychanalyse dans ses rapports avec la réalité*, Scilicet N° 1, Ed. du Seuil, París, 1968.

<sup>7</sup> Jacques Lacan, *La cosa freudiana*, Escritos I, op. cit. pág. 152.

<sup>8</sup> Sigmund Freud, *Formulations on the two Principles of Mental Functioning*, Complete Works, Volume XII, The Hogarth Press, London, 1975.

<sup>9</sup> Wilfred Bion, “On hallucination”, en *Second Thoughts*, Heinemann, Londres, 1963.

<sup>10</sup> Jacques Lacan, op. cit. (1) y *Variantes de la Cura-tipo*, Escritos II, Op. cit.

<sup>11</sup> Jacques Lacan, *El Atolondradicho*, en Escansión N° 1, Ed. Paidós, Bs. As. 1984, pág. 45.

## UNA PASION DE TRANSFERENCIA, MARION MILNER Y EL CASO DE SUSANA

*Colette Soler*

*Por poco que flaquee el acto, es el analista  
quien se convierte en el verdadero psicoana-  
lizado.*

Jacques Lacan  
*Razón de un fracaso*<sup>1</sup>

¿El psicoanálisis cura la esquizofrenia? Durante una época, después de Freud, que había dicho no, y antes de Lacan que no dijo sí, esta pregunta dividió al movimiento analítico. Data de esa época la cura que Marion Milner nos presenta en *Las manos de Dios viviente* (Gallimard; título original: *The Hands of the Living God*) publicado en 1969.

¡Veinte años de análisis de una esquizofrénica! Al comenzar la paciente tiene veintitrés años y tendrá más de cuarenta cuando su llamada esquizofrenia se considere curada. Porque “parecía la Venus de Boticelli saliendo de las olas”, gracias a una pareja de ingleses, el Sr. y la Sra. X, Susana fue retirada del hospital psiquiátrico y conducida hasta Marion Milner. El Sr. X “se interesaba en los problemas de la salud mental” y la Sra. X, que visitaba el hospital, se vio tan impresionada por la belleza de esta joven que decidieron darle un hogar acogiéndola en el de ellos, y pagarle un análisis. El tratamiento comienza el 17 de noviembre de 1943.

“Vi, dice Marion Milner, a una chica alta y esbelta que tenía un andar como la Garbo en La Reina Cristina y un rostro de Madonna remotamente reservado [p. 32]”. Desgraciadamente los hospitales psiquiátricos no tratan

con miramientos al misterio femenino. Acaba de ser electroshocada y dice: "He perdido mi alma". He aquí el enigma.

Para nosotros este libro es un precioso documento que concierne a la cuestión siempre viva del diagnóstico y del tratamiento de la psicosis mediante el psicoanálisis.

La fecha de esta cura, 1943, y su duración la sitúan en la historia del psicoanálisis. Es contemporánea del gran debate que opuso a los kleinianos y a la *ego psychology* respecto de la cuestión del psicoanálisis posible o imposible de la esquizofrenia.

En 1943, Marion Milner, formada en la doble influencia de Melanie Klein y de Winnicott, justo acaba de ser admitida como miembro de la *British Psychoanalytical Society*. Tres años más tarde, en 1946, aparece el artículo de Melanie Klein que será la piedra angular de la aproximación kleiniana a las psicosis, "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides", justo un año antes de que Rosenfeld publicara el caso Mildred, considerado por él como el primer caso de esquizofrenia curado mediante el psicoanálisis. El fin del tratamiento se sitúa después de los años '60. Marion Milner habría podido entonces leer, en 1956, el texto de Lacan: "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis". Evidentemente, eso no ocurrió y, sin preliminares, tres años después de la publicación de los *Escritos*, establece una doble tesis: ¿curación de la esquizofrenia? Sí —coincide aquí con la tesis kleiniana de la presencia y eficacia de la transferencia en la psicosis—. ¿Mediante el psicoanálisis? No del todo, pues según cree, en contra de la tesis kleiniana, la curación exigía una modificación de la técnica bajo la forma precisa de un renunciamiento a las "interpretaciones de la transferencia". Le pediré justificación de esta doble tesis.

Es cierto que es tomar el libro cuesta arriba, pues no se trata de un estudio, sino más bien de una reseña muy conmovedora en la que se inscribe el interés apasionado que puso Marion Milner en esta paciente. Quien, por otra parte, con insistencia y amor propio se defiende de toda pretensión doctrinaria, en beneficio del testimonio de su experiencia. Esto no le impide, evidentemente, teorizar llegado el caso como M. Jourdain, pero de hecho no se puede permanecer insensible al tono de autenticidad que marca este trabajo. Winnicott lo señala en el prólogo: "Suena a cierto". Agrego que suena a cierto en cuanto a la autora. Marion Milner, en un esfuerzo de reciprocidad, para "equilibrar" según dice, la presentación de su paciente, quiere testimoniar sobre la analista misma. Sin duda es una apuesta, pero

efectivamente el acento del texto recae en el vínculo de esta analista con esta paciente. El comienzo de la cura corresponde además a los comienzos de la analista y su duración es coextensiva con lo que ella misma presenta como su educación de psicoanalista.

Sin embargo hay más, y aún más esencial: Susana encarna la pregunta de Marion Milner. Ella misma nos lo anuncia, dando así la clave de su obstinación. Alguien se entusiasmará con esta honestidad que le permite finalmente encontrar un consultorio “a puertas abiertas”, algún otro quizás sospeche ingenuidad, pero todos se percatarán, sentimientos aparte, que la ausencia de máscara no resta opacidad a la cuestión del diagnóstico pues no tenemos un caso, sino dos.

Otro obstáculo: el descubrimiento de Freud, bajo la pluma de Marion Milner, se transforma en hermenéutica... de lo indecible. Desde el prefacio, el lector formado por la enseñanza de Lacan en la disciplina freudiana, corre el riesgo de desanimarse. De entrada (p. 14-15), el inconsciente se define simultáneamente como pensamiento prelógico, no discursivo, no verbal y como una voluntad arcaica. Así, la “razón” freudiana se encuentra degradada al viejo inconsciente de siempre, desván de lo no-consciente. En la presentación del caso, resulta evidente que la preocupación por la “envoltura formal” del síntoma es casi nula, mientras que es patente la negligencia hacia el trabajo del inconsciente en beneficio de la intuición de significación y el interés por los “estados de conciencia”. La “autobobservación” de los “estados internos” es una preocupación de siempre en Marion Milner. Precedió a su análisis y manifiestamente lo ha sobrevivido. Publicó primero un diario y luego un libro: *Una vida propia* (título original: *A Life of One's Own*).

Con el correr del tiempo, varió sus técnicas: observación, dibujos automáticos, escritura libre, método Zen, pero siempre bajo el signo de la introspección cara al psicólogo. La asociación libre, cuya finalidad freudiana es precisamente terminar con la aproximación introspectiva de sí mismo, permanece aquí subordinada a ésta. De donde surge una pregunta: ¿un tratamiento emprendido bajo tales auspicios compete aún al psicoanálisis mermando la relectura? Sí, si ilustra el hecho, enunciado por Lacan, de que una práctica no necesita ser esclarecida para operar. Es éste el caso. Dando crédito a que opera —al menos parcialmente— trataré de despejar su estructura. Por supuesto, que no sin riesgo de error, pues la relectura no podría franquear los límites de la reseña, llegando a nuestro alcance sólo lo que se

dice en lo que Marion Milner escucha suficientemente como para fijar su huella.

### *Conceptualizar lo indecible*

En primer lugar, el caso Marion.

En lo que concierne a la entrada de Marion Milner en la cura, podemos seguirla en lo primero que ella nota, y que se confirmará a lo largo de todo el libro. Hay dos observaciones. Una, al comienzo del primer capítulo, evoca a la paciente como imagen: es la Garbo en *La Reina Cristina*, con un rostro de Madonna remotamente reservado. Traduzco: el misterio femenino. La otra abre el prefacio. Son dos frases que plantean la queja de la paciente: "He perdido mi alma" y "caí en la realidad". Instantáneamente Marion Milner encuentra a su doble. Insiste en el efecto producido por estas palabras que resuenan, dice, con sus preocupaciones esenciales en ese momento: "la naturaleza de la percepción interna" y el problema correlativo "de saber cómo el mundo llega a ser sentido como real, separado y "ahí-afuera". Señala "cuando mi paciente llegó [...] para decirme que había 'caído de cabeza en la realidad'", que después de haber sufrido los electroshocks había perdido a la vez su sentido de la realidad del mundo y de sí misma en el mundo, fui toda oídos (p. 23-24)".

De ahora en adelante, Susana es su sujeto supuesto al saber. "Comprendí que esta mujer sabía mucho sobre eso". Desde entonces toma notas todos los días para evitar, precisa, que ese saber se pierda. La gestión del Sr. X no habrá sido vana. Efectivamente, fue él y no Susana quien tomó la iniciativa de este análisis, solicitándolo a título de "análisis de investigación". El Otro no será parco, esta Madonna, contrariamente a aquella que Dora contemplaba como esfigie, va a hablar durante veinte años. De estos quedarán más de cuatro mil dibujos, este grueso libro de quinientas páginas y... el alma, creemos, será recobrada.

Mientras tanto, en la entrada de esta cura hay una inversión de la transferencia que podemos situar mediante la escritura del discurso analítico.

El saber supuesto a Susana, — , hace de ella el objeto,  $\frac{a \rightarrow}{S_2}$ , que causa el enorme trabajo de la analista, trabajo de script, de lectura, de reflexión y, esencialmente, trabajo de palabra en la cura. Por inversión, Marion Mil-

ner se aboca a la tarea analizante a título de sujeto dividido, §. Esto, como lo veremos, tendrá efecto sobre el comienzo del tratamiento, haciendo falta cuatro años para que la analista acceda a su verdadero lugar en la transferencia.

Sin embargo, semejante inversión en la entrada de esta cura tiene su incidencia en la cuestión del diagnóstico. Porque esta inversión de la transferencia es casi natural en la transferencia delirante, en tanto que es esencialmente erotomaníaca. Esto es lo que Freud daba a luz desde las premisas del caso Schreber, ciertamente bajo la cobertura de homosexualidad. De hecho, esta ubicación de la paciente, tal como Marion Milner la evoca, a <sub>S<sub>2</sub></sub>, es la misma que Schreber nos describe como la suya en su relación

con Dios. El es el Saber de este Dios, bajo formas diversas pero muy claramente precisadas en su texto, y es también su objeto, objeto de goce y de desecho a la vez. El optativo de la demanda del neurótico, “¡Que me ame!” pasa aquí a la certeza que afirma: “El me ama”. De donde surge una pregunta respecto del caso Susana: ¿Es una transferencia delirante en una paciente que sería efectivamente psicótica la que indujo a la analista a ubicarse en el proceso del lado del sujeto dividido —un efecto que no es raro— o es la problemática de la analista la que le hace constituir dicha esquizofrenia como su Otro?

Para comenzar a responder esto precisaré, en primer lugar, lo que llamé la pregunta de Marion Milner.

Tomo como verdad lo que nos dice haber advertido: su motivación respecto de este análisis es la misma que gobierna la confección de su libro. Pues Marion Milner se interroga sobre lo que causa este libro y todo el trabajo aferente. Sin poder formularlo directamente, nos indica la incidencia de esta causa sobre el conjunto de su historia, antes incluso de su llegada al análisis. Describe su vida como una gran lucha. Además en este texto no se deja de combatir: los cuidadores se pelean con la enfermedad mental, Susana con sus síntomas, la dactilógrafa con la escritura de la autora, la analista con la analizante y viceversa, y Marion Milner con la doctrina analítica. En cuanto a su vida, es un combate. Pero, ¿por qué prenda? Conciérnese, dice, al proceso creador. Bajo dos formas: aprender a pintar, “combate de toda su vida” y, en este libro, alcanzar la plena conceptualización.

El objeto se escamotea por más tiempo. Terminé por captar, al final de este libro, dice Marion Milner, que “la esencia de ciertos estados de ánimo que quería tomar en consideración consistía en su indeterminación, en

su indecible mismo". No obstante, este imposible de decir es especificado. Conciérne al cuerpo y a su "gran inteligencia" así como, Nietzsche lo apoya, a "los grandes momentos de la vida personal que se destacan por una particular cualidad de alegría": es el objeto de su primer libro; siempre pues estados, se refieran al cuerpo o al espíritu. Marion Milner hizo una pasión del estudio de lo que puede palpitarse en su interior. Conceptualizar lo indecible, éste es el anhelo.

Es concebible que una vida entera pueda sostenerse en esto. Ella evoca efectivamente, discretamente por cierto, un largo paseo a través de autores, que llegado el caso la lleva por los continentes. Léase, por ejemplo, el párrafo en el que explica que un artículo de Elton Mayo, cuyo título además olvidó, pero que evocaba los efectos de la monotonía y del papel de los estados de ensueño sobre el pensamiento deliberado, le interesó tanto que su jefe de servicio, un tal Dr. C. S. Myers, impactado, le consiguió una beca de estudios, mientras que su marido hizo sus valijas con ella para cruzar el Atlántico, así "puede aprender más sobre esos temas". En esta forma ella se describe en una especie de transferencia errante que sólo tardíamente se fijó en el psicoanálisis. Recorre los saberes articulados, animada por una ardiente curiosidad y un amor ferviente que llama a un saber "inédito" sobre lo más opaco. ¿Sabe el Otro?

Winnicott evoca la "modesta certeza" de Marion Milner. Modesta efectivamente, multiplica los llamamientos a un eventual amo del Saber. Las notas a pie de página consignan la riqueza de sus lecturas, su heteroclita multiplicidad; en cuanto a la cura será siempre abigarrada, por una apelación sistemática y desordenada a las técnicas adventicias más diversas: masajes, fisioterapia, técnicas de grupo, hipnosis, consultas paralelas con el psiquiatra, sin olvidar hospitalización y medicación. Demanda de ayuda complementaria pero siempre vana frente a la pregunta-fénix.

Se repite un esquema a lo largo de todo el texto: una referencia a una obra, un "modesto" homenaje —aprendí mucho— y luego una certeza a modo de conclusión: el problema subsiste por completo. El tono pacífico no debe engañarnos respecto del rigor de la posición.

Habría que agregar además un tercer rasgo a esta modesta certeza: la desenvoltura. Marion Milner la asume con una libertad notable. Dice que a menudo cita de memoria, de oídas más que por haber leído pues, según ella: "No es mi fuerte". No tiene inconveniente en admitir que eventualmente sus referencias sean inexactas, poco le importa, porque aún deformadas siempre testimoniarían aquello que pudo captar, en otras palabras:

un saber transmitido.

Interpelado de este modo sobre esta pequeña nada indecible que siente que la habita, el saber del amo permanece en silencio. Marion Milner, por supuesto, admite la supremacía de Freud pero sólo, según dice, en materia del desarrollo del niño. En cuanto al objeto de su pasión, dudó durante largo tiempo que interesaría a los psicoanalistas porque *su propia vida*, poco los había sensibilizado. Hizo falta una conferencia de Winnicott para que su transferencia se fijase. El no fue su analista sino su supervisor, su testigo y aún mucho más. Me parece que fue quien no tuvo inconvenientes en pagar “la cuenta que exige la histérica”. Nos indica su lugar en el prólogo cuando nos confía su gran “asombro” frente a estas dos mujeres y su “excitación”, subrayo, ante esta revelación del misterio que es la lectura del manuscrito.

En este contexto de búsqueda tenaz y de tranquilo desafío, Marion Milner recibió a su paciente por primera vez. De entrada, la pregunta histérica se acopla a su respuesta supuesta esquizofrénica. Se espera de ésta una ganancia de saber, allí donde la pregunta hacia confesar su falta a la doctrina. Pero al no excluir, la histeria de una —evidente— a la esquizofrenia de la otra, subsiste el peso del diagnóstico.

### *La ligereza del diagnóstico*

Es forzoso constatar que, después de Freud, fuera de la enseñanza de Lacan, los psicoanalistas, descuidando la “preocupación por la envoltura formal del síntoma”, se apartaron cada vez más del rigor diagnóstico, por el cual Lacan precisamente homenajea a Clérambault, que Freud retoma con otro sesgo.

La promocionada noción de núcleo psicótico, el intento de establecer nuevas categorías intermedias o de reanimar las antiguas, borderlines, psicópatas, personalidades narcisistas o esquizoides, etc., implican una serie continua de psicosis a neurosis sin verdaderas fronteras y, desde entonces, el diagnóstico se vuelve relativamente secundario.

La enseñanza de Lacan va en sentido inverso. La causalidad significante de la psicosis excluye el género “bolsa de gatos” en cuanto al diagnóstico, psicosis no es neurosis; y si la estructura determina, *a priori*, tanto el enfoque como la conducta en la cura, se impone el diagnóstico como condición previa.

Evidentemente ella deduce que los rasgos distintivos deben ser aislados a nivel de la observación del fenómeno, oponiéndose esto a su causalidad. Ahora bien, Marion Milner es tan indiferente en materia de diagnóstico como en materia de doctrina. Presenta a Susana como una esquizofrénica y toda su bibliografía concierne a la esquizofrenia, pero además está dispuesta a restringir el alcance de sus efectos terapéuticos a los "aspectos", a las "angustias" o "estados" psicóticos de la paciente.

Impregnada de la tesis kleiniana de un núcleo de angustias psicóticas en el corazón de la neurosis como resto, como sedimento de la fase esquizoparanoide normal del desarrollo, se libera de la preocupación diagnóstica suponiendo que atendió, si no a una esquizofrénica, al menos a la esquizofrenia de su paciente. Parte de la definición kleiniana de la esquizofrenia que aísla un tipo de angustia específica —no hay entonces una angustia como creía Freud, sino dos— y un mecanismo particular que opera a diversos niveles: el clivaje. Cuando Marion Milner termina su elaboración, la esquizofrenia se transforma en un clivaje ¡que se distingue por ser "maligno", entre el amor y el odio, la ternura y la agresión!

¿Qué sabemos entonces de la paciente?

Sale del hospital psiquiátrico donde le habían hecho electroshocks tres semanas antes. Fue hospitalizada por "problemas funcionales y nerviosos" y uno de sus informes mencionaba "neurosis de angustia"; de los electroshocks se esperaba un efecto sobre su "depresión". Nada que fundamentalmente siquiera el principio de una presunción.

Puede establecerse la lista de lo que falta en el diagnóstico: no hay alucinaciones, ni voces, ni palabras impuestas, ni comentarios de actos; nada que evoque la emergencia de una significación enigmática; ni disociación, ni cuerpo sin órgano. No hay huellas entonces de fenómenos elementales o de trastornos del lenguaje sino, por el contrario, numerosas manifestaciones que podemos calificar como síntomas en el sentido psiquiátrico, descriptivo, del término.

Estos se reparten en dos grandes vertientes. Por un lado, se queja de su cuerpo (enrojecimiento patológico unido a una obsesión, sensación de manos frías, cólicos, dolores en la nuca, un "incoercible" giro de la cabeza); por otro lado, y desde antes del análisis, manifiesta síntomas de tipo obsessivo (rituales, dudas interminables, limpieza imperativa y puntillosa, impresión de estar adormecida), a los cuales se agrega durante la cura toda una gama de fobias de impulsión (arrojarse por la ventana, bajo el subte, matar, destruir) así como obsesiones de ser víctima de violencias sexuales y una impo-

sibilidad de aceptar una remuneración por su trabajo.

Todos estos síntomas podrían ser neuróticos, pero ninguno excluye a la psicosis ni tampoco la prueba. Considerados descriptivamente no son suficientes para plantear el diagnóstico. Lacan señaló que una construcción sintomática, especialmente de tipo obsesivo, puede funcionar como compensación de la forclusión. Dio a luz ese modo de equilibrio de una psicosis latente en el caso de Joyce, donde es un efecto del arte; en otros casos se impone espontáneamente. Tales manifestaciones deben ser entonces evaluadas a nivel de su función.

Sin embargo, estos no son los síntomas que a Marion Milner le parecen determinantes. Electivamente se detiene en ciertas expresiones de su paciente cuando ésta evoca los comienzos de su enfermedad antes de los electroshocks. Todo comenzó con dolores cardíacos y vómitos que le hicieron imposible trabajar. Luego viene lo que llama la "caída en la realidad", que fascina a Marion Milner. Dice que, por primera vez, se sintió en el mundo y en el cuerpo. Sentimientos intensos, maravillosos, torturantes la agitaron, y emociones terribles la atravesaron, de odio pero también de extasis, resultantes de un movimiento interior de completo abandono.

Estas evocaciones que Marion Milner considera una confesión, por lo demás esperada durante largo tiempo, le parecen el testimonio de la enfermedad, pero también un signo de superación en el análisis. ¿Veremos allí una commoción psicótica del asidero del sujeto, y la intrusión de ese goce anómalo que testimonia Schreber y que, igual que los fenómenos de lenguaje, pueden marcar la entrada en la psicosis, o bien una complacencia histérica en una persona joven enamorada que dice haber enfrentado el extravío del momento concentrándose en sus sensaciones, conservando no obstante suficiente lucidez como para notar de paso el efecto producido en el entorno por el resplandor de su belleza en sus momentos de exaltación?

El otro rasgo en el que se apoya Marion Milner es una idea de tono efectivamente delirante y reivindicitorio. Susana precisa de entrada que con los electroshocks sufrió un daño irreparable. Ha "perdido su alma". Además, su último pensamiento antes del shock fue: "Aquí se va toda belleza". En lo sucesivo, "ya no está acá" y "no tiene más sentimientos". Será el tema de su queja y de su tormento: algo falta en ella. El análisis enumera sus fórmulas: falta de sentimientos, de presencia, pero también de sangre, de aire, de algo en el cerebro. No es el invencible cuerpo sin órganos, sino un cuerpo y un espíritu dañados, desplegándose el síndrome persecutorio más

bien en la vertiente hipocondríaca. Nuevamente hay aquí una alternativa: ¿muerte del alma o reivindicación neurótica: Ella dice: "Devuélvame mi inquietud".

En la primera entrevista, recuerden que no fue ella quien la pidió, expone tranquila y fácilmente, primero el daño sufrido, luego al *pathos* de su historia, y señala que puede contar todo porque desde ahora "ya nada tiene importancia". Desde luego, podríamos evocar a Dora y al "¿Qué puede hacer con esto Doctor?" que dirige a Freud tras la exposición de los hechos que ella estigmatiza; pero hace falta más para concluir respecto de esto. Lo mismo ocurre con otro tema de su queja, su no estoy aquí, no hago más que "comportarme". Aislado, este rasgo nos deja en nuestra vacilación, porque se acomodaría igualmente a ser leído como índice del "como si" psicótico y como manifestación de la relación neurótica con el semblante. El "sentimiento" no constituye prueba. Queda pues por rehacer el diagnóstico.

### *La rememoración*

Parto de la coyuntura de desencadenamiento de la llamada esquizofrenia. La primera entrevista pinta el cuadro de una infancia patética y a menudo espantosa, en un contexto de extrema indigencia. Por un lado, bosqueja el retrato de una madre que encarna de la mejor manera posible eso que Lacan llama "el capricho del Otro y su pisoteo de elefante", que oscila entre la sobreestimación y el menosprecio, la idealización y la denigración, la adoración y el anhelo de muerte, la hiperexigencia y el abandono efectivo; por otro lado, un padre que podría calificarse de la mejor manera posible como "dudosos". Evoca un discurso falsificado sobre su origen, atribuyendo su nacimiento, no al hombre que vive en su casa, llamado Jack, y presentado como el inquilino, sino al primer marido de su madre que vive en Londres. ¿Mentira transmitida por la madre, fantasma de la paciente, o ambos?

Lo cierto es que Susana, que pretende haber adherido a esta ficción hasta los dieciséis años, se contradice con recuerdos de su temprana infancia. Más bien entonces es preciso pensar que la "novela familiar" encontró un apoyo particularmente sólido en la realidad. Se despejan sus dos imágenes de padres, ambos seductores. Uno, su progenitor, es ese padre caído, el andrajo ridículo, reformado y alcohólico, menospreciado y odiado, que muere en el hospital. El otro, primer marido de su madre y padre de su

hermana mayor, tiene el prestigio de la distancia, del dinero y de la profesión.

En lo que la concierne, Susana se rememora clivada en dos períodos que se recortan en función de la aparición o desaparición de grandes rituales de tipo obsesivo. Antes de los rituales, hasta los diez años, se la llama insaciable y exigente, odia a los varones hasta el punto de golpear a los más chicos, es nula e inadaptada en clase y no tiene amigos; es también desvergonzada, durante largo tiempo fue a la casa de un viejo vecino que se exhibía y se masturbaba apoyado en ella, mediante caramelos, dulces y juguetes. La aparición del síntoma, evocado como un enorme trabajo cotidiano que la libera de la angustia, la transforma. Se convierte en una muy buena alumna en clase, alegre, graciosa, divertida y despreocupada, lo cual le vale muchos amigos. Esta configuración se mantiene hasta la pubertad cuando el síntoma vuelve a eclipsarse.

Sin duda estas indicaciones son aún demasiado vagas, pero atestiguan claramente que Susana plantea dos series: insociabilidad-erotismo-angustia por un lado y, por el otro, socialización-abstinencia-síntoma. Nada evoca aquí la frecuente infancia "sin problemas" del psicótico, preludio de la adaptación "como si" que precede al desencadenamiento. Ahora bien, Susana despliega este relato en su primera entrevista al presentar su enfermedad a Marion Milner y uno no puede más que sorprenderse de ver allí claramente articulada la cuestión del padre y la del síntoma. El comienzo de la enfermedad va nuevamente a confirmarla.

A los dieciséis años Susana, bellísima, es *show-girl* en una conocida compañía londinense. Allí encuentra a la otra mujer, una chica "competente y sofisticada", y consigue, en el momento en que estalla la guerra, que se la lleve a vivir con ella al campo. La cuestión del padre no está ausente. Primero, Susana acaba de romper con su pretendido padre —y al mismo tiempo con Dios al dejar de rezar— después de que él intenta seducirla. En segundo lugar, su amiga se llama como su verdadero padre. Jackie (¡Marion Milner precisa que es ella misma quien bautizó al padre como "Jack" para evitar la confusión!). Finalmente, en tercer lugar, esta Jackie es hija de un padre, el Sr. Dick, que está allí y que acaba de comprar la granja donde ellas se dirigen, *Beverley Court*. Jackie va a hacer entonces lo que la madre de la paciente no hizo: educarla.

"Tomada de la mano", Susana se consagra a ser gobernada y nota que en esta situación por primera vez se siente "despierta". Desde acá ¿cómo llega a encontrarse en cama inmovilizada, y luego hospitalizada? Por suerte

Marion Milner consigue el relato de su paciente. Se destacan en él tres elementos: en primer lugar, está la Sra. Dick, madre de Jackie y mujer del Sr. Dick. Durante todo el tiempo de esta post-educación, la Sra. Dick, que nos dicen que es mitad inválida y mitad paranoide, no habría cesado de suponer que Susana "andaba atrás de su marido", "¿Qué hay de esto?" no es la pregunta.

La idea está presente cuando Susana encuentra a la Sra. Dick muerta en su cama de una crisis cardíaca, allí comienzan sus propios dolores cardíacos y sus vómitos. En el mismo momento, Jackie, que se ha comprometido, se desinteresa por su protegida que justamente acaba de enamorarse de un joven escultor. No es el único amor que evoca Susana sino el tercero. En todos los casos hubo impedimentos: el primero era casado; el segundo, un pintor que quería casarse con ella y hacerla continuar sus estudios, a quien también rechaza pues no quería dejar a Jackie. Finalmente el último, aunque es "bueno" con ella, no la ama. No la trastorna esto, sino que la loca de su madre, de visita en la granja, le haga "avances manifiestos" a este joven.

En estas tres situaciones, cualquiera sea en ellas la parte imaginaria, se encuentra una misma configuración, la de un trío: dos mujeres, un hombre. Tres casos: una mujer sacrifica a un hombre por otra mujer, es el de ella misma consagrándose a Jackie. O bien, una mujer prefiere a un hombre y no a ella, es el de Jackie que la ha abandonado. O bien, el más importante, una mujer seductora y de otra generación interviene en una pareja, es el de ella misma insinuándose entre el padre de su amiga, el Sr. Dick y su mujer, y es también el de su madre disputándole al joven escultor.

En este contexto donde las generaciones se cruzan, la muerte repentina de la Sra. Dick da una conclusión súbita al libreto. Su fórmula podría ser: yo lo seduzco, ella muere; o más generalmente: una seduce, la otra muere. Frase implícita, que hace eco a otra frase efectivamente formulada por su madre quien, cuando Susana le confiesa sus visitas a la casa del viejo, le dice: "Cállate, tú me matarás". Esta muerte de la Sra. Dick de hecho desencadena el llamado "desmoronamiento". Habrá además un segundo en el curso del análisis, en una configuración idéntica cuando la pareja de sus protectores, el Sr. y la Sra. X, se deshace, y por su culpa, según ella cree.

En este dispositivo en el que es a la vez abandonada por una mujer, enamorada sin esperanzas, y seductora mortífera, Susana será atravesada por la efervescencia de sentimientos que evoca el comienzo y, sin duda para responder a su encuentro con el significante amo y a la discordancia de sus identificaciones, va a tratar de "convertirse en ella misma". Sueño patognomónico.

En el hospital, Susana aún encuentra a otra mujer, la Dra. F, por quien se llena de entusiasmo. Esta no le impone los electroshocks pero le pide que los acepte. Para Susana es un dilema torturante durante días, pero concluye sometiéndose. En sus palabras referidas a los electroshocks, se impone una significación: muerte y castigo. "Usted es una asesina", le dicen en sueños. "Sí, pero yo creo en la pena capital". La demanda de la Dra. F funcionó como una exhortación cuya fórmula aproximativa sería: "¡Paga!"

Al despertar, Susana tiene además dos pensamientos: la Sra. Dick y el viejo. Indica que no pudo resistir a la fascinación del autosacrificio. Sale de allí clamando su mortificación e interrogándose hasta la obsesión por qué ha aceptado. Lo más notable es que buscó a alguien que asumiese el rechazo en su lugar, que hiciese obstáculo. Se dirige a hombres: el Sr. X, un cura el Sr. Dick, siempre en vano. Se manifiesta aquí la apelación a una función de límite. Después de los electroshocks se repite: "De ahora en adelante, nadie podrá retenerme"; y en el hospital esculpe el rostro del esclavo agonizante de Miguel Angel, al que luego le recorta la boca, sin duda convertida en superflua por la llamada en vano.

Más tarde, ante Marion Milner, insistirá a menudo: "¡Si alguien hubiese podido decir no!" ¿Sería ésta una fórmula clínica de la forclusión? Más bien lo contrario. Precisamente es la configuración inversa a la descripta por Lacan como característica del desencadenamiento de la psicosis, o sea: un padre real que interviene como tercero en una pareja imaginaria y al cual responde un defecto del significante. Aquí, al contrario, hay defecto de "Un padre" que encarne la función, completamente enunciada por aproximación como "decir que no", en la pareja imaginaria constituida por Susana y la Dra. F. Buscar el "al menos-uno" que encarne la función —captada aquí en su vertiente limitativa—, he aquí una configuración típica que decide el diagnóstico, excluyendo la psicosis.

### *La femineidad*

Asegurado este punto, se ordenan muchos elementos de la cura, no decisivos en sí mismos; otros, evocados sin acento por Marion Milner, cobran relieve y, en primer lugar, el fin del análisis. Es por el hombre que Susana se cura. Es un *happy end* por el casamiento, igual que el caso Mildred de Rosenfeld. El papel del marido está indicado claramente al final del volumen. Es aquél "Tommy Trout que la salva del pozo". Terminó encontrando el uno

que puede decir no. Este, además, tiene la paciencia de hacerlo desmontando los argumentos de Susana, cuando, por ejemplo, en el subterráneo ella lo interpela repetitivamente con un: "Reténme o me arrojo bajo el tren"; con constancia él le demuestra que efectivamente, ¡tiene los músculos necesarios! La experiencia "de estos brazos que la sostenían", como dice Marion Milner, pone punto final a lo que Susana sostuvo durante veinte años: "De ahora en adelante, nadie más puede retenerme". Pero, ¿ante qué exactamente?

A lo largo del análisis, vemos que se construye la lista de eventualidades. En primer lugar y, principalmente, está el "destruirse", arrojándose por las ventanas, las puertas del tren, bajo los trenes. Antes de los electroshocks, jugaba en los trenes a abrir la puerta en marcha y a quedarse allí, segura de que no saltaría, igual que cuando era niña, en esos rituales de atravesar a nado la desembocadura del río diariamente, también aquí estaba segura de que no sería arrastrada.

Después de los electroshocks, hay una obsesión del acto posible que la realizaría como objeto. Su contrapartida en relación al otro es la idea de matar, especialmente bebés, otros objetos, o de cometer actos que desafíen las conveniencias tales como orinar o gritar en público, etc., o inclusive —aíslo este rasgo— saquear tabernáculos. ¿Qué sería esto sino tomárselas, mediante el sacrilegio, con el cuerpo de Cristo y con el silencio de Dios que la entregó al goce masoquista del sacrificio y que constituye el paradigma de todos los silencios que ella interpela después de los electroshocks? Además es ella misma la que estigmatizará su enfermedad en términos de falta contra Dios. Hay que agregar que durante veinte años, nunca hubo ni siquiera el esbozo de una re-actualización. Nunca fueron más que pensamientos dirigidos al Otro, primero a la analista y luego al marido, como desafío y llamada a la vez, en un movimiento demostrativo que permite clasificarlos en la serie del *acting-out*. El otro del sujeto es aquí, sin duda, el significante-amo cominado a decir los límites de su poder.

A esto se agrega que un gran interrogante atraviesa esta cura en los márgenes de lo que Marion Milner acentúa. Este concierne la cuestión de la feminidad. Está claro que Susana duda de la suya; lo más gracioso es que Marion Milner duda con ella, hasta el punto de considerar como un índice resolutivo el momento en que por primera vez "la ví como una mujer". En todo caso, Susana está habitada por la preocupación constante por su seducción y por la inquietud de no gustar, aunque como dice la analista "fácilmente se implica emocionalmente con todo hombre por quien siente respeto".

*La mujer, que la psicosis hace existir, no se evoca aquí más que por su falta, dejando el campo a la significación fálica.* Lo indica claramente el siguiente rasgo, elegido entre otros: Susana teme no gustar, pero sus éxitos no la reaseguran. Nota que cuando gusta, no sólo el hombre seducido pierde su interés, sino que, curiosamente, comienza a obsesionarse con la eventual homosexualidad de esta pareja. Es una bonita manera de decir que mide su encanto con el patrón fálico, que se trata del vínculo del *agalma* con la castitación imaginaria y que, en materia de empuje-al-falo, siempre nos quedamos penando.

Este mismo contexto sitúa también su relación con otras mujeres. "Siempre estaba al acecho del menor signo de lo que llamaba 'ser homosexual' en las numerosas mujeres que, de hecho, trataron de ayudarla" y frecuentemente la atrapaba la angustia ante la idea de ser tocada por mujeres. Este rasgo considerado aisladamente sería problemático en cuanto al diagnóstico. La persecución por la homosexualidad supuesta de una mujer erigida primero como Otro aparentemente absoluto —Jackie, la Dra. F, la Sra. Dick y, seguramente, la analista— podría ser una versión de la posición erotomaníaca en la transferencia psicótica o, al menos, un preludio de su instauración. Pronto veremos que no ocurre nada de esto. No hay aquí afirmación, es una pregunta, una duda, una espera que, por otra parte, desaparece cuando Marion Milner interpreta esta imputación como el doblés del interés, efectivamente bien manifiesto, que la misma paciente tiene por las mujeres. Tenemos derecho a ver en esto no la certeza erotomaníaca sino una efectuación de la pregunta por el deseo del Otro: *¿Che vuoi?*

#### *La falta \**

De igual modo se aclaran los síntomas. Marion Milner no deja de aproximarse a ello, aunque lo haga en términos que no podemos suscribir completamente. Dice que todos estos síntomas serán analizados freudianamente. Diré más bien que serán esclarecidos y alimentados con significaciones. Significaciones que convergen, según ella, en una única gran significación, que ella llama el "mito existencial completo" de Susana.

La culpabilidad se presenta allí como el motor de sus síntomas. Al final, Susana suscribe esta tesis que nos dice Marion Milner, es una "verdadera creación mutua". Desde luego no tenemos que recusarla; más bien reconoz-

\* N. T.: *Faute*, falta en el sentido de culpa.

camos en ella un abordaje imaginario de lo que quiere decir significación fálica: "castración". Pero no deja de tener interés despejar los puntos en los que analista y paciente divergen. Marion Milner plantea tres términos: la falta, una necesidad de confesión muy reikiana que empuja al acto, y la llamada a la punición. Al parecer, por sí solos, estos términos bastan para ubicar a la paciente en el campo de la ley edípica. Además, ella misma sitúa en este registro al conjunto de su enfermedad. Evocando retroactivamente sus "años negros", aquellos en los que reinaba el síntoma del adormecimiento, del "no estar ahí", ella escribe que en ese estado "uno se conduce como quiere, sin consideración por nada (...). No sólo se viola el sentimiento que concierne al prójimo, sino que vamos contra todo deber frente a uno mismo y frente a la propia integridad —y si Ud. cree en Dios, entonces se ha vuelto intensamente contra El (...). Es lo que yo hice, que Dios me perdone".

De esta forma, la enfermedad misma se plantea como apuntando a Dios, tal como lo mostraba la coyuntura del desencadenamiento, y la curación como momento de reconciliación. Ahora bien, sin ninguna duda el Dios de Susana es el Dios Padre. Es aquél que convoca en sus plegarias como tercero en la pareja primitiva, aquél a quien dice: "¡Dios mío, salvame!", aquél al que explícitamente sueña abandonarse en el horizonte del hombre que ama; por esto, es también aquél a quien deja de rezar el día en que su pretendido padre intenta violarla cuando tiene diecisésis años, aquél a quien acusa y desafía en sus *acting-out*.

Sorprende ver que Marion Milner no lo entienda así. Para ella la falta no se refiere al padre, aunque sea bajo una forma imaginaria. La falta es la envidia, la avidez, "la secreta succión de toda vida fuera de la madre". Falta contra la madre, entonces. Por supuesto, que la noción de envidia, que vuelve a tomar de Melanie Klein, connota la idea de una falta de goce; pero el defecto de goce no se correlaciona allí con la castración y deja intacto lo que Lacan llama el "gozar" materno. Marion Milner dejó que los kleinianos le inspiraran un Dios Madre todo gozoso, que recuerda mucho al Dios de Schreber, precisamente.

El error respecto de Dios se relaciona con el error respecto de la estructura y tiene consecuencias en cuanto a la interpretación. Podemos captarlo en muchas ocasiones y a veces en forma divertida. Por ejemplo, cuando Susana, para responder a la pregunta que se hacía irónicamente, sobre qué podría querer, arma esta humorística serie: cigarrillos, alcohol, ir a lo de la analista, antes de enlazar con la excitación que se apodera de ella cuando piensa en tal muchacho. Marion Milner le replica sustancialmente, induda-

blemente en nombre de la interpretación de la transferencia: ¡Soy “yo-madre” lo que Ud. busca! La confusión de la causa y del objeto del deseo se conjuga con el rebajamiento de la significación fálica a la envidia.

Sin embargo, Marion Milner no está en paz con el padre. Expulsado por la puerta, vuelve por la ventana; una ventana abierta a un paisaje más extraño que natural. Consiente en admitir, siguiendo aún aquí a los kleinianos, que en el seno materno se distingue un objeto que es el falo del padre, pero del que sólo retiene una particularidad: es un buen falo, un falo médico. La salud, que para ella quiere decir madurez, creatividad, supone, nos afirma, el fantasma de los padres amándose “en un acto de alegría y alborozo”.

Así el coito de los padres, con la expresa condición de ser “alegre” (!), es promovido a la eminente función de resolver el complejo de Edipo, así como, según dice, los conflictos de la bisexualidad. Mediante un clivaje, lo es e incluso sintomático, que apunta claramente a salvar el amor del padre. La operación es simple, lo suficiente para estar al alcance de quien pretende no preocuparse por la doctrina: el efecto pacificador de la Ley sólo es imputado al padre, mientras que se rebaja el efecto castrador a la envidia, esa “maldad fundamental”.

Así la sugestión asume a veces en esta cura la forma de un alegato por el padre. Por ejemplo, frente a Susana que, en determinado momento, multiplica en sus palabras y en sus dibujos símbolos de dualidad y de privación en los que se presentifica la división significante del sujeto, Marion Milner alega, que no hay otro término contra esta “escisión rígida” de los opuestos, que “el descubrimiento del otro” como “fuente de deleite”. Por supuesto, no desconoce toda función de falta, pero hace de ella una condición previa, una mediación para una comuniación prometida más allá. La problemática del deseo y de la castración se encuentra así clivada entre la envidia sin salida respecto de la reina-madre, y una incorporación idílica del falo paterno.

Peloteada de una a otra sugerión, Susana se resiste, y particularmente lo hace frente a esa interpretación mensajera de buen encuentro. Resiste mediante la insistencia de sus síntomas, incluso con su agravamiento, cuando la analista cree en un momento resolutivo: más puntualmente en las sesiones, y durante todo un período, durmiéndose bajo las oleadas de exhortaciones reconciliadoras. De uno de estos adormecimientos elocuentes, respondiendo a una denuncia de una supuesta ineptitud de Susana para fusionar los contrarios, surge una vez un sueño: “Se refiere a Hitler, con soldados marchando con paso de ganso, luego hay mierda y ella dice: ¿Es así como limpia eso?” Lástima que Marion Milner no escuche allí al menos que la no-

vela rosa no basta para desinfectar completamente el significante que ordena marcar el paso.

### *La cura*

Entonces, Marion Milner no curó a una esquizofrénica. Pero, al menos ¿hizo hacer un análisis a esta neurótica? Después de la pregunta ¿qué estructura?, viene esta otra: ¿qué cura?

En esos aproximadamente veinte años de tratamiento, esos cuatro mil dibujos, esa masa de notas, Marion Milner discierne un orden de etapas, de resultados y este desciframiento nos permite distinguir sus referencias.

Las fechas marcadas por ella pueden servirnos de apoyo. 1943-1947: bloqueo. Analista y paciente desesperan de común acuerdo. 1947: primer viraje, imputado a un cambio de técnica; siguen dos años llamados “de progreso”, que desembocan, en 1949, en un “segundo desmoronamiento”, simétrico del primero. 1950 inaugura el período de los dibujos, hasta 1959; allí se ubica un supuesto momento “resolutivo”, fechado precisamente el 8 de enero; luego lo “que siguió” aún durante algunos años. Reconstruyamos entonces este recorrido.

Durante cuatro años la cura no cesa de no comenzar, ella nos dice que sólo la mantiene la insistencia de quien la había querido: el Sr. X. Entre las cuatro paredes del consultorio está el cara a cara. Susana, tras haber bosquejado desde el primer encuentro el cuadro de sus males, se instala en su queja y en su reivindicación; su demanda se instaura de entrada bajo la forma de un desafío, cercano al de Dora: ¿qué puede hacer Ud. por mí? Marion lo siente como tal y, recogiendo el guante, se esfuerza en hacer méritos ante su sujeto-supuesto-al-saber. “La hiperangustia por querer ser una buena analista me llevaba a hacer demasiadas interpretaciones” dirá más tarde. Pero, sobre todo, maneja la interpretación tipo, tipo kleiniana. Dice: “Tenía discusiones clínicas semanales con Melanie Klein (...). Trataba entonces de utilizar sus conceptos (...). Por ejemplo, por qué no concebir la “caída” de Susana “en la realidad” en la granja como acceso a la “posición depresiva”, y considerar que, después de los electroshocks, la había perdido nuevamente, regresando a un estadio en el que existía únicamente en un estado fragmentario y en el que los pedazos se proyectaban constantemente en otros. Así, cuando hablaba frecuentemente, obsesivamente, de personas de su entorno actual, yo trataba de hacerle ver que éstas representaban esos pedazos de sí misma clivados”.

dos y proyectados y, más particularmente, sus actitudes respecto a mí (p. 55)".

Este semblante de saber aporta un sólo cambio: Susana se vuelve cada vez más "crítica y arrogante". Denuncia la falta de verdad: No somos acá ni una ni la otra; juzga el saber: "Ud. se queda atrás y de eso yo se más que Ud.;" echa de menos la "dureza viril" de la Dra. F y de su amiga Jackie. Correlativamente a esta ofensiva, se deprime. Quiebra de las "pulsiones de deseo", dice Marion Milner. No puede indicarse más claramente que aquí la analista no opera ni a partir del sujeto-supuesto-al-saber ni como causa del deseo. La interpelación histérica del sujeto,  $\$ \rightarrow S_1$ , no conduce a la ins-

tauración de un trabajo de transferencia  $\frac{a}{S_2} \rightarrow \$$ .

Que Susana haya sido llevada a lo de la analista como a lo de un psiquiatra tiene quizás algo que ver en esto; de hecho, ella se queja, protesta, desafía pero no asocia. Hay demanda sin trabajo de transferencia, mientras que la analista, con un discurso tan ininterrumpido como debería serlo el de su paciente, se luce con el clivaje y la proyección del amor y del odio sin otro resultado más que el agotamiento... de la analista. De manera harto ejemplar, esta falla en el vínculo analítico se muestra correlativa de un ascenso y una exacerbación de la polaridad imaginaria.

Un sólo cambio en el activo de esos cuatro años: un atizamiento del odio de Susana por su madre, mientras que en el análisis sus sentimientos se han ordenado cada vez más en el eje de las angustias paranoídes respecto a una figura imaginaria peligrosa, y a los temores de quedar plantada. Hay aquí un tangible efecto de paranoización. Por supuesto Marion Milner lo carga a la cuenta de la estructura supuesta de Susana, hasta el punto de que los errores de la analista se proyectan en imputación de síntomas. A su recalcitrante paciente, que rechaza sus ríos de interpretaciones, le replica: "Ud. no quiere saber nada", evocando una pretendida negación de lo inconsciente, referida a un defecto esquizofrénico de acceso al símbolo. Hipótesis completamente inútil y, además, rápidamente invalidada por la fase siguiente del análisis.

No obstante, hay un viraje.

Un hecho aparentemente contingente incidió en este viraje: Susana leyó *A Life of One's Own*, el primer libro de su analista quien escribe: "Su comentario fue que la tocaba tan de cerca que yo debía haber creído, pensa-

ba Susana, que lo había leído antes. Después de esto, sintió que quizá yo algo sabía acerca de lo que ella hablaba y su arrogancia manifiesta cayó”.

Quizá Susana encontró allí, también ella, su doble en cuanto al saber virtual, pero esto no es lo esencial. La suerte de esta cura es que Marion Milner pudo no obstinarse en su posición, sin duda por su propia relación con el sujeto-supuesto-al-saber. Es un bello ejemplo, auténtico y commovedor, de una analista que, pese a su desconcierto y a sus referencias fluctuantes, confusas y discutibles, testimonia no obstante el movimiento que le permitió encontrar su justo lugar en la estructura de la transferencia.

Da cuenta de este movimiento con una doble formulación. Por un lado, lo describe como el resultado de una autocritica que la conduce a captar que la interpretación a todo lo que da sólo era una “defensa contra [su] propio no-saber”. Por otro lado, intenta justificarlo doctrinariamente como el cambio de técnica requerida por la esquizofrenia de Susana, que implica dos puntos: renuncia a las interpretaciones de transferencia ineficaces y creación sustitutiva de un “entorno” beneficioso.

Ahora bien, las descripciones de Marion Milner no dejan lugar a dudas: simplemente ella aprende a callarse frente a eso que llama “una intensidad tan grande de demanda”. Cesa entonces de trabajar en lugar de su paciente incitándola desde entonces a encontrar sus propias palabras. Descubre así la parte de silencio necesaria. Dice: “Lentamente descubriría que tenía que renunciar a tratar de proveerle explicaciones tan ávidamente, renunciamiento que encontraba difícil, dado que ella reclamaba todo el tiempo. En vez de ésto, sentía que me hacía falta aprender a esperar y a velar, haciéndole saber que yo estaba allí, velando, y no dejarme inducir por ella a ese durísimo trabajo de tratar de decirle, de poner en palabras por ella, sus preocupaciones inconscientes; pues llegó a sospechar que si me dejaba seducir así, como hacía constantemente, eso sólo podía diferir, y quizás desastrosamente, el momento en que encontrase eso a lo cual ella misma había llegado (p. 77)”.

Desde entonces, se impone como disciplina mantener en sí misma “un blanco, un círculo vacío, una vacuidad de ideas [p. 313]”. Vigilia y vacío, forma gráfica de decir a la vez la presencia y el silencio del analista. Marion Milner en una especie de introspección técnica, subjetiviza aquí la función que Lacan designa como el “Yo no pienso” del analista, su ser ahí, mientras que, correlativamente, restituye a su analizante el peso de comprometerse en la alienación significante. Así, cuatro años más tarde, llega a corre-

gir la primera inversión de la transferencia en beneficio de lo que reconocemos que es... una entrada en análisis.

### *El retorno del mensaje*

Todavía hay que distinguir lo que Marion Milner hace, que describe con precisión, de lo que elabora como doctrina. Las dos nociones que introduce, cambio de técnica y creación de un entorno, son superfluas. El pretendido renunciamiento a la técnica clásica sólo es la instauración del mínimo que permite al analizante entrar en el procedimiento de la asociación libre.

¿Qué otra cosa hace, efectivamente, en términos freudianos, más que sustituir la atención angustiada y productivista del comienzo por un poco de esa “atención flotante” que es lo único que da su oportunidad a la particularidad del caso? Un poco solamente, además, pues el abuso de interpretaciones persistirá a lo largo de toda la cura y, especialmente, a propósito de los dibujos. Se aprecia bien la incomodidad de Marion Milner. Constata el alcance analítico de cierto silencio, que ella misma conecta con la insistencia de la demanda de Susana, pero no tiene la herramienta conceptual para situarla, y le parece que contradice a la técnica que recibió, en la cual la función del analista se reduce a la interpretación, reducida esta misma a su dimensión significativa.

Para responder a esta contradicción, introduce la idea de crear un “entorno que sepa contener”. Planteándolo como condición previa a la posibilidad de puesta en juego de los mecanismos kleinianos de la identificación proyectiva, que ya suponen la distinción interior-exterior, de lo bueno y de lo malo. La imaginación espacializante se combina con el postulado de la génesis, para proyectar hacia el origen del sujeto esta condición primera de “las manos del Dios viviente”, que son las que habría perdido el esquizofrénico y que el analista debería reconstituir... mediante su silencio. Si se pregunta qué relación hay entre un silencio y un continente, siempre podrá responderse que el primero lo “envuelve” como la neblina, en la lengua que los contiene a ambos. La teorización analítica deslizándose aquí en las vetas de las metáforas comunes, no hace más que prolongar un imaginario colectivo. Como máximo, podemos reconocer en estas “manos del Dios viviente” una vaga aprehensión y una trasposición imaginaria del Lugar del Otro, “en su anterioridad” en relación con el sujeto, así como la intuición

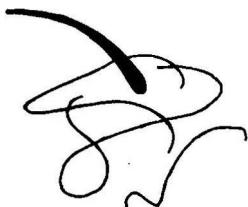
de una pregunta que concierne las condiciones requeridas para que del Otro, el sujeto —como Lacan decía desde 1960— “haga su entrada en lo real”.

Como consecuencia de este viraje de 1947, Marion Milner sitúa dos años de “progreso”. Vemos allí el efecto terapéutico inmediato de la transferencia. Apenas la analista vuelve al lugar desde donde causa el deseo, se nos anuncia que en el exterior la paciente comienza a revivir: ella lo constata, su belleza retorna junto con la iniciativa, mientras que los efectos imaginarios se aplacan y cae el odio consciente hacia la madre. Paralelamente, comienzan a elaborarse los síntomas en la cura, particularmente el del giro compulsivo de la cabeza.

Entonces, ¿por qué un segundo “desmoronamiento”? Este episodio se produce en ocasión de la ruptura del Sr. y la Sra. X, que habían acogido a Susana. Este contexto reproduce la coyuntura del aparente desencadenamiento de la enfermedad de Susana, con un efecto de angustia y culpabilidad incontrovertibles. No obstante, hay que decirlo contra Marion Milner, y siguiendo sus propias indicaciones, verdaderamente no hay desmoronamiento. Justo en este momento, Susana le advierte a su analista que desde la infancia supo que, en la demanda a sus padres, la manera en que se mostraba desquiciada por las situaciones... triangulares, precisamente era “teatro” (es su palabra), por una vez Marion Milner omite referir esas palabras al marco de la transferencia y negocia con ella su entrada al hospital; de donde, afortunadamente, la dejan salir el mismo día. Resultado concreto: la acoge otra anciana dama, la Sra. Brown; el Sr. X deja de pagar su análisis, y ella consigue una pensión por invalidez.

Poco después Susana comienza a dibujar, y ya no dejará de hacerlo durante diez años. Aquí surge una pregunta: ¿para el análisis el dibujo vale igual que la palabra? Desde un punto de vista teórico, la analista justifica esta variante técnica en nombre de la supuesta esquizofrenia de la paciente. Pero, más subjetivamente, la cuestión de las producciones gráficas la apasiona. Dice que es coincidencia que Susana proponga un primer dibujo en el momento en que ella misma comienza a redactar un libro sobre los dibujos automáticos. Indudablemente, el interés de Marion Milner fue tal que, a partir de esto, Susana mediatizará su demanda a través de los dibujos. La superabundancia —cuatro mil dibujos, todos conservados— pronto constituye el obstáculo de la analista. Sin embargo, no difiere sensiblemente de la profusión de palabras e incluso de sueños, que también puede sumergir al analista, Freud lo evocaba, y que desciframos mejor refiriéndola en la transferencia a la función que tiene para el neurótico la demanda del Otro.

No hay ninguna razón entonces para pleitear por la estereotipia de la técnica. Parece que Marion Milner supo hacer que esos dibujos sirvan al trabajo asociativo. Ella consigna su convicción de que “todos tenían potencialmente una significación” y que, por lo tanto, supuso en ellos una función, aún cuando “no fueran interpretados ni vistos” por ella. Esto equivale a decir que presentifican ante sus ojos el saber supuesto en el inconsciente, y que son el soporte de la producción significante del análisis. De hecho, esta reseña lo testimonia, son pretextos de palabra entre Susana y Marion Milner. La única objeción es que son causa de asociaciones tanto para la analista como para la paciente. Soporte ideal de la sugestión, tampoco ofrecen a la deriva interpretativa de la analista la resistencia de la frase articulada y dejan el campo libre a la imaginación.



Para evocarlo brevemente, tomo como paradigma el pequeño dibujo aquí reproducido que es comentado así: “El 11 de junio hace un dibujo en el que sus formas habituales, curvadas, contrastan con una forma negra, muy dura, que recuerda a una larga espina penetrante. Mi primera idea al respecto, es que se trata de una tentativa de expresar, en términos visuales, la sensación de haberse mordido la lengua; mi segunda idea es que evoca al niño de pecho que, tras haber mamado apaciblemente, muerde repentinamente el pezón; mi tercera idea es que concierne realmente a las angustias de sentimientos repentinamente heridos (p. 390)”.

No sorprende ver que en las siguientes sesiones la paciente gire alrededor de la idea de ser herida, pero nos deja estupefactos que Marion Milner vea allí una confirmación de su interpretación y no el retorno del mensaje.

*Un entorno divino*

Por lo tanto, es muy difícil descubrir qué se elaboró en esta cura durante esos nueve años, hasta 1959. Marion Milner como hipnotizada por esos dibujos, se complace con prolíjos desciframientos en los que se despliega una abundancia inextricable de significaciones, no correspondiendo el recorte mismo de sus capítulos a ninguna escansión real. El incesante deslizamiento de esta producción significativa, en la que Marion Milner invita al lector a seguirla, tiene un efecto de confusión notable que, podemos suponer, no le fue ahorrado a Susana. Quizá tenga relación con sus repetidas demandas de salir del proceso, recurriendo a otras técnicas más tangibles. Así el análisis se encontró matizado con fisioterapia, hipnosis, grupo terapéutico, etc., sin; en suma, el menor efecto de desplazamiento del síntoma.

En esta confusión se capta, empero, el índice de una elaboración de las identificaciones ideales que, de incertidumbre a esperanza, la hace pasar del espejismo de un destino de artista extraordinaria a la vida “simple y tranquila”, cara a Verlaine, llegando a fijarse su pregunta sobre la femineidad en el anhelo finalmente firme del matrimonio y la maternidad, mientras que todo el tiempo insiste su búsqueda de un padre y sus preocupaciones sobre la legitimidad de su nacimiento. Marion Milner se da cuenta, pero, sorprendentemente, no le hace caso: la presión de su sugerencia apunta a otro lado. Lo que la cautiva son cierto tipo de estados. No sólo retiene la articulación significante únicamente el efecto de significación sino que, olvidando la tesis freudiana del desplazamiento del afecto, hace de este último a la vez su punto de referencia y su objetivo.

El llamado momento resolutivo del 8 de enero de 1959, por ejemplo, es comprendido como una modificación del estado... de la analista. Dice: “Se produjo un cambio notable en mi propio sentimiento durante la sesión: me sentía en contacto con ella en una forma que anteriormente nunca se había producido y no sentía ninguna necesidad de fumar (p. 450)”.

Así, la desaparición de su propia angustia, eso que ella aún llama un cambio de “sabor” del análisis, que forma una serie con otra primera vez cuando, dice, de repente la vi “como una mujer”. Toma pues a este desplazamiento de sentimiento como índice de una modificación estructural esencial: la cura de la esquizofrenia. En seguida desembocamos en una paradoja: ¡la mayoría de los síntomas de Susana eran estables, aquello que antes del 8 de enero era considerado como una manifestación esquizofrénica,

se supone, a partir del 8 de enero, que indica la neurosis y es entonces accesible a las interpretaciones de transferencia!

Desde luego, no se trata de discutir la percepción de Marion Milner, sino de repensarla. Ahora bien, ¿qué observamos? La paciente confirma ese cambio de estado porque el mismo día que Marion Milner lo siente, le escribe: "Estoy en este mundo por primera vez después de diecisésis años". Sin duda, podemos suponer algún efecto de sugestión pero, más allá, reconocemos simplemente un levantamiento del síntoma. Con diversas fórmulas la paciente no dejó de quejarse de una falta de presencia en el mundo, de una sensación de estar "adormecida", ausente, distante de la realidad. Impresión que, descriptivamente hablando, evoca tanto la ausencia histérica como el velo obsesivo. La propia pluma de Marion Milner nos revela además que muchos otros momentos de presencia re-encontrada precedieron a ese 8 de enero.

Su razonamiento es sencillo: el esquizofrénico ya no habita ni su cuerpo ni su realidad, pues ha caído de "las manos del Dios viviente". Cuando da fe entonces del sentimiento de "estar allí", basta para concluir que, al haber reintegrado su sitio, está curado. Falta aquí una distinción: la que marcaría la diferencia entre la deriva esquizofrénica y la división significante del sujeto, \$ , correlacionada con la represión originaria.

Para captar que Susana se ubica de este lado, no es indiferente subrayar que este análisis produjo dos efectos tangibles: cierto aplacamiento de la reivindicación y un desplazamiento mínimo de los síntomas. El evocado recién no es el único, hay algunos otros, particularmente que Susana haya recuperado su capacidad de aceptar una retribución por su trabajo.

Pero —puesto que sólo tenemos acceso a las significaciones— es más importante estudiar los temas que preceden o acompañan a este levantamiento del síntoma. Lejos de tratarse de nuevos encuentros con el "seno de lo eterno", son temas de desilusión, representaciones de pérdida, de duelo, de llamada al complemento; paralelamente, la pareja falta/castigo, introducida desde el comienzo, se une a evocaciones de misericordia y de posible perdón: todas notaciones muy difíciles de reducir a la idealización de un continente perfecto y a la exaltación correlativa de un sentimiento mutuo de comunión en la sesión.

La sugerión recae masivamente *a contrario* de las elaboraciones de Susana. Un ejemplo entre otros: la paciente evoca el impedimento que constituyen para ella sus síntomas en la vida social: "¿No hay comunión?" dice Marion Milner. Susana consiente y resiste a la vez. Invitada a comulgar, asiente, luego precisa que odia la comunión, antes de encontrar una escapatoria diver-

tida. En el momento en que la analista, después de ese memorable 8 de enero, se felicita de sesiones en las que por fin hay comunicación, cuando sus interpretaciones reciben una acogida que las transforma en "creaciones mutuas", Susana inaugura un nuevo uso de las sesiones. Apenas llega se duerme, señalando que sólo allí duerme de verdad. Hasta el punto, dice Marion Milner, que parece que no va más que para eso. Linda manera de eclipsarse y de designar, a la vez, en ese cuerpo inerte depositado en el diván, el contenido sobre el que se cierran las manos de Dios. La analista entonces se felicita por haber identificado finalmente al análisis con un entorno divino.

Pero hay un *bic*: ¿cómo salir de semejante entorno? Muy enredada, Marion Milner sugiere que la separación podría ser un "acto cariñoso" que las dejase "libres" a ambas (!). Todavía acá, Susana anda sola. Justamente, es el momento que elige para identificar a la analista con un excremento, y la separación con una defecación, regresando así, mediante una "vuelta de círculo", dice Marion Milner, a sus primeras fantasías. Así la analista tropieza en el enigma de un "Cagar o no cagar, esa es la pregunta" que graciosamente le dirige su paciente antes de cambiar... de manos. ¿No es Marion Milner quien dice que el marido hacia el papel de Tommy Trout salvándola del pozo ciego?

### *La nube de inconocimiento*

Queda por evaluar el saber producido, puesto que Marion Milner piensa que se internó en un territorio desconocido y que allí hizo un descubrimiento. Lo consigna en su capítulo titulado "Una cristalización de la teoría". Su objetivo es explícito: obtener en la cura efectos que no pasen por el "cristal lingüístico".

Dicha envoltura, con la que hace de capullo para la psicoanalizante mediante su silencio en la transferencia, tendría como correlato, del lado del sujeto, a la pretendida construcción de un "trasfondo", de una línea de base. Este trasfondo se experimentaría y se construiría en el cuerpo mismo, mediante una técnica de atención a las sensaciones internas.

Sin duda, tiene cierta captación de que el cuerpo constituye el "lecho del Otro", pues nota que la relación con el propio cuerpo es homóloga a la primera relación con la madre y que la imagen construida del cuerpo indica el "único sitio seguro donde habitar". Pero al mismo tiempo, apelando a la "voz cuerpo", hace como si no fuese de lo simbólico —como lo dice Lacan— que el cuerpo cobrara la voz. He aquí sus términos:

“Para ‘encontrar la realidad (...) debe dejar que se trame la forma organizada, articulada, de las percepciones externas e ir en su propio interior hacia el mar indiferenciado [p. 388]’. Mediante la ‘atención a esos cambios interiores, sutiles, de sensaciones corporales [p. 463]’, ella puede ‘hacerse consciente del trasfondo interior’, ‘del fondo divino del ser (... )’, como algo con lo cual ella (puede) relacionarse directamente y así alcanzar, sin llegar al autoerotismo y al narcisismo, un ‘goce primario’ de sí, que tiene ‘una cualidad extática y divina’ [p. 460]”.

Así veamos a Marion Milner describirnos con una complacencia maravillada ese sentimiento de “ser un charco caliente, oscuro y aterciopelado”. que ella pudo alcanzar prestando atención a su respiración, mientras que, paralelamente, invita a su paciente a sensorializar el interior de su cuerpo, más allá de las zonas erógenas. Y cuando Susana, sin duda más consciente “de la falta de acceso que tiene el sujeto a la realidad de este cuerpo que pierde en su interior” (p. 269), le indica que justamente tuvo la sensación de una falta de sensación, Marion Milner traduce: alucinación negativa (!?)<sup>2</sup>. La relajación como verdad del psicoanálisis vuelve a llevar a Marion Milner a su primera pasión, jaqueando al deseo del analista.

Una cuestión que, sin embargo, inspira la benevolencia.

Marion Milner promueve una especie de “pensar en no pensar”, disciplina inversa a la de Schreber que está condenado a pensar siempre. Pretende curar con algo que no sólo sería indecible, pues está fuera del significante, sino que además no se alcanzaría, no se ceñiría por la vía significante: algo pues no sabido en el Otro. ¿Podemos reconocer allí una aproximación a lo que Lacan denominó “otro goce”, ese supuestamente femenino, sin recurrir a la esquizofrenia, ese también que las místicas exemplifican sin que sea necesario suponer la psicosis? Quizá, efectivamente, Marion Milner intuye este punto de ocultación de un goce, donde se hace dudoso que el Otro sepa. Además, hace de él —la convergencia es impresionante— una condición de eso que llama “creatividad”, dicho en otra forma sublimación, para lo cual se refiere precisamente a los místicos.

Desgraciadamente, ese punto de mira le sirve de coartada. La escapatoria consiste en escabullirse de la ética del bien-dicir que implica el discurso analítico. Por supuesto, todo no puede decirse; pero el acceso que el psicoanálisis, que opera por la palabra y en el campo del lenguaje, procura a lo imposible de decir, nunca es más que el ceñirse, el decir alrededor de sus límites. Etica a la cual los místicos, que escriben sobre su Dios y su goce, más allá de experimentarlo, faltan menos que Marion Milner cuando pre-

tende renunciar a hablar. El “No es eso”, “vagido del llamado a lo real”<sup>3</sup> en el cual se empeñó la búsqueda de Marion Milner, desemboca aquí en “la nube de inconocimiento”. Este título de un místico que cita después que Susana se convierte allí en la tinta negra con la que el pulpo las encuece. Nuevamente oscurantismo.

<sup>1</sup> J. Lacan, *Razón de un fracaso*, en Escansión N° 2, Paidós, Bs. As., 1985, (por publicarse).

<sup>2</sup> J. Lacan: *Observaciones sobre el informe de Daniel Lagache* (1960) en *Escritos II*, Siglo XXI, pág. 269, México, 1972.

<sup>3</sup> J. Lacan, *El Atolondradicho*, en Escansión N° 1, Paidós, Bs. As., 1984.

### ***III***

## ***CLINICA PSICOANALITICA DE LAS PSICOSIS***

El artículo de Roland Broca fue publicado en *Actes de L'École de la Cause Freudienne, Transfert et interprétation dans les névroses et les psychoses*, Volumen VI, Paris, 1984.

Los artículos de Michel Silvestre y Colette Soler fueron publicados en las *Actes de L'École de la Cause Freudienne de Paris, La clinique psychanalytique des Psychoses*, Volumen IV, Paris, 1983.

El artículo de Marie-Laure Susini fue publicado en *L'Agenda du psychanalyste III*, Navarin éditeur, Paris, 1984.

El artículo de Juan Torrisi es una versión corregida de la ponencia presentada en el Tercer Encuentro Internacional del Campo Freudiano, Bs. As., 1984.

## “SOBRE LA EROTOMANIA DE TRANSFERENCIA”

*Roland Broca*

*“Ahí donde la palabra está ausente, ahí se sitúa el Eros del psicótico, es ahí donde encuentra su supremo amor”.*

*“... Este asesinato del alma, sacrificial y misterioso, simbólico, está formado a la entrada de la psicosis según el lenguaje de las preciosas”.*

Jacques Lacan  
Seminario III

Nos podemos preguntar por qué dar un sentido nuevo en la clínica psicoanalítica de las psicosis a un término heredado de la clínica psiquiátrica clásica y progresivamente aislado como entidad nosográfica en el campo de las paranoias.

En efecto, no podemos decir que sea un concepto que haya retenido particularmente a Freud, ya que en el conjunto de su obra sólo lo encontramos en dos ocasiones. Una de ellas forma parte integrante de la *doxa* freudiana de las psicosis. Se trata de la que se refiere a la definición gramatical que da Freud de la erotomanía en su estudio del caso Schreber en 1911. Hace de ella, recordémoslo, una de las cuatro modalidades de la retórica de la paranoia: “no es él al que yo amo, es a ella a la que amo, porque ella me ama”, esta es la fórmula de la erotomanía *masculina*.

La otra ocasión la encontramos en el estudio *Delirio y Sueños en la Gravida de Jensen*. Allí Freud habla de Norbert Hanold, el héroe de esta obra, como un caso de delirio que los psiquiatras no dudarían, dice, en calificar

de erotomanía fetichista. Diagnóstico que no retoma, por otra parte como propio pues prefiere el de delirio histérico.

Freud toma el término de erotomanía de la nosografía psiquiátrica de su tiempo, así como la mayor parte de las entidades que constituyeron posteriormente la clínica psicoanalítica. Creado en 1810 por un criminalista vienes, Zieller, será retomado regularmente por los alienistas del siglo XIX y más tarde por los psiquiatras del siglo XX. En un principio descrito por Ball en su estudio sobre "La folie érotique", será recogido luego, para ser precisado y delimitado, por los más importantes autores, hasta Sérieux y Capgras que lo clasifican como psicosis pasional dentro del grupo de las paranoias.

Sin embargo, es Gaëtan de Clérambault, a quien Lacan consideraba como su maestro en psiquiatría, el inventor del dogma del automatismo mental quien, entre 1920 y 1923, define los elementos fundamentales y describe la expresión pura con sus tres fases clásicas de esperanza, de despecho y de rencor, a partir de un postulado fundamental: "Es el Otro quien me ama".

Es finalmente Fretet en 1937 quien da la última pincelada al cuadro, al demostrar en su tesis sobre la erotomanía masculina que, al igual que la histeria, la erotomanía no es exclusiva de las mujeres, aún cuando se emparente con la posición femenina en el amor. Todo esto nos lleva a preguntarnos si no es desde una posición femenina como el hombre se experimenta en la erotomanía. En todo caso Schreber lo testimonia elocuentemente. La erotomanía indicaría pues el momento del *empuje-a-la-mujer* en la psicosis.

Antes de hablar de Lacan, citemos para recordar dos estudios psicoanalíticos de hace veinte años aproximadamente. Uno de ellos, contemporáneo del Seminario sobre las psicosis, el otro del seminario sobre La lógica del fantasma. Primeramente, un analista de la IPA, Jean Kestemberg que, en 1961, estudia la erotomanía desde una perspectiva transferencial, indicada claramente en su título: "La relación erotomaníaca". Para este autor, el objeto es siempre un sustituto de la madre. La erotomanía aporta al sujeto el mismo objeto materno que socorre, que un ensueño familiar aportaba, antaño, al niño. François Perrier, quien evoca en su artículo de 1960 casos de erotomanía bajo transferencia, puede decirse que las pacientes de las que habla están en su diván casi por error. Por error diagnóstico, puesto que las enfermas comenzaron su análisis confundidas con histéricas, y fueron acostadas en el diván como tales. Desgraciadamente no nos dice qué consecuencias extraerá para la continuación, o no, de la cura una vez superada su

equivocación de sujeto supuesto al saber... más vale no confundir la histeria con la erotomanía. Es como si la erotomanía, en ciertos aspectos, no pudiera ser percibida más que por excesos, comparada con la histeria. Desarrolla su tesis hasta el punto de definir que la erotomanía pura es exclusivamente un estado pasional de la mujer, contradiciendo así tanto a Freud como a Fretet.

Por último, *last but not least*, es necesario citar para completar lo hasta aquí expuesto el interesante trabajo que presentó Huguette Menard el año pasado en las jornadas sobre la psicosis en Montpellier. Demostró allí la prevalencia del objeto-mirada a partir de una práctica clínica de las psicosis.

En lo que se refiere a Lacan, en su época de joven psiquiatra, se interesa desde el principio por el tema de la erotomanía. En su tesis sobre *La psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*, en 1932, tomó como ejemplo para su demostración un caso de paranoia de auto-punición, una delirante que se presenta en efecto con todas las apariencias de la erotomanía, ilustrando perfectamente las tres fases clásicas del síndrome. No deja de dar un seudónimo revelador a esta enferma, puesto que la bautiza Aimée (amada) apelación perfectamente paradigmática de la posición erotomaniaca.

Habiendo abandonado seguidamente este concepto de paranoia de auto-punición, destinado a destacar el valor del superyó en sus implicaciones en el campo de las psicosis, reconocerá el fundamento correcto del diagnóstico de erotomanía, que es el único aplicable, a fin de cuentas, a este caso. En 1956, en su estudio del caso Schreber, recoge este término para calificar de *erotomanía divina* la relación de éste con el goce de su Dios.

Pero es en 1966, en su introducción a la traducción francesa de las Memorias del Presidente Schreber<sup>1</sup>, donde retoma el término para darle una acepción más precisa en lo concerniente a su conexión con la modalidad de la transferencia en la psicosis. Cito: "Es que el susodicho clínico debe acodarse a una concepción del sujeto, de donde surge que como sujeto no es ajeno al lugar que lo pone, bajo el nombre de Flechsig, en posición de una erotomanía mortificante...". No se trata aquí de ningún acceso místico, ni tampoco de ninguna abertura efusiva a lo vivido por el enfermo, sino de una posición que sólo introduce la lógica de la cura. Porque, finalmente, hay que llegar allí, a pesar de los dos decenios que separan, como él lo señala, la reconsideración por sus alumnos de sus avances teóricos.

En efecto, veinte años más tarde, parece razonable empezar a dar un principio de aplicación práctica en el campo de la psicosis a las tesis lacanianas. Pero es, finalmente, su concepto de goce el que permitirá hacer pasar

la navaja de Occam en la proliferación de la clínica de las psicosis. En particular el goce del Otro; del psicótico objeto de goce del Otro, tal es la traducción del término de erotomanía divina que evocaba recién a propósito de Schreber. Ese goce del Otro del cual sufre el psicótico, voy a ilustrarlo primeramente a partir de un caso de mi práctica psicoanalítica en las psicosis. Es una analizante de la que hablé recientemente en el Coloquio de Premontré.

La pregunta es la siguiente: ¿cómo se aplica este goce del Otro al psicótico? En un segundo tiempo intentaré mostrar las consecuencias que me parece posible deducir de este caso sobre la conducción de la cura en el marco psicoanalítico standard.

Esta paciente presenta la particularidad de ser la versión femenina del Presidente Schreber. Es mi analizante desde hace seis años. Durante los tres primeros años la veía una sesión semanal, después dos sesiones, en entrevistas psicoanalíticas frente a frente. Al cabo de tres años me pide hacer un psicoanálisis de acuerdo con el protocolo standard, es decir, acostada sobre el diván a razón de tres sesiones por semana, cosa que acepto. Este análisis todavía continúa en las mismas condiciones, es decir, desde hace tres años. Antes de comenzar conmigo había sido vista sucesivamente por tres psiquiatras de formación psicoanalítica kleiniana. Con cada uno de ellos la transferencia se tradujo en un episodio erotomaníaco típico. En la primera fase del tratamiento conmigo, la erotomanía también se volverá a desencadenar. Pero no es sobre este punto sobre el que quisiera insistir, sino centrarme en las viñetas clínicas que traeré, en fenómenos que destacan las modalidades de aplicación del goce del Otro al sujeto.

Quisiera insistir particularmente sobre un punto de viraje reciente que se produjo en el momento preciso en que su marido inició las gestiones legales en vistas a la obtención del divorcio. En ese momento, tomó conciencia del carácter irrevocable de esta decisión, así como de las posibles consecuencias para su futuro. Hacía falta que ella pudiera hacer el duelo de esta pareja ideal que consistía en hacer existir la relación sexual que no hay. Insiste especialmente en el problema de los cuerpos, "ya no formar un solo cuerpo con mi marido", dice. Cito: "Mi marido era mi carne. En mi cabeza continuamos siendo una sola carne. Hoy, mi cuerpo es como una montaña que se divide en dos. Siento una dislocación de mi cuerpo. Esto equivale a la tortura fetal."

Todo esto indica suficientemente que el cuerpo representa al Otro. Cabe recordar aquí que toda la primera fase delirante, diez años antes, se había

desencadenado en el momento de la partida de su madre. Esto muestra suficientemente que el marido viene a ocupar en ese momento el papel del Otro materno. Esto aclara también, retrospectivamente, lo que pasó en el momento de su noche de bodas. Le propone a su marido no consumar el acto sexual y, en su lugar, consagrar su unión con Cristo. Para simbolizar esta unión mística, propone formar una cruz con sus dos cuerpos unidos, y permanecer así toda la noche. Esta idea le surgió al constatar al abrir la cama que las sábanas eran viejas sábanas remendadas. Dedujo que su madre había preventido al hotelero de que se trataba de una noche de bodas pidiéndole que no pusiera sábanas nuevas.

Ya en sus primeras inquietudes amorosas adolescentes, se creía amada por un joven aristócrata, proveniente de una prestigiosa familia y hermano de una compañera de colegio. Lo considera como “la estrella atraída por el gusano”. Así se siente en ese momento ya objeto de desecho.

Su gran tesis delirante es que la causalidad de la locura reside en la tortura. Siendo su prototipo la tortura fetal ejercida por el Otro materno *in utero*, por medio de aumentos de presión del líquido amniótico o por la del cordón umbilical. Esta tortura fetal está grabada en el cerebro; se inscribe allí de manera indeleble y periódicamente es reactualizada por estímulos que provienen de acontecimientos significativos de la existencia, que resuenan con este significante. Al mismo tiempo, se puede observar que este significante tortura fetal es el significante neológico que construye para nombrar el goce del Otro, es el significante neoformado que intenta suplir el defecto del Nombre-del-Padre. Pero es un significante que no produce significación fálica. Es el significante que define su total sumisión al deseo del Otro. Es la impronta del deseo materno, no barrido por el Nombre-del-Padre. Representa una escena originaria cuya huella recuerda la permanencia de la inclusión en el Otro. Es una representación de la escena traumática original. Podríamos decir, que es una contribución a la teoría del trauma real. Esta escena se transformará en el transcurso del desarrollo de la metáfora delirante en escena primitiva por una reconstrucción típicamente schreberiana: la de una Eva futura en potencia que engendrará una nueva humanidad.

El tema de la tortura fetal puede ser relacionado también con un episodio que se remonta a algunos años atrás, que ella relata en sus escritos. Descubre en una librería un ejemplar de la “*Historia de O*” de Pauline Reage. Fascinada por el texto, pasa toda una tarde leyéndolo sin detenerse, tetanizada, literalmente sacudida por orgasmos a repetición. Se identifica completamente con esta mujer que es el juguete del capricho de todos

los hombres. Si ser golpeado, para el neurótico, remite a la impronta significante del Nombre-del-Padre, aquí remite más bien a la cuestión del masoquismo femenino. Pero, en su caso, se trata de convertirse en el juguete del capricho del Otro. Testimonia así el haber estado sometida al capricho de un Otro maternal más que a la ley de los hombres. Observemos que esta figura del padre gozador en la *Historia de O* asume así los rasgos de la madre caprichosa, es una figura de Jano. En efecto, detrás de todos estos hombres ayudados por mujeres-auxiliares, se perfila la figura del Otro materno. Es un universo en el cual son, de hecho, las mujeres quienes reinan, según el modelo bien conocido de la patrona de burdel, ordenadora del placer de los hombres. Este goce a repetición que la invade, que la atraviesa, que la turba, es en cierta manera referido a las palabras impuestas; el texto surge aquí como palabras impuestas. No hay para ella fantasma construido, librándose completamente a las fantasías imaginarias del autor del texto.

Ahora, la cuestión es saber, a partir del momento en que la paciente entra en el dispositivo analítico, ¿qué analiza?

Continúa, de una manera u otra, delirando, aun cuando lo haga de un modo apacible y tranquilo. No construye un fantasma como lo haría un neurótico. Si construye algo es un delirio. Se construye una concepción del mundo, incluso un edipo suplente que de consistencia a la relación sexual que no hay, y que, quizás, no es más delirante que la nuestra. La diferencia esencial, por supuesto, es que la nuestra hace lazo social; la suya no. Un delirio, por elaborado que sea, no logra, salvo casos excepcionales<sup>2</sup>, establecer un lazo social al mismo nivel, por ejemplo, que una religión. Por otro lado, estando el delirio fuera de discurso no puede hacer lazo social. Sólo los discursos, como nos enseña Lacan, pueden hacerlo.

No construye su fantasma como lo construye un neurótico. En efecto, el neurótico construye simbólicamente las elaboraciones imaginarias vinculadas a su relación edípica. Puede suplir así, desviar por medio del síntoma tal o cual carencia de tal o cual de sus familiares. Este es el problema en el cual trabaja el neurótico en su análisis. En este caso es absolutamente diferente. Ella respeta la transferencia, respeta el tiempo de las sesiones, el protocolo analítico, a pesar de que en ciertos momentos críticos pueda incluso desbordar de este marco. De hecho, construye un delirio al cual yo consiento, porque soy psicoanalista. Delira sobre las computadoras, el espíritu, el cuerpo, el lenguaje como lo hacen los científicos, finalmente, el delirio potencialmente está en todos lados. Hasta este momento, no había encontrado en la actitud de los psiquiatras psicoanalistas nada más que cierto "horror" ante

su delirio, constantemente marcado con un índice peyorativo, que justificaba intervenciones psiquiátricas repetidas, aquí encuentra un destinatario para su delirio. Aunque con un límite inherente a la estructura, es decir, no construye fantasma y no tendrá nunca relaciones con el mundo del Otro, su síntoma es el equivalente de su delirio. En el fondo, no se desplaza en la estructura. En cierto modo, siempre está en el mismo punto.

Lo esencial, en mi opinión, es que el psicótico pueda encontrar en la persona del analista alguien que acepte encarnar ese lugar de destinatario. No es suficiente ser analista para encarnarlo en forma adecuada. Baste como prueba lo que ocurrió con los tres psicoanalistas que la asistieron previamente. Ante este fracaso comenta: "Ellos han estropeado mis transferencias".

Así pues, lo importante es mantener la transferencia, mantener esta relación particular, esta forma especial de relación social, quedando como una relación estrictamente imaginaria. Lo real de la transferencia, lo imaginario de la relación, la elaboración delirante, ocupan el lugar de simbolización de la relación con el Otro... No hay delimitación de la demanda del Otro, no hay tampoco orientación precisa en relación con la paternidad.

Falta señalar cómo se puede, mediante los matemas lacanianos, formalizar la naturaleza de este vínculo transferencial. Para hacerlo, abordaremos la cuestión de la cura del psicótico desde una perspectiva más general.

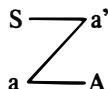
Primeramente, hay que señalar un hecho fundamental, hasta hace poco, en Francia al menos, se desaconsejaba tomar en análisis a los psicóticos; para ser más exactos, en el dispositivo analítico standard, al cual hay que distinguir de las tentativas de cura mediante técnicas de psicoterapia de inspiración analítica. En este orden de ideas, podemos citar como ejemplos representativos: Racamier, Katan y Gisela Pankow. Este tipo de curas varía considerablemente de un terapeuta a otro, incluso se producen también teorizaciones distintas. Hay que señalar que únicamente la escuela inglesa, siguiendo las tesis de Melanie Klein, ha sabido dar un marco teórico más o menos homogéneo a la teoría de la cura del psicótico, y un protocolo técnico estandarizado, aun cuando algunos de los diagnósticos de los casos relatados puedan ser discutidos.

Sin embargo, hasta ahora, en nuestros medios lacanianos, la cura analítica del psicótico era totalmente desaconsejada. Se tenía como prueba lo que decía Lacan: "Cuando tendremos en el diván a un prepsicótico, sabemos muy bien que obtendremos un psicótico". Sin embargo, este juicio habría que incluirlo en lo que se hacía en aquella época, en 1956, en el contexto, es decir, la crítica a cierto manejo de la relación de objeto. Esta crítica, que apunta especialmente a un psicoanalista de la IPA, Bouvet, a través de la teorización que éste

hacía de dicha relación de objeto, apoyándose precisamente en el relato del desencadenamiento de una psicosis de transferencia; psicosis no evaluada en el momento de las entrevistas preliminares.

Este juicio negativo tomado al pie de la letra contradice lo esencial de la enseñanza de Lacan respecto a las psicosis. En primer lugar, si se hace de la psicosis una cuestión de estructura, si es incluso la estructura por excelencia en la medida en que muestra la estructura del significante, no puede existir la prepsicosis sino una psicosis latente, no declarada, no desencadenada. Esto contradiría igualmente la afirmación de Lacan, desde luego más reciente, de que el analista no debe retroceder frente al paranoico. No obstante esto plantea de manera general el problema de saber si la aceptación por un psicoanalista de una demanda de análisis, en el caso de un psicótico no reconocido, puede ocasionar el desencadenamiento de la psicosis. De hecho, de alguna manera, este desencadenamiento no puede evitarse si el análisis se hace. Se confunde incluso con lo que podríamos denominar el desencadenamiento de la transferencia. Sin embargo, el objetivo consiste en sustituir este desencadenamiento brusco, crítico, cataclísmico, por un desencadenamiento *controlado* mediante el dispositivo analítico: es lo que se denomina una psicosis *bajo transferencia*. De ahí la importancia de las entrevistas preliminares y de la valoración previa, en la medida de lo posible, durante estas entrevistas, de la estructura psicótica. Hay que indicar sumariamente la importancia que en general tienen las entrevistas preliminares. Sobre esta cuestión Lacan insiste particularmente. No se trata, en efecto, tan sólo de indicar o no un análisis; indicación que en la práctica standard se funda en criterios restrictivos, sobre todo en relación con la psicosis, sino más bien de preparar cuidadosamente la puesta en marcha y la modalidad de la transferencia. Planteándose un cierto número de cuestiones previas a la instauración de la cura. En lo que concierne al diagnóstico de psicosis, puede hacerse a mínima, en ausencia de signos evidentes, constatando la ausencia de estructura neurótica o perversa característica. De hecho es lo que enuncia el conocido adagio lacaniano: "El sujeto completamente normal, es el psicótico por excelencia".

Una instauración adecuada de la transferencia en el psicótico supone igualmente que el encuentro con el analista no se sitúe nunca en una relación dual, lo que implica por lo tanto pasar por el lugar del Otro. Esto es ilustrado de manera extremadamente simplificada en el esquema L.



Estos consejos de prudencia que se pueden dar a propósito del abordaje del psicótico son, lógicamente también válidos para los neuróticos. Con la salvedad de que en el caso del neurótico, el error de maniobra acarreará consecuencias menores graves.

Entonces, ¿es necesario operar a partir del Nombre-del-Padre? Nada es menos seguro, dado que es precisamente el encuentro de *Un* padre el que interviene clásicamente en el desencadenamiento de las psicosis. Recordemos que el Nombre-del-Padre es el significante que nombra al Otro como lugar de la Ley, que hay que distinguir del Otro como lugar del significante, que existe para el psicótico por el hecho mismo de que habla; lo que implica, no es vano recordarlo, la existencia de un sujeto en la psicosis.

El otro del psicótico es, por lo tanto, un lugar sin Ley. Lo que muestra la desconexión significante de la metáfora delirante, incluso en esa consecuencia extrema que resulta de la emancipación alucinatoria. En lo que se refiere a la transferencia, repetidamente discutida, todo indica que existe en la psicosis. Pero, a diferencia de las neurosis, donde éstas desarrollan una neurosis de transferencia, en la psicosis se desarrolla una psicosis pasional. A este proceso lo denominaremos *erotomanía de transferencia*, siendo la erotomanía la modalidad del amor de transferencia propio de la psicosis. Excepto que este amor es un *odioenamoramiento*. Representa, en efecto, una forma caricatural de la estructura fundamental del amor.

En este tipo muy particular de transferencia, el psicoanalista entra en un primer tiempo incluyéndose en el síntoma bajo la forma de  $\$$ , sujeto tachado, estando el psicótico en  $\frac{a}{S_2}$ , es decir un objeto vocal que enuncia un saber.

$S_2$

Notemos de paso que es la fórmula misma del automatismo mental. Desde esta posición, se dirige al analista colocado en  $\frac{\$}{S_1}$ . Propongo denominar a este

tiempo: fase de paranoización de la transferencia. Etapa que no deja de ser peligrosa para el analista. En efecto, en  $\$$ , el analista sufre él mismo, por identificación con el psicótico, en esta posición de división subjetiva, la amenaza de fragmentación. Esto es lo que describe Harold Searles sobre su posición en la transferencia.<sup>3</sup> En cambio, el efecto de  $S_1$  lleva a ciertos analistas a adoptar posturas de taumaturgos, del tipo de “como curar psicóticos en diez sesiones”. En un segundo tiempo, esta posición vira hacia la posición de objeto  $a$  que desencadena el enamoramiento de transferencia, o lo que he llamado antes erotomanía de transferencia. Esto constituye, de hecho, en la psicosis un cierto tipo de lazo social o, más bien, suple la dificultad que padece el psicótico para

hacer lazo social debido a que se sitúa fuera de discurso. El psicoanalista ocupa así para el psicótico, como ocurrió para Schreber bajo el nombre de Flechsig, el lugar del objeto *a*, objeto de la erotomanía. Evidentemente, hay que actuar como para que esto no se transforme en una psicosis pasional clínica, cuya única salida es el pasaje al acto.

Por lo tanto, en un primer momento, el psicoanalista consiente en ser ese lugar de destinatario en *S*, sabiendo que después se producirá un movimiento de viraje que lleva al psicótico a dirigirse como  $\frac{S}{S_1}$  al analista que ha pasado a

una posición de  $\frac{a}{S_2}$ . Es en esta posición de objeto *a* donde desempeñará una

función de condensador de goce. Pero, ¿qué es lo que va a hacer que este movimiento de viraje se produzca? ¿Qué hace que el psicótico acepte cambiar de lugar? Está claro que es el desarrollo de la metáfora delirante la que opera este movimiento de viraje, haciéndolo pasar por el deslizamiento metonímico de la cadena significante en *S*.

Lo importante radica en que consienta en dejarse colocar en esta posición y, por lo tanto, en el semblante. Esto es posible llevando al analizante a la verbalización; particularmente en los momentos en que cierta proximidad del pasaje al acto se manifiesta. En efecto, como Lacan nos lo enseña, el goce está prohibido a quién habla como tal. De esta forma se puede constituir poco a poco una interdicción que hará de barrera al goce y que ocupará el lugar de la barrera del rombo que no hay entre *S* y *a* a causa de la forclusión. Se obtiene por este hecho en sí una temperancia del goce.

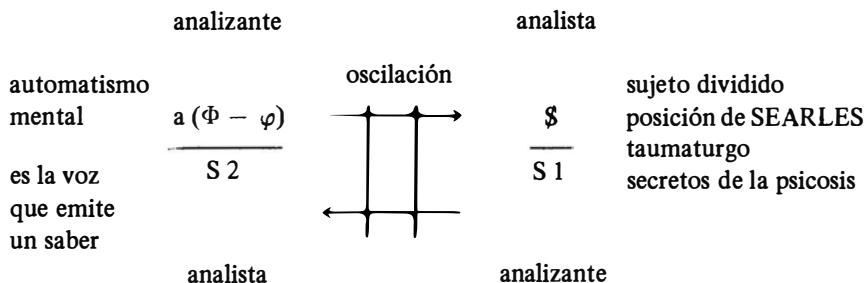
A partir del instante en que el psicótico se compromete en la alienación de la metonimia significante, siguiendo aquí la definición que Lacan da de la metonimia en *Radiofonía*, en 1967, se efectúa un giro al inconsciente que el sujeto psicótico retira de sus *fondos de goce*. En otros términos, la parte del goce que se presta a ello se *simboliza*. Hay aquí un desplazamiento de lo real del goce en lo simbólico.

En efecto, aquí está toda la cuestión, cómo actuar con lo simbólico de la palabra sobre lo real del goce. Por este proceso del significante mordiendo en el organismo se opera un vaciamiento del goce en este organismo, lo que producirá el efecto de hacer un cuerpo como superficie de inscripción, lugar del Otro. “El primer cuerpo (de lo simbólico) hace al segundo por incorporarse a él” dice también Lacan en *Radiofonía*.

¿Dónde queda la cuestión de la interpretación? La interpretación psicoanalítica clásica apunta al sujeto del significante, la función fálica normalizando

el efecto de significación del significante; se trata de la metáfora paterna. La interpretación es en este caso efecto de significación. En la psicosis se ve bien que no se trata de ninguna manera de interpretación significante que sólo se desarrolla en el sentido del delirio de interpretación, incluso del delirio de a dos. Se tratará más bien de una maniobra de transferencia orientada a la templanzia del goce.

La obtención de un plano de la metáfora delirante, reducida al estado de simple convicción delirante, parece en sí mismo un factor de estabilización. Esta estabilización la han obtenido algunos psicóticos, al menos por un tiempo, fuera de análisis, por ejemplo Schreber o el matemático Cantor. Nosotros, analistas, tenemos que decir por qué el análisis le permite al psicótico algo mejor que esa estabilización espontánea. Queda claro que, para mí, ésta es una pregunta que queda abierta. Abierta a otras contribuciones de la clínica de la psicosis bajo transferencia.



<sup>1</sup> *Cahiers pour l'analyse n° 2 -- 1968 -- École Normale Supérieure.*

<sup>2</sup> El reverendo James Jones de la Secta del Templo del Pueblo. El caso de Hitler y la Alemania Nazi.

<sup>3</sup> Harold Searles, "Le contre-transfert", Ed. Gallimard, 1979, ver igualmente del mismo autor "El esfuerzo por volver loco al otro".

**BIBLIOGRAFIA ABREVIADA**

- BALL, C.: *La Folie érotique* – Paris, 1883.
- CLERAMBAULT, G. de: “*Les délires passionnels: érotomanie pure*”. *Soc. Cl. Méd. Ment.* 1921.
- DIDE, M.: *Les idéalistes passionnés* – Alcan, Paris, 1913.
- FERDIERE, G.: *L'érotomanie* – G. Doinet et Cie., Paris, 1937.
- FRETET, G.: *Les causes affectives de l'érotomanie* – Alcan, Paris, 1937.
- KESTEMBERG, J.: “*A propos de la relation érotomaniaque*”, *Rev. Franc. de Psych.* 5-1962.
- LAGACHE, D.: *Erotomanie et Jalousie* – *J. Psych. norm. et path.*, 1938.
- SERIEUX, P et CAPGRAS, J.: *Les folies raisonnantes* – Alcan, Paris, 1909.

## UN PSICOTICO EN ANALISIS

*Michel Silvestre*

Podría haber subtitulado mi intervención: un delirio para dos, entendiéndolo como cuando en un restaurante se pide un bife para dos. El caso del cual voy a hablar impone, en efecto, la siguiente cuestión: ¿hasta qué punto sostener el lugar del analista con un psicótico no implica que el analista mismo participe del delirio?

Dejemos, si quieren, este problema de lado, mientras les presento a Federico. Cuando viene a verme, Federico no presenta ningún delirio manifiesto. Sale de una clínica psiquiátrica adonde lo había precipitado un estado de angustia y de agitación extremos. Era necesario que se lo protegiese de sí mismo y de los otros, decía, podía pasarle cualquier cosa y su muerte era inminente. No era, sin embargo, más que puro sentimiento, sin contenido ni motivo. Esa angustia desapareció parcialmente: neurolépticos y ansiolíticos le permitieron retomar una vida social casi normal.

Rápidamente precisa que no soy el primer analista a quien ha visto, y él mismo no duda que ese episodio agudo tuvo como desencadenante un inicio de análisis que se remonta a un año antes, que había comenzado porque quería ser analista. Si viene a verme, es decir, si persiste en su demanda de análisis, es, por una parte, porque no abandona su proyecto de devenir analista, pero también porque ve al análisis como lo único capaz de preservarlo de esas amenazas —vagas e imposibles de precisar— que pesan sobre él.

Por otra parte, por difícil que le sea su actividad profesional, sabe poder sostenerla, en tanto, dice, que ésta lo mantiene en contacto con la juventud —los muchachos jóvenes particularmente— que son su objeto de amor privilegiado, bajo el modo habitual del enamoramiento cortés. Esto no excluye una relación actual con un hombre joven, de la que sufre con delicia.

Todo esto es dicho en voz baja, casi inaudible, con una alocución extremadamente lenta, en la que cada palabra es pronunciada con esfuerzo, pareciendo las frases, no inacabadas o interrumpidas, sino más bien con lagunas, censuradas. Mis preguntas no hacían más que acentuar la confusión y lo impreciso de sus afirmaciones. Así es como empieza nuestra relación y Federico comienza su psicoanálisis.

El inicio es notablemente alejador, las sesiones estaban consagradas a describir su relación amorosa, a desplegar sus ambiciones literarias y psicoanalíticas, y a verificar mi adecuación a lo que imaginaba era el analista lacaniano. Una actividad marginal, sin embargo, alcanza una importancia inquietante; consiste en pasarse horas en el teléfono con quien estuviera en la línea. Conversa así con las voces de ninguna parte. Rápidamente tengo mi lugar en esa red cuando me telefona a horas tardías para decirme solamente "hola" con una voz que rápidamente reconozco como la suya, para después guardar silencio. Cuando lo interrogo en sesión, termina por explicar que al telefonearme así, solamente verifica si realmente estoy ahí. Parece establecerse un equilibrio: su amante, la red telefónica, y yo en un rincón.

Pero el equilibrio se rompe: su amante lo deja bruscamente, llevándose consigo la mayoría de los objetos que quiere. Asimismo, se precisa una amenaza para Federico: su casa no es segura. La angustia reaparece y Federico me telefona un día a la hora de su sesión para decirme que buscó refugio en el hospital. Vuelve a verme quince días después, guardando el secreto sobre su hospitalización, pues yo no debo tener nada que ver con la psiquiatría.

Retoma las sesiones como si nada hubiera pasado; indicando solamente que se mudó. Un día recibo una participación de casamiento. Federico, en efecto, se casó sin que hubiera nunca dicho nada de esa dama que ocupa ahora sus pensamientos: Por mi parte, no puedo hacer más que esperar la continuación; que llamaría el delirio conyugal, después del delirio telefónico.

Federico no telefona más, en efecto, ni a la red ni a mí. Incluso está orgulloso al respecto. Nada de teléfono para Federico, nada de voz de ninguna parte. Sin embargo, muy pronto es su mujer quien utilizará ese teléfono. Para decirme que no aguanta, que las cosas van mal entre ellos, y me dice que su marido quiere su vida.

Federico rehusa decirme de qué se trata. Solamente me indica que su existencia reposa por entero en la buena disposición de su esposa. La esposa me informa que debió refugiarse en el hospital.

Es necesario entonces que yo le signifique a Federico que de ningún modo se trata de que yo avale que él la mate —por ejemplo aceptando que él se calle

sobre este tema—, siendo ese el caso no quiero verlo más. La pareja se separa y Federico me da su nueva dirección.

Poco después me dirige una doble demanda. Por una parte, es necesario que yo confirme que puede ser analista, y para hacerlo que le derive pacientes, por otra parte, que yo haga que se publique un texto suyo que se propone darme. Mi determinación de no aceptarlas es vivaz y definitiva, Federico me deja quejándose de que yo estuviese tan poco a la altura de mi tarea.

Vuelve pronto, habiendo faltado apenas ocho días, indicándome que se dio cuenta claramente que ese otro analista a quien visitó en ese intervalo, no era el correcto.

Desde entonces, se ocupa atentamente de mí. Mi familia, que él escruta todo lo que puede, mi apartamento, en el que verifica, discreta pero atentamente, la solidez de las cerraduras, lo que escribo, cuyo adecuado nivel doctrinario juzga y sanciona. Eso es en lo que estamos ahora. Como ven este tratamiento no tiene nada de una cura de la psicosis. Sería más bien la manera en la que un psicótico se alimenta de un análisis.

La instalación de un psicótico en una cura. Pues Federico habita, encuentra un abrigo en la cura. Reside en ella, más aún en tanto que soy su anfitrión, ya que obviamente ocupé el lugar de ese punto central desde donde se organiza su enamoramiento. Este lugar es el que fue primero ocupado por el joven, después por su esposa.

En ese lugar Federico me convoca para encarnar en él el goce. Que esta serie contenga primero a un jovencito, después una mujer, después un analista, indica en primer término que este goce está fuera del sexo, más allá de toda baliza fálica. Allí me espera —como a la vuelta de la esquina— al punto en que estaría tentado de apoyarme en el semblante fálico para hacerlo escuchar razones.

Con Federico no hay otra referencia para el semblante que la enunciación misma. Cada vez, para mí, es un salto en lo desconocido, no sabiendo nunca si lo que le digo no será el punto de reversión en que el enamoramiento se hace persecución. Felizmente, Federico cuida que eso no se produzca, y con todas sus fuerzas. Atento a mis menores gestos, a mis menores palabras, escruta mi vida y la de los míos, reúne todo eso comentándolo, es decir, que hace todo para mantenerme en la buena senda. Yo soy lo más valioso que tiene.

No solamente su cura le sirve de abrigo, sino que puede decirse que habita la insignia del psicoanálisis. Ahora sé un poco más de su delirio. Sé un poco más sobre él porque es la cura misma la que le propone el material. Federico actúa de manera de que yo sea el Analista —A mayúscula como gran Otro— pero su

tarea, su misión, va más allá pues ambos, él y yo, debemos sostener el psicoanálisis. Y, por otra parte, haciéndolo, el mundo mismo, en su totalidad, será salvado de la destrucción. Pues entre los millones de muertos que acarrearía ese cataclismo, Federico no podrá evitar que estuvieran mis familiares. Que el mundo no vuelva al caos, ésa es la apuesta de la cura. Quién lo hubiera creído al inicio, cuando Federico parecía más cercano a la hebephrenia que a Schreber. Pero Federico nos enseña así —al menos me sugiere esta hipótesis— que todo psicótico sólo accede al psicoanálisis a condición de devenir paranoico. Es la vía necesaria para que el analista pueda coordinarse con el Otro del sujeto psicótico por el desvío, la transición de una metáfora delirante.

Pues, ¿de qué se trata en esta transferencia? Es decir, ¿qué ocurre en ella con el sujeto supuesto al saber? El neurótico llega al análisis apuntando su pregunta en dirección al saber, la suposición es atribuida al saber y el analista es totalmente designado para soportar esa suposición de saber.

Esta no es la pregunta del psicótico. El problema que plantea el psicótico es el del sujeto. Del sujeto como supuesto al saber. Cuando el saber emerge para el psicótico, cuando le salta a la vista, es más bien como saber del Otro. Y ése no es un saber supuesto, sino un saber que se impone al sujeto, se sabe lo que da eso, da un delirio. Es por eso, me parece, que al analista le conviene tomar un máximum de precauciones si piensa tener que devolver al sujeto lo que termina por conocer de su saber inconsciente; del saber del Otro. Es mejor que lo piense dos veces, si no quiere ser el perseguidor. Lo que hace, que no sea sobre su vertiente de repetición —repetición del retorno de lo reprimido— como la transferencia sostendrá el análisis del psicótico. No es, si quieren, a partir de lo que habría que saber sobre su inconsciente.

Con el psicótico la transferencia es motor de cura en la medida en que permite al sujeto interrogar su goce. Ya se ha visto, es en ese lugar dónde Federico me determina. Ya se los dije, lo que tengo para Federico, lo que deja a mi cargo, es aquello de lo que se puede gozar: mujer, hijos, el análisis, los pacientes. Solamente vigila, controla, verifica, si yo lo uso según su ética propia. No deja de increparme cuando derogo las reglas implícitas que me impone.

A partir de esto, es posible aclarar algo la dirección de esta cura. En efecto, mis intervenciones sobresalientes —interdicciones o significación de mi parte de que delira— como por otra parte lo que él mismo deduce de mis gestos, o de sucesos que nota en mi entorno; a partir de los que se esfuerza por elaborar una significación, todo esto converge para asignarme un sólo y único deber: administrar el goce del que me hace guardián.

Seguramente, no hago más que ocupar un lugar necesario para su manteni-

miento en la existencia. Su amante, como su mujer, no tenían otra función. Sin embargo, parece, hasta ahora, el analista evita que estalle la persecución, empero siempre amenazadora. Si delira, es en el marco estricto del psicoanálisis y alrededor de mi persona para proteger a ambos precisamente de la persecución.

Parece que, el dispositivo analítico, el procedimiento freudiano, permite a Federico una gestión de su goce que probablemente evite las oscilaciones schreberianas que, por ejemplo, con su amante o su mujer lo conducían al hospital. El análisis ofrece a Federico la posibilidad de una economía del goce, por el desvío del amor de transferencia, acerca del que podemos preguntarnos si, justamente para Federico, no encuentra su modelo en el amor cortés. ¿Soy yo la Dama de Federico? Esto explicaría al menos que el margen de maniobra que me deja es más bien reducido. Esa maniobra consiste más bien en no retroceder, por una parte, en no ceder ante las insignias del amor que vincula, diría que cuelga a mi persona. Cualquier rechazo posible no sería más que negación irrisoria.

Por eso es que me costaría decirles la última palabra de esta historia. Puede ser que Federico la sepa, pero nada me ha dicho aún al respecto. Podría incluso agregar que tampoco me lo hace saber por medio de sueños. Yo no sueño con Federico, más bien me despierta, cuando no me impide dormir. Pero, a pesar de todo, me dice una cosa. Me dice que espera de mí el que permanezca en el mismo lugar, sesión tras sesión, para que él, por su lado, pueda volver a ella. A eso me limitaré, tanto tiempo como él me lo demande.



## MARLENE

*Colette Soler*

La exposición se basa en un ejemplo: el de una joven mujer cuya psicosis presenta ciertos rasgos que me parecieron susceptibles de ser elevados; según la expresión de Lacan, al nivel de paradigma.

Si seguimos las indicaciones de Lacan, nos es necesario evaluar qué implica el carácter “fuera de discurso” de la psicosis, correlativo de la no-inscripción del sujeto en la función fálica. Al escuchar a la joven de la que hablo, que llamaré Marlene, se impone lo que ya se podía deducir, a título de hipótesis, de las fórmulas de Lacan: el “fuera de discurso” se manifiesta en el fenómeno a nivel de las identificaciones, como defecto, perturbación, de la representación significante del sujeto.

Correlativamente, veremos cómo el delirio es una tentativa de cura. Marlene, contrariamente a Schreber, sufría y cada vez más con el pasar del tiempo, de una suerte de impotencia para sostener el edificio de un delirio en el que ella podría situarse.

Se evaluará también, con este ejemplo, que la utilización de la biografía, entendida como relato de la historia individual, es casi superflua para el abordaje del tema. Pude, sin dificultad, suprimir la gran cantidad de información que dispongo en ese sentido, y que, lejos de ayudarnos a entender, nos extrañaría más bien en la indiscreción. Queriendo evitar ésta, espero al mismo tiempo hacerles sentir cómo la estructura no es indiscreta, mientras que sí lo es la anécdota anamnésica. Al lado de esto, quise también evitar restituirles la particularidad de esos términos, demasiado identificables, y lamento lo que con eso perderá de valor demostrativo el ejemplo.

Las voces primero. Están ahí y Marlene se aferra a ellas. No tienen, sin em-

bargo, la complejidad ordenada de las voces de Schreber. Especialmente, la distinción estructural planteada por Lacan de los mensajes sobre el código, y del código de los mensajes, no se encuentran en el caso. Lo que las impone como alucinaciones, es su carácter de “cadena rota”, rasgo suficiente, dice Lacan, para que la irrupción del símbolo en lo real sea indudable. Usualmente no son las voces amenazantes del delirio; tampoco el comentario de los actos, más bien fragmentos, que forman un otro texto y que la acompañan permanentemente.

Ella aísla tres tipos de fenómenos: primero, enunciados parásitos, que se imponen como voz, clásicamente, diría yo, haciendo irrupción en el silencio, o en incisos en las conversaciones. Lamentablemente debo evitar los ejemplos para no traicionar a la persona.

Hay otra modalidad, que Marlene distingue de las frases impuestas: son las muestras de la escucha que, en el medio sonoro, en las conversaciones interceptadas, en el metro, sobre las veredas, en la radio etc., aislan fragmentos, los cuales, autonomizados y separados, se animan con una significación extraña, sin que ella pierda por eso el hilo de las significaciones metonímicas comunes, a las cuales continúa, la mayoría de las veces, mostrándose adaptada. Indiquemos que esos fragmentos que “emergen” para imponerse a la escucha, no son necesariamente sostenidos por la fonación, por el canal sonoro. Surgen también de un texto escrito, no vocalizado, a partir de simples fragmentaciones de la sintaxis, el cincel que recorta los textos —en sentido estricto— basta para engendrarlos.

Del efecto de esta trituración significante, casi automática, testimonia cual si fuese un talento muy surrealista, muy pesado de llevar, por otra parte: una aptitud vertiginosa para captar las sobredeterminaciones significantes, que la libra al desencadenamiento de la polisemia. Cada texto leído, poemas, extractos literarios, diarios, devienen un “¡Aquí Londres!” generalizado, en el que todos los niveles de comprensión se trastornan, sin confusión, es verdad, pero no sin dejar de inspirarle miedo.

Si las comparamos a las de Schreber, aparecen las particularidades de esas voces: no están identificadas, no son unificadas, y son... sin mensaje.

Schreber sabe siempre quién le habla. Para Marlene todo ocurre como si el tiempo de la atribución subjetiva de las voces, su imputación a un emisor, faltase. Cuando se le plantea la pregunta: ¿quién lo dice?, responde con un gesto evasivo. Dos veces, sin embargo, en ocho años, indicó haberse planteado ella misma la pregunta, bajo una forma precisa, por otra parte. La primera vez: “¿era un hombre o una mujer?”, la segunda: “¿era yo u otro?”. La respuesta queda sin embargo hipotética, inestable, incierta, casi indiferente. Ausencia de

pregunta, o cuando hay pregunta, respuesta floja, que contrasta netamente con la certeza de Schreber. Para Marlène, la interlocución está ahí, pero no el interlocutor.

De golpe, nada unifica esas voces. Para Schreber, las voces son evidentemente múltiples, pero todas, a pesar de lo diversas que fueran, constituyen el canal de sus intercambios con ese emisor “único en su multiplicidad, y múltiple en su unidad”, que es su dios. Todos los enunciados no son nunca más que ocurrencias de la voz, en singular, de Dios. Para Marlène, las voces, plurales, no definen un emisor. Ellas presentifican una suerte de emisión omnipresente, casi coextensiva al baño significante. En ese sentido, creo poder decir que, del lugar del Otro, ella no hace *un* dios. Nada que ver, sin embargo, con el ateísmo.

Es decir, también el mensaje del Otro falta. Para Schreber, las voces dicen la voluntad divina. En el horizonte de las figuras sucesivas de los perseguidores, Dios lo quiere mujer. Para Marlène, lamentablemente, si se le puede creer en eso, las voces no dicen nada. No tienen ningún imperativo, no la consagran a nada que pueda curar su perplejidad. Hay mensaje, pero no contiene *un* mensaje. Ellas presentifican la dimensión pura de la enunciación, como enunciación vacía, enunciación de nadie.

Schreber, cuando recibe la conminación divina, que lo consagra a la feminidad, encuentra la significación delirante, en relación a la cual se sitúa, protestando o aceptándola. Ella le permite suplir su no-inscripción en la función fálica, y fijar su ser. Es claro para él, que el efecto significante que es su inscripción como mujer de Dios, tiene como correlato la localización del goce devastador, del cual primero era presa, su fijación sobre la imagen del cuerpo propio, bajo la forma de lo que Lacan llama un goce transexualista. Para Marlène, al vacío de la enunciación del lado de las voces, responde de su lado el defecto de identidad, y la indeterminación de su ser. Una suerte de “dejar plantado” permanente. Ella es una olvidada por la memoria de los dioses, y ocurre que el llamado a una significación supletoria se manifiesta en ella claramente.

Esto se produce desde hace ocho años, cada vez —fueron tres veces— que una veleidad de delirio fracasa. En el momento en que aborta el esfuerzo para construir un delirio, no llegando a fijar un mensaje susceptible de llenar esta enunciación del Otro que se presenta, pero que permanece vacía, entonces, *experimenta* su falta de paranoia. Esta llega a formularse explícitamente, con una tonalidad patética, en la pregunta: “¿qué ser?”. Aislo aquí la ocasión en la que la formuló de la manera más ejemplar, aunque limitada a sus identificaciones sociales, profesionales. Perpleja, enumera siete eventualidades, o sea siete significantes bajo los cuales ubicarse —aquí también me abstengo de precisar

los términos—. O bien, soy  $S_1$  o  $S_1'$  o  $S_1''$ ... hasta siete. Enuncia la imposibilidad de hacerse representar por cada uno de ellos. Llega entonces la salida de la octava eventualidad: me mato (*tue*). Es decir, no habiendo recibido del Otro lo que Lacan llama el “tú de llamada sin el cual el sujeto (se envía) sus propias intimaciones”, me separo por el *mato\** (*tue*) del salto real fuera de la cadena. Sino, novena posibilidad, vuelvo al número uno, y giro en redondo. Notemos aquí que el número uno designa su estado social desde el fin de su primer delirio, que la condujo hacia el análisis. Sobre ese “girar en redondo” surge el llamado de ayuda dirigido al analista: es un llamado a la respuesta, que tapando “ese agujero social, ese silencio, esa ausencia”, hará de ella “una entre los otros”. Al analista se le solicita aquí ocupar el lugar de Dios de Schreber, aquél desde el cual le dirá: tú serás... esto o aquello. Se le demanda un imperativo superyoico, que reemplazará el vacío de la enunciación y proveerá, quizás, al sujeto, el punto de apoyo de una identificación. No es sorprendente que, confrontados en las psicosis no paranoicas a ese llamado al superyó, los analistas hayan estado a veces tentados de responder a él. Si la respuesta previa a la pregunta: “¿qué soy yo aquí?”, está articulada en el inconsciente del neurótico y se descifra para él a partir de su síntoma, y si ella se impone en la construcción del delirio paranoico como mensaje anómalo del Otro, respondiendo al abismo percibido primero, en el caso en que, como en Marlene, esta respuesta del delirio falta, el otro que está allí, puede sentirse invitado a dar la ayuda de un imperativo.

Por otra parte Marlene, mucho antes de tener el menor episodio psicótico, había encontrado la solución de unirse a quien bien puede llamarse aquí, un superyó auxiliar, pues todo ocurre como si, a falta de una representación significante, se buscase el socorro de un mandato hecho por otro y que, cumplido por el sujeto, le aseguraría un semblante de estado civil.

Es sorprendente que las siete eventualidades retenidas por Marlene, lejos de ser gratuitas, enumeran la serie de órdenes recibidas de aquellos que, a través del tiempo, ocuparon para ella el lugar del Otro. Todos aquellos que le han significado un “tú serás...”, incluyendo allí un “tú serás psicoanalista”, están ahí. Sería posible mostrar el carácter verdaderamente superyoico de esos mandatos, que no solamente prescriben un significante, sino que imponen un “goza”. La demostración implicaría la utilización de los mismos términos de Marlene. A fin de evitarlo, daré un modelo de ello a partir de otro ejemplo. Supongamos que le hubiera sido transmitido un “tú serás enseñante”; eso se traduciría luego de la confrontación con la función sostenida por el significante en un “tu esta-

\* N.T. *tue (mato)* en francés homófono de *tu est* (tú eres).

rás ensangrentada”\*\* que la libraría al goce vampírico. De esa forma funcionaron los imperativos a los que ella se ató. Surge en todo caso, que el tiempo anterior a su enfermedad ha sido la sucesión de esos emparejamientos a un superyó supletorio. Vivió así bajo una sucesión de reinos. Todos están connotados con una vivencia de opresión subjetiva, y a cada uno le corresponde un modo de presentación de ella misma que, de uno al otro, la vuelve a veces irreconocible.

¿Pero como pasó ella de un superyó a otro? Es sorprendente ver que esa continuidad no es aleatoria. El deslizamiento se operó cada vez a partir de un significante que gobierna al otro. Utiliza, si puede decirse, un significante-amó prestado. Para esquematizar, al nivel de las relaciones, el tercer superyó es el amo del segundo, que es el amo del primero. Esta solución, sin embargo, se reveló insostenible, y finalmente desembocó en los fenómenos psicóticos de la voz que evoqué al principio, con su correlato de solicitud de imperativo, ahora dirigida al analista, como el analista no responde a ese llamado, ella confirma perfectamente cuál es el problema, dirigiéndose entonces al Otro de las bibliotecas. Eso es lo que pasó después que ella enumeró sus identidades impo-sibles, en respuesta al silencio mantenido por la analista, frente a su demanda de superyó: noche y día comienza a “tragar” libros que “desfilan” en ella sin que encuentre allí su respuesta. Ella define su búsqueda, señala sistemáticamente, en la lengua en general, en la literatura más particularmente, y especialmente en la Biblia, las formas del “tú” de apelación. Cada vez más perpleja al percibir que ciertos “tú” excluyen la mujer, dirigiéndose solamente a los hombres, y que todos en su multiplicidad, excluyen la certeza, y la dejan a su deriva.

Sin embargo, las aptitudes de Marlene para la paranoia no son nulas. En el espacio de algunas semanas tuvo tres recaídas. Dejo de lado el estudio de esos tres delirios, cuyos temas y términos son tan completamente diferentes que, al relatarlos, podría creérselos surgidos de personas diferentes. En los tres, sin embargo, era manifiesto que, como para Schreber, venían a ocultar con un mensaje el vacío de la enunciación. Cada vez, el fracaso de la tentativa delirante la remite a su carencia de identidad.

Se impone el problema de la intriccación de esos fenómenos en la transferencia y de los efectos de ésta. Está claro, para comenzar, que el desencadenamiento de la psicosis precedió su llegada al análisis. Ella fue conducida a él por

\* N.T. En francés, *enseignant* (docente, enseñante) es homófono con *enseignante* (sangrante, ensangrentado).

una de las órdenes que evoqué, luego de un primer episodio delirante, consecuencia de su encuentro con la tercera figura superyoica de su pasado.

En ocho años de análisis, deliró dos veces. En ambos episodios se encuentra una misma coyuntura: estaba en peligro de perder sus recursos financieros, abandonada por la madre patria protectora de sus niños (uso aquí sus propias imágenes) y, por otra parte, había interrumpido desde hacía algunos meses sus entrevistas, no retornando al análisis más que en el momento de la eclosión de los fenómenos delirantes. Durante el análisis, por otra parte, si se muestra siempre discretamente alucinada, no delira. Parecería entonces más bien que su lazo con la analista le impide delirar y podemos preguntarnos cuál es la función del silencio del analista, teniendo en cuenta lo que presenté antes como un llamado a recibir el mensaje que le diría su ser. Abriré solamente esta pregunta mediante alusiones.

¿Cómo el analista, si no se presta al papel de superyó, puede, por su presencia conjugada a su silencio, hacer otra cosa que encarnar la enunciación en tanto que vacía? Lo extraño es que el delirio parece aquí encontrarse contenido más que exacerbado, y esto, en beneficio de una deriva significante, perfectamente ilustrada por “el llamado al Otro de las bibliotecas”, y acerca de la cual, la cuestión es saber si el análisis podría centrarlo. Aquí ocurre que uno se da cuenta que al prestar su presencia, se presta más que lo que puede imaginarse. Eso es lo que ella me da a entender durante un vasto inventario sobre lo bello y la imagen de la mujer —cuestión de vida o muerte para ella—, cuando me dice que según la confesión de su madre, ella debía llamarse Marlene, “la mujer más solar de la Historia”. Eso es lo que a mi vez, doy a entender, sin más.

## A PROPOSITO DE LA RECIDIVA DEL PASAJE AL ACTO EN UN JOVEN PSICOTICO

*Marie-Laure Susini*

Nuestro objetivo es aclarar la tendencia a la recidiva del pasaje al acto en un joven psicótico, bajo la forma: *darle una cuchillada a alguien.*\*

En un primer tiempo, tratamos de tomar al pie de la letra esta proposición suya, relacionándola con sus palabras recogidas en el curso de las entrevistas: “Está fuera de evidencia, es lógico, es la verdad, usted debe comprender”. Este hombre da una cuchillada a su padre, no sin que ese gesto haya sido antes esbozado, tanto con su padre como con su madre, precedido de dos tentativas de suicidio, a las que siguieron las mismas amenazas contra el personal que lo cuida en el servicio dónde está hospitalizado.

Atengámonos a las palabras del paciente, extraídas de un material muy tupido.

Sobre la cuchillada: “No sé por qué lo hice”, “Soñaba con darle una cuchillada a mi padre”, “No sé por qué le dí una cuchillada a mi padre, quería dársela a mi madre”, “Que goce tirar una cuchillada en el vientre de su padre”, “Si me quedo aquí, voy a darle una cuchillada a alguien”.

Más tarde, en la relación transferencial: “¿Es eso lo que quiere de mí, una cuchillada?”

Siempre en relación a su acto: “Yo quería matar a mi abuela (paterna) que se moriría de tristeza”, “Yo quería ir a la cárcel para poder tener relaciones homosexuales”, “Yo lo hice porque mi madre lo quería”, “Yo lo hice para hacer sufrir a mi padre, para darle placer”, “Era necesario que eso cambie”, “Si mi padre estuviera muerto, yo estaría curado”.

\* [N. T.] *Coup de couteau*, literalmente golpe de cuchillo, expresión que debe tenerse en cuenta más adelante, pues el término *Coup* juega un papel particular. Debe señalarse asimismo que *Coup* se remite también a *Couper*, cortar.

Un sueño: el único que traerá, pero como sueño repetitivo, y que olvidará luego: "Estoy en un tren, en un compartimiento con mi abuelo, salgo al pasillo. Le dan una cuchillada a alguien".

Tres recuerdos que se pueden calificar de recuerdos encubridores: "Miro a un compañero que se masturba delante mío. El líquido sale. Descubro el goce. Me percato luego de que lleva el nombre de mi padre, en fin su nombre de pila".

Este recuerdo encubridor es reorganizado a la sesión siguiente: "Miro a un compañero... descubro el goce. Mi madre me dice: 'Tiene el nombre de tu padre'".

Este primer recuerdo es adjudicado a la edad de siete años, luego de once años, el segundo recuerdo un poco más tarde: "Me masturbo en el cuarto de mis padres delante de la ventana. Mi madre entra cuando el líquido sale".

El tercer recuerdo puede ser situado netamente a la edad de diecisiete años: "Mi madre tenía un amante. Abrí la puerta, la ví hacerse sodomizar por su amante. Volví a cerrar la puerta".

Los elementos delirantes son constantes, bastante pobres, siempre idénticos: "Aquí, M. X, M. Y, M. Z, tosen. Tosen porque saben que yo me masturcé". (La tos era alucinatoria). "M. X tose. Es porque ve que mi madre es lesbiana y que yo soy homosexual y que mi madre y yo, somos iguales".

Escucha una voz, que reconoce como la de su padre, que dice: "Marico, cuéllénselo, sodomísenlo", y otras voces: "Le vamos a romper la jeta".

A propósito de su padre: "Mi padre y yo salimos del mismo vientre", "Mi padre no puede pelearme, porque yo soy... su padre", "Mi padre está siempre allí para vigilarme", "Me hace saber que está atrás mío, que me ve", "Me impide tener relaciones sexuales", "Mi padre siembra la ley, el pánico, el despelote", "Mi padre me deja hacer de todo. Incluso me dejó... ¡matar a mi padre!"

A propósito de la masturbación: "Cuando me masturcé, mi madre lo vio", "Cuando me masturbo, pienso siempre que me hago sodomizar", "La masturbación es tan prohibida como darle una cuchillada a alguien".

Por último, no se puede dejar de escuchar al singular surgimiento de la palabra *tranchant* "cortante": "Antes de darle una cuchillada a mi padre, ví películas de karate: se peleaban con cortantes... cuchillos", "Es necesario que cambie. Es necesario un cortante. Es necesario cortar". "Esto va mejor ahora, hay un pequeño cortante" (después de un cambio de pabellón en el curso de su hospitalización).

\* [N. T.] *Tranchant* tiene en francés muchos sentidos. 1) que corta y divide —*coupant*. 2) decisivo, que decide. 3) neto — filoso.

Mucho más tarde, percibiendo que lo que se espera de él, no son tanto cuchilladas sino palabras: "Creo que dije allí palabras cortantes", y habiendo hablado de proyectos de futuro: "Acabamos de entrever una solución cortante". Finalmente: "Estaba en el coche, atrás. Mi madre estaba sentada al lado de mi padre, en mi lugar. Si le hubiera dicho a mi madre que es una lesbiana, no habría tenido necesidad de darle una cuchillada a mi padre, eso hubiera sido cortante".

Señalaremos simplemente que se presenta como homosexual pasivo, y cuenta cómo iba por la calle a hacerse levantar por los hombres, se hacía pagar.

La primera pregunta que se impone es la del estatuto del enunciado aparecido en el sueño: "Se da una cuchillada a alguien", sueño que precedía al pasaje al acto: "Doy una cuchillada a mi padre".

Si nos autorizamos, en función de su formulación particular, y de su conjunción con el acto, a llamarlo provisoriamente fantasma, ¿cuál es aquí su estructura? El sujeto no aparece en él, tanto el que da la cuchillada como quien la recibe son anónimos. El enunciado sólo está evocado en un sueño, el paciente no puede decir nada. ¿Quién da una cuchillada? El no lo sabe. ¿Quién la recibe? El no lo sabe, respuesta que no deja de evocar la clásica respuesta obtenida alrededor de *Se pega a un niño*. Si el enunciado es el de la desubjetivación, el acto hace aparecer al sujeto: doy una cuchillada, con goce ("¿Qué goce tirarle una cuchillada al vientre de su padre?"), y al mismo tiempo lo hace desaparecer en la medida en que "se da una cuchillada a alguien" es actuado por él, en una compulsión donde de hecho es actuado por el enunciado: "No sé por qué lo hice. No es lo que quiero, es más fuerte que yo". Si nos referimos al fantasma masturbatorio, se trata entonces invariablemente de hacerse sodomizar: "Cuando me masturbo, me hago sodomizar". Por otra parte: "La masturbación está tan prohibida como darle una cuchillada a alguien".

Podemos reconstruir así la frase intermedia: ¿Hacerse sodomizar por alguien, por su padre, es tan prohibido como darle una cuchillada a alguien, a su padre?

"Yo me hago sodomizar por mi padre" sería la frase excluida, rechazada, cuya reconstrucción es necesaria.

Si nos referimos ahora a los llamativos enunciados concernientes al "goce", el de su vocabulario singular, éstos parecen confirmar esta reconstrucción: "Qué goce darle una cuchillada en el vientre a su padre", "Miro a un compañero masturbase, descubro el goce".

El "goce" es darle una cuchillada a su padre, es también masturbase, hacerse sodomizar.

Consideremos ahora la alucinación: “pederasta, culénselo, sodomísenlo”, exigencia acarreada por la voz del padre, que recuerda el fantasma masturbatorio. ¿A quién se dirige la exhortación? ¿Quién sodomiza a quién? De la otra alucinación: “le van a romper la jeta”, no puede tampoco decir si ella se dirige a él como aquel al que le van a romper la jeta o si es a algún otro entre quienes lo rodean a quien le van a dar los golpes. ¿Quién rompe la jeta a quién? En todo caso, le gustaría hacerse romper la jeta, “sueña con eso”. En lo que hace a la exigencia, es la de: ¿Qué es lo que quieren de mí, una cuchillada?”. Se sodomiza a alguien, se le rompe la jeta a alguien, tres enunciados a los cuales hay que agregarles la mirada: la mirada de la madre cuando se masturba o cuando le da una cuchillada a su padre (ella estaba presente), la mirada del padre que le hace ver que está siempre detrás de él, la mirada central en los tres recuerdos encubridores construidos alrededor de una simbolización imposible de la escena primaria.

La importancia del último recuerdo: “veo a mi madre haciéndose sodomizar por su amante” está marcado en la biografía por su relación cronológica con la entrada en el ciclo de las hospitalizaciones y pasajes al acto. Aparición de Un-padre sin duda, es también recuerdo traumático de un real no simbolizable, de una escena primitiva en la que por otro lado la pregunta sobre la diferencia de sexos no tiene que hacerse. Hasta entonces, el goce era auto-erótico, tanto el de los padres como el del hijo era masturbatorio, puesto que el padre sólo aparecía como un compañero que se masturba, el goce es el de quien mira y de quien se masturba. Cuando la madre aparece para hacer referencia al Nombre-del-Padre, sólo designa un otro con minúscula, y ella misma, sin duda, aporta mucho más una mirada que una palabra.

Llegamos aquí a la reconstrucción de una etapa: mi padre me da un golpe bajo la mirada de mi madre, lo que no basta para dar cuenta de la necesidad de darle una cuchillada al padre.

Para intentar avanzar un poco, es necesario, por otra parte referirse a las llamativas apariciones de la palabra “cortante” y a su empleo singular, a veces estrictamente utilizado como cuchillo, ligado a la repetición, a la demanda del Otro y a una exigencia superyoica de sacrificio o de separación: “Se peleaban con cortantes”, “Esto va mejor, hay un pequeño *cortante*... como una cuchillada”.

La repetición es tanto la de la necesidad de la cuchillada como la de una separación o un cambio afuera en la relación con la madre o el padre, y también respecto al hospital: “Si no cambio de pabellón, me veré obligado a darle una cuchillada a alguien. Es necesario que cambie, hay que cortar”.

Cortante es igualmente la respuesta fija a la pregunta: “¿Qué me quiere?” y aún allí lo que se le puede ofrecer al otro, son primero cuchilladas (“¿Qué quieren de mí, una cuchillada?”) y luego palabras cortantes.

Cortante es también la exigencia superyoica de goce, de sufrir, de hacer sufrir, de sacrificarse.

Y ese decir cortante: “Mi madre estaba en mi lugar. Si yo le hubiera dicho que es una lesbiana, eso hubiera cortado, no hubiera tenido necesidad de darle una cuchillada a mi padre”, “Soy homosexual. Mi madre es lesbiana. Mi madre y yo, somos iguales”.

Hay que referirse aquí a otra dimensión. En efecto, el fantasma: “Mi padre me da un golpe, mi padre me sodomiza” no es específico. ¿Por qué esta necesidad de la cuchillada y esta fijeza del cortante? Refirámosnos a las consecuencias del defecto simbólico de la función paterna manifestada aquí en los enunciados del estilo: “Mi padre y yo salimos del mismo vientre, yo soy el padre de mi padre”. Toda elaboración simbólica de la procreación y del lugar en las generaciones se volvió imposible. Defecto de padre simbólico, omnipresencia del padre imaginario, prohibiendo las relaciones sexuales, siempre atrás, dando golpes, aquel al que hay que matar para curarse, se aúnan en las fórmulas: “Me deja hacer de todo, incluso me dejó matar a mi padre. Mi padre siembra la ley, el pánico, el despelote”.

La ausencia de metáfora paterna es correlativa de la no inscripción en la función fálica. Pero, si en efecto, ser la mujer que le falta a los hombres, tomar el lugar de su madre, a falta de ser el fallo que falta a la madre, sería una solución cortante, porque aquí ella y su cascada de reordenamientos imaginarios, que traerían finalmente la estabilización de una metáfora delirante reducida al mínimo, no basta: en el exterior, ser la prostituta, hacerse levantar por los hombres, bajo la mirada del padre: “Mi padre me seguía, me hacía ver que estaba atrás mío, que me veía”. En el hospital, que es un “burdel”, masturbarse, hacerse sodomizar, bajo la mirada del Otro. Así, se trata de una homosexualidad “delirante”, su madre y él, lesbiana y homosexual, son iguales, y a lesbiana y a el homosexual o la homosexual, podría sustituir el término de transexual o de La mujer, si dispusiese de él.

El esbozo de metáfora delirante, sin embargo, no basta y la necesidad del cortante insiste en una tentativa de “cura”. Si el enigma del deseo del Otro lleva a ofrecer la falta a la falta del Otro, aquí la pregunta del deseo del Otro no se hace. ¿Qué quiere? Un golpe. El fantasma no sostiene el deseo del Otro como insatisfecho, imposible o prevenido. ¿Por qué la creación de este significante cortante, ligado a toda repetición, insistencia que supera al sujeto y a la

cual se somete con violencia sin saber por qué? Aquí, hace falta cortar-decidir, y llamar a este paciente por su nombre. Démosle aquí un nombre: M. Neytte. Hace falta ser *Neytte*\*: hay que cortar.

Cortante es un neologismo, condensando *Neytte*\* y cuchillada, bajo la cual el sujeto está petrificado. En la medida en que no hubo metáfora paterna, condición de la separación, el sujeto queda paralizado bajo Neytte = cortante = golpeante *coupant*\*. En el encuentro con una demanda del Otro, trata de encontrar una falta para ofrecer a la falta del Otro, y de encontrar una falta en el Otro. Pero no hay brecha posible, no hay corte significante donde se efectúa la metonimia, y no puede, en una tentativa de separación, más que ofrecerse él mismo (el suicidio), o sacrificarse como cuchillada, como *coup-ant*\*, recayendo en la identificación: cortante = Neytte. Toda tentativa de separación como cura, como haciéndolo escapar de la alienación, es imposible. Entre ser Neytte y ser cortante, una primera oscilación que lo constituye y lo paraliza en su identificación. Me hago ver como cortante, tal es entonces su único soporte, en una imposibilidad de encontrar el deseo del Otro tachado del goce por la metáfora paterna. Cortante significante fijo, pseudo-metáfora, neologismo de hecho, es el único que representa al sujeto, que se identifica bajo Neytte, neto, cortante o con filo, cuchillada.

El encuentro con el Otro no tachado, el Otro del goce, lo lleva a: "Se le da una cuchillada a alguien". Alrededor del padre imaginario, se construye a partir de: "Mi padre me da un golpe (*coup*)", la tentativa de metáfora delirante, ser la mujer que le falta a los hombres. Pero es: "Le doy una cuchillada a alguien, a mi padre", lo que, en una dimensión de apariencia pulsional, trata de producir un sujeto en el acto.

Se concibe entonces que la cuchillada mortal al padre haya sido durante mucho tiempo para él la única "cura" posible, haciendo de una vez, mediante un sólo golpe (*coup*) real, en lo que no pudo ser simbólico, del padre imaginario, aquel que está siempre atrás de él, portador de la voz y de la mirada omnipresentes, el padre muerto. A menos que pueda acceder a un decir *cortante*.

\* [N. T.] Alude a la homofonía con *nette*: neto, filoso —que se une a *tranchant* y a *coup-ant*, sinónimos del anterior y que incluye *coup* (golpe) incluido en golpe de cuchillo.

\* [N. T.] Recordar las homofonías y deslizamientos de sentido ya señaladas entre *nette* (neto), *coupant* (cortante), *tranchant* (tajante, cortante) y *coup* (golpe) en *coup de coutreau* (cuchillada).

## AZUCENA Y SUS ALLEGADOS<sup>1</sup>

*Juan Torrisi*

Hace poco más o menos un cuarto de siglo que se desencadenó la psicosis de la que llamaré Azucena. Su segundo hijo acababa de nacer cuando comenzó a considerarse objeto de las agresiones de Ernesto, su marido.

La vida conyugal se fue tornando difícil y, un día, una pelea que llegó hasta la agresión física precipitó a Ernesto a abandonar el hogar. Un psiquiatra, que la atendió en aquella época, aconsejó a su marido, en consideración a su juventud: "Usted no tiene más nada que hacer acá". Varias veces me contó esto Azucena.

Entretanto Tito, su hermano, tomó las riendas de su vida. Logró de inmediato que le fuese concedida una pensión por invalidez correspondiente a la profesión universitaria que nunca llegó a ejercer. Dirigió, además, el complicado operativo de su separación matrimonial y la llevó a los psiquiatras que sucesivamente la atendieron. A lo largo del tiempo se alternaron numerosos episodios agudos con períodos de estabilidad, durante los cuales cuidó de sus hijos y de su casa y mantuvo un muy discreto contacto social.

Un año antes del suceso que voy a relatar fui llamado por sus hijos para atenderla. Lo que pasó es que habían comenzado a dejarse oír sus voces mientras a su alrededor se producía una disputa entre los hijos, por un lado, y su hermano por el otro. La misma tuvo, como eje principal, una polémica acerca de la elección del terapeuta. Finalmente el hermano aceptó deponer su prerrogativa a seleccionarlo, y aún así, consintió en seguir pagando los honorarios.

Azucena, por su parte, escuchaba voces que, no sólo le impartían órdenes que ella cumplía, o intentaba cumplir, sino que además le transmitían

noticias desgraciadas que la atormentaban. Apenas si tuve oportunidad de pre-senciar sus síntomas pues concluyeron conjuntamente con la crisis familiar.

En un comienzo Azucena tenía un aire de estar absorta en sus pensamientos y hacía, maquinalmente, algunos comentarios que no decían gran cosa. Lo que la preocupaba mayormente era el porvenir de sus hijos o la situación económica. De cualquier modo, aún cuando en pequeñas entregas, me fue poniendo al tanto de algunos hechos de su pasado.

En cuanto al tema de sus delirios no era tocado para nada. De sus voces sólo pude enterarme algo a través de su temor de volver a oírlas. A veces ocurrió que “tuvo voces” pero no llegaron a alarma-la ni a sacudir su tedio. Eran conversaciones entre Tito y Ernesto que olvidaba al punto. Había otras impersonales que le recitaban lo mismo que se había propuesto hacer durante el día, como para que no se le pase algo.

Cierta vez me preguntó si no podía ser yo quien le extendiera las rece-tas, ya que seguía tomando la medicación y se le hacía muy enredado con-tinuar con sus visitas al psiquiatra para renovar su provisión. Este era el mismo que sus hijos habían conseguido vetar parcialmente. Como abrigaba la sos-pecha de que la medicación podía tener algo que ver con el tono chato de su con-versación, acepté. Me aseguré de que las dosis administradas eran con-sideradas como muy altas para un tratamiento de sostén y le anuncié mi pro-pósito de disminuirlas gradualmente. Azucena, notoriamente asombrada, lo apro-bó y me acosó a preguntas que eludí como pude.

Poco después habría de hacer suya la “campaña” contra las drogas anti-psicóticas y más de una vez dejó de tomarlas por descuido. Para entonces me había convertido, más bien, en espectador pasivo de su creciente desagra-dado por la medicación. Cuando casi la había abandonado por completo se plan-tó en una dosis pequeña de haloperidol, por miedo —según dijo— a las conse-cuencias que pudieran acarrearle no tomar nada.

Entretanto, en medio de una caravana de recuerdos, surje un impulso nostálgico que la llevó a buscar a sus antiguas amigas a las que hacía años que no veía. Me enteré, por ejemplo, de que es hija de un parlamentario, quien profesaba una moral estricta, lo cual, como antecedente, no carece de interés.<sup>2</sup>

### *La madeja de lana*

Azucena proviene de una pequeña ciudad de la provincia de Buenos Aires,

donde vivió hasta la edad de 18 años. Una compañera de estudios de esa época, Alcira, se vino a vivir hace poco a la capital, junto con sus hijos, después de ser abandonada por su marido. Ambas comienzan ahora a frecuentarse y emprenden juntas la tarea de tejer prendas de lana para vender. Que yo sepa, este hecho no llamó especialmente mi atención, más bien, se deslizó entre las evocaciones de su pasado y los comentarios sobre la bruma de terror que, para ese entonces, había comenzado a disiparse en el país.

Las cosas me parecían estar marchando mucho mejor en las sesiones cuando, al regresar de una de sus habituales visitas mensuales a X, su ciudad natal, Azucena se mostró muy excitada y, algo desacostumbrado en ella, agresiva. Estando allá se atendió con un clínico, quien le adelantó que presumía una enfermedad hepática causada por la medicación que tomaba y le solicitó algunos análisis de laboratorio. Ella tuvo de inmediato la certeza de que, no sólo su hígado estaba dañándose, sino también su memoria. Resolvió librarse por completo de las pastillas y sintió luego una gran claridad de ideas. Para probármelo me relató, con lujo de detalles y haciendo gala de sentido crítico, una mesa redonda que vio por televisión, nombrando de paso, uno por uno, a cada uno de los políticos que intervinieron.

Esa misma noche me llamó por teléfono, su estado hipomaníaco se había trocado en un enojo franco. Alguien se había apoderado de sus elementos de tejer y estaba decidida a averiguar quién había sido.

#### *Mensaje del hermano*

Tengo conectado a mi aparato telefónico una cinta grabadora de la que, posteriormente, recogí el siguiente mensaje: "Habla el hermano de Azucena, que hace 25 años que la está respaldando en el..., en el..., en su atención médica. La veo a Azucena muy avanzada. Su dolor de espalda ha sido siempre una característica que avisa una inminente crisis. Le ruego que tome las prevenciones del caso". Pensé si su vacilación no se debía a que estuvo a punto de decir "en el análisis", ya que, la discordia entre él y sus sobrinos había estallado en torno a la alternativa psicoanálisis o psiquiatría. En cuanto al tratamiento, al que alude veladamente el mensaje, es el electroshock, que fue utilizado en la gran mayoría de los brotes de la enferma para conseguir la remisión.

Por su parte, Azucena intentó establecer cierta complicidad conmigo y me pidió que no le vaya a contar nada a su hermano del dolor de espalda,

pese a que era evidente que ya lo había hecho ella. En otro orden de cosas me relataba la búsqueda de su lana. Irrumpió una noche en el cuarto de uno de los hijos y lo sorprendió exigiéndole la devolución de la lana. El hijo, semi-dormido, había reñido ásperamente con ella.

En cuanto a mí, me formulaba la pregunta sobre el autor y el móvil del despojo de sus tejidos, como si, para ambos, no quedara duda acerca de la respuesta. Ella misma no aportó ninguna.

Poco después llegarían las voces y “esta vez, dijo, no pueden ser pura invención mía”.

Las voces comenzaron por anunciarle: “estás llena de voces” y afirmaron a continuación que había muchas Azucenas, muchos Ernestos y muchos Titos. Esto último era, en cierta forma, explicado así por las mismas voces: “un cirujano plástico está haciendo operaciones y componiendo rostros semejantes”. Por mi parte lo vinculé con la operación de cirugía estética a la que se había sometido, en esos días, la esposa de Tito.

Por fin, en medio de un gran desorden del lenguaje, se perfilaron elementos que, por momentos, estabilizaban su mundo entre dos polos, uno benéfico y otro malefico. En efecto, las voces refirieron la llegada desde lejanos planetas de los protectores “hongos taurinos”, seres minúsculos, inaprensibles a simple vista, que se alojaban en distintas porciones de su cuerpo, principalmente en la orina, lo que obligaba a hacer grandes esfuerzos por retenerla. También ellas, han declarado a su ex marido “el mayor delincuente del universo”, debido a que conspira sin cesar para “cogerla analmente” y a que es dueño de poderes que le permiten, a través de los rayos de la luz eléctrica, observarla mientras se desviste.

Además de aquellos hongos también la lana está de su parte, vale decir de parte de los “necesitados”. Puede tratarse del relleno de un almohadón, que ella esparce sobre su cama, o de una frazada desgarrada cuyos trozos se propone distribuir entre los “humildes”, a modo de escapularios.

### *Un efecto singular*

Esta vez, los hijos decidieron ser ellos los que se ocuparan de la madre, lo cual tenía el claro propósito de ampararla. ¿De qué? Principalmente de que le apliquen electroshock y, precisamente, la internación entrañaba ese riesgo. La medicación y el control de su eficacia le fue encomendada a un especialista, y organizaron de tal manera el cuidado de la paciente, que ésta nunca se encon-

traba a solas. Yo la iba a visitar a su casa un par de veces por semana y además de escucharla intentaba, infructuosamente, entablar un diálogo con ella.

Uno de los hijos, a quien le había tocado en suerte acompañarla el fin de semana, me relató, algo desalentado, que la noche del sábado había sido particularmente tormentosa. La madre lo despertó presa de gran excitación, había destrozado la frazada (episodio al que hice referencia antes) y no hubo modo de calmarla hasta que pasadas algunas horas la venció el cansancio y cayó dormida. Atribuyó, decididamente a Alcira el descalabro. Estuvieron juntas el sábado por la tarde y, esa mujer, quien le cae francamente antipática, no cesó de echar pestes contra su ex marido. No es la primera vez, antes del acceso, era frecuente oírla decir esas cosas al paso que tejían, y Azucena la atendía en silencio pero con vivo interés. Después de estas tertulias se la podía notar inquieta.

Guardé para mis adentros algunas frases de Alcira y, tan pronto como pude, expuse a Azucena la versión de su hijo de lo dicho por Alcira intentando, al mismo tiempo, relacionarlo con algunas manifestaciones de las voces. Al revés de lo ocurrido en épocas recientes, aunque con parquedad, Azucena tomó parte en el asunto.

Los días siguientes las voces se fueron espaciando y se amplió el margen del diálogo que era capaz de sostener conmigo. Varias veces le imprimí al mismo la dirección que conducía al discurso de Alcira. Nunca más sus voces volvieron a hablar de los hongos, en cambio, enderezó sus palabras hacia la persona de Ernesto, a la que hizo blanco de un delirio bastante poco organizado.

Si no me equivoco, una frase, que pronunció con energía, marcó el comienzo de la fase ulterior a las alucinaciones. Inauguró una sesión de este modo: "Mi hermano tiene el siguiente dicho: a mí me falta alguna substancia química en el cuerpo y el haloperidol me la reemplaza, por lo que no tengo que dejar de tomarlo".

### *Interrogantes*

Pretendo orientarme ahora con estas dos preguntas que, sin duda, dejan otras en el aire.

¿Cómo concebir el papel desempeñado por Alcira en la violenta reaparición de las voces? Y la otra, que depende de la anterior; si es que surtió algún efecto, ¿cómo puede explicarse el apagamiento de las voces después de comunicarle a la enferma la observación que su hijo había hecho?, o dicho de otro modo, ¿qué función habría cumplido, ese trozo de discurso, en las charlas con

la amiga? Doy por supuesto que, en este último caso, la charla habría tenido carácter de diálogo y no, como fue el caso, de monólogo.

Una tercera cuestión que, sin duda, puede plantearse, me parece que puede ponerse en evidencia más sencillamente. Me refiero al papel de "muleta imaginaria", como lo llama Lacan, que tenía Tito para la hermana, con lo que compensaba bastante el frágil equilibrio al que la exponía la ausencia del Nombre-del-Padre, entre sus significantes de base. Esto situaba de continuo al yo de ella, en el par imaginario, como objeto de captura, dando muy pocas veces paso al tiempo de la exclusión recíproca<sup>3</sup>. Este sitial le fue arrebatado, en parte, por una obra a la que dieron comienzo los hijos, cuando cuestionaron la asistencia de su preferencia, proseguí yo con lo que, al fin de cuentas, fue una postura adversa al haloperidol y consumó, también él sin saber lo que hacía, el clínico de su pueblo. Sea la prueba de esto la vacilación que tuvo Tito en su mensaje al contestador telefónico, para no tener que afirmar (como conjeturo) que respaldaba al análisis. ¿Por qué, sino porque no se sentía reconocido en ese cargo por el psicoanalista?

Yendo al primero de los interrogantes, creo que puede decirse, que fue en el interregno de la tutela de Tito que, su hermana, se sintió requerida por su amiga a "tomar la palabra"<sup>4</sup> aquello que Lacan, en el terreno de las explicaciones, determinó en la declaración de la psicosis. Es en virtud de la unidad que prevalece a nivel significante,<sup>5</sup> que la continuación que podría sugerir la perorata de la amiga, poblada de acusaciones, lanzadas contra su ex-marido (y padre de sus hijos), se convirtió en una pesada obligación, que ella no podía asumir, y, mucho menos en la primera persona gramatical. Tal vez, podría haber citado algún aforismo acuñado por Tito al respecto, pero, o bien no disponía de uno, o no estaba en condiciones de emplearlo, lo cierto es que no pudo añadir el significante que suplementara el discurso machacón de la otra. Téngase presente el dicho de Tito que dio cierre a la etapa de las voces.

Que el sujeto no asuma como *je* su enunciado, es algo que se demuestra en la psicosis desde diversos niveles de la teoría.

En su escrito sobre Schreber<sup>6</sup> Lacan analiza algunas de las alucinaciones verbales (las del "juego forzado del pensamiento", cap. XVI de las memorias de Schreber) como prótasis de las frases interrumpidas, donde se indica justamente la posición del sujeto en el mensaje.

Freud cuando clasifica los delirios de la paranoia como modos de negar la proposición "yo la amo", también recalca la necesidad, para los delirios erotomaníacos y de persecución, de que se haya agregado el mecanismo de la proyección para, como lo señala Lacan, borrar el *je* de su formulación<sup>7</sup>.

Homólogamente, en esta oportunidad las voces producen el veredicto de *delincuente* donde se habría podido esperar de Azucena el siguiente comentario dirigido a la otra: “pienso que es un delincuente lo mismo que Ernesto”. En cambio esta apodosis fue oída como una voz en lo real por haber tomado un atajo y provenir de ese *a* minúscula que es su alter ego.

Quiero enfatizar acá que la paciente no me había dicho ni media palabra de sus tertulias con su amiga.

Tal vez cuando yo engarcé, valga la expresión, la información suministrada por el hijo, “es una mujer muy antipática”, así dicho para resumir, ésta concluyó el párrafo de una buena vez, y puso término, de paso, a la confrontación en que se hallaba con la falta del significante del padre, en su constelación simbólica; y donde la habían empujado las alusiones de la amiga que le sugerían, de hecho, que debía tomar la palabra.

Es curioso que al hijo no se le hubiese ocurrido quebrar el silencio y decirle directamente a la madre su opinión sobre la mala influencia de la otra. A esto puedo acotar que: por una parte no estoy completamente seguro de que no lo haya hecho y por la otra que habitualmente era muy poco lo que mencionaban al padre en sus ruedas de tres, y además, desde hacía años, Azucena se había impuesto como regla, y cumplido, abstenerse de hacer cualquier comentario despectivo sobre el padre. Por ende, un tema que lo incluyera no podía ser nada fácil de afrontar por el hijo.

En fin, no creo ni remotamente, que la cuestión se zanje de un modo simple pero sí creo que el efecto merece el calificativo de notable.

<sup>1</sup> Este trabajo es una modificación del presentado con el título “El analista y los allegados del psicótico” en el Tercer Encuentro Internacional del Campo Freudiano.

<sup>2</sup> Lacan, J.: D’ une question préliminaire; *Écrits*, pág. 579.

<sup>3</sup> Lacan, J.: Le Séminaire Nº III, *Les psychoses*, pág. 230-231.

<sup>4</sup> Ibid, pág. 283-285.

<sup>5</sup> Ibid, pág. 294 y 297.

<sup>6</sup> Lacan, J.: D’ une question préliminaire..., *Écrits*, pág. 539-540.

<sup>7</sup> Ver cap. III del Seminario *Les Psychoses*.