



Trabajo Final de Grado

Psicosis y transferencia
Una lectura del caso Schreber

Modalidad: Articulación teórico-clínica

ESTUDIANTE: SOFÍA PORCIRES LEITES

C .I. 5.154.946-3

TUTORA: ASIST. MAG. PAOLA BEHETTI

REVISORA: ASIST. MAG. MARCELO NOVAS

Montevideo, abril de 2021

ÍNDICE

ÍNDICE	2
RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
<i>Vous êtes au courant... ¿Estamos al tanto?</i>	4
<i>La cage aux folles</i>	6
Encuentros locos	9
1. PRIMERA PARTE: LAS PSICOSIS.....	12
1.1 Modelos de comprensión.....	12
1.2 El caso del presidente Schreber	13
1.3 Mecanismo paranoico (Freud, 1911).....	18
1.4 Las psicosis y su mecanismo de defensa: de la <i>Verdrängung</i> freudiana a la <i>Verwerfung</i> lacaniana	20
1.5 La forclusión del nombre del Padre y el gran Otro	23
1.6 La metáfora paterna y el complejo de Edipo	25
1.6.1 <i>Los tiempos lógicos del Edipo</i>	26
1.7 Los delirios y las alucinaciones en las psicosis	27
1.7.1 <i>El delirio y sus fases</i>	28
2. SEGUNDA PARTE: LA TRANSFERENCIA.....	30
2.1 La transferencia en Freud	30
2.1.1 <i>Amor de transferencia</i>	31
2.2 La transferencia en Lacan.....	32
2.2.1 <i>La transferencia y su relación con el sujeto supuesto saber (SsS)</i>	32
2.2.2 <i>Presencia del analista</i>	34
2.2.3 <i>Sexualidad y pulsión</i>	34
3. TERCERA PARTE: TRANSFERENCIA EN LAS PSICOSIS	37
3.1 ¿Hay transferencia en las psicosis?.....	37
3.2 Erotomanía de la transferencia y el lugar del saber.....	37
3.3 Transferencia y escritura	41
REFLEXIONES FINALES.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	46

RESUMEN

El presente Trabajo Final de Grado tiene como objetivo comprender las particularidades de la transferencia en las psicosis desde una perspectiva psicoanalítica, articulándolas con la lectura del historial clínico freudiano conocido como caso Schreber (Freud, 1912). Para ello, en una primera instancia, intentaré responder algunos de los interrogantes que surgieron en las experiencias clínicas de mi formación en psicología que se relacionan con el objetivo propuesto. A continuación, se realizará una breve descripción del caso a partir del texto freudiano y de las *Memorias* escritas por Daniel Paul Schreber (1903), para luego abordar las nociones de psicosis y transferencia, y sus principales características, según los aportes teóricos de Sigmund Freud y de Jacques Lacan. Estas han sufrido cambios a nivel epistemológico a lo largo de la historia, por lo cual se hará un breve recorrido de su evolución y concepción. Por un lado, se abordarán las psicosis desde los distintos modelos de comprensión: desde la noción de locura, pasando por la de enfermedad mental, como categoría nosográfica, hasta su abordaje como una de las tres estructuras psíquicas concebidas por el psicoanálisis. Por otro lado, se profundizará en aquellos aspectos que hacen de la transferencia una de las nociones fundamentales del psicoanálisis. Por último, se intentará responder la especificidad de la transferencia en la psicosis y sus implicancias en la clínica, interrogante que ha sido cuestionada desde sus comienzos, ya que el psicoanálisis no fue considerado como un método útil para el tratamiento de las psicosis, tema que se problematiza en este trabajo.

Palabras clave: transferencia, psicosis, caso Schreber

INTRODUCCIÓN

A modo de introducción, y justificación de la elección del tema, presento algunos fragmentos que surgieron en mis prácticas clínicas como estudiante de la licenciatura en Psicología. Estas experiencias se encuentran ordenadas en tres secciones y están atravesadas por situaciones que me interpelaron e hicieron que me plantee las interrogantes que dan origen a este trabajo. El material clínico contiene nombres ficticios y algunos datos fueron modificados para respetar la confidencialidad de los usuarios.

***Vous êtes au courant...* ¿Estamos al tanto?**

La primera experiencia surgió a partir de una serie de consultas que sostuvimos en la práctica: Clínica psicoanalítica con adultos, llevada adelante en el Servicio de Atención Psicológica Preventivo-Asistencial. Trabajamos con un material clínico construido a partir de la atención a un usuario que, por el contenido, las características del discurso y la modalidad de plantear la transferencia, inferimos que presentaba estructura psicótica.

Se trataba de un consultante de 52 años, a quien llamaré *Álvaro*. El motivo de su consulta se debió a la angustia ocasionada por el reciente fallecimiento de su madre, con quien dijo haber vivido toda su vida, y, por lo tanto, era esa la primera vez que se encontraba viviendo solo. Ese momento también coincide con el agravamiento de un problema de salud crónico que lo hace ser portador de una colostomía. Luego del fallecimiento de su madre, *Álvaro* comenta que tuvo una entrevista con un psiquiatra quien le recetó antidepresivos; a su vez, un compañero de trabajo le recomendó que consultara en nuestro servicio. Si bien el proceso transcurre en un período de cinco meses, asiste a las consultas solo en cuatro ocasiones, debido a una recaída que requirió internación, como consecuencia de su enfermedad, y por no tener, según dijo, «más que hablar» con nosotros. Por dichas razones se le propuso que las consultas fueran pactadas en cada sesión. Estas fueron conducidas por la psicóloga docente y un estudiante, en calidad de observador participante, el cual tomaba notas hasta que en la segunda entrevista el consultante despliega algunos rasgos persecutorios con respecto a esta práctica, por lo que se procedió a realizar el registro luego de culminada la consulta.

Dicho caso despertó en mí un interés especial y cierta curiosidad, ya que *Álvaro* no solo demostró ciertos aspectos persecutorios y delirantes a lo largo de las citas, sino que la manera en que se refería tanto al estudiante como a la docente, y su forma de posicionarse a nivel transferencial, resultaba totalmente distinta a lo que veníamos escuchando en los demás consultantes. Fue así que comencé a interrogarme si era

posible que estuviéramos frente a la transferencia en una psicosis y, en tal caso, quería entender cómo se planteaba dicha modalidad.

A lo largo de las sesiones pudimos ver cómo se le escapaban en su discurso ciertos aspectos «locos». En la primera consulta, Álvaro nos hace un paneo general de su vida, nos habla de su madre, con quien parecía tener una relación codependiente. De su padre, quien era militar y falleció en el exterior peleando en una guerra. Es más, él nace durante un bombardeo. Habla de su hermano mayor, con quien no tiene contacto, y de su hermano menor fallecido. Además, comenta las complicaciones cotidianas que le acarrea su enfermedad, desde hace casi una década.

En determinado momento de la consulta comienza a inferir que los humanos somos «todo energía» y que somos «manejados como títeres», ante dicha afirmación se produce un silencio y la docente pregunta: «¿Quién maneja los hilos?» y Álvaro responde: «Usted lo sabe. También te va a parecer que ya me atendiste». Se le pregunta por la frecuencia de ese pensamiento y responde que no es algo que piense en ese momento, pero que al retirarse de la consulta podría ser que sí y que a nosotros tal vez nos pueda pasar. La manera que tuvo Álvaro de plantear transferencialmente fue lo que hizo que me preguntara desde un comienzo sobre la posibilidad y las particularidades de la transferencia en la psicosis.

Esta experiencia clínica me llevó a un texto de Jean Allouch (1989), «Ustedes están al corriente, hay transferencia psicótica». El título ya estaba respondiendo mi interrogante inicial, acerca de esta primera consulta con Álvaro, de si hay transferencia en la psicosis. Además, otra cuestión surgió a partir de la frase «Ustedes están al corriente», —en francés *Vous êtes au courant*— la cual recuerda a: «Usted lo sabe. También te va a parecer que ya me atendiste», entonces, ¿qué es lo que sabemos?, ¿acaso lo sabemos? Nosotros, ¿estamos al corriente? ¿De qué? Allouch plantea que, en el caso de los sujetos con estructura psicótica, su forma de plantear la transferencia es desde el lugar del saber, por lo tanto, el consultante no deposita el saber en la persona del analista, tal como lo haría un sujeto de estructura neurótica. En estos casos los sujetos tienen la certeza de saber la Verdad, una verdad que suponen es compartida con el analista, Allouch lo llama *folie à deux*, 'locura de a dos'.

En la segunda consulta, Álvaro le dice al estudiante: «Vas a necesitar otro cuaderno con todo lo que estás escribiendo. [...] No te lo tomes como una agresión», por lo que en la siguiente sesión se opta por no tomar notas desde un principio y no tener visible ningún tipo de cuaderno. Ese simple gesto tuvo consecuencias clínicas importantes, Álvaro comienza a desplegar a través de su discurso ciertas cuestiones delirantes con relación a Dios a quien llamaba «de dos maneras: el supremo o el maestro» y sobre los

extraterrestres. Nos comenta que tiene como *hobby* investigar sobre los ovnis, ya que su padre había tenido contacto con ellos mientras realizaba el servicio militar y que se comunican con él a través de sueños. En un momento murmura «se miran entre ustedes, piensan que estoy loco» y se le responde que acá nadie está para juzgarlo. Luego continúa contando sobre esos sueños, saca su celular para mostrarnos un alienígena y advertirnos de que hay muchas personas que son abducidas: «Te puede pasar a vos también», dirigiéndose al estudiante. Podemos inferir que se posiciona no solo desde el lugar del saber, sino que además nos advierte y enseña sobre lo que nos puede pasar, buscando cierta complicidad en ello, haciéndonos testigo de sus certezas. Al ir acercándonos a un punto de cierre de la consulta, Álvaro dice que no cree que quiera venir más y, por eso, se le propone que vuelva en quince días. Pregunta para qué va a venir, se le responde que para conversar y para acompañarlo en este proceso, pero él dice que su problema no se puede arreglar. Algo a señalar es que cada vez que faltaba a la consulta lo anunciaba previamente por teléfono, registrando que lo estábamos esperando y comunicando que podría venir la semana siguiente o después de cierta fecha. Era un mensaje que nos hacía llegar a través de la secretaria del servicio. En la cuarta y última consulta, luego de aproximadamente un mes, nos comenta la necesidad de incrementar las horas de trabajo, ya que necesita conservar su apartamento, debido a la cantidad de mascotas con las que vive. Nos muestra algunas fotos y se niega a decirnos la cantidad, aludiendo que íbamos a pensar que estaba loco.

Álvaro no vuelve a consultar, a pesar de manifestar que no tiene ayuda de nadie, dice que él solo tiene que enfrentar los problemas, aunque en reiteradas ocasiones se le comunicó que este espacio era para ayudarlo, en cierto modo, y acompañarlo. Sin embargo, se muestra reticente y nos percibe como «consejeros» u «observadores de su vida». En esta última consulta, al comentarnos que estaba trabajando muchas horas, dice que a veces busca cosas en la computadora, a lo que la psicóloga le pregunta: «¿Qué es lo que mira en la computadora?» y él responde: «Uh, ¿qué voy a mirar?», pregunta dirigida tanto al estudiante como a la psicóloga, respuesta que otra vez nos posiciona en el lugar del supuesto saber.

La cage aux folles¹

A partir de esa experiencia, decidí cursar la práctica: Intervenciones en sala 17, en el Hospital Vilardebó.² En esta oportunidad, se trató de un dispositivo grupal en el que

¹ La *cage aux folles* es el nombre de la obra de teatro francesa, estrenada en 1973, del dramaturgo francés Jean Poiret, cuya traducción al español es «La jaula de las locas». Si bien el argumento de la obra no comparte características con dicha experiencia, su nombre me remite a las rejas de hierro que se encuentran al principio de la sala 17, la cual, vista desde afuera, parece ser una jaula.

trabajamos en conjunto con otras dos compañeras; los días lunes realizábamos la apertura de las actividades semanales y se anotaban las demandas de los pacientes con el objetivo de atenderlas.

En la sala se encontraban doce mujeres internadas, en su mayoría por motivos «judiciales»³ y con diagnóstico de psicosis, compartían, en general, largos períodos de reclusión con pocas esperanzas de egreso debido a su situación de vulnerabilidad. La sala tiene ciertas características desde el punto de vista arquitectónico que la hace ser tan particular: se encuentra en el subsuelo y es calificada como de máxima seguridad. Esto hace que tenga menor cantidad de camas, las que hay son de material, están fijas. A su vez, vista desde afuera, se parece a una especie de jaula de hierro que, de hecho, se cierra con candado por las noches.

Nuestra práctica transcurría por la mañana, solíamos entrar y encontrar a las mujeres desayunando, saliendo de la ducha, tomando la medicación o muchas veces aun durmiendo, lo que implicaba tener que despertarlas, ya que usábamos algunas camas como sillas para sentarnos en ronda, a veces con una mesa en el medio, según la propuesta del día.

En el transcurso del año algunas usuarias se iban de la sala y otras nuevas venían, varias lograron trabajar con nosotras durante todo el período. Entre ellas, hubo dos que llamaron particularmente mi atención, a quienes nombraré *Ester* y *Ana*. Existía cierta rivalidad entre ellas, lo cual hacía que por momentos el ambiente se pusiera tenso, sin embargo, fueron las únicas que sostuvieron todos los encuentros, aun cuando eran las únicas asistentes.

Ester tenía 70 años, según ella estaba hacía bastante tiempo en el hospital, aunque afirmaba que no era una paciente psiquiátrica, sino que estaba cumpliendo una pena: «Estoy acá por un enredo que me hicieron», «no soy psiquiátrica, estoy por un problema judicial», «yo no tengo esos procesos. Ni angustia, ni malestares, ni físicos, ni psíquicos». Esas son algunas de las frases que Ester nos repitió de forma estereotipada durante todo el año, en general, queriendo diferenciarse del resto de las mujeres de la sala que, en su mayoría, sí reconocían tener alguna enfermedad mental. Buscaba cierta complicidad con nosotras y nos decía: «vos entendés lo que yo te quiero decir». A su vez, Ester siempre usaba palabras fuera de lo común, rebuscadas, recordándonos que al igual que nosotras

² El Hospital Vilardebó es el principal centro de referencia de atención en salud mental del país, actualmente cuenta con aproximadamente 350 camas, ocupadas por usuarios y usuarias en estados crónicos y agudos. Fue fundado a fines de 1800, y, a pesar de los esfuerzos por cambiar las lógicas manicomiales, en los últimos años sigue teniendo las características de un manicomio, debido a sus prácticas, funcionamiento y organización.

³ Se entiende por usuarios judiciales, según el artículo 33 de la ley n.º 19.529 de Salud Mental, a aquellos que se encuentran hospitalizados por orden judicial, es decir, que en estos casos «el Juez competente podrá disponer una hospitalización involuntaria cuando cuente con informe médico que la justifique».

ella también había estudiado y sabía, incluso de psicología. Este hecho, al igual que en el caso anterior, demuestra cómo ante nuestra presencia ella se posicionaba desde el lugar del saber. A pesar de sus esfuerzos por demostrarnos que estaba «cuerda», en más de una oportunidad su apertura nos dejó entrever ciertos aspectos «locos» en su discurso, entre ellos aseguraba que la culpa de su internación era del juez, que tenía un arreglo con su exmarido para dejarla internada, este la habría convencido de realizar los delitos, motivos por los cuales tiene una causa inimputable.

Ana tenía 43 años y hacía más de veinte que se encontraba en el hospital, no recordaba muy bien a qué edad o en qué año entró, pero sí que en la crisis del 2002 hacía ya unos pocos años que estaba internada. En ese entonces vivía con su hermano mayor y su padrastro, y a causa de una fuerte pelea con este último deciden llevarla al hospital. Ana desplegaba ideas delirantes con relación a su padre, su hermano, su padrastro y también con relación a su maternidad. En su discurso siempre había faltas, huecos o confusión con relación a esas figuras, a quienes traía a cada encuentro. Nos contaba cómo eran sus días de adolescente viviendo con ellos, algunos muy felices, otros muy oscuros. No recordaba si tenía o no un hijo, o si su hermano era o no hermano de sangre. Afirmaba no haber tenido relaciones sexuales y que había quedado embarazada de su hijo por un milagro, igual que la Virgen María.

Luego de meses de trabajar con Ana, de escucharla, trajo el recuerdo de que el padrastro había abusado de ella y que nunca supo si había quedado embarazada o no, no se acuerda de haber tenido un parto. Ana aseguraba que el padrastro tenía la culpa de su internación, pero que fue su primer psiquiatra quien la encerró hace tantos años por un problema personal con ella, sin embargo, también sostenía que la doctora era muy amable y cariñosa, y cada vez que la ve pasar por el pasillo, sale corriendo de la sala gritando su nombre.

Ambas pacientes desplegaron cuestiones delirantes. Un factor en común que puede encontrarse en sus relatos es la presencia de un perseguidor, que es también la persona amada, lo cual demuestra la ambivalencia, la mente escindida, propia de la locura. Por un lado, el exmarido al que amaba, al que le dio todo, hasta su propia libertad, y un juez malvado; por otro, la psiquiatra amable y cariñosa, pero que no le quiere dar el alta, y el padrastro que la cuida y le da de comer, pero que también la viola. Entonces me pregunto: ¿se puede amar y odiar a la misma persona al mismo tiempo? Sí, se puede y Schreber aparece como respuesta a mi interrogante, ya que él amó y odió al Dr. Flechsig, su primer psiquiatra, su amor, su Dios y su perseguidor.

Encuentros locos

La tercera y última experiencia refiere a mi inserción como practicante, también en el Hospital Vilardebó, en el marco del Programa de Practicantes y Residentes. En ese período continué mi formación tanto en dispositivos grupales como individuales, principalmente, orientados hacia la rehabilitación de los usuarios. Dicha experiencia fue muy rica en cuanto a los aprendizajes sobre la locura y a cómo trabajar e intervenir dentro del marco de una *institución total*,⁴ tan absorbente como lo es el hospital.

En esta oportunidad, aparte del trabajo en sala, intervenimos en otros espacios, tales como las salas de rehabilitación, los espacios verdes y el Centro Diurno. Es de destacar que, si bien las actividades se enmarcaron en dichos espacios, las lógicas del hospital propiciaron los intercambios con los usuarios y usuarias en los pasillos, patios y zonas en común, generando cierta continuidad en las intervenciones. Asimismo, la presencia de la pandemia, debido al virus COVID-19, dificultó aún más las intervenciones, acotando los cupos, por momentos tanto nosotros como los usuarios nos encontrábamos aislados, produciéndose un doble encierro y aislamiento con el exterior.

Nuestra presencia en el hospital generaba cierta curiosidad en los usuarios, dado que éramos cuatro jóvenes vestidos con casacas blancas, caminando siempre juntos, a veces con nuestros cuadernos en mano, algún material o instrumento recreativo. Esa situación los motivaba a acercarse y preguntarnos quiénes éramos y qué hacíamos ahí, de esa forma se iban sucediendo charlas e intercambios cotidianamente, propiciando ciertas transferencias con algunos usuarios.

Un claro ejemplo es el caso de *Javier*, un usuario que se encontraba siempre deambulando, esperando el momento de cruzarse con algún funcionario para saludar y ponerse a charlar. Si bien al comienzo Javier se presentaba como uno más ante nuestra presencia, luego de algunas semanas, y en determinado momento, se acerca mientras estaba en una ronda charlando en el patio con otros pacientes y me dice: «¿te puedo decir algo?, sin que te ofendas, sos la más linda de las tres». A la semana siguiente, al comienzo de un taller, lo encuentro en la puerta y me pide nuevamente para charlar, le digo que sí, ya que vamos a abrir el taller para conversar; le pregunto de qué quiere hablar y me responde «de nosotros», pero me da a entender que fuera de la sala, señalándome el pasillo. Le explico que no me puedo retirar del taller para hablar con él y

⁴ Erving Goffman (2001) define el término institución total como «un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente» (p. 13), son ejemplos los hospitales psiquiátricos, cuarteles, monasterios, escuelas, campos de concentración, siempre y cuando compartan las mismas lógicas.

lo invito a jugar a las cartas. Con su respuesta, Javier me dio a entender que él supone que yo sabía qué significaba ese «nosotros», como si compartiéramos algo.

Tiempo después, en el mismo espacio, estoy jugando a las cartas con usuarios participantes y se acerca un poco molesto, me pide para hablar otra vez en privado, a lo que respondo que no es posible, ya que el espacio del taller prioriza el intercambio con el grupo. Javier se enoja y lo noto un poco agresivo por no acceder a su demanda, me dice «ya me cambiaste por otro, no querés hablar más conmigo» y se retira. En esta oportunidad noté que; además de plantear transferencialmente desde un lugar de saber, que me incluía, como si yo supiera a qué se refería con ese «nosotros»; sentía celos. Es por esa razón que comienzo a preguntarme si era posible, a pesar del poco tiempo que llevábamos en la institución, que solo nuestra presencia pudiera ocasionar una transferencia «de amor» o más precisamente «erótica».

A partir de estas experiencias y de las interrogantes que surgieron en cada caso, es que comienzo a preguntarme sobre las psicosis y la transferencia, especialmente por cómo se presenta esta última en las psicosis: ¿Qué hace que un sujeto se vuelva loco? ¿Cómo se estructura una psicosis? ¿Cómo se presentan los delirios y las alucinaciones? ¿Es posible trabajar con sujetos que presentan dicha estructura en la clínica psicoanalítica? ¿Se puede sostener una relación transferencial con ellos? ¿Cómo se plantea dicha relación? ¿Cómo se posiciona el analista ante la modalidad transferencial que tiene el sujeto psicótico?, y, por último, ¿qué lugar ocupa en ello el saber?

A lo largo de este trabajo intentaré articular las posibles respuestas con el caso Schreber, ya que encontraremos similitudes entre este y las experiencias recién relatadas, como por ejemplo el lugar del perseguidor y cierta posición con relación al saber. Cabe destacar que antes de dichas experiencias, en lo personal, tenía la idea de que, en psicoanálisis, no se podía trabajar con sujetos psicóticos. Por un lado, porque las psicosis se abordan en los cursos de facultad, principalmente, desde la perspectiva psicopatológica, y el modo de tratarlas parecía limitarse al abordaje psiquiátrico y psicofarmacológico. Por otro lado, el psicoanálisis en general es planteado para los sujetos de estructura neurótica, por lo tanto, la transferencia se concibe en relación a las neurosis. Es así que a partir de dichas experiencias comienzo a cuestionarme cómo sería una clínica psicoanalítica de las psicosis, cuestión que desencadena en este trabajo, en el cual intentaré esbozar algunos aspectos relacionados a cómo abordarla y cuál es la posición que debe tomar el analista.

Trabajar la transferencia en la psicosis resulta fundamental para aquel estudiante o profesional que se interese por la clínica psicoanalítica, especialmente si se encuentra inserto en una institución que trabaja con personas que presentan dichas características.

Poder diferenciar cómo los sujetos con sus diversas estructuras, ya sean neuróticas, psicóticas o perversas, se posicionan ante la transferencia analítica permite pensar los lineamientos a seguir en el análisis.

El recorrido teórico que he realizado comienza con lecturas sobre psicosis. La primera de ellas se trata de las *Memorias de un enfermo nervioso* (1903), de Daniel Paul Schreber. A partir de dicho texto, Freud realiza su lectura en 1910-1911 y publica su trabajo titulado «Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente» —en la actualidad, contamos con una adaptación llevada al cine en 2006 por Julian Hobbs—. Si bien Freud luego de dicha publicación continúa sus estudios sobre el tema, es Lacan quien retoma las *Memorias* y a partir de un retorno a Freud —en su seminario de 1955 sobre las psicosis— da otra forma a las nociones fundamentales y por tanto describe su mecanismo. En el marco de una producción marcada por el estructuralismo, plantea la forclusión como mecanismo de defensa de las psicosis, tal como lo es la represión para las neurosis. Es a partir de dicho caso, entonces, que se comienzan a sentar las bases de la estructura psicótica en psicoanálisis.

Una vez esclarecidos los mecanismos de defensa se plantea cómo devienen las psicosis en los sujetos, remitiéndonos a *El seminario. Libro v. Las formaciones del inconsciente* (1957-58), en el cual encontramos una teorización sobre la constitución subjetiva, momento en que se ponen en juego el complejo de Edipo y la figura paterna. Según cómo devenga la estructuración del psiquismo en los primeros años de vida, el sujeto estructurará o no una psicosis, y, por lo tanto, podrá dar paso a las formaciones delirantes y alucinatorias.

Luego se discute la noción de transferencia, plasmando las principales ideas de Freud presentes en «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912) y en «Puntualizaciones sobre el amor de transferencia» (1914a), en ellos sienta las bases de dicha noción. Si bien estos textos son específicos de la temática, Freud siguió realizando aportes a lo largo de toda su obra. Por su parte, Lacan retoma los aportes de Freud y los problematiza, introduciendo nuevas nociones tales como sujeto supuesto saber, presencia del analista, entre otros, abordadas principalmente a partir del seminario de 1957-58 ya mencionado.

Ambos autores trabajan la transferencia, pero con relación a las neurosis, ya que, una clínica con sujetos psicóticos, según ellos, necesita cambiar los métodos clásicos por otros que se adapten mejor al trabajo clínico. Por consiguiente, para analizar teóricamente la transferencia en las psicosis, me remitiré a autores más contemporáneos, tales como Isidoro Vegh, Jean Allouch y Jean Claude Maleval.

1. PRIMERA PARTE: LAS PSICOSIS

1.1 Modelos de comprensión

Las nociones de locura, enfermedad mental y psicosis no son equivalentes, sino que corresponden a distintos «modelos de comprensión» (Lantéri-Laura, 2004). Lo que entendemos actualmente por locura ha cambiado de significación a lo largo de la historia, debido a que su concepción depende de las condiciones sociales, políticas y culturales de cada época. Mientras que en la Edad Media la iglesia marcaba los ideales morales, los locos eran considerados sabios y elegidos por Dios primero, poseídos y endemoniados, después, y así, condenados a una existencia errante o a la tortura pública; en el Renacimiento era considerado un hereje que se deja llevar por los placeres del cuerpo. La moral burguesa de la modernidad va a disciplinar y controlar los cuerpos con sus dispositivos de encierro, asegurando la exclusión del loco en los hospitales psiquiátricos. Surge la enfermedad mental como categoría de la mano del desarrollo de la psiquiatría y una nueva tecnología de control, los psicofármacos (Foucault, 1967).

Georges Lantéri-Laura (2004) propone pensar los modelos de comprensión de las enfermedades mentales desde un enfoque diacrónico —que toma en cuenta la diversidad de paradigmas de forma sucesiva— y también sincrónico —en el que prima cómo conviven esos diferentes enfoques—. Esto se debe a que la historia de la psiquiatría no es lineal, por lo tanto, se debe realizar un proceso de historización en el que se expliciten los diversos paradigmas que la han atravesado.

El primero de ellos es el paradigma de la alienación mental, en el cual el sujeto era considerado loco o no loco y su tratamiento se realizaba a través de las órdenes morales de la época. El segundo es el de las enfermedades mentales, noción que se comenzó a usar en el siglo XX, con el avance de las ciencias médicas, en ese período se reconoce a la psiquiatría como una rama de la medicina que estudia las enfermedades mentales. Esta disciplina se encargaría de diagnosticar al sujeto, según los signos y síntomas que presenta, quedando este encasillado en las diferentes categorías nosográficas, tales como depresión, manía, melancolía, psicosis, etc. El tercero es el paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas, momento en que el psicoanálisis comienza a definir las estructuras psíquicas.

En nuestro país, el desarrollo de la medicina general, y de la psiquiatría en particular,⁵ abarca el período llamado «el disciplinamiento» (Barrán, 1995), entre 1860 y 1920. Este período se caracteriza por una concepción de la salud como valor, el

⁵ La creación de la cátedra de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República data de 1908 y tuvo al Dr. Bernardo Etchepare como su director.

asentamiento del poder médico y la medicalización de la sociedad. En esta época se funda el Hospital Vilardebó (1880), designado en aquel entonces Manicomio Nacional, un asilo de dementes.

Según los distintos paradigmas, se puede denominar a la locura como «aquello que experimentamos al modo del límite, de la extranjería, de lo insoportable. Aquello ubicado en el orden de una exterioridad» (Percovich, 2015, p. 9).

Si relacionamos este planteo con el caso Schreber, apreciamos a través de sus experiencias relatadas que estas se encuentran en el registro de la locura, según Percovich (2015).

La enfermedad mental recubriendo el valor de una experiencia que pueda eventualmente ser denominada como locura, locura como una experiencia radical del lenguaje [...] Experiencia de la lengua, sin duda. Una lengua de las almas se expresa de modo singular. *Grundsprache*. (pp. 9-10).

Por otro lado, las enfermedades mentales tienen una mirada biologicista, para la cual el sujeto presenta una anomalía en las diversas áreas semiológicas de su vida. Si bien los postulados de Freud los podemos ubicar aquí, debido a su mirada como médico neurólogo, sus aportes desde el psicoanálisis han servido como referencia al paradigma de las grandes estructuras. Recordemos que el psicoanálisis ha reconocido tres grandes categorías: la neurótica, la perversa y la psicótica, denominadas *estructuras psíquicas*.

Es en este período que Jacques Lacan concibe al sujeto desde una mirada estructuralista, a partir de lingüística estructural propuesta por Ferdinand de Saussure.⁶ Por lo tanto, al momento de abordar las psicosis, lo haremos desde este último paradigma, tomando en cuenta la posición subjetiva del sujeto, la cual se constituye «en función de los efectos del lenguaje» (Urriolagoitia, 2012, p. 164).

1.2 El caso del presidente Schreber

Cuando nos referimos a un caso no lo hacemos desde el punto de vista psicopatológico ni jurídico, sino como a un conjunto de acontecimientos singulares, «caso Schreber, como suceso que no estaba calculado. Caso jugado en la tensión de una microfísica del poder» (Percovich, 2015, p. 22). Por ello, es necesario presentar los acontecimientos más importantes de la vida de Schreber con relación a su enfermedad y las principales características de su sistema delirante, según los datos que Freud aporta en su historial clínico (1911) y que permiten comprender las implicancias del mecanismo paranoico.

⁶ Lingüista, semiólogo y filósofo, conocido como el padre de la lingüística estructural del siglo xx.

Es importante tener en cuenta algunas de sus particularidades, ya que a pesar de ser uno de los grandes historiales de Freud, su análisis está basado por completo en las *Memorias* de Schreber, es decir, que este no fue tratado en persona, pero es el único caso en que analiza una psicosis, denominada en ese entonces *dementia paranoide*, por el psiquiatra Emil Kraepelin.

Daniel Paul Schreber fue un juez alemán nacido en 1842. Su primera crisis data de 1884, a los 42 años, meses más tarde de ser nombrado candidato a la cámara del Parlamento. En dicha ocasión, estuvo internado, primero, en el asilo Sonnenstein, en el cual intenta suicidarse dos veces, luego, durante seis meses, en la clínica psiquiátrica de Leipzig, donde es atendido por el Dr. Flechsig. Este psiquiatra tiene un lugar central en sus *Memorias* y anota en el informe de alta de 1885 que dicha internación se debió a un ataque de hipocondría grave (Freud, 1911). Schreber relata que estuvo «enfermo de los nervios dos veces, ambas a consecuencia de un excesivo esfuerzo intelectual» (Schreber, 1903, p. 82), él atribuye la sobrecarga de trabajo como causa de su enfermedad y, a su vez, describe que este primer episodio nervioso pasó sin dar lugar a nada de lo suprasensible: «la primera enfermedad transcurrió sin ninguna complicación que rozara el ámbito de lo sobrenatural» (Schreber, 1903, p. 82). Luego de su alta, vive 8 años con su esposa, con la *frustración* de no haber tenido hijos, ya que ella perdió sus embarazos. Freud afirma que este es uno de los motivos por los cuales estalla en él la fantasía femenina de deseo.

En 1893 le informan que va a ser designado presidente del Tribunal Superior de Dresde. Antes de asumir el cargo comienza a tener una serie de sueños —para Schreber, sin importancia— que Freud relaciona con su posterior enfermedad. Entre ellos, relata uno muy particular en el cual se encontraba entre el sueño y la vigilia:

Además, una vez, de mañana temprano, cuando estaba aún tendido en la cama (no recuerdo si semidormido o despierto ya), tuve una sensación que, al reflexionar después sobre ella en estado completo de vigilia, me impresionó de manera muy particular. Fue la representación de que tenía que ser muy grato ser una mujer sometida al coito. Esta representación era hasta tal punto ajena a toda mi manera de pensar y la hubiera rechazado, me atrevo a decirlo, con tal indignación de haber estado plenamente consciente. (Schreber, 1903, p. 84).

Su segunda crisis data de 1893, a sus 51 años. Poco tiempo después de haber empezado a ejercer su cargo de presidente. En esta ocasión, el insomnio lo llevó de nuevo a la clínica de Leipzig, donde empeora con rapidez. En un principio exteriorizó ideas hipocondríacas que luego se entrelazaron con las de persecución, acompañadas de grandes alucinaciones, estupor e intentos de autoeliminación. Además de ideas persecutorias y de perjuicio, estas también poseían características mítico-religiosas, por

ejemplo, afirmaba tener contacto directo con Dios. En este sentido, Freud (1911) señala que Schreber insultaba a las personas con las que se sentía perjudicado y perseguido, «sobre todo a su anterior médico Flechsig: lo llamaba *almicida* [“asesino de almas”] e incontables veces lo increpó “¡Pequeño Flechsig!”, acentuando con fuerza la primera de esas palabras» (p. 15).

En 1894, es trasladado al asilo Sonnenstein y atendido por el Dr. Weber, quien afirma que a pesar de sus síntomas no perdió en ningún momento sus habilidades cognitivas. En 1899, escribe una pericia de la evolución del cuadro clínico, en ella afirma que luego de su primer episodio, en el que se presentaban los delirios y alucinaciones que afectaron todo su psiquismo, se comenzó a cristalizar el cuadro paranoico. Sin embargo, no se encuentra confundido, ni inhibido psíquicamente, conservando su inteligencia y memoria (Freud, 1911).

En el período de 1900 a 1902, comienza a escribir sus *Memorias* e inicia una acción judicial para tramitar su propia alta del asilo Sonnenstein, entregando su manuscrito, a modo de defensa y justificación, al Dr. Weber, para poder hacer uso de sus bienes e integrarse a su vida social y familiar. Si bien el Dr. Weber se manifiesta en contra de sus deseos, afirma que luego de varios meses de haberlo invitado a comer a su mesa se mostraba coherente, salvo que se toquen las temáticas relacionadas al contenido delirante. En 1902 Schreber es dado de alta y al siguiente año publica sus memorias, tituladas *Memorias de un enfermo nervioso* (1903).

En esa autobiografía relata en primera persona sus experiencias delirantes y alucinatorias con lujo de detalles. El objetivo de publicarlas, además de compartir su historia, parece ser el de informarnos, ya que él mismo expresa que su testimonio «podría ser valioso para la ciencia y para el conocimiento de verdades religiosas» (Schreber, 1903, p. 53). Es decir, que él en ningún momento reconoce su enfermedad, sino al contrario, ya que su delirio toma un carácter místico-religioso, considera que podría tener interés científico en cuanto al estudio de la religión; como señala Freud: «realzó el valor de sus argumentaciones para la vida religiosa, y sostuvo que la ciencia actual era incapaz de invalidarlas» (Freud, 1911, p. 16).

En las *Memorias* comenta su evolución en el proceso de internación en el hospital, afirma que su situación cambió positivamente desde que empezó a escribir con relación a su primera internación donde se encontraba, según él, «en una reclusión casi carcelaria y, en particular, estaba excluido de la frecuentación de personas educadas y aun de la mesa familiar de las autoridades del hospital [...] paulatinamente se me ha concedido una mayor libertad de movimiento» (Schreber, 1903, p. 53).

A través de su discurso, advertimos cómo se posiciona desde el lugar del saber. Un ejemplo claro de ello se muestra en la carta abierta, de marzo de 1903, dirigida al Dr. Flechsig, en la que alega: «con mi trabajo persigo únicamente la finalidad de promover el conocimiento de la verdad en un campo importante, el de la religión» (Schreber, 1903, p. 55). Por momentos, su intención parece ser la de motivar al Dr. Flechsig, y a todos aquellos interesados, a que analice sus *Memorias* para poder probar su *verdad*: «ganaría entonces credibilidad a ojos de todo el mundo y aparece sin más bajo la luz de un problema científico *serio, que debe ser indagado con todos los medios imaginables*» (Schreber, 1903, p. 57). Asimismo, confiesa que escuchaba *las Voces* hasta el momento de escribir la carta, y que tenía «sólidos motivos» para pensar que el Dr. Flechsig también las oía y compartía con él sus visiones y nervios, que se convirtieron en *almas probadas*, las cuales hasta ese momento seguían repercutiendo de forma negativa en él (Schreber, 1903).

El diagnóstico que realiza el Dr. Weber le devuelve la libertad al doctor Schreber y resume en pocas palabras el contenido de su sistema delirante: «se considera llamado a redimir el mundo y devolverle la bienaventuranza perdida. Pero cree que solo lo conseguirá luego de ser mudado de hombre en mujer» (Freud, 1911, pp. 16-17). Su informe sostiene que a Schreber le cuesta expresar esto en lenguaje humano porque a él le fue revelado como a los profetas en un lenguaje divino el cual llamó *lengua fundamental*.

Su tercera crisis data de 1907, tras el fallecimiento de su madre y un ataque que sufre su esposa —con la cual se encontraba casado desde 1878— por lo que es internado en el asilo de Dösen, en Leipzig, hasta su fallecimiento en 1911, a sus 68 años.

De las principales características de su sistema delirante, Freud destaca la *mudanza en mujer* (emasculación) como delirio primario y el *papel redentor* como delirio secundario, ambos «están enlazados en su sistema mediante la actitud femenina frente a Dios» (Freud, 1911, p. 33). A partir de aquí, realiza un análisis de las tres transformaciones del contenido y del sistema del delirio, a pesar de encontrarse las *Memorias* censuradas de partes importantes (Freud, 1911).

En primer lugar, analiza la relación transferencial con el Dr. Flechsig, quien en un principio se configura como su perseguidor, lugar que luego ocupa Dios; Freud relaciona a ambos con la figura paterna.⁷ También se puede afirmar que se trataba de una transferencia erotómana, ya que el estallido de la moción homosexual toma como objeto al Dr. Flechsig (Freud, 1911).

⁷ Cabe destacar como antecedente que a sus diecinueve años fallece su padre y años más tarde su hermano mayor.

El segundo cambio se da a partir de la fantasía de *emasculación*, donde la transformación en mujer pasa de tener un propósito hostil a tener un fin divino, sintiéndose *el elegido* para ello, fantasía que Freud califica como *insólita y extraña*; un acto «de grave daño y persecución, y que solo secundariamente entró en relación con el papel de redentor» (Freud, 1911, p. 18). Por tanto, el delirio de persecución sexual se transformó, en una segunda instancia, en un delirio religioso de grandeza, hay un cambio de posición del sujeto: de pasivo —hay un otro que lo quiere perjudicar— a sujeto activo, el cual tiene una misión, el *papel redentor* está asociado a la «representación» que Schreber describe sobre ser mujer y estar sometida al acoplamiento (Álvarez, 2020).

La tercera formación del delirio radica en que esta mudanza no es algo que acontece en el momento, sino que se pospone a un futuro remoto, ya que está en el lugar del deber ser, acorde a un fin divino y al *orden del universo*. En un principio, era una injuria y tenía que ver con ser entregado al abuso sexual de un hombre (Freud, 1911).

En lo que respecta a la *relación con Dios*, Freud asegura que es contradictoria y, para poder comprenderla, se debe tener en cuenta la conexión delirante de su teoría con los *nervios*, la *bienaventuranza*, la *jerarquía divina* y sus *propiedades*, en todos se puede visualizar la muestra de vulgaridades y rasgos espirituales que la componen (Freud, 1911). Para Schreber, *los nervios* del cuerpo son hebras finas, vinculadas al entendimiento, la recepción de percepciones sensoriales que constituyen el alma humana. Los hombres poseen cuerpo y nervios, pero Dios es todo nervios y su virtud creadora se debe a los *rayos*. Schreber asegura ser inmortal, debido a que se le destruyeron varios órganos del cuerpo y estos fueron reconstruidos por los rayos, donde pasaron nervios femeninos y una vez que estén instalados, por fecundación directa de Dios, dará a luz a unos nuevos hombres (Freud, 1911). Cuando un hombre fallece, sus nervios deben ser purificados para ser integrados a Dios y una vez que su alma se encuentra purificada se entregará al goce de la *bienaventuranza* (Freud, 1911), de la voluptuosidad, al goce erótico, según sus palabras, se trataría de «la vida en el más allá» (Freud, 1911, p. 28), elevada mediante el proceso de purgación. En él, las almas aprenden la *lengua fundamental (Grundsprache)*, la lengua de Dios, que habla «sobre Dios y el orden cósmico, como experiencias que Schreber afirma invadirlo de forma masiva, en relación a su enfermedad nerviosa» (Percovich, 2015, p. 10).

Álvarez (2020) plantea que, en psicoanálisis, existen dos formas para el tratamiento de las psicosis: el delirio y la psicoterapia. En lo que respecta al delirio, y siguiendo las líneas de Freud sobre el texto trabajado, afirma que es un intento de restablecimiento de la realidad del sujeto, es decir, de reconstrucción. En este sentido no toma al delirio como el signo de la enfermedad, sino como aquel intento del sujeto por recuperarse para poder

sobrevivir. Por lo tanto, el delirio sería una creación del sujeto para poder vivir de forma menos angustiada, teniendo este una función reequilibradora. Sin embargo, el analista no puede tomar todos los delirios para poder restablecer al sujeto, como por ejemplo en el caso de los melancólicos. Pero en los delirios persecutorios —como el que presenta Schreber— es positivo poder tomar sus elementos y trabajar con ellos, a pesar de presentar elementos extravagantes, ya que el analista supone que se han originado a partir de mociones comprensibles y universales de la vida del sujeto y es por dicha razón que desea conocer los motivos y el camino de su transformación (Freud, 1911). Es de suma relevancia trabajar con el delirio, porque lleva consigo una verdad, que el sujeto utiliza como universal para crear su sistema delirante.

1.3 Mecanismo paranoico (Freud, 1911)

Freud (1911) afirma que la paranoia no encuentra su particularidad en la fantasía de deseo homosexual y complejo paterno, ya que ambos pueden ser universales a otras estructuras psíquicas, sino que encuentra lo diferente en su *mecanismo de formación de síntomas* —caracterizado por la proyección—⁸ y el *mecanismo de la represión*,⁹ afirmando lo siguiente: «el carácter paranoico reside en que para defenderse de una fantasía de deseo homosexual se reacciona, precisamente, con un delirio de persecución» (p. 55).

En «Introducción del narcisismo» (1914b), sostiene que el deseo homosexual se presenta en el desarrollo evolutivo de la libido, en un estadio intermedio entre el autoerotismo y el amor de objeto llamado *narcisismo*, etapa indispensable del desarrollo sexual. Se trata de una conducta en la que el sujeto toma su propio cuerpo como objeto sexual —tal como sucede en las perversiones— que se da en el desarrollo libidinal de todos los seres humanos. En un principio, el sujeto se identifica con el otro que lo cuida y se toma a sí mismo como objeto sexual, autoeróticamente, a través de la satisfacción de las pulsiones parciales, en la que la libido se encuentra puesta en el yo (Freud, 1914b). En esta etapa, lo que sucede es que el sujeto busca un objeto externo con los mismos genitales (de ahí el deseo homosexual) antes de elegir a un sujeto con genitales distintos. Si no logra pasar a la siguiente etapa, se puede generar, como consecuencia, una

⁸ El mecanismo de la proyección se da cuando «una percepción interna es sofocada, y como sustituto de ella adviene a la conciencia su contenido, luego de experimentar cierta desfiguración, como una percepción de afuera» (Freud, 1911, p. 61).

⁹ Laplanche y Pontalis (2005) definen represión como aquella «operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligados a una pulsión [...] se produce en aquellos casos en que la satisfacción de una pulsión [...] ofrecería el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias» (p. 375).

regresión de la libido, y el sujeto queda sexualizado, no pudiendo aplicar sus pulsiones a nuevas metas (Freud, 1911).

En las psicosis hay una ruptura de la realidad objetiva y el sujeto retira su libido del mundo exterior, personas y cosas, y lo vuelca a su yo, dando lugar al narcisismo secundario, que nace por replegamiento de las investiduras de objeto y se edifica sobre la base de uno primario oscurecido por múltiples influencias. Sin embargo, el sujeto intenta hacer un restablecimiento, una restitución de esta libido a través del delirio hacia sus objetos originales, mediante el retorno de lo reprimido, por medio de la proyección, donde «lo cancelado adentro retorna desde afuera» (Freud, 1911, p. 66).

Freud no había percibido esta ubicación hasta 1914, en ese momento toma como punto de partida la parafrenia, la libido al regresar al yo no inviste objetos imaginarios en la fantasía como sí sucede en las neurosis de transferencia. Aquí, se genera una vuelta al estadio del narcisismo y delirio de grandeza, tratándose de una amplificación y despliegue de un estado que ya antes había existido. Su carácter paranoico reside en que para defenderse de una fantasía de deseo homosexual se reacciona con un delirio de persecución. El narcisismo secundario es, entonces, una involución de la fase de desarrollo libidinal que abandona el amor de objeto para volver al autoerotismo (Freud, 1914b).

Esto suscita un debate entre Freud y Jung, quien acusa a Freud de haber ampliado la teoría de la libido según sus intereses, ante la dificultad en el análisis del caso Schreber, resignando el contenido sexual para hacerlo coincidir con el interés psíquico en general. Jung utiliza indistintamente el término introversión de la libido para referirse a lo que acontece tanto en las neurosis de transferencia como en las parafrenias. Ante esto, Freud afirma que lo propuesto por Jung no explica a qué interioridad estaría regresando la libido, si al yo o a la fantasía, lo cual es fundamental.

Es por esa razón que afirma: «el núcleo del conflicto en la paranoia del varón es la invitación de la fantasía de deseo homosexual, *amar al varón*» (Freud, 1911, p. 58). La defensa contra dicha fantasía se puede ver en las diferentes formas de afección paranoica como forma de contradecir una frase: «Yo [un varón] *lo amo* [a un varón]».

La primera contradicción se da a través de la proyección, en el delirio de persecución, en la cual el sujeto cambia el verbo *amar* por *odiar*, por tanto, el sentimiento interno se sustituye por una percepción externa, traduciéndose en: «Yo no lo *amo*, pues yo lo *odio*, porque *él me persigue*», confirmando que el perseguidor es aquella persona amada. La segunda forma se da en la *erotomanía*, también a través de la proyección, pero en este caso lo que cambia es el objeto: «Yo no *lo amo*, yo *la amo*, porque *ella me ama*». En este caso el enamoramiento se instala por la idea de ser amado desde afuera, no por la

percepción interna del amar (Freud, 1911, p. 59). La tercera forma de contradicción a la frase es el delirio de celos, en el cual cambia el sujeto: «No yo amo al varón, es *ella quien lo ama*», dando cuenta de una percepción errónea del exterior, donde el sujeto sospecha de que ella ama a los hombres que en verdad él ama (Freud, 1911, p. 60). La última es a través del *delirio de grandeza*, el cual se encuentra en todas las formas de paranoia: «Yo no amo en absoluto, y no amo a nadie», por lo tanto, solo se ama sí mismo, se puede «concebir como una sobrestimación sexual del yo propio» (Freud, 1911, p. 60).

Luego describe tres fases de la *represión*. La primera es la *fijación*, una pulsión no recorre el desarrollo «normal», permanece en un estadio más infantil y genera una predisposición a enfermar. En la segunda se encuentra «la represión propiamente dicha». Se trata de un esfuerzo desde la consciencia por reprimir aquellas fijaciones que entran en conflicto con el yo. La tercera se da cuando la represión falla desde el lugar de la fijación, hay un *retorno de lo reprimido* que «tiene por contenido una regresión del desarrollo libidinal hasta ese lugar» (Freud, 1911, pp. 62-63). Dichos tiempos son universales a todas las patologías, pero lo que caracteriza a la paranoia es que el segundo tiempo se da por *desasimiento de la libido*.

Por último, Freud realiza algunas distinciones entre la paranoia y la esquizofrenia, afirmando que el desenlace de esta última es más desfavorable, ya que en ella triunfa la represión y no la reconstrucción. Si bien en ambas se encuentra presente el desasimiento de la libido, se diferencian en el punto de fijación. En la paranoia se da en la etapa del narcisismo y en la esquizofrenia en la etapa del autoerotismo. En cuanto a la formación del síntoma, en la paranoia se da por proyección y en la esquizofrenia a través de la alucinación; «como una fase de la lucha de la represión contra un intento de restablecimiento que pretende devolver la libido a sus objetos» (Freud, 1911, p. 71). A su vez, en la paranoia, se conserva algo del miramiento por la realidad, ya que no se puede afirmar que el sujeto «haya retirado por completo su interés por el mundo exterior» (Freud, 1911, p. 69), como sí sucede en la esquizofrenia. Dichas afirmaciones no significan que estos mecanismos sean exclusivos de cada afección, sino que son los más comunes en cada uno, de hecho, Freud afirma que existen combinaciones, tal como sucede en el caso Schreber.

1.4 Las psicosis y su mecanismo de defensa: de la *Verdrängung* freudiana a la *Verwerfung* lacaniana

En «Neurosis y psicosis» (1924), Freud afirma que la diferencia entre ellas se debe a «los conflictos del yo con las diversas instancias que lo gobiernan, y que por tanto corresponden a un malogro en la función del yo» (p. 158). En el caso de las neurosis, el

conflicto se da entre el yo y el ello, mientras que en la psicosis se produce entre el yo y el mundo exterior, el cual se encuentra gobernado por el ello, a través de dos vías: las percepciones actuales y las pasadas, las cuales forman parte del mundo interior del sujeto (Freud, 1911). Esto no quiere decir que en la neurosis el sujeto no tenga ningún tipo de conflicto con la realidad, lo que sucede es que actúa en ella el mecanismo de la represión (*Verdrängung*) logrando una huida, es decir, reprimiendo aquello que le genera sufrimiento.

En las psicosis no actúa la represión, ya que el sujeto le quita valor, desestima aquellas percepciones que ya se encontraban en su mundo interior y tampoco tiene interés por adquirir nuevas. El yo se encarga de crear nuevas percepciones del mundo exterior e interior, en función de las mociones de deseo del ello, esto se debe a que en general el sujeto sufrió en el pasado una gran frustración de su deseo (Freud, 1911).

En «La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis» (1924b), Freud explica que para que se produzca dicho proceso, primeramente, el yo debe ser arrancado de la realidad, la desmiente, sustituye e intenta repararla, creando alteraciones internas tales como alucinaciones y delirios que se presentan a modo de «parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior» (p. 157).

Si bien Freud esclarece en dichos textos que el mecanismo de la represión es aquel que estructura las neurosis por excelencia —diferenciándose del de rechazar y elegir (Maleval, 2002)—, no logra dar cuenta de cuál es el mecanismo que estructura las psicosis. A lo largo de su obra, utiliza *Verwerfung* como *mecanismo patógeno*, como aquel que *rechaza*, como juicio del yo o como la represión misma, sin embargo, no fue suficiente para justificar la especificidad de la psicosis. Es por ello que «Lacan se ve obligado a constatar la inexistencia de una tesis sólida en el abordaje freudiano de la psicosis cuando se trata de definir la defensa que en ella interviene» (Maleval, 2002, p. 33).

Sin concebirlo aún como mecanismo psicótico, Lacan comienza vinculando «la *Verwerfung* de la castración con la represión primaria» (Maleval, 2002, p. 42). Un ejemplo de ello se da en el caso de Sergei Pankejeff, conocido como el *Hombre de los Lobos*, quien vio el coito entre sus padres a temprana edad, escena traumática original que ocasiona la represión de base y condiciona las posteriores. Afirma que a lo largo del análisis todos los «hilos» remitirán a la escena primaria, ya que el sujeto se queda «fijado» en ella, «para que la represión sea posible, es preciso que exista un más allá de la represión, alguna cosa última, ya constituida primitivamente» (Maleval, 2002, p. 41).

En «La represión» (1915), Freud distingue dos clases de negación. Por un lado, la denegación (*Verneinung*), la cual contiene la representación negada, la existencia de una afirmación simbólica anterior que se encuentra al servicio de la represión. Y, por otro lado, la negación inherente a la afirmación primaria, «instaura la represión primaria y participa en la estructuración del sujeto. La noción lacaniana de forclusión encuentra en este rechazo fundador uno de sus orígenes» (Maleval, 2002, pp. 45-46). En ambas, su contenido reprimido puede devenir consciente, es decir, retornar en el campo del significante y fundar la cadena significativa.

En *El seminario. Libro III. Las psicosis* (1955), Lacan retoma el análisis que Freud realiza de las *Memorias* de Schreber y traduce *Verwerfung* como *forclusión*, proponiendo su perspectiva con relación a la estructura psicótica. Es recién en este texto que dicha noción comienza a vincularse con el nombre del Padre, quedando la represión primaria como lo único que, hasta el momento, caracterizaba la estructura psicótica.

En este seminario, plantea la *Verwerfung* como «estructurante, originaria, normativa, y por otra parte [...] patológica, excepcional, psicótica» (Maleval, 2002, p. 53). La *Verwerfung* es, entonces, un obstáculo para la rememoración, ya que aquellas simbolizaciones que caigan bajo su acción no serán reprimidas, sino rechazadas y expulsadas del orden simbólico, para retornar en lo real en forma de síntoma (Lacan, 1955).

Si retomamos el caso del *Hombre de los Lobos*, advertimos que Sergei no puede simbolizar la escena primaria, la cual luego reaparece en el plano de lo real. Por lo tanto, «las estructuras imaginarias [son] las que se convierten en predominantes» (Maleval, 2002, pp. 48-49). Lacan sostiene que en las psicosis puede suceder que una afirmación primordial «en lo tocante al ser del sujeto no entre en la simbolización, y sea no reprimido, sino rechazado» (Lacan, 1955, p. 118).

Esta simbolización Lacan la llama *la Ley*, afirmando que esta misma es la ley del lenguaje, portadora de la prohibición del incesto, la cual «está ahí justamente desde el inicio, y la sexualidad humana debe realizarse a través de ella. Esta Ley fundamental, es sencillamente una ley de simbolización, es decir el Edipo» (Lacan, 1955, pp. 121-122). Por lo tanto, para que el sujeto pueda acceder a las representaciones simbólicas debe renunciar a su objeto de deseo inicial, «en este contexto conceptual, nos vemos llevados a concebir la represión primaria como algo que se apoya en un significante primordial adecuado para representar la Cosa perdida» (Maleval, 2002, p. 54). Es entonces, a partir de la introducción de la falta del significado primordial, sostén de lo simbólico, que podemos introducir la *Verwerfung* como mecanismo estructurante de la psicosis, diferente de la represión primaria. Lacan sostiene que el niño comienza a articular significantes

antes de adquirir el lenguaje. Y es en dicha articulación que se produce la *Verwerfung*.
¿Qué es entonces la *Verwerfung* para Lacan?

Se trata del rechazo, de la expulsión, de un significante primordial a las tinieblas exteriores, significante que a partir de entonces faltará en ese nivel. Este es el mecanismo fundamental que supongo está en la base de la paranoia. Se trata de un proceso primordial de exclusión de un interior primitivo, que no es el interior del cuerpo, sino el interior de un primer cuerpo significativo. (Lacan, 1955, p. 217).

A partir de su definición, Lacan ya no mencionará al *Hombre de los Lobos* en referencia a la estructura psicótica, y comienza a orientar su teoría con respecto a las *Memorias* de Schreber. Afirma que, en su caso, hay ausencia del significante primordial masculino, ya que la virilidad significaba algo para Schreber, lo hacía cuestionar su sexualidad como «un llamado que le viene desde afuera como en el fantasma: *que bello sería ser una mujer sufriendo el acoplamiento*» (Lacan, 1955, p. 361).

Es a partir de aquí que Lacan se interroga por la función paterna y, para ello, emplea una *metáfora* con el fin de designar los significantes nodales a partir de los cuales el orden simbólico y la realidad del sujeto se aseguran y se organizan. Cuando los anudamientos entre significantes y significados son instaurados en dicha función, le indican al sujeto el camino a seguir. Pero cuando estos no son suficientes nos encontramos en el campo de las psicosis (Maleval, 2002). Por esa razón, Lacan define el nombre del Padre como aquel significante que estructura al sujeto (Maleval, 2002) y con respecto a la forclusión afirma que se trata de un proceso que contiene diferentes etapas. La primera de ellas la llamó *cataclismo imaginario*, en esta «ya nada de la relación mortal que es en sí misma la relación al otro imaginario puede ser dado en concesión» (Lacan, 1955, p. 457). Luego el sujeto despliega y pone en juego todo su aparato significativo, pero este se encuentra fragmentado, disociado, separado, por tanto, su discurso interior está descompuesto, marcando la estructura misma de la psicosis. Por último, el sujeto intenta encontrarse con aquel significante que no pudo asimilar, «se trata de reconstituirlo, porque ese padre no puede ser simplemente un padre, un padre a secas, el anillo de recién, el padre que es el padre para todo el mundo. Y el presidente Schreber, en efecto, lo reconstituye» (Lacan, 1955, p. 457).

1.5 La forclusión del nombre del Padre y el gran Otro

En *El seminario. Libro v. Las formaciones del inconsciente* (1957-58), Lacan trabaja las nociones *nombre del Padre* y *gran Otro* con relación a la hiancia que se encuentra en el campo de este último. Plantea la importancia del proceso de comunicación en las

psicosis, y cómo en estos casos los significantes no logran constituir las significaciones en el sujeto.

En los primeros años de vida del ser humano la figura del gran Otro «se encarna en personas que soportan esta autoridad» (p. 150), en general, lo podemos visualizar en el rol paterno o materno, estos pueden ejercer plenamente su función en cuanto tengan también el significante del Otro, «capaz de dar fundamento a la ley» (Lacan 1958, p. 150).

Maleval (2002) afirma que «la preexistencia del Otro del significante al nacimiento del sujeto constituye, sin duda, la tesis principal de la enseñanza de Lacan» (p. 73), sostiene que es en el Otro donde se inscriben las *huellas mnémicas* que estructuran al sujeto, «lugar de la memoria simbólica, es decir, el inconsciente freudiano» (Maleval, 2002, p. 73).

El niño le atribuye todo el saber a ese gran Otro, poseedor del campo del saber, buscando la satisfacción de la palabra en el momento en que su demanda o deseo se encuentra con él. Este momento Lacan (1958) lo nombra «la llamada, necesario para que el deseo y la demanda sean satisfechos» (p. 157). El niño busca que su palabra se articule con su deseo; el Otro, entonces, puede admitir o no su mensaje, es decir, satisfacer su demanda o no (Lacan, 1958). Esta es satisfecha cuando hay una simultaneidad en la intención del niño y ese Otro, portador de la cadena significativa. Se produce, entonces, un vínculo de ida y vuelta entre mensajes y códigos que pueden ser resignificados una y otra vez.

En el caso de las psicosis, el significante del nombre del Padre se encuentra forcluido, por lo tanto, dicho vínculo resulta imposible (Lacan, 1958). Esto sucede porque en las psicosis «la relación del sujeto con el Otro ya no se puede describir como una relación recíproca, sino como una relación que se engendra en un proceso de hiancia» (Lacan, 1958, p. 88), hay una falta en el campo del Otro, está incompleto. Motivo por el cual podemos relacionar el desencadenamiento de las psicosis con relación a dicha falta, «donde se había producido una llamada al nombre del Padre [...] dado que el Otro revela ser incompleto, lo que se descubre es que esta hiancia es de estructura» (Lacan, 1958, p. 94).

En el caso Schreber, podemos reconocer que la falta reaparece en lo real en forma de delirios y alucinaciones, representados en su lengua fundamental (Lacan, 1958). Por lo tanto, concebimos el nombre del Padre —es decir el padre simbólico— «como el significante del Otro de la ley inserto en el Otro del significante» (Lacan, 1958, p. 89), sede de la ley, quien la promulga e intenta unirla con el deseo.

A partir de aquí, podemos afirmar que las psicosis se producen como consecuencia de la forclusión del nombre del Padre, el cual no permite inscribir el significante en el registro de lo simbólico, quedando en este un agujero. Por consiguiente, la estructura psicótica «resulta de una cierta disfunción del complejo de Edipo, una falta en la función paterna; más específicamente en la psicosis la función paterna se reduce a la imagen del padre (lo simbólico es reducido a lo imaginario)» (Evans, 2007, p. 156).

Al faltar dicho significante, el cual establece que no tiene un significado unívoco y que el gran Otro no es el dueño del campo del saber, el saber queda del lado del Otro, por lo tanto, la forclusión inhabilita que aparezcan nuevos sentidos por parte del sujeto. El vínculo que mencionamos de satisfacción de la palabra entre el código y mensaje es inhabilitado por ella y como consecuencia se estructura una psicosis en el sujeto.

Lacan vincula el nombre del Padre con el mito del complejo de Edipo, ya que este también proporciona el origen de la ley en el sujeto; se afirma que el asesinato del padre hace que la ley esté fundada en él, «el padre como quien promulga la ley es el padre muerto, es decir, el símbolo del padre. El padre muerto es el Nombre del Padre, que se construye a partir del contenido» (Evans, 2007, p. 150).

1.6 La metáfora paterna y el complejo de Edipo

Lacan llama *metáfora paterna* a la sustitución del significante primordial materno por el padre simbólico, quien cumple una función en el mecanismo del complejo de castración, constituido a través del Edipo. Para dar cuenta de ello, toma el proceso de genitalización del sujeto y la instauración del ideal del Yo, ya que el Edipo «tiene una función normativa, no simplemente en la estructura moral del sujeto, ni en sus relaciones con la realidad, sino en la asunción de su sexo» (Lacan, 1958, pp. 166-169).

Es importante destacar que para Lacan (1958) no hace falta que el padre esté presente, esa función puede constituirse aún en su ausencia, «hablar de su carencia en la familia no es hablar de su carencia en el complejo» (p. 173).

En un primer momento, el padre real «prohíbe a la madre. Este es el fundamento, el principio del complejo de Edipo [...] la ley primordial de la interdicción del incesto» (Lacan, 1958, p. 173). Aquí la amenaza de *castración* se manifiesta en el plano imaginario del sujeto. El segundo momento es el de la *frustración*, ya que el padre frustra al niño de su madre, interviniendo de forma simbólica. Por último, en el nivel de la *privación*, aparece el padre como agente imaginario, haciéndose preferir ante la madre, conduciendo al sujeto a la formación del ideal del Yo (Lacan, 1958, p. 177).

Por tanto, la *metáfora paterna* es una formalización del complejo de Edipo, en el cual un significante da lugar a otro significante. A partir del momento en que el sujeto tiene

que simbolizar, entra en juego el falo y el sujeto simboliza a través de él porque se le es dado como significado. Este mismo tiene una función normalizadora del lenguaje, le permite al sujeto «inscribirse en discursos que constituyen un vínculo social. [...] El producto de la operación es triple: el Nombre del Padre se inscribe, de forma que la madre queda interdicta, ocupa el lugar del Otro y cae en el olvido» (Maleval, 2002, p. 83).

La función paterna opera como un obstáculo en el goce de la relación madre-niño, pero cuando el nombre del Padre se encuentra forcluido no se produce la sustitución significativa. Por lo tanto, el sujeto no posee el significante fálico y queda el deseo de la madre no simbolizado en dicha relación, presentándose «bajo la modalidad de un goce imposible de dominar para un sujeto que no dispone del significante fálico capaz de dar razón de él» (Maleval, 2002, p. 84). De esta manera, el falo no se instaura en el campo del Otro, no está para regular la relación del sujeto con el significante.

1.6.1 Los tiempos lógicos del Edipo

Lacan (1958) articula los tres tiempos lógicos del Edipo en los que se da la metáfora paterna. Plantea que es fundamental comprender el triángulo imaginario niño-padre-madre, el cual se encuentra en el plano de lo real, pero instituye una relación simbólica.

En el primer tiempo, el niño, además de desear ser cuidado por su madre, se identifica en espejo con su objeto de deseo —el falo— «es decir, *to be or not to be* el objeto del deseo de la madre» (Lacan, 1958, p. 197). A partir de esta primera simbolización con el falo, el niño comienza a experimentar la realidad con su medio.

En un segundo momento, el padre castra al niño —en el sentido simbólico del deseo— del falo de su madre, privación que puede aceptar o no. Si el niño acepta esta privación, llega al tercer tiempo en el cual el padre aparece como prescindible y es necesario que esté constituido como símbolo, entrando en juego como portador de la ley. En este punto si el niño se logra identificar con el padre, logra la salida del complejo de Edipo, identificación denominada *ideal del yo* (Lacan, 1958, p. 199). Es importante aclarar que dichas etapas están planteadas en lo que sería un desarrollo «esperable».

En los casos donde el significante nombre del Padre se encuentra forcluido, el sujeto no logra salir del segundo tiempo del Edipo, el significante paterno no logra inscribirse sobre el materno, por lo tanto, no cumple con su función de ser portador de la ley. Al ser rechazado no logra quedar integrado al inconsciente, como sí sucedería con la represión, y el sujeto construye nuevos significantes como forma de resarcimiento de la realidad, los cuales retornarán de forma alucinatoria o delirante en el plano de lo real. Como consecuencia de ello el sujeto no podrá fundar la cadena significativa, quedan precisamente forcluidos los mensajes y los códigos que la fundan (Lacan, 1958).

Veamos cómo sucede este segundo tiempo en el caso Schreber. Hugo Bleichmar (1980) sostiene que «el padre real de Schreber es la función madre de la relación dual, de modo que Schreber desde ese punto de vista permaneció sin que se realizase en él la castración simbólica» (p. 74). Por su parte, Lacan señala:

Este, ante el requerimiento, en un momento vital esencial, de hacer responder al Nombre del Padre en su lugar, es decir, allí donde no puede responder porque nunca ha llegado a estar, ve surgir en su lugar esta estructura. Dicha estructura se realiza mediante la intervención masiva, real, del padre más allá de la madre, al no apoyarse está en él en absoluto como promotor de la ley. De ello resulta que, en el punto principal, fecundo de su psicosis [...] ¿qué es lo que oye? Con toda exactitud, dos tipos fundamentales de alucinaciones. (Lacan, 1958, p. 210).

1.7 Los delirios y las alucinaciones en las psicosis

En lo que respecta a la temporalidad en las psicosis, Freud propuso dos fases: una silenciosa y otra ruidosa, en la cual se presentaban las alucinaciones y los delirios, a modo de restitución de la realidad. Lacan por su parte propuso tres, la primera llamada *prepsicosis*, momento de aparente normalidad donde el sujeto «puede mantenerse estabilizado y no llegar a desencadenarse nunca» (Urriolagoitia, 2012, p. 165). Luego se encuentra la fase del *desencadenamiento*, en la cual se presentan los delirios y las alucinaciones, la tercera fase sería la de la *estabilización*, que se puede producir o no. A partir de esto, introduce una diferencia entre locura y psicosis, ya que esta última «si no se desencadena puede no volverse loco [...] sin embargo, no por eso deja de ser psicótico» (Urriolagoitia, 2012, p. 165). El delirio en estos casos actúa como *parche* en el lugar donde se produce la ruptura del yo con la realidad (Tenutto, 1999).

Lacan (1955) llama al contenido del delirio *el decir psicótico*, el lenguaje delirante, en él ciertas palabras cobran un énfasis especial. Plantea que el modo de abordaje de las psicosis debe ser tomando la palabra, ya que esta es el médium para poder llegar al inconsciente del sujeto, su registro «crea toda la riqueza de la fenomenología de la psicosis, allí vemos todos sus aspectos, descomposiciones, refracciones. La alucinación verbal, que es fundamental en ella, es precisamente uno de los fenómenos más problemáticos de la palabra» (p. 57).

Desde esta línea, podemos afirmar que las experiencias vividas por Schreber se encuentran en el registro de la locura, es por ello que, por más desconectado de la realidad que parezca el discurso del sujeto, esa es su realidad y por tanto su verdad, y será todo un desafío trabajar tomando su palabra.

En «De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis» (1957-58), Lacan hace referencia a las alucinaciones verbales que presentaba Schreber y las

clasifica según la estructura de la palabra, realizando una distinción lingüística entre los fenómenos de código y los de mensaje, «dos tipos fundamentales de alucinaciones que nunca encontraremos aisladas de esta forma en los manuales clásicos» (Lacan, 1958, p. 210). El propio Schreber las clasificó en dos tipos de voces, «la lengua fundamental» (*Grundsprache*) y la «lengua común» (es decir el alemán).

Los fenómenos de código son *neologismos*, palabras nuevas, compuestas, que responden a su lengua y a un nuevo código (Lacan, 1958). Por ejemplo, *almicidio*, el cual Schreber crea para referirse al «asesinato de almas». Lacan (1958) afirma que «se trata de algo bastante vecino a esos mensajes que los lingüistas llaman *autónomos* por cuanto es el significante mismo (y no lo que significa) lo que constituye el objeto de la comunicación» (p. 515). Para Lacan (1955): «A nivel del significante, en su carácter material, el delirio se distingue precisamente por esa forma especial de discordancia con el lenguaje común» (p. 52).

Los fenómenos de mensaje, por su parte, son «los mensajes interrumpidos, en los que se sostiene una relación entre el sujeto y su interlocutor divino a la que dan forma de un *challenge* o de una prueba de resistencia» (Lacan, 1958, p. 517). Estos se presentan como puros mensajes u órdenes localizables de forma dissociada entre el mensaje y el código.

1.7.1 El delirio y sus fases

Maleval (2002) trabaja las fases del delirio a partir de lo propuesto por Lacan en su seminario sobre las psicosis. Plantea la idea de una *escala de los delirios* que da cuenta de un proceso que, si bien no es lineal, ya que puede haber retrocesos, es progresivo y culmina con la sistematización de un delirio real. Este evoluciona en la relación del sujeto con el goce, donde en un primer momento aparece la angustia y luego una elaboración más acabada con el fin de remediarla, «designan sintomatologías psicóticas que se traducen en posiciones subjetivas que en su mayoría son poco estables» (Maleval, 2002, p. 284).

En el primer momento, de perplejidad y deslocalización del goce (P0), comienza la incubación del delirio. La falla en el campo simbólico provoca que el sujeto sienta malestar y sentimientos de perplejidad, ya que su mundo se encuentra alterado. Se pueden presentar estados hipocondríacos, sentimientos de angustia extrema, posición de decadencia y sentimiento confuso de muerte. Como consecuencia de ello, el sujeto comienza a desarrollar una serie de significantes que hacen posible sobrellevar dicha etapa y también como forma de autojustificarse, recurre con frecuencia a la función paterna capaz de calmar el goce deslocalizado; «sin embargo, el sujeto sigue perplejo, el

delirio no consigue saturarse, de forma que, por lo general, se presenta bajo una forma paranoide» (Maleval, 2002 pp. 282-283).

El segundo momento, la tentativa de significación del goce del Otro (P1), tiene el fin de remediar la falla simbólica inicial. El sujeto moviliza un enorme aparato significante, tratándose de un proceso de sustitución en el campo del lenguaje de aquellos significantes que faltan en el sujeto, los cuales vuelven en forma de delirio. Aquí puede aparecer «la llamada a un principio paterno cuyas encarnaciones demuestran ser muy variables, aunque las figuras del poder, de la Ley y de lo divino sean las más privilegiadas a este respecto» (Maleval, 2002, pp. 284-285). En el tercer momento, de identificación del goce del Otro (P2), el delirio comienza a sistematizarse, se organiza, se satura y el sujeto comienza a adquirir certezas inmovibles, que lo mueven a denunciar aquellos principios que cree falsos (Maleval, 2002).

Por último, en la cuarta etapa, el consentimiento del goce del Otro (P3), «se impone un sentimiento de común con el Padre, de tal manera que la megalomanía conoce sus logros más elevados», aquí es muy común que el sujeto se crea Dios o «el Elegido», «quienes consiguen saturar la cadena significante, el goce se modera: un delirio sistematizado consigue contenerlo» (Maleval, 2002, p. 292).

Cuando el sujeto entra en estas últimas fases del delirio —llamado por Emil Kraepelin,¹⁰ «parafrenia sistemática» en su *Tratado de psiquiatría*—:

Se encuentra en pleno acuerdo con la neorrealidad que ha conseguido construir. Consiente al goce del Otro porque tiene la certeza de que, gracias a esta experiencia, accede a un saber esencial. A menudo, este saber le ha sido librado por una omnipotente figura paterna de quien se sabe portavoz, incluso su encarnación. El acceso al conocimiento supremo demuestra ser inseparable del desarrollo de temas megalomaniacos y del surgimiento de construcciones más o menos fantásticas, mientras que, gracias a la desaparición de los perseguidores, el sujeto ya no se ve empujado a cometer actos médico legales. (Maleval, 2002 p. 283).

Es de suma importancia resaltar el lugar del saber en este punto del delirio, ya que el sujeto está convencido de que él posee el saber, y, por lo tanto, viene a enseñarnos, a mostrarnos la verdad divina, a través de su discurso hablado o por medio de la escritura, al igual que lo hizo Schreber en sus *Memorias*. En este sentido Raquel Capurro (2012), afirma que «el estilo del texto de Schreber es inseparable de su delirio, pues la escritura no viene a ocupar ese lugar sustituyendo al delirio, sino que está al servicio de la experiencia delirante» (p. 29).

¹⁰ «La Parafrenia nació por la exigencia clínica que representaba para Kraepelin agrupar varias formas de delirio que no entraban ni en el cuadro de la Demencia Precoz ni en el de la Paranoia [...] el mismo Kraepelin termina por unir el grupo de parafrenias que había intentado aislar con tantas dificultades, al grupo de las esquizofrenias» (Lacan, 1975-76, p. 141).

2. SEGUNDA PARTE: LA TRANSFERENCIA

2.1 La transferencia en Freud

En «Sobre la dinámica de la transferencia» (1912), Sigmund Freud desarrolla cómo se produce y opera durante el tratamiento psicoanalítico la noción de transferencia (*Übertragung*). Refiere a las representaciones adquiridas en la infancia del ser humano, tanto conscientes como inconscientes, que determinan «el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse» (p. 97). Estas tienen una gran carga libidinal y se repiten a lo largo de la vida del sujeto. Algunas de esas representaciones-expectativas libidinosas, también llamadas *mociones*, quedan disponibles para la personalidad consciente del sujeto, ya que han recorrido el pleno desarrollo psíquico, mientras que aquellas otras que no logran realizar dicho recorrido no están disponibles para la personalidad consciente del sujeto, sin posibilidad de volverlas hacia su realidad objetiva, por tanto, inconscientes. Cuando la investidura libidinal se encuentra insatisfecha por la realidad objetiva tanto la parte consciente como la inconsciente es volcada en análisis hacia la persona del analista, produciendo la transferencia. No excluye que también se dé fuera del análisis, sino que justamente dentro de un proceso analítico adquiere una particularidad especial (Freud, 1912).

Freud (1912) expone una paradoja de la transferencia, en el análisis puede operar tanto como «la más fuerte resistencia al tratamiento» como «la más poderosa palanca del éxito», en tanto se superen las resistencias (p. 99). Para explicar dichas afirmaciones, Freud (1912) utiliza el término propuesto por Jung, *introversión de la libido*, que consiste en volver accesible a la consciencia aquellos imagos infantiles que durante el trabajo analítico son inconscientes, que actúan como resistencias y, para liberarlas, es necesario «cancelar la represión [...] de las pulsiones inconscientes y de sus producciones» para ponerlas «al servicio de la realidad objetiva» (pp. 100-101). Podemos afirmar que dicha repetición es una actualización de los deseos inconscientes sobre el analista y tanto en la represión como en la resistencia «se ven actuar las mismas fuerzas, es más, la transferencia debe considerarse en parte como una resistencia, en la medida en que reemplaza el recuerdo verbalizado por la repetición actuada» (Laplanche y Pontalis, 2005, pp. 384-349) de prototipos infantiles, vivenciada con un claro sentimiento de actualidad. Dichas resistencias aparecerán a lo largo de todo el tratamiento por lo que es muy importante poder interpretar el contenido del material desplegado en transferencia sobre el analista, de modo que devenga consciente. Este proceso se puede repetir «innumerables veces en la trayectoria de un análisis» (Freud, 1912, p. 101). Por último,

debe diferenciarse la transferencia positiva, la cual refiere a aquella que se encuentra ligada a sentimientos tiernos o amistosos, de la negativa, ligada a sentimientos hostiles hacia el analista (Freud, 1912). La transferencia en los paranoicos es negativa, de ahí que «la posibilidad de influir y curar» (Freud, 1912, p. 104) es menor que en las personas que presentan estructura neurótica. En la actualidad varios autores han problematizado esta postura, demostrando que sí se puede establecer una relación transferencial en los consultantes que presentan estructura psicótica a pesar de que se trata de una modalidad distinta.

2.1.1 Amor de transferencia

En «Puntualizaciones sobre el amor de transferencia» (1914a), Freud trabaja una de las situaciones que suelen presentarse en el análisis: el enamoramiento del sujeto hacia la persona del analista. En este caso, el psicoanalista —a nivel contratransferencial— no debe corresponder a esta demanda de amor, ni tampoco señalárselo apenas lo perciba, ya que debe tener en cuenta que la atribución de dicho enamoramiento no se debe a su persona en sí, sino a una resistencia que predispone al sujeto a enamorarse en las circunstancias de un análisis. Dicho «enamoramiento existía desde mucho antes, pero ahora la resistencia empieza a servirse de él para inhibir la prosecución de la cura» (p. 166). El analista debe orientar al sujeto hacia los orígenes inconscientes de dicho amor, para que el sujeto pueda recordarlo — hacerlo consciente— y así poder dejar de actuarlo, de repetir en análisis:

La paciente, cuya represión sexual no ha sido cancelada, sino solo empujada al trasfondo, se sentirá entonces lo bastante segura para traer a la luz todas las condiciones de amor, todas las fantasías de su añoranza sexual, todos los caracteres singulares de su condición enamorada, abriendo desde aquí el camino hacia los fundamentos de su amor. (Freud, 1912, p. 169).

Por lo tanto, el análisis tiene que proseguir a pesar de que se presente el enamoramiento, porque si se abandona se puede repetir el enamoramiento con otro analista y dicho amor reprimido seguiría inconsciente; la meta del trabajo analítico «será entonces descubrir la elección infantil de objeto y las fantasías que trae urdidas», porque ese amor se encuentra en la represión y esta «exagera sus exteriorizaciones» (Freud, 1912, p. 171). Todo enamoramiento repite modelos infantiles, en estos casos se trata de sus reediciones en transferencia lo que constituye el rasgo patológico. La meta entonces es superar las fijaciones infantiles que tiene el sujeto, para ponerlas a disposición en la vida real, luego de terminado el tratamiento. De aquí la importancia de que el analista no corresponda a su demanda: «tiene que valorar más su oportunidad de elevar a la

paciente sobre un estadio decisivo de su vida. Ella tiene que aprender de él a vencer el principio de placer, a renunciar a una satisfacción inmediata» (Freud, 1912, p. 173).

2.2 La transferencia en Lacan

Para Jacques Lacan, la transferencia va mucho más allá, retoma y problematiza los planteos freudianos a lo largo de toda su obra, modificando su forma de concebirla. En una primera instancia, en «Intervención sobre la transferencia» (1951), trabaja la naturaleza dialéctica de la relación psicoanalítica que se da de sujeto a sujeto, entre el consultante y el analista; solo la presencia de este último aporta por sí misma la dimensión de diálogo, sin necesidad de intervenir y criticar su concepción en términos afectuosos, para concebirla en términos estructurales en una relación intersubjetiva. Más adelante, en el primer seminario plantea que se encuentra implícita en el acto del habla de los sujetos implicados (emisor y oyente), en el que intercambian signos. En su segundo seminario, es concebida en función de la repetición, es decir, con relación a aquellos significantes que se repiten e insisten en el sujeto, por tanto, pertenecen al orden simbólico, distinguiéndose de aquellos aspectos imaginarios en los que la transferencia actúa. Entre 1960 y 1961, dedica su octavo seminario a la noción de transferencia, retoma *El banquete* de Platón, a modo de ficción, para poder explicar la relación transferencial entre analista y analizante como disparidad subjetiva. Si bien lo que sostiene es de suma importancia para poder abordarla, me centraré en aquellas nociones que Lacan propone en *El seminario. Libro XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* (1964), ya que es aquí donde articula la transferencia con el sujeto supuesto saber, formulación fundamental para entender cómo opera el saber en las relaciones transferenciales con sujetos que presentan estructura psicótica.

2.2.1 La transferencia y su relación con el sujeto supuesto saber (SsS)

Lacan (1964) define la transferencia como un fenómeno esencial que incluye tanto al sujeto como al psicoanalista y se encuentra ligada al deseo de ambos. A su vez, sostiene que está determinada por su función en la praxis, ya que rige la forma de tratar a los sujetos y, a la inversa, la forma de tratarlos rige a la transferencia. Dicha relación «se instaura en un plano que no es simétrico ni recíproco» (Lacan, 1964, p. 143) y para que entre en juego en análisis el consultante debe depositar en el analista un supuesto saber que él cree que no posee, es decir, cree que el analista sabe sobre aquello que le pasa, y que es nombrado por Lacan como *sujeto supuesto saber* (SsS). Esto no significa que el analista posea el saber verdadero o absoluto, sino que designa una función que puede llegar a tomar en la cura a vistas del consultante, «solo cuando el analista es percibido

por el analizante como encarnando esta función puede decirse que se ha establecido la transferencia» (Evans, 2007, p. 185). O sea, se establece la relación transferencial cuando el sujeto le atribuye un supuesto saber al Otro, en este caso, al analista:

El asunto es, primero, para cada sujeto desde dónde se ubica para dirigirse al sujeto que se supone saber. Cada vez que esta función pueda ser encarnada para el sujeto por quienquiera que fuese, analista o no, [...] se desprende que la transferencia queda desde entonces ya fundada. (Lacan, 1964, pp. 240-241).

Entonces, para Lacan (1964) «la transferencia solo puede pensarse a partir del sujeto a quien se le supone el saber» (p. 261). Pero para que ello suceda el sujeto debe desear que el analista ocupe ese lugar, ya que al principio este dista de querer concedérselo. En un primer momento, el sujeto comienza a hablar en análisis con el analista, a quien «se le ofrece algo que, necesariamente cobra primero la forma de demanda» (Lacan, 1964, p. 277). Luego, en cuanto se empiecen a dejar de lado las resistencias y se comience a dar paso a la palabra, a la palabra plena, y se lo posicione al analista en ese lugar del saber, se abrirá paso al deseo inconsciente. Deseo que da paso a la demanda y, por tanto, a la transferencia. Este debe también estar articulado con el deseo del analista, ya que se expresa en la relación transferencial.

Con relación al deseo, Lacan (1964) dice en varias ocasiones que «el deseo del hombre es el deseo del Otro» (p. 243), y que en la experiencia analítica dicha relación nos demuestra cómo se constituye en la cadena de significantes del deseo del Otro. A este gran Otro lo situamos en el orden simbólico, donde encontramos la cadena signifiante, y es diferente al pequeño otro que se encuentra en el orden de lo imaginario. El ser humano, en tanto se constituye como sujeto que piensa, es decir, como «sujeto cartesiano, que aparece en el momento en que la duda se reconoce como certeza» (Lacan, 1964, p. 132), funda sus significantes primordiales con relación al campo del Otro. Estos ya están desde antes de constituirse como sujeto e, incluso, desde antes de su nacimiento. Por tanto, el campo del Otro rige todo aquello que en el sujeto «podrá hacerse presente, es el campo de ese ser viviente donde el sujeto tiene que aparecer y he dicho que por el lado de ese ser viviente, llamada a la subjetividad, se manifiesta, esencialmente la pulsión» (Lacan, 1964, p. 212), en consecuencia, dicho campo nos determina como sujetos.

Es de suma relevancia tener presente la relación del sujeto con los significantes primordiales, dado que estos no solo constituyen al inconsciente mismo, sino también a la experiencia analítica, según Lacan (1964). Asimismo, «el inconsciente es los efectos que ejerce la palabra sobre el sujeto, es la dimensión donde el sujeto se determina en el desarrollo de los efectos de la palabra y, en consecuencia, el inconsciente está

estructurado como un lenguaje» (Lacan, 1964, p. 155), de esa forma, podemos afirmar que el sujeto está determinado por dichos efectos primordiales, significantes que constituyen el inconsciente.

2.2.2 Presencia del analista

Lacan (1967) plantea que «la propia presencia del analista es una manifestación del inconsciente» (p. 131). La transferencia en análisis abre paso al discurso del sujeto a través de una pulsación temporal, la cual muestra aquellos significantes inconscientes del sujeto, pero a su vez, por ser de naturaleza resistente, provoca que dicha pulsación se vuelva a cerrar. Aquí el analista cumple una función de testigo del discurso del sujeto, solo por el hecho de estar presente, sin necesidad de intervenir, su presencia genera efectos en el sujeto que pueden dar paso al cierre y/o apertura del inconsciente. Este cierre y apertura no es más que la misma repetición actuando en transferencia, la cual se ofrece al analista para poder intervenir sobre ella y reconstruir parte de la historia del sujeto. El analista debe esperar dicha apertura para poder dar su interpretación, que en ese momento se vuelve decisiva, dado el carácter ilusorio de los contenidos transferidos a él.

Este es un momento muy significativo, el de la transmisión de poderes del sujeto al Otro, que llamamos, el gran Otro, el lugar de la palabra, virtualmente, el lugar de la verdad [...]. El Otro, latente o no, está presente, desde antes, en la revelación subjetiva. Ya está presente cuando ha empezado a asomar algo del inconsciente. (Lacan, 1977, pp. 135-136).

A este gran Otro, presente en lo inconsciente de dichas aperturas, lo encontramos en sus distintas formaciones (sueño, lapsus, chiste, síntoma), que se escapan durante el discurso del sujeto. Lacan afirma que *el inconsciente es el discurso del Otro*; un discurso que hay que construir a partir de las aperturas del inconsciente, porque ahí se encuentra aquello que «el sujeto va a evitar hablar, pero que sale a la luz de diversas modalidades. Es quien pide, por boca del analista, que vuelva a abrir lo postigos» (Lacan, 1977, p. 138).

2.2.3 Sexualidad y pulsión

La sexualidad participa tanto en el desarrollo como en la vida psíquica de los sujetos y su forma de constitución se da a través del campo del Otro. En psicoanálisis, no solo es definida como la actividad sexual en sí, sino que concibe otros aspectos de la vida de los seres humanos que generan satisfacción y placer. Por ese motivo, no hay que dejarla de

lado en la relación transferencial, ya que lo manifiesto en ella es «la puesta en acto de la realidad del inconsciente» (Lacan, 1971, p. 181).

Está en el centro, sin duda alguna, de todo lo que sucede en el inconsciente. Pero está en el centro en tanto es una falta, es decir que en el lugar de lo que fuera que pudiera escribirse de la relación sexual como tal, se sustituyen los *impasses*, que son los que engendra la función del goce precisamente sexual en tanto que éste aparece como esa especie de punto de espejismo del cual en algún lugar Freud mismo da la nota como del goce absoluto. (Lacan, 1971, s/n).

Lacan denomina a esa falta el *objeto a*, refiriéndose a aquel objeto que no puede alcanzarse, por tanto, es causa del deseo. En el análisis se hace presente a través del discurso en relación con otros elementos de la cadena significativa.

Lacan retoma lo planteado por Freud (1915) en «Pulsiones y destinos de pulsión» para pensar la transferencia y la pulsión. Ambos autores comparten la idea de que la sexualidad se encuentra presente desde la infancia en los seres humanos, es regulada por las pulsiones parciales que difieren de la finalidad biológica de la reproducción, por el propio hecho de ser parciales su meta es simplemente la satisfacción, en busca de la homeostasis, diferenciándose del instinto.

Asimismo, distinguen cuatro términos de la pulsión: el empuje, la fuente, el objeto y la meta. El empuje es producto de un estímulo-excitación interna, tiende a una descarga y se encuentra conservado a través de una energía constante que «impide cualquier asimilación de la pulsión a una función biológica» (Lacan, 1971, p. 172). La meta no es el objeto en sí mismo, sino el camino a recorrer para su llegada. Por lo cual, podemos afirmar que la satisfacción de la pulsión no se encuentra en él, «Freud dice que la sublimación es también satisfacción de la pulsión, a pesar de que está *zielghemmt*, inhibida en cuanto a su meta, a pesar de que no la alcanza» (Lacan, 1971, p. 173). A su vez, afirma que los sujetos consultan porque no están satisfechos con ellos mismos, sin embargo, satisfacen algo que va en contra de lo que verdaderamente desean satisfacer. El objeto de la pulsión refiere al anteriormente nombrado objeto a —causa del deseo—, es decir, es la falta que genera *displacer*, el empuje de la pulsión hacia su satisfacción, pero su meta no es llegar a él, sino más bien «le da vuelta, lo contornea» (Lacan, 1971, p. 176).

En lo que respecta a la estructura de las pulsiones, estas se encuentran ligadas al factor económico, regulado por el principio de placer, que tiende a satisfacer aquellas tensiones a través de las pulsiones parciales. «La pulsión, justamente, es el montaje a través del cual la sexualidad participa en la vida psíquica, y de una manera que tiene que

conformarse con la estructura de hiancia característica del inconsciente». (Lacan, 1971, p. 183)

A su vez, la sexualidad contribuye a la constitución del sujeto y de las redes del significante que lo estructuran. Se manifiesta, en la experiencia analítica, en el intervalo de aquello que se encuentra reprimido, en tanto significante primordial que constituye el síntoma, y, por otro lado, en la interpretación que apunta siempre al deseo, «en resumidas cuentas, el deseo es la interpretación misma» (Lacan, 1971, p. 183). En el transcurso del análisis, no vemos la totalidad de la pulsión sexual del sujeto, justamente, por presentarse de forma polimorfa, dicha pulsión está vinculada con la realidad sexual del sujeto, ligada al deseo, a su demanda. Por último, es necesario destacar la libido, aspecto central para concebir la sexualidad, ya que «es la presencia efectiva, como tal, del deseo» (Lacan, 1971, p. 159).

3. TERCERA PARTE: TRANSFERENCIA EN LAS PSICOSIS

3.1 ¿Hay transferencia en las psicosis?

En este punto retomo las interrogantes ya planteadas y que me llevaron a investigar sobre la temática en cuestión, de si es o no posible trabajar con sujetos que presentan estructura psicótica, tomando la relación transferencial como un punto clave en el análisis.

Como mencioné anteriormente, Freud deja en claro que los sujetos psicóticos no logran establecer una relación transferencial, pues su libido de objeto se retira del yo, por lo cual, el sujeto se muestra reticente al abordaje terapéutico. Sin embargo, él mismo reconoce no poder dar respuestas debido a la falta de herramientas teóricas desarrolladas, sugiere que los analistas deben sustituir sus métodos analíticos por otros más adecuados para ese tipo de abordajes (Maleval, 2002).

Si bien Lacan no rechaza la idea de la posibilidad de tratamiento como Freud, plantea que aún no están sentadas las bases para su abordaje. En 1957, en sus escritos, sostiene «la idea de que, en la cura de los psicóticos hay que formarse una concepción nueva de la maniobra de la transferencia» (Maleval, 2002, p. 325). En dicha modalidad transferencial se puede ver cómo el sujeto despierta con frecuencia «sentimientos extremos y ambivalentes, asociados con una percepción funcional de la relación; su insuficiencia reside en que es indisociable de una concepción de la cura adherida al eje imaginario» (Maleval, 2002, p. 324), a su vez por momentos puede tomar al «analista por lo que no es» y por lo tanto es necesario, «rectificar sus relaciones con la realidad corrigiendo progresivamente el engaño» (Maleval, 2002, p. 323).

Luego del recorrido realizado es que puedo afirmar que el trabajo analítico con sujetos que presentan estructura psicótica es posible, por tanto, se pueden esbozar algunas líneas analíticas a seguir, tomando en cuenta los delirios y las alucinaciones que traen consigo los significantes en conjunto con la transferencia. La cuestión que se trata de esclarecer aquí es de qué forma se establece y cuál es el rol del analista y del saber en ella.

3.2 Erotomanía de la transferencia y el lugar del saber

En lo que refiere a los sentimientos extremos y ambivalentes en la transferencia negativa, del sujeto hacia al analista, Lacan plantea la noción de erotomanía de la transferencia. Esta es introducida en 1966 a partir de la relación que Schreber desarrolla

con el Dr. Flechsig. Se trata del lugar en el que el sujeto sitúa al analista, una posición de objeto de erotomanía mortificante, la cual da cuenta de la inversión de los lugares,

Aquí el objeto *a* no se sitúa en el campo del Otro, del lado del analista; es el psicótico, sujeto del goce, quien se siente como su depositario, mientras que el clínico es vivido como un sujeto animado de una voluntad de goce con respecto al paciente. (Maleval, 2002, pp. 326-27).

La relación de Schreber con Dios es nombrada por Lacan como *erotomanía divina*, Dios se presenta como un objeto divino y su amor se le impone a Schreber desde el exterior. Como vimos anteriormente, este fenómeno es muy usual en los sujetos con estructura psicótica, ya que su mecanismo de formación de síntomas se da a través de la proyección, estos tienen la certeza de ser amados por una entidad divina, eminente. Podemos relacionar dicho delirio con las temáticas místicas y megalomaniacas, en las que ellos creen ser los elegidos. Según Maleval (2002), las características fundamentales de este fenómeno son, por un lado, con relación al Otro, quien emite la libido hacia el sujeto y, por el otro, como sujeto de la certeza. Dicho fenómeno, al igual que lo es la resistencia en las neurosis, se sitúa como un obstáculo hacia la cura al enfrentar al sujeto con el Otro perseguidor (Maleval, 2002).

Tal como sostiene Isidoro Vegh (1995), es importante tener en cuenta que, en general, el sujeto psicótico no acude a consulta por su propia voluntad, sino que en la mayoría de los casos es acompañado o derivado por un familiar o médico, o porque sienten un síntoma de manera muy intensa y lo llevan como motivo de consulta, como por ejemplo una angustia o insomnio. Es inusual que se presente a una consulta un sujeto que se encuentre experimentando delirios y/o alucinaciones. Esto se debe a que, en general, en la etapa aguda —del desencadenamiento, como ya vimos— el sujeto no tiene conciencia de una enfermedad, no puede dar cuenta de aquello que le sucede, ya que dichas experiencias invasivas se le imponen y son percibidas desde el exterior.

Cuando un sujeto con estas características se presenta, no trae consigo una demanda explícita, de modo que hay que construirla en conjunto para plantear los lineamientos a seguir en el análisis y lograr poner en orden su mundo psíquico.

Es importante que el sujeto pueda dar cuenta de ello para responder a su demanda, «mediante un saber necesariamente prefabricado tiende a movilizar la erotomanía mortificante, no a impedir su desarrollo. Oponiéndose a este goce deslocalizado es como se apacigua la transferencia psicótica» (Maleval, 2002, p. 334), de forma que contrarreste los sentimientos de persecución para poder proseguir en el análisis y dar paso a la cura.

En las neurosis el sujeto consulta con el analista en busca de un saber, de ese significativo faltante, de aquello que lo hace sufrir, padecer, por lo tanto, demanda un

saber al analista. El sujeto neurótico le atribuye el lugar del sujeto supuesto saber al analista. Sin embargo, en las psicosis, el sujeto «no pregunta por su causa como un saber que se le escapa» (Vegh, 1995, p. 12), es decir, que no se pregunta por su padecimiento, cree ser poseedor de ese saber, tiene la certeza de qué es lo que lo hace padecer, motivo por el cual no recurre a consultar ni coloca al analista en ese lugar (Vegh, 1995).

Viene a nosotros por una afectación que siente en lo real de su cuerpo, una angustia que no cede, o para compartir con nosotros en la medida que su confianza lo permite, la convicción de un saber que su delirio le confirma y del cual se siente mensajero. (Vegh, 1995, p. 38).

Esta posición, desde el lugar del saber, en la cual el psicótico nos hace partícipes de su saber, la podemos ver en Álvaro que nos contaba y advertía sobre los alienígenas, o en Schreber a través de la escritura de sus *Memorias*, al querer presentarnos la verdad divina. Ante dicha situación Vegh (1995) se pregunta:

¿Cómo se perfila el analista en la transferencia con el paciente psicótico?: no ocupa el lugar del Sujeto Supuesto Saber ni sostiene la presencia del objeto [...] puede situarse ante el discurso del paciente psicótico propiciando que más allá de su cuerpo [...] encuentre en otro espacio, su objeto de goce. (p. 14).

Por lo tanto, el psicótico sufre de exceso y no de falta. Schreber cuenta un goce que ninguno de nosotros tiene, un saber del cual nosotros carecemos. ¿Cómo nos perfilamos en la transferencia para que no desdiga nuestra ética? Una ética del psicoanálisis que hace su eje en el aforismo: «no ceder en su deseo» (Vegh, 1995, p. 13).

La función del analista consiste en propiciar que el goce que busca más allá de su cuerpo tenga algún cauce en lo que llamamos, como metáfora consagrada, *el cuerpo social*. Es en el Otro real del cuerpo social donde el analista propicia que ese goce se conjugue con el anhelo del sujeto, esto lo logra compartiendo sus ideales, haciéndose testigo de su discurso, dejando que el sujeto se sitúe con relación al Otro, de forma que el sujeto avance hasta encontrar el objeto de su goce y de su deseo, más allá de su cuerpo (Vegh, 1995), «nombramos efecto sujeto a aquel que responde a la palabra del Otro. Que responde en el doble sentido de una respuesta a la demanda del Otro, también de una respuesta que difiera, interroga, cuestiona, propone su alternativa a esa palabra» (Vegh, 1995, p. 41).

En 1989 Jean Allouch trabaja la modalidad de la transferencia con los sujetos psicóticos en su texto «Ustedes están al corriente, hay transferencia psicótica», en el cual plantea que existe «una modalidad de la transferencia específica de la psicosis» (p. 1). El autor afirma que el sujeto psicótico no le supone un saber al analista. En sus palabras:

«Marquemos la especificidad de la transferencia psicótica con una fórmula: el neurótico transfiere, el psicótico plantea transferencialmente» (Allouch, 1989, p. 1). Esto quiere decir que durante el análisis el consultante va a intentar hacerle ver al psicólogo a través de su discurso que es él quien posee ese supuesto saber y que el analista sabe que él tiene ese saber, de ahí la frase «Ustedes están al corriente». Esta modalidad de plantear transferencialmente Allouch (1989) la llama *folie à deux* que se puede traducir como *locura de a dos* e implica «un reconocimiento (aceptación o rechazo) de lo que se encuentra articulado en el Otro bajo el modo neutralizado del se-dice» (p. 4).

Como hemos visto anteriormente, es crucial entender la noción del Otro para comprender la transferencia, pues este pertenece al plano de lo simbólico y además determina la estructura del sujeto. En los sujetos psicóticos existe una lesión en el campo del Otro que condiciona la estructura del sujeto. La perturbación de la relación del Otro se encuentra ligada a un mecanismo transferencial, «primeramente es en el lugar del Otro que el sujeto psicótico es tomado por...» (Allouch, 1989, p. 4). Aquí el delirio juega un papel muy importante, es «una creación, a la vez delirio de relación y en relación» (Allouch, 1989, p. 2). Para dar lugar no solo a la transferencia, sino también a los pequeños otros Allouch (1989) introduce la fórmula «la locura llama» y distingue tres lugares: «el de un testigo, [...] el lugar del Otro, es aquel desde donde se origina una asignación desubjetivante, persecutoria por esto mismo. [...] El lugar del otro —escrito con una pequeña a— aquel donde el sujeto hace valer su testimonio» (pp. 4-5). Estos lugares nos orientan a la hora de entender la transferencia psicótica:

En efecto, no se trata del mismo destinatario cuando un psicótico nos dice, como quien lo entiende todo: «¡para que hablarle, usted está al corriente!» y cuando nos hace el regalo y el honor de tomarnos por testigos de su testimonio, demandándonos sancionar su validez, pero desde un sitio donde está excluido que podamos hacerlo. (Allouch, 1989, p. 5).

En estos casos el autor dice que debemos abstenernos de intervenir, sin embargo, podemos hacerlo cuando el sujeto se dirige a nosotros «como a un codelirante potencial, en este caso podemos aceptar o no su testimonio, ya que él espera de nosotros una confirmación de la experiencia que él sufre y de la que se hace entonces para nosotros el testigo» (Allouch, 1989, p. 5). El lugar del testigo busca que a través de la escucha activa fluya el discurso de los sujetos.

Lacan (1955) afirma que en el discurso delirante de los sujetos psicóticos existe una forma de repetición que adquieren los significantes cuando estos mismos vuelven al sujeto, pero no remiten a nada, simplemente se repiten estereotipadamente. Esta repetición en el discurso la opone a la palabra y la llama el *estribillo* (p. 53), que a su vez

se diferencia de la palabra plena del sujeto, ya que es un discurso vacío que no logra atravesar el muro del lenguaje, no logra darle un sentido y remite siempre a los mismos significados, quedando enganchado el sujeto en su propio discurso. Esta forma de regresión es una actualización que el sujeto consigue en el discurso con el analista, por lo tanto, se logra una vez establecida la transferencia (Lacan, 1953).

Allouch (1989), retoma la cuestión del saber y afirma que en los planteamientos de los sujetos psicóticos:

Aparece manifiesta la especificidad de la transferencia psicótica, que es ante todo [...] una transferencia al psicótico. Él no está sin saber e incluso sin tener la razón en su saber. Nada obtendremos de él si le rechazamos eso. Y por una razón de estructura. (p. 5).

Para concluir, entonces, diremos que el sujeto que presenta estructura psicótica en vez de suponerle un supuesto saber al analista supone que lo posee él. Confirmamos, así, el planteo de Allouch (1989) cuando dice que el psicótico plantea transferencialmente. En estos casos debemos admitir «una identidad de posición del psicótico y del psicoanalista, en cuanto a la manera de estar situado en transferencia» (p. 5). Vemos claramente lo que Lacan mencionaba, los efectos de la discordancia con la realidad en la situación analítica en la cual están implicados tanto el analista como el consultante.

3.3 Transferencia y escritura

Raquel Capurro (2012) propone un análisis de la posición transferencial y la escritura de Schreber en sus *Memorias*, en la que él mismo menciona la relación con su esposa y con el Dr. Flechsig. En cuanto a su esposa «ella está de su lado, pequeño otro del que no espera un saber, sino al que quiere hacerle saber» (p. 13) sobre sus experiencias religiosas. Sin embargo, su relación transferencial cambia al referirse al Dr. Flechsig, ya que él pertenece a la comunidad científica. Schreber espera de él la aprobación y credibilidad de sus escritos, lo que lo posicionaría desde el lugar del saber científico, coloca al Dr. Flechsig en el lugar del gran Otro, como poseedor del campo del saber. Asimismo, «le supone un saber poderoso, que implica a Schreber, que ha operado en él, y del que tienen conocimiento —a través de las Voces—, por lo que espera de este destinatario una intervención muy particular» (Capurro, 2012, p. 13). En un primer momento de la relación transferencial, Schreber busca en Flechsig el lugar de un saber médico que pueda ayudarlo con su padecer; pero luego, en un segundo momento, «situamos el advenimiento del Dr. Flechsig al lugar del Otro persecutorio» (Capurro,

2012, p. 14). Es en dicho momento que Schreber decide no dormir más e intenta ahorcarse, por lo cual Flechsig resuelve volver a internarlo.

Los intentos de suicidio y el insomnio son leídos por Lacan como efectos transferenciales de las palabras atribuidas por Schreber al Dr. Flechsig. A partir de allí se efectúa un giro en esa transferencia, cuyo temple vira a la persecución y cuyos efectos aparecen de inmediato. (Capurro, 2012, p. 16).

Dicho suceso da paso al tercer tiempo, ocupado por ideas de muerte y que «culmina con un nuevo colapso nervioso», a raíz de la ausencia de su esposa durante cuatro días y la irrupción de una serie de poluciones en una noche (Capurro, 2012, p. 17).

La interpretación de estos dos acontecimientos precipita el colapso que se acompaña de las primeras manifestaciones sobrenaturales. En el campo de la transferencia al Dr. Flechsig, Schreber se ve confrontado «a la conexión nerviosa —*Nervenanhangs*— que el profesor Flechsig hizo sobre mí, de tal modo que hablaba a mis nervios sin estar personalmente presente». Este cambio en el modo de presencia, se acompaña de un cambio también en las intenciones. (Capurro, 2012, p. 17).

En un primer momento, Schreber confiaba en las intenciones del profesor, pero luego comenzó a dudar, convirtiéndose este en el perseguidor, encarnando en la transferencia el lugar del Otro, inaugurando el cuarto tiempo: «el tiempo de la transferencia delirante» (Capurro, 2012, p. 17). En ese mismo momento, Flechsig toma la decisión de enviar a Schreber a otro lugar de internación, quedando solo el alma del profesor en el registro de la alucinación (Capurro, 2012). A partir de aquí se da paso al último momento transferencial con el profesor, pues su lugar es subordinado a Dios. Sin embargo, las *Memorias* son dirigidas al Dr. Flechsig, a través de una carta abierta, lo que vuelve a posicionar al profesor en el centro de la relación transferencial; Schreber afirma que su nombre ha influido en él a través de los nervios, a pesar de no tener su presencia real. Así se sitúa, bajo el nombre de Flechsig, el saber perseguidor que sostiene la demanda que Schreber dirige al terminar la carta, y en la que le reclama al Dr. Flechsig un testimonio sobre esa transferencia de la que es objeto y de la cual presume, a partir de las indicaciones que le dan las Voces, que aquel efectivamente es parte activa en forma misteriosa y a distancia (Capurro, 2012).

Es por ello que la autora concluye que las *Memorias* están dirigidas a dos tipos de público, nucleados en dos polos. Por un lado, el de su semejante, el pequeño otro, encarnado en su esposa, y, por otro, el gran Otro, lugar que ocupa el Dr. Flechsig, «situado en el terreno del saber y de la persecución. La disimetría entre ambos nos plantea la cuestión de articular su relación con cada uno de ellos en los distintos momentos de su experiencia y de su escritura» (Capurro, 2012, p. 21).

REFLEXIONES FINALES

Este trabajo pretendió ser una aproximación más a las nociones de psicosis y transferencia, a cómo se conjugan y se ponen en juego en la clínica psicoanalítica. Dar cuenta de ello, hoy en día, es el resultado de un recorrido tanto práctico como teórico que llevo realizando desde el año 2018, desde aquella primera práctica clínica en la que se acercó Álvaro a consultar al servicio. A partir de ese momento comencé a cuestionarme lo que sucedía en aquellas sesiones y a pensar qué tenía el psicoanálisis para aportar y ofrecernos en el abordaje de esa situación clínica. Esta primera experiencia derribó mis propios mitos y creencias con relación a la teoría, mostrándome que era posible el trabajo con sujetos psicóticos, con personas locas. Me interesé por la conformación de su estructura psíquica, a la vez que comencé a indagar el modo en que estos sujetos se posicionan ante nuestra presencia.

Cursar una práctica en el Hospital Vilardebó, en un dispositivo grupal, me ayudó a comprender que la transferencia no se limita a la clínica individual o al diván, sino que también puede establecerse en el marco de encuentros grupales.

Al año siguiente, ya en el practicante, también percibí que la transferencia puede acontecer en los pasillos, en los patios, en instantes; que no siempre se da en el marco de una intervención pensada, planificada, y, que, a veces, de las conversaciones que parecen más banales, se abren —como dijera Lacan— aquellos *postigos* que permiten ver del otro lado, donde queda *el inconsciente a cielo abierto*, otras veces sucede también a través de sus cartas, poemas, canciones o dibujos.

Elida E. Fernández (2021), psicoanalista argentina con una larga trayectoria de trabajo psicoanalítico en hospitales de su país, plantea que las intervenciones también pueden darse en los contextos mencionados, y que uno puede generar efectos a veces inesperados, oportunos, otras veces inoportunos e incalculables en los sujetos. Por ello, uno debe estar atento a su accionar en todo momento frente a ellos, ya que no se sabe qué es lo que está siendo para el otro, no tiene noticia de eso y tal vez nunca la tenga. Es una posición, a veces, abrumadora que hay que soportar. La autora sostiene que el trabajo del psicoanalista en el hospital tiene que ver con historizar al sujeto, ya que muchas veces este se presenta sin historia, sin subjetividad, sin posibilidad de contar lo que le ha sucedido, de por qué se encuentra allí. Esto se debe a que, generalmente, los sujetos despliegan cuadros graves de locura, invadidos por sus delirios y alucinaciones, otras veces en comorbilidad con adicciones, otras, sin tener mucho para decir, tal como le sucedía Álvaro. Pero también ocurre que la internación en el hospital genera confusión, y no les permite a los sujetos recordar ni siquiera cómo llegaron allí o por qué están ahí,

situaciones que se complejizan cuando tampoco existe una familia que pueda responder por ellos.

Al principio de este recorrido creía imposible trabajar con el psicoanálisis en una institución total como es el Hospital Vilardebó, pues en este aún predomina el *modelo médico hegemónico* (Menéndez, 1998), que concibe el trabajo con los usuarios desde una perspectiva dual, mente y cuerpo, centrada en el biologicismo, en la enfermedad, en lo patológico. Los tratamientos médicos propuestos son casi exclusivamente la micronarcosis y los psicofármacos, dejando de lado el sufrimiento psíquico, su comprensión, sus angustias, sus conflictos, y toda subjetividad, para focalizarse solo en signos y síntomas.

El rol del psicólogo, en esas situaciones, queda totalmente desdibujado, más aún el del psicoanalista, pareciese que este no tuviera nada que aportar en este tipo de instituciones, ni como modelo de comprensión y mucho menos como posición de escucha.

Laura Falcón (2020), quien tiene un largo recorrido como psiquiatra en el Hospital Vilardebó, plantea que en la actualidad es posible intervenir desde este abordaje y que el psicoanálisis tiene muchísimo para aportar. El desafío está en unir los diferentes saberes, darle tanta importancia a lo biológico como a lo psíquico y tratar al sujeto como un todo. De allí surge, entonces, la labor del psicoanalista en el hospital. Se trata, primero, de afianzar saberes con relación a las otras disciplinas con las que se trabaja; luego comienza el proceso de subjetivación, de historización en conjunto con el sujeto. Para ello, las intervenciones pueden ser de diversas modalidades: individuales, en grupo, a través del juego, de la música, de las charlas diarias.

Es por ese motivo que proponemos escuchar el discurso del psicótico, sus delirios, sus alucinaciones como parte de su historia, ya que en ellos se encuentra una verdad y una realidad a escuchar, capaz que descifrar... pero, es seguro, no descartar. Solo cuando entendamos que algo de esto sucede, el trabajo en los hospitales será otro, se podrá visibilizar y dar el lugar que merece nuestra disciplina.

El objetivo del presente trabajo trató de dar cuenta de la importancia de esta escucha, en el conjunto de las manifestaciones de la transferencia, como un modo de hacer clínica, y, por lo tanto, de concebir el tratamiento. Ana nunca hubiera podido decirnos que su padastro la violó si no le hubiéramos dado lugar a sus delirios, a su confusión en relación con su virginidad, a su hijo, a la similitud que ella creía tener con la Virgen María.

De ahí la importancia de comprender el funcionamiento de la estructura psicótica, de la forclusión como operación que elimina, que rechaza una vivencia, un significante, el

nombre del Padre, significante primordial, aquel que estructura el psiquismo, que lo simboliza.

A modo de conclusión, creo que la tarea del analista, en el hospital, de subjetivar, de historizar, de interpretar es, en definitiva, la de simbolizar con quien nos habla. Es decir, darle un significado, un sentido a lo inentendible, a aquello que se perdió una vez, que generó una falta y que en el presente la vemos en forma de delirio, de alucinación. Se trata —como dice Freud— de restituir aquello perdido.

Es por ello que elegí el caso Schreber para acompañar el presente recorrido. Por un lado, porque sus *Memorias* son relatadas durante su segunda internación en un hospital psiquiátrico, lo cual hace que su historia tenga similitud con los casos en los que tuve la oportunidad de trabajar. Por otro lado, porque es el historial clínico por excelencia de una psicosis que ofrece el psicoanálisis, lo que lo vuelve muy interesante, ya que los diferentes autores que han seguido los pasos de Freud y de Lacan siempre refieren a este; cambian y/o amplían la teoría, resultando una oportunidad para siempre ir a más.

Con Schreber se visibiliza la importancia de escuchar los delirios, de darle un lugar a la transferencia, de pensarla, de abordarla. Este hecho rompe con una posición de la psiquiatría clásica, que trata de anular los delirios y las alucinaciones, descartándolos, no tomándolos en cuenta, sin detenerse a pensar que traen consigo verdades, premisas de los sujetos que hacen que su cotidianeidad sea más soportable, justamente para aquellos que muchas veces soportan lo insoportable.

Trabajar con la locura fue y es un desafío para mí, el cual me depara día a día diferentes aprendizajes, no hay un manual para tratarla desde el psicoanálisis, no hay un caso igual a otro, cada sujeto es un nuevo comienzo, una tabula rasa, un caso que se comienza a escribir, a historizar; por lo tanto, es un trabajo donde prima lo humano, aquel en el que *se abren los postigos* y se ve lo más sincero de cada ser.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allouch, J. (1989). Ustedes están al corriente, hay transferencia psicótica. *Littoral 7/8, las psicosis*.
- Álvarez, J. M. (2020). Dos formas a veces exitosas del tratamiento de la psicosis: el delirio y la psicoterapia. [Archivo de video]. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=p6i2WZhRXeU>
- Barrán, J. P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. La invención del cuerpo*. Tomo III. Montevideo: Banda Oriental.
- Bleichmar, H. (1980). *Introducción al estudio de las perversiones. La teoría del Edipo en Freud y Lacan*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Capurro, R. et al. (2012). *Lalangua: Psicosis y escritura*. Rosario: Una Piraña Ediciones.
- Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Falcón, L. (2020). Entrevista a Laura Falcón. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=y7u_aK1BlqM
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Volumen I. Bogotá: Fondo de Cultura Económica. Trabajo original publicado en 1964.
- Fernández, E. (2021). Psicoanálisis y hospitales ¿Una alianza posible? Recuperado de: https://web.facebook.com/login/?next=https%3A%2F%2Fweb.facebook.com%2FyoicaAP%2Fvideos%2F416998039589213%2F%3F_rdc%3D1%26_rdr
- Freud, S. (1911 [1910]). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (*Dementia paranoides*) descrito autobiográficamente. *Sigmund Freud. Obras completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1912). Sobre la dinámica de la transferencia. *Sigmund Freud. Obras completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1914a). Puntualizaciones sobre el amor de transferencia. *Sigmund Freud. Obras completas*. Tomo XII. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1914b). Introducción del narcisismo. *Sigmund Freud. Obras completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1915). La represión. *Sigmund Freud. Obras completas*. Tomo XIV. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1924 [1923]). Neurosis y psicosis. *Sigmund Freud. Obras completas*. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Freud, S. (1924b). La pérdida de realidad en la neurosis y la psicosis. *Sigmund Freud. Obras completas*. Tomo XIX. Buenos Aires: Amorrortu, 1992.
- Goffman, E. (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación actual de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Lacan, J. (1951). Intervención sobre la transferencia. En *Escritos I* (pp. 204-207). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1953). Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis. En *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2002.
- Lacan, J. (1955). *El seminario. Libro III. Las psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 2017.
- Lacan, J. (1957-58). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos II* (pp. 204-207). Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lacan, J. (1957-1958). *El seminario. Libro V. Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1971-72). El saber del psicoanalista. Conferencias en Sainte Anne. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/lacan/19/a1.htm>.
- Lacan, J. (1973). *El seminario. Libro XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1975-76). *Ocho presentaciones de enfermos en Sainte Anne*. San Sebastián: Federación de Foros del Campo Lacaniano (Documento de uso interno).
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2005). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lantéri-Laura, G. (2004). Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37-0006-A-10, pp. 1-14.
- Maleval, J. (2002). *La forclusión del nombre del Padre: el concepto y su clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Menéndez, E. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix, Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, 51, pp. 17-22.
- Percovich, G. (2015). Acontecimiento Schreber. *Me cayó el veinte, Revista de Psicoanálisis*, 32, pp. 9-22.
- Schreber, D. (1903). *Memorias de un enfermo nervioso*. Buenos Aires: Perfil, 1999.
- Tenutto, M. (1999). Fenómenos elementales. *Acheronta, Revista de Psicoanálisis y Cultura*, 10. Disponible en: <https://www.acheronta.org/acheronta10/fe.htm>
- Urriolagoitia, G. (2012). La estructura de la psicosis como consecuencia de la forclusión del nombre-del-padre. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología, Universidad Católica Boliviana San Pablo*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v10n2/v10n2a03.pdf>
- Uruguay. (2017, septiembre 19). Ley n.º 19.529: Ley de Salud Mental. Recuperado de <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/docu3484986378014.htm>
- Vegh, I. (1995). *Una cita con la psicosis*. Córdoba: Homo Sapiens Ediciones.